

# Gesundheitsbarometer

November 2009, Herbstausgabe

## Liebe Leserinnen, liebe Leser,

heute überreichen wir Ihnen die Herbstausgabe des Gesundheitsbarometers von KPMG mit dem Schwerpunktthema „Prozessoptimierungen im Krankenhaus“.

Knappe Erlösbudgets sowie die nach wie vor unzureichende öffentliche Finanzierung der Investitionen lässt die Frage nach Möglichkeiten, Kosten einzusparen, weiter ganz oben auf der Tagesordnung der meisten Krankenhäuser erscheinen. Bei der Hebung von Kosteneinsparpotenzialen stellt sich immer wieder die Frage nach der richtigen Strategie.

Dem wachsenden Kostendruck begegnen und begegnen Krankenhäuser häufig mit der pauschalen Streichung von Personalstellen. Auf diese Weise kann zwar die wirtschaftliche Lage unmittelbar verbessert werden, jedoch ergeben sich regelmäßig ungewollte Nebenwirkungen. Typisch sind: die Anhäufung fachfremder Tätigkeiten für den ärztlichen Dienst und die Pflege, eine steigende Zahl von Überstunden, unzufriedene und überlastete Mitarbeiter, nachlassende Behandlungsqualität und eine abnehmende Patientenzufriedenheit.

Um die negativen Auswirkungen von Kostensenkungsmaßnahmen zu vermei-

den, werden Krankenhäuser bei zunehmendem Wettbewerb und steigendem Qualitätsbewusstsein der Patienten immer stärker zur ständigen Optimierung klinischer und nicht klinischer Prozesse gezwungen.

Über die Herausforderungen und mögliche Vorgehensweisen bei der Durchführung von Prozessoptimierungen in Krankenhäusern diskutieren wir mit Wolfgang Pföhler, Vorstandsvorsitzender der RHÖN-KLINIKUM AG.

Darüber hinaus führen wir ein Interview mit den Autoren unseres im Sommer erschienenen Fachbuchs „Zukunft deutsches Krankenhaus – Thesen, Analysen, Potenziale“. In der Veröffentlichung wird anhand von zehn Thesen der deutsche Krankenhausmarkt hinsichtlich der Zukunftsfähigkeit seiner Leistungserbringer analysiert.

Wir wünschen Ihnen viel Erfolg bei Ihrer Arbeit und natürlich viel Freude beim Lesen des Gesundheitsbarometers!

Mit besten Grüßen

**Ulrich Maas**  
Mitglied des Vorstands

**Prof. Dr. Volker Pentler**  
Partner, Leiter Health Care



Ulrich Maas



Prof. Dr. Volker Pentler

## Inhalt

Editorial	1
Schwerpunktthema „Prozessoptimierungen im Krankenhaus“	2
Interview	5
Unsere Health Care-Spezialisten berichten	
• KPMG-Studie: Zukunft deutsches Krankenhaus – Interview mit den Autoren Prof. Dr. Volker Pentler und Dr. Christoph Arnold	7
• KPMG-Analyse: Welchen Einfluss hat die Finanzmarktkrise auf die Krankenhäuser?	9
Benchmarking-Kennzahl des Monats – Eigenkapitalquote	11
Nachrichtenticker Gesundheitswesen	12
Fachbeiträge	14
Veranstaltungen	15
Impressum	16

# Prozessoptimierungen im Krankenhaus

Auch in Zukunft werden die Krankenhäuser in Deutschland einem erheblichen wirtschaftlichen Druck unterliegen. Die derzeitigen gesetzlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen lassen deutliche Erlössteigerungen aus dem stationären Bereich nicht erwarten. Zur Verbesserung ihrer Rentabilität bleiben den Krankenhäusern daher nur die Möglichkeiten der Generierung von Erlösen außerhalb des stationären Bereichs oder der Realisierung von Kosteneinsparpotenzialen. Was aber ist die richtige Strategie: einfache Reduktion oder sparende Reorganisation?

## Gründe für Prozessoptimierung

Durch die Identifizierung von kostenintensiven Bereichen bei der innerbetrieblichen Leistungserbringung und die Straffung der Leistungsketten können Prozesse kostengünstiger gestaltet und gleichzeitig die Qualität der Leistungserbringung gesteigert werden. Demnach werden mit der Prozessoptimierung neben dem Ziel der Verbesserung der Rentabilität auch diesem gleichgestellte qualitative Ziele verfolgt. Aus diesen Zielsetzungen lassen sich allgemeine Grundsätze der Prozessoptimierung ableiten (Abbildung 1).

Bei der Entscheidung, wie die Prozessoptimierung erfolgen soll, stellt sich die Frage nach der Zielsetzung. Soll mit der Prozessoptimierung primär eine Qualitätsverbesserung erzielt werden oder stehen Kosteneinsparungen im Vordergrund? Weiterhin muss ermittelt werden, in welchen Bereichen eine Prozessoptimierung sinnvoll erscheint. Hier kann beispielsweise zwischen klinischen und nicht klinischen Prozessen unterschieden werden. Wie sollen die Effizienzpotenziale gehoben werden? In diesem Zusammenhang sind Ansätze zur Verbesserung der Verzahnung der

einzelnen betrieblichen Prozesse oder aber Maßnahmen zur Optimierung einzelner Kern- oder Teilprozesse denkbar.

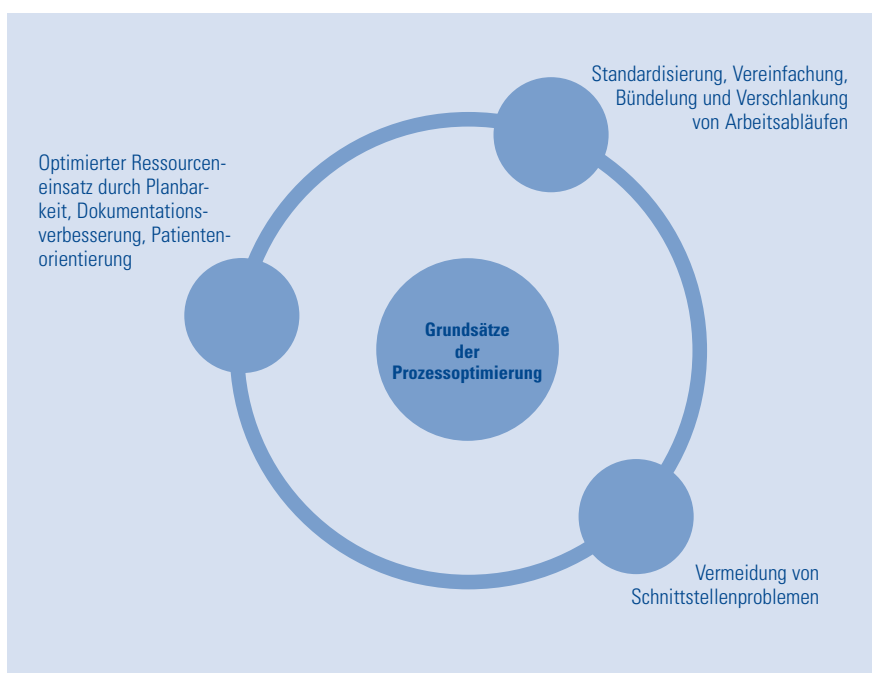
Im Nachfolgenden wird anhand von einigen Beispielen aufgezeigt, welche Möglichkeiten der Prozessoptimierung im Krankenhaus bestehen und welcher Nutzen mit ihnen verbunden ist.

## Strukturelle Neuordnung

Aufgrund von historisch gewachsenen Strukturen sind komplexe Klinikgebilde häufig durch Doppelvorhaltungen von Abteilungen und Funktionsbereichen gekennzeichnet. Hieraus ergeben sich in der Regel lange Wegstrecken mit Überschneidungen zwischen Patienten-, Besucher- und Lieferantenströmen, die einen hohen Personal- und Materialeinsatz verursachen. Im Materialbereich erzeugen dezentrale Lager hohe Lagerhaltungskosten und eine überhöhte Kapitalbindung.

Um dies zu vermeiden, besteht ein Lösungsansatz in der Bündelung von Funktionsbereichen im Zusammenhang mit einer Neustrukturierung des Raum- und Standortkonzepts. Gegenstand solcher struktureller Maßnahmen sind insbesondere die Ver- und Entsorgungsprozesse. Als Beispiele können die Zentralisierung des Lagers, der Apotheke, der Krankenhausküche, des Labors oder der Sterilisation angeführt werden. Ein weiterer zweckmäßiger Ansatz ist

Abb. 1: Grundsätze der Prozessoptimierung



Quelle: KPMG, 2009

die räumliche Zusammenlegung einzelner Bereiche wie die des Operationszentrums mit der Zentralsterilisation. Denkbar ist aber auch die Entwicklung eines vollständig neuen Standortkonzepts, in dem beispielsweise der Klinikbereich sowie der Ver- und Entsorgungsbereich derart angeordnet werden, dass möglichst kurze Versorgungswege entstehen.

### Neuordnung der Aufgabenverteilung in klinischen Prozessen

Im Rahmen der Optimierung klinischer Prozesse ist eine wichtige Zielsetzung, die Arbeitsabläufe von fachfremden und patientenfernen Tätigkeiten zu befreien. Hauptsächlich soll hierdurch erreicht werden, dass Ärzte und Pflegepersonal von Dokumentations- und Verwaltungstätigkeiten entlastet werden. Ein Lösungsansatz zur Neustrukturierung der Arbeitsabläufe ist beispielsweise, bislang von Ärzten erbrachte Dokumentationsaufgaben auf speziell ausgebildete Dokumentationsassistenten zu übertragen. Ohne Qualitätsverlust können durch diese Substitution

Personalkosten eingespart werden. Zusätzlich wird ermöglicht, dass sich das fachliche Personal zugunsten der Behandlungs- und Pflegequalität mit einem höheren Zeitanteil seiner originären Tätigkeit widmen kann.

### Klinische Pfade

Ein weiterer Ansatzpunkt zur Optimierung im Bereich der klinischen Prozesse ist die konsequente Ausrichtung der Prozesse auf die Bedürfnisse des Patienten. Eines der diskutierten Konzepte stellt das des klinischen Pfades (Clinical Pathway) dar. Unter einem klinischen Pfad versteht man „die Beschreibung bzw. Festlegung der optimalen Abfolge oder Terminierung der wichtigsten Interventionen, die von allen Disziplinen bei der Versorgung eines Patienten oder seiner Behandlung durchgeführt werden“<sup>1</sup>. Das Konzept des klinischen Pfades basiert auf den Grundzügen der Projektplanung. Dabei werden alle Vorgänge des Projekts „Behandlung eines Patienten“ vom Anfang bis zum Ende festgelegt. Die Planung erfolgt ohne Berücksichtigung

von Pufferzeiten, das heißt, es wird der schnellstmögliche Behandlungsablauf angenommen. Die Festlegung der klinischen Pfade kann nach unterschiedlichen Gesichtspunkten erfolgen, zum Beispiel krankheits-, diagnostik- oder auch therapie-/prozedurbezogen. Vorteil des Konzepts ist, dass durch die Standardisierung der Abläufe eine effizientere und somit kostengünstigere Ressourcenplanung ermöglicht wird. So kann im Regelfall bereits zu Beginn einer Behandlung eine vollständige Kapazitäts- und Transportplanung vorgenommen werden, welche wiederum eine optimierte Dienstplanung ermöglicht. Voraussetzung für die Funktionsfähigkeit des Konzepts der klinischen Pfade ist, dass die übrigen Prozesse nach den Erfordernissen der klinischen Pfade ausgerichtet sind.

### Reorganisation nicht klinischer Prozesse

Im Bereich der nicht klinischen Prozesse steht die Warenwirtschaft besonders häufig im Fokus der Betrachtungen, da diese bei Krankenhäusern regelmäßig ein Volumen von ca. 30 Prozent des Gesamtbudgets ausmacht.

Auch im Bereich der Warenwirtschaft können erhebliche Effizienzreserven aus der Standardisierung, wie zum Beispiel der Beschaffungs- und Versorgungsabläufe, erschlossen werden. Durch die Standardisierung kann der hohe Dokumentations- und Verwaltungsaufwand, der mit der Beschaffung von Verbrauchsmaterial verbunden ist, deutlich reduziert werden. Häufig ist festzustellen, dass bei der Bedarfsermittlung durch die unkoordinierte Beteiligung der

Abb. 2: Ursachen und Folgen ineffizienter klinischer Prozesse



Quelle: KPMG, 2009

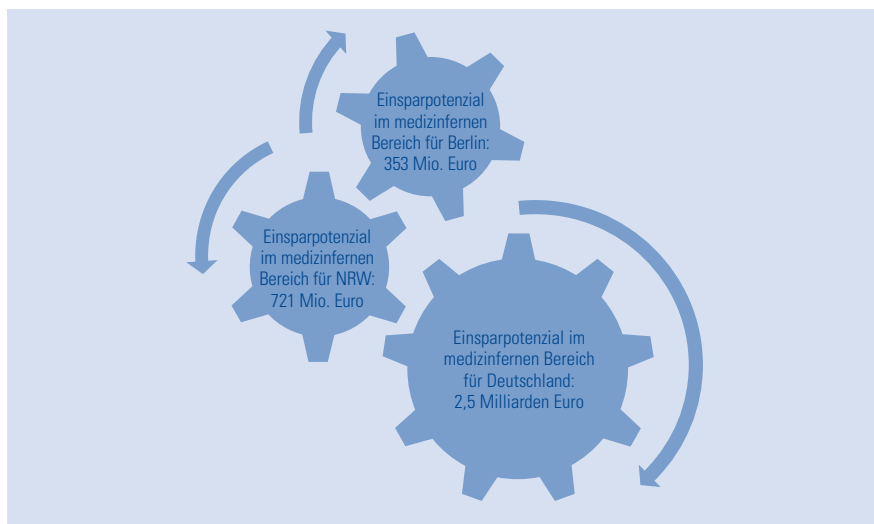
Abb. 3: Auswirkungen der Umstellung von konventionellen Verfahren zur Anwendung klinischer Pfade in der Klinik für Allgemeinchirurgie des Universitätsklinikums des Saarlandes in der Zeit vom 1. Juni 2005 bis 28. Februar 2006

	Behandlungsverlauf bei Patienten ohne Verwendung klinischer Pfade	Behandlungsverlauf bei Patienten nach der Einführung klinischer Pfade
Mittlere Verweildauer	12,7 Tage	8 Tage
Postoperative Verweildauer	9,8 Tage	3,9 Tage
Anzahl mehrfacher konsiliarischer Untersuchungen	3,2%	0%
Anzahl mehrfacher bildergezeugender Untersuchungen	6%	1,2%
Mittlere Zeit von der Entlassung des Patienten bis zur Freigabe des Arztbriefes	11,4 Tage	7,3 Tage

Quelle: Gräber; Folz; Pham; Richter: Was bringt die Einführung klinischer Pfade? Ergebnisse einer Evaluationsstudie, 2006

<sup>1</sup> Coffey et al.: An introduction to critical paths; Quality Management in Health Care 1992, 1, S. 45-54.

Abb. 4: Einsparpotenziale im medizinischen Bereich



Quelle: Werblow; Robra: Krankenhaus-Report 2006, 2006, S. 143

Stationen, des Zentrallagers und des Einkaufs immer wieder Abstimmungsprobleme und Unsicherheiten bezüglich der Bedarfsmengen entstehen. Hieraus resultiert in der Regel ein hoher zeitlicher Mehraufwand.

Ein weiterer Verbesserungsbereich in der Warenwirtschaft ergibt sich bei der Warenbeschaffung. Durch die Unkenntnis der Beschäftigten über die interne Logistik ist immer wieder das Problem der hohen Lagerhaltung auf den Stationen festzustellen. Für das Krankenhaus resultiert hieraus eine hohe Kapitalbindung.

### Optimale Verzahnung von Teilprozessen

Einen weiteren Ansatz zur Prozessoptimierung stellt die Verbesserung der Verzahnung einzelner Teilprozesse innerhalb eines Kernprozesses dar. Als konkretes Beispiel sei in diesem Zusammenhang die Optimierung der Schnittstelle zwischen Medizincontrolling und Patientenabrechnung genannt. Voraussetzung für die Fakturierung eines abgeschlossenen Falles ist die vorherige medizinische Freigabe durch den behandelnden Arzt. Die Erteilung dieser Freigabe stellt in der Regel den Engpass im Fakturierungsprozess dar, da eine zeitnahe Fakturierung letztendlich verhindert wird. Als Folgen hieraus entstehen für die Krankenhäuser Zinsverluste und Liquiditätsnachteile. Insbe-

sondere bei unrentablen Krankenhäusern können diese zu einer weiteren Verschärfung der wirtschaftlich schwierigen Situation führen. Durch eine Neuorganisation der Aufgabenbereiche und Kompetenzen könnte der Engpass beseitigt und der Prozessablauf beschleunigt werden.

### Bauliche Maßnahmen

Krankenhausimmobilien sind regelmäßig durch bauliche Restriktionen gekennzeichnet, die es für die Zwecke der Prozessoptimierung zu beseitigen gilt. Oftmals können bestehende infrastrukturelle Probleme nur durch einen Neubau gelöst werden. Unabhängig davon, welcher Weg zur Beseitigung der baulichen Restriktionen schließlich beschritten wird, ist die Nachhaltigkeit der Baumaßnahmen zu bedenken. Gebäude und Räume können noch heute den Ansprüchen genügen, zukünftig diese jedoch nicht mehr erfüllen. Die Herausforderung ist daher, neue oder umgebaute Gebäude mit effizienten Nutzungsmöglichkeiten zu schaffen. Gerade vor dem Hintergrund der neuen Rahmenbedingungen für die Investitionsfinanzierung mittels Investitionszuschüssen ist die Flexibilität der Räume von besonderer Bedeutung. Das System der Finanzierung über Baupauschalen macht eine langfristige Investitionsplanung notwendig. Die „bauliche Restriktion der Krankenhausimmobilie“ als eine bedeutende Determinante der

Investitionsplanung kann dann vernachlässigt werden, wenn eine flexible Raumnutzung möglich ist. Da durch flexible Raumnutzungsmöglichkeiten zukünftige Aufwendungen für Umbau- oder sogar Neubaumaßnahmen verringert werden können, wird zudem der finanzielle Handlungsspielraum der Krankenhäuser vergrößert.

### Vorteil Prozessoptimierung

Eine Prozessoptimierung ist ein komplexes Vorhaben, welches hohe Anforderungen an das Projektmanagement stellt. Die zu erbringenden Vorleistungen sind hoch, da Prozesse identifiziert, analysiert, definiert, dokumentiert und schließlich implementiert werden müssen. Hierbei ist stets zu berücksichtigen, dass die Projektstätigkeit zu einer möglichst geringen Beeinträchtigung der alltäglichen Abläufe führen soll. Vordergründig erscheint der Nutzen einer Prozessoptimierung oder sparenden Reorganisation im Vergleich zu einer einfachen (Kosten-)Reduktion daher nachteilig zu sein.

Der Vorteil einer sparenden Reorganisation besteht im Vergleich zu einer einfachen Reduktion jedoch in der Nachhaltigkeit des Nutzens für das Krankenhaus. Mit Maßnahmen der einfachen Reduktion lassen sich in der Regel nur kurzfristige Erfolge bei der Verbesserung der Rentabilität erzielen. Demgegenüber entfalten Prozessoptimierungen ein breiteres und nachhaltigeres Wirkungsspektrum, da mit ihnen auch qualitative Nutzen wie die Steigerung der Behandlungsqualität und die Zunahme der Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit erzeugt werden.

# Interview

mit **Wolfgang Pföhler**, Vorstandsvorsitzender der RHÖN-KLINIKUM AG,  
zu Prozessoptimierungen im Krankenhaus

**Wie schätzen Sie grundsätzlich das Potenzial von Prozessoptimierungen in der deutschen Krankenhauslandschaft ein? Haben Krankenhäuser in diesem Bereich noch Nachholbedarf?**

**Wolfgang Pföhler:** Wir gehen davon aus, dass sich aufgrund des anhaltenden medizinischen und technischen Fortschritts immer wieder Chancen für Prozessoptimierungen ergeben. Dies gilt auch für standortübergreifende Geschäftsprozesse im Verbund des RHÖN-KLINIKUM Konzerns. Indem wir Behandlungsabläufe verbessern und in medizinische Innovationen investieren, schaffen wir ein hochwertiges und bezahlbares Gesundheitsangebot, das Maßstäbe setzt.

**Wenn ein privater Klinikonzern wie Ihrer ein neues Krankenhaus erwirbt, wo sind häufig die größten Optimierungspotenziale innerhalb der Prozesse zu finden? Sind dies ausschließlich die Bereiche Personal, Einkauf und bauliche Maßnahmen?**

**Wolfgang Pföhler:** Sicherlich sind in den Bereichen Personal, Einkauf und Bau Potenziale zu heben. Darüber hinaus ist es ebenso wichtig, die Betriebsabläufe zu verbessern und die medizinischen Strukturen weiterzuentwickeln. Dabei stellen wir den Patienten konsequent in den Mittelpunkt. Wir haben in den 1990er-Jahren erstmals im Gesundheitsbereich das sogenannte „Flussprinzip“ eingeführt. Häufig ist die Behandlung der Patienten zwischen den einzelnen Abteilungen nicht aufeinander abgestimmt. In unseren Kliniken werden die Abläufe daher um den Patienten herum organisiert. Wir haben eine vierstufige Patientenversorgung entwickelt. Die Ausstattung mit Medizintechnik sowie der Personaleinsatz sind den jeweiligen medizinischen und pflegerischen Anforderungen angepasst. So können die Patientenbedürfnisse besser berücksichtigt werden als bei der üblichen „grobem“ zweistufigen

Trennung zwischen der Intensiv- und der Normalstation. Damit profitieren die Patienten von einer besseren Versorgung, zugleich steigt die Wirtschaftlichkeit. Vorreiter in diesem Modell ist unser Klinikum in Meiningen.

**Die Krankenhausimmobilie bildet häufig die Basis für Prozessveränderungen. Worauf wird bei einem Neubau oder Umbau besonders geachtet, um die Prozesse zu optimieren? Welche Bauweise erweist sich als besonders vorteilhaft?**

**Wolfgang Pföhler:** Auch hierbei geht es wieder darum, die Strukturen an den Bedürfnissen der Patienten auszurichten. Unsere Baukonzeptionen folgen dem Flussprinzip, das heißt, die Behandlungsabläufe geben den Aufbau vor. Kurze Wege sind das Stichwort. Beispielsweise liegen Fachabteilungen, die eng und oft zusammenarbeiten, auch räumlich nah beieinander. So optimieren wir die medizinischen Abläufe und schaffen Qualitäts- und Effizienzverbesserungen.

Ein Beispiel hierfür ist das Universitätsklinikum Gießen: In Gießen wächst ein zentraler, kompakter Neubau, der alle somatischen Leistungen unter einem Dach vereint. Er bündelt die bisher auf über 100 einzelne Gebäude verstreuten Aktivitäten. Die Zeit, die wir dank der kürzeren Wege sparen, kommt der Patientenversorgung zugute.

**Einer der wichtigsten Bereiche klinischer Prozessoptimierungen ist sicherlich der qualifikationsgerechte Einsatz des Personals. Ein Arzt sollte möglichst wenig Zeit mit Dokumentation oder Kodierung, eine Krankenschwester möglichst nicht mit der Verteilung des Essens beschäftigt sein. Wie lösen Sie dies in Ihren Kliniken?**

**Wolfgang Pföhler:** Unser Anspruch ist: Jeder sollte das machen, was er am besten kann. Wir verschaffen unseren

Ärzten und Mitarbeitern in der Pflege mehr Zeit für die Versorgung der Patienten, indem wir sie entlasten. Wir übertragen zum Beispiel Aufgaben wie die Kodierung, Dokumentation und Organisation auf Arzt-Assistenten für das Patientenmanagement (AAP), ein neues Berufsbild. Zudem setzen wir in unseren Einrichtungen Pflegeservicekräfte ein, die das Pflegepersonal entlasten.

**Ein weiterer wesentlicher Aspekt ist das Entlassmanagement. Was können Krankenhäuser tun, um den stationären Aufenthalt eines Patienten möglichst gering zu halten?**

**Wolfgang Pföhler:** Wenn wir die medizinischen Abläufe bestmöglich um den Patienten herum gestalten, verringern wir unnötige Wartezeiten und somit die Aufenthaltsdauer. Sind zum Beispiel diagnostische Verfahren schneller verfügbar, können wir die präoperative Vorlaufzeit verkürzen. Die stationäre Behandlung an sich wird verbessert, indem die verschiedenen medizinischen Disziplinen koordiniert zusammenarbeiten. Bezeichnenderweise erhöht sich in diesem Prozess die Qualität der Leistung, während die Aufenthaltsdauer der Patienten rückläufig ist. In diesem Zusammenhang spielen auch Kooperationen mit den niedergelassenen Ärzten an der Schnittstelle zwischen der ambulanten und der stationären Medizin eine wichtige Rolle. Auch hier verringern wir unnötige Wartezeiten und verbessern Behandlungsabläufe zum Wohle der Patienten.

**Zur Planung der Krankenhausaufenthalte von Patienten ist eine straffe OP-Organisation entscheidend. Was sind geeignete Maßnahmen, um diese Problematik effektiv zu lösen?**

**Wolfgang Pföhler:** Die Organisation des OPs sollte unserer Ansicht nach in einem OP-Statut geregelt werden mit dem Ziel, die OP-Abläufe besser zu planen. Das Statut führt zu einer Verkürzung der Wechselzeiten zwischen

den einzelnen OPs und zur Reduktion von Leerlaufzeiten – so sichern wir eine hohe Auslastung.

Entscheidend sind dabei neben der Optimierung der technischen Abläufe die Abstimmung der einzelnen Dienst- und Visitenzeiten sowie eine digital gestützte interdisziplinäre OP-Planung durch einen Verantwortlichen.

### **Kann bei der stationären Prozessplanung die Nutzung von klinischen Behandlungspfaden hilfreich sein? Welche Erfahrungen haben Sie mit der Anwendung dieses Modells?**

**Wolfgang Pföhler:** Standardisierte Behandlungsabläufe sind grundsätzlich eine Möglichkeit, Prozesse – so weit wie möglich – vernünftig zu vereinheitlichen. Um jederzeit eine optimale Qualität zu gewährleisten, muss dennoch jeder Patient individuell betrachtet und die Einhaltung eines klinischen Pfades im Einzelfall durch den betreuenden Arzt entschieden werden.

### **Welche Rolle spielt die Zentrenbildung bei privaten Klinikkonzernen für die Optimierung der Krankenhausprozesse? Haben Sie mit diesem Konzept einen entscheidenden Vorteil gegenüber anderen Krankenhäusern?**

**Wolfgang Pföhler:** Die Bildung von Zentren stellt sich insbesondere aus Qualitätsgesichtspunkten als immer wichtiger dar und ist ein entscheidender Wettbewerbsvorteil. In Zentren wird die Kompetenz von Spezialisten gebündelt. Wir nutzen dort gezielt Lern- und Erfahrungswerte und können Patienten eine besonders hohe Qualität in der Versorgung bieten.

Wichtig ist die organisierte Zusammenarbeit in Netzwerken über verschiedene Disziplinen hinweg. Der RHÖN-KLINIKUM Konzern kann als leistungsfähiger Verbund auch den Patienten, die nicht unmittelbar in der Nähe eines Zentrums leben, Vorteile bieten. Nehmen Sie das Beispiel Onkologie: In einem Pilotprojekt im gynäkologischen Bereich haben wir neun Konzernkliniken zumeist

aus der Grund- und Regelversorgung mit dem Comprehensive Cancer Center an unserem Universitätsklinikum Marburg verknüpft. Die Experten in Marburg geben prä- und postoperative Therapieempfehlungen, die eine gute Behandlung sichern. Wöchentlich finden Fallkonferenzen statt, in denen sich die Spezialisten aus den einzelnen Gebieten zur besten Therapie der Patienten beraten. Hier kommt, bildlich gesprochen, die medizinische Kompetenz der Experten aus den Zentren zum Patienten in die Region.

### **Prozessoptimierungen zeigen häufig erst mittel- bis langfristig Erfolge. Innerhalb welcher Prozessbereiche sind vergleichsweise schnelle, zählbare Optimierungen zu erzielen?**

**Wolfgang Pföhler:** In der Regel sind in den Bereichen Einkauf, OP-Betrieb und Personaleinsatz Optimierungen kurzfristig zu realisieren, während die Verbesserung baulicher Strukturen und die damit verbundene Optimierung von Betriebsabläufen zumeist erst mittelfristig zum Tragen kommt.

weiter zunehmende Spezialisierung. Dies wird zu neuen Therapiemöglichkeiten und damit auch zu neuen Behandlungsabläufen führen. Wir wollen diesen Trend nutzen und setzen auf die Entwicklung attraktiver, innovativer Gesundheitsdienstleistungen.

Die Partikeltherapieanlage, die wir derzeit in Marburg errichten, ist ein Beispiel dafür. Sie ist eines unserer innovativsten Projekte. Die Partikeltherapie ist ein Quantensprung in der Versorgung von Krebspatienten. Damit wird es möglich sein, bisher inoperable Tumore zu behandeln und Betroffenen eine neue und bessere Lebensperspektive zu geben. Durch die Nutzung von Protonen und Schwerionen lässt sich krebskrankes Gewebe genauer und patientenschonender bestrahlen als mit konventionellen Verfahren.

Im nicht klinischen Bereich werden vielfach digitale Verfahren Einzug halten. Dazu gehören zum einen die elektronische Patientenakte, die sogenannte WebEPA, aber auch die telemedizinischen Vernet-

- Langjähriges Mitglied des Präsidiums der Deutschen Krankenhausgesellschaft und Mitglied des Vorstands der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft
- Langjähriger Vorsitzender des Gesundheitsausschusses des Deutschen Städtetages und des Städtetages Baden-Württemberg
- Mitglied des Landeskuratoriums Bayern des Stifterverbands für die Deutsche Wissenschaft
- 1972–1978 Studium der Betriebswirtschaftslehre an der Universität Mannheim und Abschluss als Diplom-Kaufmann
- 1978–1980 Fraktionsgeschäftsführer CDU-Gemeinderatsfraktion, Mannheim
- 1980–1981 Bilfinger & Berger AG: Projektmanagement-Aufgaben
- 1981–1997 Bürgermeister (Beigeordneter) für Jugend, Soziales und Gesundheit der Stadt Mannheim
- 1997–2005 Geschäftsführer Klinikum Mannheim gGmbH – Universitätsklinikum
- Seit 07/2005 Vorstandsvorsitzender der RHÖN-KLINIKUM AG



**Wolfgang Pföhler**

### **Letzte Frage: Wagen wir einen Blick in die Zukunft. Inwiefern könnten sich Krankenhausprozesse – untergliedert nach klinischen und nicht klinischen – in den kommenden Jahren verändern? Wo sehen Sie Chancen für Krankenhäuser?**

**Wolfgang Pföhler:** Im klinischen Bereich sehen wir in vielen Fachgebieten eine

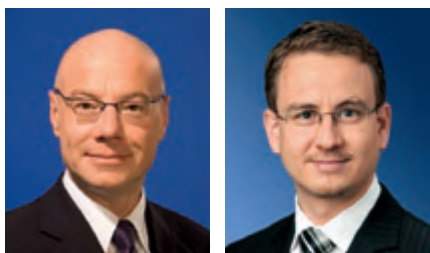
zunehmende Spezialisierung. Damit erweitern wir das medizinische Wissenspotenzial im Konzernverbund. Grundsätzlich gehen wir davon aus, dass der Einsatz moderner Informations- und Kommunikationstechnologie noch enorme Chancen bietet. Wir als RHÖN-KLINIKUM AG werden alles daran setzen, diese für unser Wachstum zu nutzen.

# KPMG-Studie: Zukunft deutsches Krankenhaus

## Interview mit den Autoren Prof. Dr. Volker Penter und Dr. Christoph Arnold

Im Sommer hat KPMG das Fachbuch „Zukunft deutsches Krankenhaus“ veröffentlicht. In dem neuen Fachbuch wird auf der Grundlage von zehn Thesen der deutsche Krankenhausmarkt hinsichtlich der Zukunftsfähigkeit seiner Leistungserbringer untersucht. Dabei werden Aussagen zu Grundstrategien für deutsche Krankenhäuser getroffen, umfangreiche Detailanalysen nach Trägern, Regionen sowie Größenklassen vorgenommen und Verbesserungspotenziale diskutiert.

Das Gesundheitsbarometer stellt seinen Lesern einen Auszug aus einem Interview der Juliausgabe der KU Gesundheitsmanagement mit den Autoren Prof. Dr. Volker Penter und Dr. Christoph Arnold vor. Bestellen können Sie das Fachbuch „Zukunft deutsches Krankenhaus“ direkt bei den Baumann Fachverlagen oder im Buchhandel.



**Prof. Dr. Volker Penter** Dr. Christoph Arnold  
Leiter Health Care  
KPMG

**Herr Prof. Dr. Penter, Herr Dr. Arnold, das Durchschnittskrankenhaus gibt es nur in der Statistik. Die Frage ist aber, ob die Schwankungen um den jeweiligen Durchschnittswert tatsächlich zu groß sind, als dass man allgemeine Handlungsempfehlungen geben könnte.**

**Prof. Dr. Volker Penter:** Natürlich kann man allgemeine Empfehlungen geben. Die werden aber dem einzelnen Haus oft nicht weiterhelfen. Uns geht es auch nicht um irgendwelche Tipps, sondern darum, aus der Analyse unserer Tätigkeit als Wirtschaftsprüfer den Krankenhausmarkt differenziert darzustellen und situationsgerechten Handlungsbedarf zu zeigen.

**Dr. Christoph Arnold:** Ich gebe Ihnen zwei Beispiele: Die Umsatzrentabilität der von uns analysierten Häuser beträgt

im Durchschnitt knapp ein Prozent. Mittel- bis langfristig gesehen ist das viel zu wenig. Einige wenige Krankenhäuser liegen sogar bei minus 10 Prozent, einige aber auch bei mehr als plus 10 Prozent.

Die Investitionsquote beträgt im Durchschnitt 4,5 Prozent. Das reicht nicht einmal, um die vorhandene Infrastruktur zu erhalten. Eine große Anzahl der analysierten Häuser liegt noch darunter, viele aber auch deutlich darüber, bei 10, 15, 20, ja sogar 50 Prozent.

**... und eine nicht so hohe Investitionsquote ist natürlich gefährlich in einem Wettbewerbsumfeld mit vielen gleichartigen Wettbewerbern, wie das ja häufig der Fall ist.**

**Dr. Christoph Arnold:** Eine zu niedrige Investitionsquote ist immer gefährlich, weil sie in der Regel und auf Dauer die Qualität der Patientenversorgung gefährdet. Aber ja – wenn ich viele Wettbewerber in der Nähe habe, bin ich eher gezwungen, zum Beispiel modernste Technik anzuschaffen.

**Das Umfeld kann sich ein Management nicht aussuchen.**

**Prof. Dr. Volker Penter:** Es kann aber langsam oder schnell, richtig oder falsch darauf reagieren – und zwar mit der Gestaltung der internen Faktoren, wie wirtschaftlichem Handeln, den richtigen Investitionsentscheidungen, mit Mut und Innovationsbereitschaft, der richtigen Personalpolitik, der Leistungsgestaltung und anderem. Voraussetzung ist natürlich, dass es auch die Freiheit hat, dies zu tun. Das ist ganz entscheidend.

**Dr. Christoph Arnold:** Für die meisten Krankenhäuser – in unserer Analyse sind das fast 61 Prozent – geht es dabei um eine Optimierung ihrer Strategie. Fast 18 Prozent der übrigen Häuser sind schon auf einem völlig richtigen Weg, den sie fortsetzen können. Bei den verbleibenden 21 Prozent allerdings geht es zunächst um Sanierung und um Sicherung der Existenz. Sie sind also tatsächlich mittel- bis langfristig gefährdet.

Dabei bestätigt sich, dass es durchaus vom Träger, aber auch von der Größe und Lage des Hauses abhängt, wie zukunftsfähig ein Krankenhaus ist. So haben wesentlich mehr öffentliche und freigemeinnützige Häuser Sanierungs- und Sicherheitsbedarf. In den neuen Bundesländern sind nur 7,5 Prozent der analysierten Krankenhäuser mittel- bis langfristig in ihrer Existenz gefährdet, in den alten Ländern sind es 25 Prozent. Den Häusern bis 800 Betten geht es in der Mehrzahl wesentlich besser als den großen Versorgern mit über 800 Betten – hier waren bei den von uns analysierten immerhin 40 Prozent gefährdet.

**Wo sehen Sie vor allem für die gefährdeten Häuser Verbesserungspotenziale?**

**Dr. Christoph Arnold:** Potenziale liegen in den Bereichen Personal, Investitionen, Material (jeweils 80 Prozent), bei Auslastung und Erlösen (jeweils um die 60 Prozent). Bei den weniger in ihrer Existenz gefährdeten Häusern sind es vor allem die Bereiche Personal (70,6 Prozent), Material (58,5 Prozent) und Auslastung (28,8 Prozent), in denen Verbesserungen noch möglich wären.

Das sind sozusagen die großen Felder. Es ist aber zum Beispiel auch interessant, sich das Rechnungswesen der Häuser anzusehen. Seine Qualität ist ja vor allem wichtig in Bezug auf die Steuerung des Unternehmens und die Kapitalbeschaffung.

**Sie haben festgestellt, dass die Preise für traditionelle Krankenhausleistungen auch mittelfristig nicht kostenadäquat steigen werden.**

**Prof. Dr. Volker Penter:** Solange sich die Politik nicht auf die grundsätzliche Änderung des Finanzierungssystems einigt – und dafür gibt es derzeit keine Anzeichen – wird das leider so bleiben.

**Stichwort Personal. Der Arbeitsmarkt für Ärzte ist in Deutschland leer-gefegt. Pflegepersonal wurde in den vergangenen Jahren stark abgebaut. Krankenhäuser in bestimmten Gegenden müssen ganze Abteilungen schließen, weil sie zum Beispiel keinen Gynäkologen mehr bekommen. Immer weniger junge Menschen wollen in die Pflegeberufe.**

**Prof. Dr. Volker Penter:** Eins ist heute bereits klar: Die Ausstattung der Krankenhäuser mit ausreichend qualifiziertem Pflegepersonal kann in den kommenden Jahren schwierig werden. Noch schwieriger, als sie heute zum Teil bereits ist. Das wird ein Engpass der Zukunft. Was lockt gutes Personal an? Das ist neben einer attraktiven Vergütung das Anbieten interessanter Aufgaben, ein gutes Arbeitsklima und Arbeitsumfeld, ein qualifikationsgerechter Einsatz und als Voraussetzung dafür auch eine konsequente Prozess- und Arbeitsorganisation.

**Da beißt sich die Katze in den Schwanz ...**

**Dr. Christoph Arnold:** In gewisser Weise, ja, denn es hängt schließlich sehr vieles davon am Geld. Und die Kosten werden weiter erheblich steigen. Es gab schon in den vergangenen Jahren erhebliche Gehaltserhöhungen,

vor allem im ärztlichen Bereich. Der Fachkräftemangel wird die Tendenz zu hohen Tarifabschlüssen auch in den kommenden Jahren unterstützen.

Doch auch die Sachkosten werden weiter steigen. Ein Grund sind die Verweildauerverkürzungen. Ein weiterer die enorm gestiegenen Energiekosten. Durch die Fremdvergabe von Leistungen wurden Personal- in Sachkosten umgewandelt. Auch Umsatzsteuererhöhungen schlagen zu Buche. Bei einem etwa gleich bleibenden linearen Anstieg werden sich die Sachkosten je Behandlungsfall von 2000 bis 2012 etwa verdoppelt haben.

**Die Häuser müssen sich also auf weitere Kostensteigerungen bei nicht adäquater Vergütung ihrer Leistungen einstellen.**

**Prof. Dr. Volker Penter:** Deshalb wird neben der Investitionskraft das Thema Innovationen stark an Bedeutung gewinnen. Innovationen sind die Basis für Qualitätsverbesserungen, Prozesskostensenkungen und die Verbesserung der Leistungskennzahlen. Dabei sind Innovationen – sowohl technische

wie organisatorische – kein Zufallsprodukt, sondern entstehen vor allem durch systematisches Innovationsmanagement.

So geht es bei den medizinisch-technischen Innovationen darum, neue Entwicklungen zu erkennen, sie hinsichtlich ihrer Bedeutung für das eigene Haus einzuschätzen, Kosten-Nutzen-Analysen durchzuführen und sie gegebenenfalls zu übernehmen.

Bei den organisatorischen Innovationen ist es wichtig, aus neuesten Entwicklungen individuelle Lösungen für das eigene Haus zu schneiden. Hier ist das Messen von Kosten und Nutzen eine sehr komplexe Aufgabe, die Gefahr des Scheiterns ist zudem groß, aber gleichzeitig liegen gerade hier große Reserven zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit.

Nicht übersehen werden dürfen aber auch internationale innovative Entwicklungen, etwa auf der Ebene der Europäischen Union. Auch daraus können sich Chancen ergeben.



# KPMG-Analyse: Welchen Einfluss hat die Finanzmarktkrise auf die Krankenhäuser?

Während sich die meisten Branchen in Deutschland mit den Folgen der Finanz- und Wirtschaftskrise auseinandersetzen müssen, wird der Gesundheitsmarkt anscheinend nur am Rande davon tangiert. Die Gesundheitsbranche gilt als einer der stabilsten Bereiche unserer Wirtschaft. Dies ist im Wesentlichen auf den hohen Anteil staatlicher Aktivität zurückzuführen sowie darauf, dass ein großer Teil der Nachfrage nicht preis- oder einkommensabhängig ist.

Nicht zuletzt aus diesem Grund hat der deutsche Gesetzgeber ein stark reguliertes Gesundheitssystem geschaffen, das möglichst allen Bürgern den freien Zugang zu den medizinisch notwendigen Leistungen gewähren soll. Dazu bedarf es einer Finanzierung, die zum großen Teil durch das Solidaritätsprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) geprägt ist. Zusätzlich wird zunehmend auf Steuermittel zurückgegriffen.

Dem Gesundheitsfonds droht durch die Finanzmarktkrise und den damit verbundenen Konjunkturereinbruch durch geringere Beitragseinnahmen ein Milliardendefizit. Eine steigende Arbeitslosenrate gilt als Verursacher geringerer Beitragseinnahmen: Geht man von dem von der Bundesregierung prognostizierten Anstieg der Arbeitslosenrate von derzeit etwa 3,4 Millionen auf 4,6 Millionen in 2010 sowie durchschnittlichen GKV-Einnahmen von 3.164 Euro pro Jahr und Mitglied aus, so ergibt sich daraus ein Defizit von rund 3,8 Milliarden Euro.<sup>2</sup> Andere Quellen sprechen von etwa 2,9 Milliarden Euro.<sup>3</sup> Der Bund hat den Krankenkassen aus diesem Grund ein Darlehen in Höhe von 4 Milliarden Euro zugesagt.<sup>4</sup>

Auch die öffentlichen Haushalte trifft die Krise. Sie tragen die Folgen des Finanzmarktstabilisierungsgesetzes, der Konjunkturprogramme sowie der steigenden Sozialleistungen. Auf der Einnahmenseite müssen die öffentlichen Haushalte mit einem konjunkturbedingten Rückgang der Steuereinnahmen rechnen.

## Direkte Auswirkungen

Die direkten Auswirkungen der Finanzmarktkrise auf den Krankenhaus- und Pflegesektor sind begrenzt. Da die deutschen Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen bisher in geringem Umfang und eher konservative Kapitalanlagen getätigt haben, sind die Bilanzen der Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen bisher von der Finanzmarktkrise kaum betroffen. Auch der allgemein prognostizierte Rückgang der Zinserträge<sup>5</sup> wird voraussichtlich keine Gesundheitseinrichtung in ihrer Existenz bedrohen. Abzuwarten bleibt, ob sich im Pflege-segment als Nachwirkung der Immobilienbaisse Korrekturbedarfe bei der Bewertung von Pflegeimmobilien ergeben. Möglicherweise kann auch ein Nachfragerückgang nach zuzahlungspflichtigen Leistungen wie beispielsweise Wahlleistungen die Erlössituation einiger Häuser verschlechtern. Der Anteil dieser Leistungen an den Gesamtumsätzen der Einrichtungen ist heute jedoch häufig gering.

## Indirekte Auswirkungen

Umfassender als die direkten Auswirkungen der Finanzmarktkrise auf die Gesundheitsbranche sind die indirekten Auswirkungen infolge der finanziellen Abhängigkeit der Gesundheitsbranche von der Beschäftigung. Steigt wie angekündigt die Zahl der Arbeitslosen, sinken die Einnahmen sowohl der

gesetzlichen Krankenversicherung als auch der öffentlichen Haushalte. Die Konsequenz sind Unterdeckungen sowohl im Bereich der Betriebskostenfinanzierung als auch im Bereich der Investitionsfinanzierung.

Die Finanzmarktkrise trifft die deutsche Krankenhauslandschaft zu einem Zeitpunkt, in dem die meisten Einrichtungen in den letzten Jahren Investitionen nur unzureichend über öffentliche Fördermittel abdecken konnten (Abbildung 5).<sup>6</sup> Als Auswirkung der Finanzmarktkrise wird sich mittelfristig die Einnahmensituation der Bundesländer nicht verbessern, sodass angesichts der knappen Kassen der Bundesländer auch kein Abbau des Investitionsstaus zu erwarten ist. Daran wird voraussichtlich auch die im Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) geplante Umstellung der Finanzierung auf Investitionspauschalen nichts ändern.

## Konjunkturpaket II

Kurzfristig profitieren die deutschen Krankenhäuser vom Konjunkturpaket II. Mindestens 1,3 Milliarden Euro erhalten die Kliniken von den Bundesländern.<sup>7</sup> „Diese Maßnahmen sind ein wichtiges Signal für die Stabilität des Wirtschaftssektors Gesundheit“, so Gesundheitsministerin Ulla Schmidt.<sup>8</sup> Zur Verstärkung dieses Effekts ziehen einzelne Bundesländer ihre geplanten Investitionen vor.<sup>9</sup> Mit dem Ende der Reichweite der einmaligen Finanzspritzen wird erwartet, dass sich der Konzentrations- und Konsolidierungsprozess im Krankenhausmarkt mit höherer Intensität fortsetzt. Durch weiterhin knappe Mittel der öffentlichen Haushalte werden viele Häuser in den kommenden Jahren weiterhin vor den altbekannten wirtschaftlichen Herausforderungen stehen.

<sup>2</sup> Spiegel Online: Regierung erwartet 4,6 Millionen Arbeitslose durch Krise, 29.04.2009; Bundesministerium für Gesundheit: Kennzahlen der gesetzlichen Krankenversicherung 1994 bis 2007; 1. bis 4. Quartal 2008, 04.03.2009.

<sup>3</sup> Ballast: Wirtschaftskrise kommt bei Kassen an, Mai 2009.

<sup>4</sup> Ntv.de: Kassen fehlen Milliarden, 25.06.2009.

<sup>5</sup> Hammerschmidt: Auswirkungen der Finanzmarktkrise auf die Sozial- und Gesundheitswirtschaft, Köln, 2008.

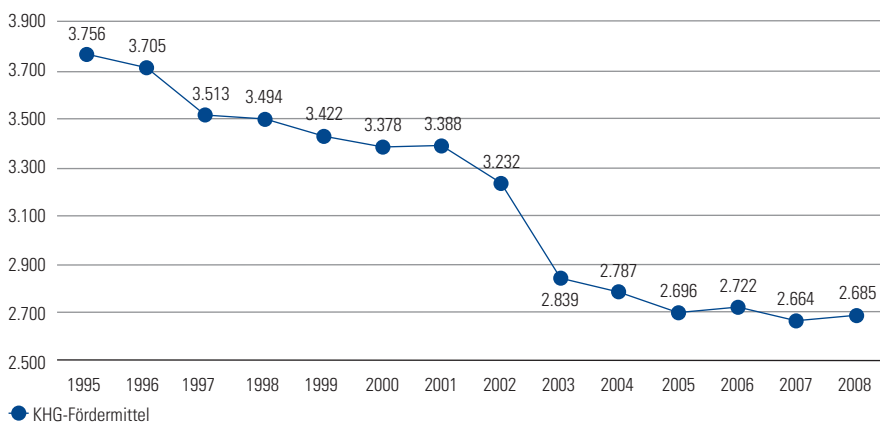
<sup>6</sup> Penter; Arnold: Vorsicht Stau, Baumann Fachverlage, Juni 2009.

<sup>7</sup> Financial Times Deutschland: Geld für ein krankes System, Mai 2009.

<sup>8</sup> Bundesministerium für Gesundheit: Maßnahmenpaket der Regierung stabilisiert Gesundheitssektor in schwierigen Zeiten, Pressemitteilung vom 27.01.2009.

<sup>9</sup> Das Krankenhaus: Krankenhausinvestitionen Teil des Konjunkturpakets II, Februar 2009; NRD Online: Hamburg zieht Investitionen in Klinikum um zwei Jahre vor, 30.06.2009.

Abb. 5: Entwicklung der Fördermittel nach KHG in Mio. Euro (Zeitraum 1995 bis 2008)



Quelle: Arbeitsgruppe für Krankenhauswesen der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden 2009; Statistisches Bundesamt 2008; KPMG

### Alternative Finanzierungsmöglichkeiten

Während einige Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen noch über die Höhe des Investitionsstaus diskutieren, hat eine wachsende Zahl von Gesundheitsdienstleistern in den letzten Jahren alternative Finanzierungsmöglichkeiten, wie zum Beispiel die Aufnahme von Darlehen, entdeckt.<sup>10</sup> Dies zeigt die Entwicklung der Zinsaufwendungen in deutschen Krankenhäusern. Während die Gesamtkosten von 2002 bis 2007 nur um 10 Prozent gestiegen sind, haben sich die Zinsaufwendungen um 57 Prozent erhöht (Abbildung 6). Damit ist auch die Abhängigkeit der Gesundheitswirtschaft von den Finanzmärkten gewachsen. Aufgrund der Finanzmarktkrise sind die Banken bei der Kreditvergabe vorsichtiger geworden. Diese Zurückhaltung löst sich nur langsam auf. Ungeachtet dessen steigen die Anforderungen an die Vergabe von Krediten. Die Finanzierungskosten könnten aufgrund einer verstärkt risikoorientierten Bepreisung weiter ansteigen.<sup>11</sup>

### Prozessoptimierung

Währenddessen sind die Vorzeichen, welche die Betriebskostenfinanzierung der Krankenhäuser in den letzten Jahren prägten, unverändert. Durch die Finanzmarktkrise wird sich jedoch auch die Einnahmensituation der Krankenkassen tendenziell verschlechtern. In der Folge wird sich die restriktive Finanzierungspolitik der Kassen verstärken. Insofern

werden Krankenhäuser ihre laufenden Personal- und Sachkosten weiterhin kritisch überprüfen müssen. In vielen Bereichen sind Einsparungen kaum mehr möglich. Personalkürzungen im Bereich der Pflege sind bisher an der Tagesordnung gewesen. Zukünftig werden Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen ihre Prozesse umfassender und grundlegender überdenken müssen, um so Effizienzen heben zu können.

### Privatisierung

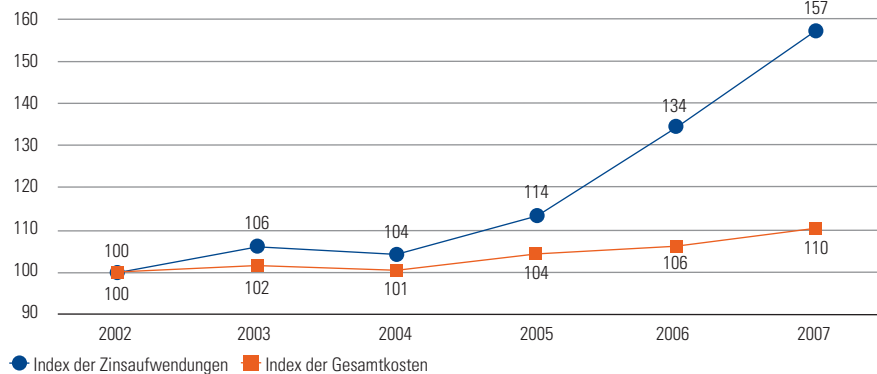
Es wird erwartet, dass durch die sich verschlechternde finanzielle Lage der öffentlichen Haushalte Privatisierungen auf dem Krankenhausmarkt weiter zunehmen. Potenzielle Käufer werden die großen privaten Klinikketten, aber auch freigemeinnützige Einrichtungen mit stabilem finanziellem Hintergrund sein. Gleichzeitig wird die Nachhaltigkeit der Branche den Blick der Investoren mehr auf den Gesundheitsmarkt

lenken, wenngleich bei Transaktionen in der Gesundheitsbranche derzeit nicht mehr die Preise gezahlt werden, die noch vor Kurzem üblich waren. Die Renditen, die von einigen Krankenhäusern erzielt werden, locken Investoren, in Häuser und Ketten mit einer soliden wirtschaftlichen Basis zu investieren.

### Zusammenfassung

Die Finanzmarktkrise führt voraussichtlich zu keinem radikalen Wandel im Gesundheitsmarkt, dafür ist der Markt zu wenig konjunkturabhängig. Sie zeigt aber auch, dass der regulierte Markt für Gesundheitsleistungen durch die Zurückhaltung des Staates in den vergangenen Jahren abhängiger von externer Finanzierung geworden ist. Das Konjunkturpaket II wird die Konzentrations- und Konsolidierungsprozesse des Marktes verzögern, jedoch nicht verhindern. Wirtschaftlich arbeitende Gesundheitsunternehmen können gestärkt aus der Krise hervorgehen. Alternative Finanzierungsprodukte werden zu einer realistischen Wahlmöglichkeit. Banken und Investoren werden sich mehr mit dem Krankenhausmarkt befassen. Die Monistik ist damit kaum mehr zu verhindern. Bisher wurde viel über die bauliche Infrastruktur diskutiert. In Zukunft werden die Krankenhäuser noch stärker prozessual gefordert werden. Die Privatisierungswelle wird möglicherweise wieder an Schwung gewinnen. Diesmal könnten auch verstärkt solide aufgestellte freigemeinnützige Häuser profitieren.

Abb. 6: Entwicklung von Zinsaufwendungen und Gesamtkosten im Zeitraum 2002 bis 2007 (2002 = 100)



Quelle: Statistisches Bundesamt Wiesbaden, 2003 bis 2008; KPMG

<sup>10</sup> Penter; Arnold: Vorsicht Stau, Baumann Fachverlage, Juni 2009.  
<sup>11</sup> Hammerschmidt: Auswirkungen der Finanzmarktkrise auf die Sozial- und Gesundheitswirtschaft, Köln, 2008.

# Eigenkapitalquote

In jeder Ausgabe des Gesundheitsbarometers von KPMG stellen wir die Kennzahl des Monats vor. Diese basiert auf der KPMG-Datenbank Krankenhaus 300, in der öffentlich zugängliche Daten von etwa 300 Krankenhäusern ab einer Größe von 300 Betten erfasst sind.

## Betrachtung der Eigenkapitalquote

Die Eigenkapitalquote gibt den Anteil des Eigenkapitals am Gesamtkapital eines Unternehmens an. Da das Eigenkapital regelmäßig die Haftungsmasse für Verbindlichkeiten des Unternehmens gegenüber Gläubigern widerspiegelt, bildet die Eigenkapitalquote einen Indikator für die Sicherheit der Erfüllung der Verpflichtungen gegenüber Gläubigern. Also: Je höher die Eigenkapitalquote, desto größer ist die Sicherheit für den Gläubiger.

In Abweichung zur Eigenkapitalquote im engen Sinne, in die nur gesetzliche Eigenkapitalbestandteile einbezogen werden, wird bei Krankenhäusern in die wirtschaftliche Eigenkapitalquote häufig der Sonderposten aus Fördermitteln ganz oder teilweise mit einberechnet. Aufgrund der äußerst begrenzten Rückzahlungsverpflichtung zweckentsprechend verwendeter Fördermittel kann dieser Sonderposten unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten als eigenkapitalähnlich klassifiziert werden.

Abbildung 7 zeigt die Verteilung der Eigenkapitalquoten der in der KPMG-Datenbank Krankenhaus 300 erfassten Häuser.

Über die Hälfte aller Krankenhäuser weist eine Eigenkapitalquote im engen Sinne von weniger als 20 Prozent auf. Ein Viertel besitzt sogar nur eine Quote von unter 10 Prozent. Die durchschnittliche Quote aller Krankenhäuser beträgt rund 19 Prozent.

Demgegenüber liegt die wirtschaftliche Eigenkapitalquote unter Einbeziehung des Sonderpostens aus Fördermitteln bei der Hälfte aller Krankenhäuser über 60 Prozent. Der Durchschnitt liegt hier insgesamt bei 61 Prozent. Die Auswertung zeigt, dass öffentliche Fördermittel weiterhin eine hohe Bedeutung für die Finanzierung eines Krankenhauses haben.

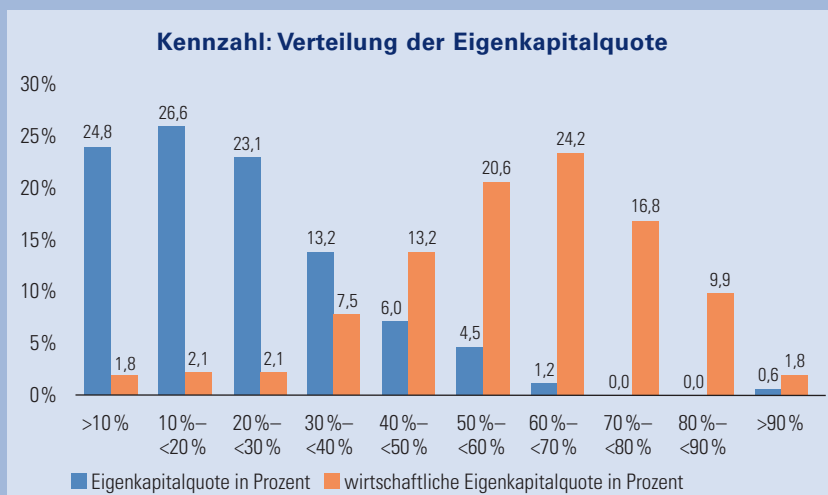
## Die Eigenkapitalquote im Trägervergleich

Die Betrachtung der Eigenkapitalquote im engen Sinne nach Trägergruppen zeigt, dass öffentliche Häuser eine mit rund 17 Prozent leicht unterdurchschnittliche Quote auf-

weisen, während private und freigemeinnützige Einrichtungen mit 21 bzw. 22 Prozent leicht überdurchschnittliche Werte haben.

Nach Einbeziehung des Sonderpostens zeigt die wirtschaftliche Eigenkapitalquote bei öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäusern durchschnittliche Werte (61 bzw. 62 Prozent). Die privaten Krankenhäuser haben trotz einer überdurchschnittlich hohen Eigenkapitalquote nur eine wirtschaftliche Eigenkapitalquote in Höhe von 56 Prozent. Dies impliziert eine gegenüber öffentlichen und freigemeinnützigen Einrichtungen geringere Inanspruchnahme öffentlicher Fördermittel.

Abb. 7: Verteilung der Eigenkapitalquote



Quelle: KPMG-Datenbank Krankenhaus 300

**Gesundheitssysteme****Das deutsche Gesundheitssystem ist gut, jedoch nicht sehr gut**

Nach Erhebung des Europa-Gesundheitskonsumenten-Index (EHCI) 2009 zählt das deutsche Gesundheitssystem nach wie vor zu dem Kreis der besten Gesundheitssysteme Europas. Bei der jährlich veröffentlichten Studie zu den EU-Gesundheitssystemen belegt Deutschland bei 33 Ländern wie im Vorjahr den 6. Platz. Der EHCI wird seit 2005 ermittelt und veröffentlicht. Über insgesamt 38 Kriterien der Bereiche Patientenrechte und Patienteninformation, E-Health, Wartezeiten, Behandlungsergebnisse, Umfang und Reichweite der bereitgestellten Dienstleistungen und allgemeiner Zugang zu Arzneimitteln erfolgt eine Analyse der Gesundheitssysteme Europas. Als Ergebnis wird eine Rangliste erstellt, welche einen Vergleich der Qualität der europäischen Gesundheitssysteme zulässt.

Vor Deutschland rangieren auf Platz eins die Niederlande, gefolgt von Dänemark, Island, Österreich und der Schweiz. Am unteren Ende der Skala stehen Bulgarien und Rumänien – Länder, deren Gesundheitssysteme durch eine hierarchische Struktur und mangelnde Transparenz geprägt sind.

Ausgehend vom EHCI 2009 kann festgehalten werden, dass Aussagen hinsichtlich eines qualitativ schlechten deutschen Gesundheitswesens falsch sind. Deutschland erzielt insbesondere hohe Werte in den Bereichen Wartezeiten auf Behandlung, Zugang zu Arzneimitteln und bei den Behandlungsergebnissen. E-Health ist dagegen ein Bereich mit Schwächen für das Hochtechnologieland Deutschland. Ein möglicher Grund für das gute, jedoch nicht sehr gute Abschneiden des deutschen Gesundheitssystems könnte laut dem Leiter des EHCI, Dr. Björnberg, darin liegen, dass in Deutschland eine hohe Anzahl eher allgemeiner Krankenhäuser existiert, die wenig spezialisiert sind.

**Recht****Handlungsbedarf infolge der BDSG-Novelle**

Das Thema Datenschutz hat nicht nur die in die Medien geratenen Unternehmen, sondern auch sämtliche Zweige des Gesundheitswesens fest im Griff. Bei jedem Leistungsträger und Leistungserbringer werden täglich unzählige personenbezogene Daten – gleich, ob Patienten, Versicherte oder eigene Arbeitnehmer betreffend – verarbeitet. Aus diesem Grund gilt es, sich auf die am 1. September 2009 in Kraft getretenen Änderungen des Bundesdatenschutzgesetzes einzustellen und etwaigen Handlungsbedarf rechtzeitig zu erkennen. Die für das gesamte Gesundheitswesen relevantesten Änderungen sind:

1. Stärkerer arbeitsrechtlicher Kündigungsschutz der im Unternehmen beschäftigten Datenschutzbeauftragten (§ 4f Abs. 3 BDSG)
2. Verschärfung der Voraussetzungen für die Auftragsdatenverarbeitung (§ 11 Abs. 2 BDSG)
3. Regelung des Arbeitnehmerdatenschutzes (§ 32 BDSG)
4. Informationspflichten bei Datenschutzverstößen gegenüber der Aufsichtsbehörde und den Betroffenen (§ 42a BDSG)

Erheblichen Handlungsbedarf dürfte insbesondere die Neuregelung zur Auftragsdatenverarbeitung auslösen. Dies deshalb, da § 11 BDSG nunmehr detaillierte Vorgaben dazu macht, welche Punkte in einer Vereinbarung zur Auftragsdatenverarbeitung schriftlich zu regeln sind. Weiteren Handlungsbedarf dürfte die Regelung des Arbeitnehmerdatenschutzes hinsichtlich von Compliance-Regelungen nach sich ziehen, da § 32 BDSG die Aufklärung von Straftaten zukünftig nur noch bei einem zuvor festgestellten und dokumentierten Anfangsverdacht zulässt. Nicht unterschätzt werden dürfen zudem die Informationspflichten nach § 42a BDSG, hinsichtlich derer es sich empfiehlt, frühzeitig und präventiv ein entsprechendes Informationskonzept zu erstellen.

**Krankenkassen****Bricht jetzt der Damm?**

Im Rahmen des Gesundheitsfonds gilt seit dem 1. Juli 2009 ein einheitlicher Beitragssatz von 14,9 Prozent. Dieser muss ab 2010 erst dann vom Gesetzgeber angehoben werden, wenn aus den Mitteln des Gesundheitsfonds weniger als 95 Prozent der Ausgaben in der GKV finanziert werden können. Kann eine Kasse mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ihre Ausgaben nicht finanzieren, ist eine mögliche Lösung die Erhebung eines Zusatzbeitrages – in Anbetracht der öffentlichen Diskussion über die Wirtschaftlichkeit von Kassen ein bislang wenig attraktiver und insofern vermiedener Weg.

Seit dem 1. Juli 2009 erhebt die Gemeinsame BKK Köln als erste Kasse einen Zusatzbeitrag. Notwendig wurde diese Maßnahme durch sehr hohe Ausgaben für zwei Versichertenfälle in den Jahren 2005 und 2006, die aus der Kasse einen Sanierungsfall machten.

Hinter vorgehaltener Hand wird allerdings seit Langem darauf hingewiesen, dass die gesamte GKV-Landschaft auf Zusatzbeiträge angewiesen sein wird. Bestätigt wird dies durch eine aktuelle Äußerung von Doris Pfeiffer, Vorstandschefin des GKV-Spitzenverbands, nach der bereits Anfang 2010 „mit einer Welle von Zusatzbeiträgen“ zu rechnen sei. Dies wird auch insofern kaum zu vermeiden sein, als der Kassensturz nach der Bundestagswahl nichts Gutes zutage fördern dürfte. Denkbar wäre allenfalls eine drastische Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze. Dieser Damm zumindest ist in der Vergangenheit bereits einmal gebrochen.

**Finanzmanipulationen bei gesetzlichen Krankenkassen**

Am 4. September hat das Bundesversicherungsamt (BVA) seinen Tätigkeitsbericht für das Jahr 2008 vorgelegt, in dem auf zahlreiche Missstände bei gesetzlichen Kassen hingewiesen wird.

Kritik übt der Prüfdienst des BVA an mangelnden Sicherungen und organisatorischen Schwachstellen, überhöhten Werbepremien und Verwaltungskosten, Missachtung von Ausschreibungsverpflichtungen im Beschaffungswesen sowie fehlerhaften Leistungsgewährungen. Gefordert wird seitens des BVA die Durchführung von Risikoanalysen, verbunden mit einer Vorbeugung gegen Unterschlagungen durch ein wirksames internes Kontrollsystem. Als ersten Schritt dahin sieht das Amt die Überprüfung von Zugriffsrechten in den Datenverarbeitungssystemen. Diese seien zu umfangreich ausgestaltet und würden in Einzelfällen Kombinationen beinhalten, die sich eigentlich ausschließen.

Das BVA ist als Aufsichtsbehörde insbesondere für Ersatzkassen sowie die meisten Innungs- und Betriebskrankenkassen zuständig. Die Allgemeinen Ortskrankenkassen unterliegen der jeweiligen Landesaufsicht und fallen somit nicht unter die Aussagen des Tätigkeitsberichts. Die generellen Empfehlungen aus dem Bericht dürften gleichwohl auch in dem Segment anwendbar sein. Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass bei künftigen Fusionen Hinweisen auf bislang nicht erkannte Schwachstellen nachgegangen wird.

## Krankenhäuser

### Duale versus monistische Finanzierung – quo vadis?

Seit der Geburtsstunde der dualen Finanzierung im Jahre 1974 mit der Einführung des KHG ist der Finanzierungsanteil der Länder stetig rückläufig und der viel zitierte Investitionsstau hat einen hohen Diskussionsbedarf hervorgerufen.

Im März dieses Jahres ist mit Inkrafttreten des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHVG) ein gesetzlicher Entwicklungsauftrag zur Reform der Krankenhausfinanzierung auf den Weg gebracht worden. Als maßgebliche

Änderung ist die Einführung eines DRG-ähnlichen Systems auch für die Investitionsfinanzierung geplant. So soll gemäß § 10 KHG eine Investitionsförderung für DRG-Krankenhäuser ab 2012 sowie für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen ab dem Jahr 2014 nicht länger an Bettenzahlen gekoppelt sein, sondern durch pauschalierte und leistungsorientierte Investitionspauschalen abgedeckt werden. Die Entwicklung von Grundsätzen und Kriterien für die Ermittlung eines Investitionsfallwertes auf Landesebene bis Ende 2009 sowie die Entwicklung und Kalkulation bundeseinheitlicher Investitionsbewertungsrelationen durch das Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus (InEK) stehen bis Ende 2010 bzw. 2014 an.

Bedeutet diese Umstellung der Investitionsfinanzierung über die Einbindung in ein pauschaliertes Vergütungssystem den Einstieg in eine Monistik mit solider Finanzierungsbasis? Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) verneint dies, da weder das ökonomische Problem des Auseinanderfallens von Verantwortung für Investitionen und laufende Kosten noch das Problem der mangelnden Investitionsverantwortung der Länder angegangen wird. Dies steht in Einklang mit der Sicht der Krankenkassen, die im Zusammenhang mit dem Reformvorhaben betonen, eine Verhinderung des schleichenden Rückzugs der Länder aus der Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser als nicht gewährleistet zu sehen. So bleibt das Recht der Länder nach § 10 KHG unberührt, autonom zwischen der Förderung durch Investitionspauschalen und der Einzelförderung von Investitionen, einschließlich der Pauschalförderung kurzfristiger Anlagegüter, zu entscheiden. Auch von einer gesetzlichen Verpflichtung der Länder zur Bereitstellung liquider Mittel zum Abbau des Investitionsstaus ist keine Rede. Ob mit dieser Gesetzesänderung jedoch der Grundstein hin zu einem Wechsel der Kostenträgerschaft gelegt wurde, dem weitere Teile folgen, wird die Zukunft zeigen.

### Studie zu Defiziten von öffentlichen Krankenhäusern veröffentlicht

Eine kürzlich veröffentlichte Studie der Technischen Universität Ilmenau und der Universität Witten/Herdecke beleuchtet das Ausmaß der Defizite von Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft. Im Jahr 2004 betrug das Gesamtdefizit aller deutschen öffentlichen Krankenhäuser über drei Milliarden Euro, was einem Fehlbetrag von rund 12.000 Euro je öffentlichem Bett oder rund 350 Euro je Fall entspricht. Die empirische Studie untersucht weiterhin die Gründe für diese enormen Defizite.

Entsprechend der Studie sind die Defizite der öffentlichen Häuser von der Verweildauer der Patienten und der Zahl der Beschäftigten des öffentlichen Krankenhauses abhängig. Ein negativer Zusammenhang besteht hingegen zwischen den Defiziten und der Fallzahl. Dabei beeinflussen weder die Kapazitäten der Kliniken noch der Umfang der KHG-Mittel die Defizite signifikant.

Die Studie schließt mit dem Fazit, dass die aktuelle Finanzierungspraxis öffentlicher Kliniken kritisch zu hinterfragen sei. Die öffentliche Hand betreibe Kliniken mit hohen Verweildauern und einem hohen Bestand an Ärzten bei gleichzeitig geringen Fallzahlen, was womöglich mit einer geringen Versorgungsqualität begründet werden könne. Weiterhin seien die öffentlichen Häuser trotz der Investitionszuwendungen nicht in der Lage, Defizite zu verhindern, was nahelege, dass öffentliche Kliniken häufig kein effizientes Management vorwiesen.

Schließlich führe dies zu einer Verzerrung im Wettbewerb zwischen den deutschen Krankenhäusern und behindere damit eine qualitativ hochwertige, effiziente Versorgung der Bevölkerung.

## Das Bilanzrechtsmodernisierungsgesetz und seine Auswirkungen auf den Jahresabschluss (II)

Wolfgang Kohler (wkohler@kpmg.com)  
Dr. Bernd Siefert (bsiefert@kpmg.com)

Das Krankenhaus, Ausgabe 7/2009

Nachdem der Bundestag am 26. März 2009 das Gesetz zur Modernisierung des Bilanzrechts (BilMoG) verabschiedet und der Bundesrat dem Gesetz mit einigen wenigen Änderungen am 3. April 2009 zugestimmt hat, wurden die neuen Regelungen mit der Unterschrift des Bundespräsidenten und der anschließenden Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt 2009, Teil I Nr. 27 am 28. Mai 2009 verbindlich. Die Autoren skizzieren die Auswirkungen der Reform auf den Jahresabschluss von Krankenhäusern und weisen auf Änderungen gegenüber dem Referententwurf hin, den sie in „Das Krankenhaus“, Heft 6/2008 vorgestellt hatten.

Der vollständige Artikel kann bestellt werden bei: Kohlhammer Verlag:  
vertrieb@kohlhammer.de

## Wir stark sind die Innovations- und Investitionskraft? Individuelle Chancen und Risiken – Zukunft deutsches Krankenhaus

Prof. Dr. Volker Penter (vpenter@kpmg.com)  
Dr. Christoph Arnold

KU Gesundheitsmanagement,  
Ausgabe 07/2009

Es ist so banal wie wahr: Nichts bleibt, wie es ist. Auch nicht das Krankenhaus. Wie die Zukunft der deutschen Krankenhäuser aussehen könnte und was sich dafür verändern müsste, haben zwei Spezialisten aus dem Hause KPMG anhand von rund 260 Analysen einzelner Krankenhäuser beschrieben. Gefährdung einer großen Zahl von Kliniken, enormer Investitionsstau, niedrigste Umsatzrentabilität – alles richtig. Aber was in der Gesamtschau stimmt, sieht im Einzelfall meist anders aus. Das Durchschnittskrankenhaus gibt es nicht. Jedes hat mit seinen speziellen

Stärken, Schwächen und seinem Wettbewerbsumfeld auch individuelle Chancen und Risiken. Das KU-Fachgespräch mit Prof. Dr. Volker Penter und Dr. Christoph Arnold, Autoren des neuen Buchs aus den Baumann Fachverlagen „Zukunft deutsches Krankenhaus“

Das vollständige Interview kann bestellt werden bei: Baumann Fachverlage:  
s.sesselmann@baumann-fachverlage.de

## Interview zum Thema „Gesundheitssysteme im Vergleich“

Prof. Dr. Volker Penter (vpenter@kpmg.com)

Die Ersatzkasse, Ausgabe 8/2009

Wenn es darum geht, das optimale Gesundheitssystem zu identifizieren, greift man gerne auf Ländervergleiche zurück, auf sogenannte Rankings. Die Platzierung allein ist dabei allerdings oft wenig aussagekräftig. Ein genauer Blick in die Ausarbeitung der Rankings gibt weit detailliertere Auskünfte darüber, wie es um die zu vergleichenden Gesundheitssysteme bestellt ist, und dabei schneidet Deutschland häufig besser ab als zunächst erkennbar. Prof. Dr. Penter, Leiter Health Care bei der KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, erläutert im Interview, worauf bei der Erstellung von sogenannten Rankings zu achten ist.

Das vollständige Interview kann bestellt werden bei: Die Ersatzkasse:  
presse@vdek.com

## Zukunft des deutschen Gesundheitssystems – Potenziale für künftige Strukturverbesserungen und Finanzierungsmöglichkeiten

Prof. Dr. Volker Penter (vpenter@kpmg.com)  
Dr. Christoph Arnold

Wirtschaft Elbe Weser, Magazin der Industrie- und Handelskammer Stade,  
Heft 10/2009

Oftmals wird das deutsche Gesundheitssystem als teuer, ineffektiv oder sogar schlecht beschrieben. Die Presse

berichtet über Ausgabenexplosionen, denen nur unzureichend Maßnahmen zur Ausgabenreduzierung gegenüberstehen. Doch sind diese Aussagen wirklich richtig? Diese Analyse beleuchtet Qualität und Ausgaben des deutschen Gesundheitssystems gleichermaßen und stellt einige Möglichkeiten künftiger Strukturänderungen und der damit verbundenen Finanzierung dar.

Der vollständige Artikel kann bestellt werden bei: Wirtschaft Elbe Weser:  
kirsten.kronberg@stade.ihk.de

## Ziel erreicht, aber ...?

### Kritische Analyse zur pauschalen Investitionsfinanzierung am Beispiel der NRW-Baupauschale

Prof. Dr. Volker Penter (vpenter@kpmg.com)  
Dr. Christoph Arnold  
Bernhard Kuhlmann

KU Gesundheitsmanagement,  
Ausgabe 11/2009

Die Investitionsfinanzierung von Krankenhäusern steht in Deutschland seit Jahren in der Diskussion. Nordrhein-Westfalen hat im Jahr 2007 als erstes Bundesland das bisherige System der Einzelförderung durch eine leistungsabhängige pauschale Investitionsförderung ersetzt – die sogenannte „Baupauschale“. Diese soll sicherstellen, dass nicht nur einige wenige, sondern sämtliche Plankrankenhäuser des Landes jährliche Investitionsmittel erhalten. Die Zuschüsse fallen jedoch regelmäßig deutlich geringer aus, als dies im Rahmen der Einzelförderung der Fall war. Es stellt sich die Frage, ob zukünftig eine ausreichende Finanzierung von Krankenhausinvestitionen durch die pauschalierte Investitionsförderung gesichert werden kann.

Der vollständige Artikel kann bestellt werden bei: Baumann Fachverlage:  
s.sesselmann@baumann-fachverlage.de

## Welchen Einfluss hat die Finanzmarktkrise auf die Krankenhäuser?

Prof. Dr. Volker Penter (vpenter@kpmg.com)  
 Dr. Christoph Arnold  
 Daniela Eifler (deifler@kpmg.com)  
 Stefan Friedrich (sfriedrich@kpmg.com)

f&w – führen und wirtschaften im Krankenhaus, Ausgabe 06/2009

Die Gesundheitsbranche gilt als einer der stabilsten Bereiche unserer Wirtschaft. Während sich Deutschland in einer Rezession befindet, wird der Gesundheitsmarkt anscheinend nur am Rande von der Finanzmarktkrise tangiert. Der Artikel untersucht die direkten und indirekten Auswirkungen der Finanzmarktkrise auf die Gesundheitsbranche und stellt ihre Folgen für den deutschen Gesundheitsmarkt dar.

Der vollständige Artikel kann bestellt werden bei: Bibliomed-Medizinische Verlagsgesellschaft: info@bibliomed.de

## Roadshow: Zukunft deutsches Krankenhaus

19. November 2009, Berlin  
 26. November 2009, München  
 30. November 2009, Mainz  
 2. Dezember 2009, Bautzen  
 7. Dezember 2009, Stuttgart  
 10. Dezember 2009, Gera

### Inhalt

Die Krankenhauslandschaft unterliegt anhaltend großen Veränderungen. Die Zukunft gehört den Häusern, die eine hohe Qualität und Wirtschaftlichkeit dauerhaft sicherstellen können. Flexibilität und Eigeninitiative sowie die Freiheitsgrade des Managements sind hierbei von fundamentaler Bedeutung.

Wichtige Erfolgsfaktoren sind Innovation und Investition. Deutsche Krankenhäuser haben aufgrund rückläufiger staatlicher Fördermittel in der Vergangenheit oft zu wenig investiert. Bei weiterhin abnehmender staatlicher Förderung müssen sich Krankenhäuser verstärkt nach alternativen Finanzierungsquellen umschauchen.

Wir stellen in dieser Veranstaltung die Ergebnisse der KPMG-Studie „Zukunft deutsches Krankenhaus“ vor und leiten praxisnahe Modernisierungsstrategien für Krankenhäuser ab. Es werden verschiedene Möglichkeiten zur Finanzierung von Investitionen außerhalb des Fördermittelbereichs aufgezeigt und deren Vor- und Nachteile diskutiert. Dabei spielt auch das Thema Zusammenarbeit mit Banken eine wichtige Rolle.

### Informationen und Anmeldung

Angela Heinrich  
 KPMG, Berlin  
 T 030 2068-1510  
 aheinrich@kpmg.com

## 2. Bochumer Expertengespräch zum Gesundheitsrecht Der Einsatz innovativer Arzneimittel im Krankenhaus

18. Februar 2010,  
 Ruhr-Universität Bochum

### Themen:

- Plenum: Off-Label Use im Krankenhaus
- Forum I: Erforderlichkeitsprüfung – Streitgespräch
- Forum II: Haftungsreduktion beim Off-Label Use – Gestaltungsmöglichkeiten
- Forum III: Werbung für innovative Behandlungsmöglichkeiten – Potenzial, Gefahren, rechtliche Grenzen
- Plenum: Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln – zukünftige Schranke für Innovationen?

### Informationen und Anmeldung

RA Dr. Mathias Maria Knorr  
 KPMG Rechtsanwaltsgesellschaft mbH,  
 Essen  
 T 0201 1258449-903  
 mathiasmariaknorr@kpmg-law.com

**Weitere Veranstaltungen von KPMG finden Sie im Internet unter [www.kpmg.de/seminare](http://www.kpmg.de/seminare)**

**Anmeldungen/Abmeldungen/Anschriftenänderungen für die Printausgabe**

**Gesundheitsbarometer:**

Stefan Friedrich  
T 030 2068-1675  
F 01802 11991-8797  
sfriedrich@kpmg.com

Im Internet finden Sie den Bereich Health Care von KPMG unter  
[www.kpmg.de/healthcare](http://www.kpmg.de/healthcare)

Dort finden Sie auch weitere Informationen zum Gesundheitsbarometer  
von KPMG.

[www.kpmg.de/gesundheitsbarometer](http://www.kpmg.de/gesundheitsbarometer)

## Impressum

**Herausgeber**

KPMG AG  
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft  
Klingelhöferstraße 18  
10785 Berlin  
[www.kpmg.de](http://www.kpmg.de)

**Redaktion**

Prof. Dr. Volker Penter (v.i.S.d.P.)  
Partner, Leiter Health Care  
T 030 2068-4740  
vpenter@kpmg.com

Stefan Friedrich  
T 030 2068-1675  
sfriedrich@kpmg.com

**An dieser Ausgabe haben mitgewirkt:**

Schwerpunktthema: Prozessoptimierungen im Krankenhaus:  
Frank Kopietz (fkopietz@kpmg.com), Stefan Friedrich (sfriedrich@kpmg.com)

KPMG-Analyse: Welchen Einfluss hat die Finanzmarktkrise auf die Krankenhäuser?:  
Prof. Dr. Volker Penter (vpenter@kpmg.com), Dr. Christoph Arnold,  
Daniela Eifler (deifler@kpmg.com), Stefan Friedrich (sfriedrich@kpmg.com)

Benchmarking-Kennzahl des Monats:  
Alexander Schidrich (aschidrich@kpmg.com), Dr. Christoph Arnold

Das deutsche Gesundheitssystem ist gut, jedoch nicht sehr gut,  
Studie zu Defiziten von öffentlichen Krankenhäusern veröffentlicht:  
Stefan Friedrich (sfriedrich@kpmg.com)

Handlungsbedarf infolge der BDSG-Novelle:  
Dr. Mathias Maria Knorr (mathiasmariaknorr@kpmg-law.com),  
Stephan R. M. Fahrig (sfahrig@kpmg-law.com)

Bricht jetzt der Damm?, Finanzmanipulationen bei gesetzlichen Krankenkassen:  
Olaf Buske (obuske@kpmg.com), Jan-Henning Sander (jsander@kpmg.com)

Duale versus monistische Finanzierung – quo vadis?:  
Sabrina Mehrmann (smehrmann@kpmg.com)