

Gesundheitsbarometer

August 2010

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

wir freuen uns, Ihnen heute die zehnte Ausgabe des Gesundheitsbarometers von KPMG präsentieren zu können. Ein kleines Jubiläum. Unsere aktuelle Ausgabe beschäftigt sich mit dem Schwerpunktthema „Personalmanagement im Krankenhaus“.

Nahezu zwei Drittel der laufenden Kosten eines Krankenhauses sind Personalkosten. Die Auswirkungen neuer Tarifabschlüsse, die Folgen aktueller Rechtsprechung, Personalengpässe im ärztlichen und pflegerischen Bereich bei weiter steigenden Anforderungen an diese Berufsgruppen verstärken die Bedeutung des Produktionsfaktors Arbeit im Krankenhaus weiter.

Noch zu häufig wird mit dem pauschalen Abbau von Stellen reagiert. Die Folge kann eine Verschärfung der Personalknappheit, die weitere Überlastung der Mitarbeiter, eine ungesunde Fluktuation und letztendlich die ungewollte Unzufriedenheit der Patienten sein. Wichtig ist daher, den Wert der knappen Ressource Personal zu erkennen und diese so motivierend und gleichzeitig nutzbringend wie möglich einzusetzen.

In der vorliegenden Ausgabe untersuchen wir das Thema Personal aus verschiedenen Perspektiven. Wir beschäftigen uns mit Verfahren für

ein effizientes und leistungsorientiertes Personalmanagement und sprechen über praktische Erfahrungen zum Fach- und Führungskräfemangel aus Sicht eines Personalberaters mit Dr. Hendrik Balonier, Geschäftsführer und Leiter der Practice Group Life Sciences der Kienbaum Executive Consultants GmbH.

Über das Schwerpunktthema hinaus führen wir zum Stichwort Privatisierung ein Interview mit Dr. med. Axel Paeger, CEO und Vorsitzender des Vorstands, sowie Dr. med. Marina Martini, CDO und Mitglied des Vorstands der AMEOS-Gruppe. Weiter berichten wir über die Bewertung des Risikos für MDK-Einzelfallprüfungen, untersuchen gemeinnützigkeitsrechtliche und steuerliche Aspekte für Krankenhäuser bei medizinischen Versorgungszentren und stellen das Gesundheitssystem Dänemarks vor.

Wir wünschen Ihnen wieder viel Freude beim Lesen des Gesundheitsbarometers und einen schönen Sommer 2010.

Mit besten Grüßen

Ulrich Maas

Mitglied des Vorstands

Prof. Dr. Volker Penter

Partner, Leiter Health Care



Ulrich Maas



Prof. Dr. Volker Penter

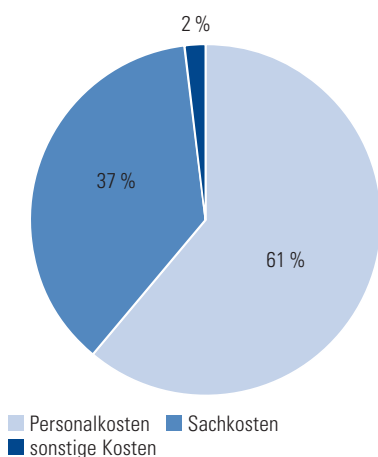
Inhalt

Personalmanagement im Krankenhaus	2
Interview zum Thema Fach- und Führungskräfemangel in der Gesundheitswirtschaft	6
Bewertung des Risikos für MDK-Einzelfallprüfungen	8
Medizinische Versorgungszentren – gemeinnützigkeitsrechtliche und steuerliche Aspekte für Krankenhäuser	11
Das Gesundheitssystem Dänemarks – Effizienz im Fokus	14
Interview zum Thema Privatisierung im deutschen Krankenhausmarkt	16
Investitionsquote	19
Nachrichtenticker Gesundheitswesen	20
Fachbeiträge	22
Veranstaltungen	23
Impressum	24

Personalmanagement im Krankenhaus

In den deutschen Krankenhäusern werden pro Jahr mehr als 40 Milliarden Euro für Personal ausgegeben. Rund zwei Drittel der Kosten eines Krankenhauses betreffen die Mitarbeiter. Personalfragen sind damit zentral für die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser. Allerdings darf keine einseitige Fokussierung auf die Senkung der Personalkosten erfolgen: Längst gibt es Schwierigkeiten, Stellen mit Fachpersonal zu besetzen. Zunehmend erarbeiten Krankenhäuser attraktive Weiterbildungskonzepte, um Fachkräfte halten zu können. Dienstplanungen sind schwieriger geworden, nachdem die Rechtsprechung entschieden hat, dass der Bereitschaftsdienst in vollem Umfang als Arbeitszeit anzurechnen ist.

Abb. 1: Kostenstruktur im deutschen Krankenhaus in Prozent



Quelle: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, 2008

Arbeitsweise und Arbeitsbelastung haben sich erheblich verändert

Der Erfolg eines Krankenhauses hängt zentral von seinen Mitarbeitern ab. Die individuellen Leistungen der Mitarbeiter sind der Dreh- und Angelpunkt jeder Behandlung. Die technologische Ausstattung und der Stand der verfügbaren Technik sind wichtig. Am Ende entscheidet aber das Fachpersonal, wie die Behandlung zu erfolgen hat. In den vergangenen zehn Jahren hat es drei wesentliche Entwicklungen

gegeben, welche die Arbeitsweise und Arbeitsbelastung in den Krankenhäusern erheblich verändert haben.

Die Einführung der DRGs hat den wirtschaftlichen Druck auf die Krankenhäuser erhöht, was hinlänglich bekannt und diskutiert worden ist. Als Folge ist die Verweildauer der Patienten seit dem Jahr 2000 um 1,4 Tage (= 14,4 Prozent) gesunken. Diese Tendenz setzt sich fort. Ärzten bleibt tendenziell weniger Zeit für die Diagnostik und Therapieplanung. Viele Krankenhäuser weisen hier Defizite auf, da ihre Strukturen und Prozesse häufig nicht an die neuen Anforderungen angepasst wurden. Beispielsweise unterliegen diagnostische Leistungen häufig keiner koordinierten Planung, sondern werden auf Anforderung durchgeführt. Dies erhöht die Arbeitsbelastung, wenn Planungsmängel durch Mehrarbeit kompensiert werden müssen. In fast allen Krankenhäusern wurden Stationen geschlossen, weil die Auslastung gesunken ist.

Die EU-Rechtsprechung zur Bewertung von Bereitschaftsdienstzeit als Arbeitszeit hat dazu geführt, dass die

früher üblichen langen kombinierten Normal- und Bereitschaftsdienste so nicht mehr zulässig sind. Eine richtige Entwicklung, aber mit Folgen: In fast allen Krankenhäusern wurden die Rahmendienstpläne geändert. Teilweise sind Modelle eingeführt worden, die teuer sind und zu viel Personal zu den „falschen“ Zeiten vorhalten.

Die skizzierten Rahmenbedingungen erhöhen den Fachärzte- und Nachwuchsmangel. Schwierigkeiten bei der Gewinnung von Nachwuchsärzten und dem Halten einer guten Facharztquote haben derzeit noch nicht alle Krankenhäuser gleichermaßen. Tendenziell sind kleinere Häuser und ländliche Regionen stärker betroffen als große Häuser beziehungsweise solche in Ballungsgebieten.

Handlungsoptionen der Krankenhäuser

Krankenhäusern stehen vielfältige Handlungsoptionen zur Verfügung, um bei den skizzierten Rahmenbedingungen wirtschaftlich erfolgreich und attraktiv für das eigene Personal zu sein. Als Beispiele sollen genannt werden:

- Die Prozesse bei der Diagnostik, im OP und bei den OP-Schnittstellen sind erfolgskritisch und müssen optimal strukturiert sein. Beispielsweise lässt sich das OP-Volumen oft bei besserer OP-Koordination auch mit einer kürzeren OP-Öffnungszeit erfüllen.
- Die Auslastung der Stationen muss im vertretbaren Maße wirtschaftlich sein. Die Praxis geht von 80 Prozent und mehr aus. Gegebenenfalls sind Stationen zu schließen, zusammenzulegen oder kombinierte Dienstmodelle einzuführen (zum Beispiel gemeinsame Nachtwachen).
- Die Dienstpläne müssen so gestaltet sein, dass ausreichend Mitarbeiter anwesend sind, wenn der höchste Arbeitsanfall entsteht. Schichtdienste sind darauf auszurichten.
- Assistenzärzte sollten dann eingesetzt werden, wenn der höchste Arbeitsanfall entsteht. Auf diese Weise kann zum Beispiel die erforderliche Zahl an Operationen im Rahmen der Weiterbildung schneller erreicht werden. Dies gelingt schlechter, wenn die Assistenzärzte aufgrund von Schichtdiensten zu den Operationszeiten fehlen.

Der Vergleich ausgewählter Personal-kennzahlen deutscher Krankenhäuser zeigt, dass die Handlungsoptionen noch unterschiedlich genutzt werden.

Personalplanung und Leistungserbringung stärker verknüpfen

Die Personaleinsatzplanung erfolgt in vielen Krankenhäusern anhand von Arbeitsplätzen oder Stationen, die es zu besetzen gilt (Arbeitsplatzmethode).

Hat beispielsweise der OP-Trakt fünf OP-Säle, wird häufig eine vollständige Besetzung von 8 bis 16 Uhr täglich an fünf Tagen pro Woche mit je einem Anästhesisten geplant. Eine Planung nach der Arbeitsplatzmethode ist hier wirtschaftlich risikoreich, da sie vom Leistungsgeschehen abgekoppelt ist. Besser ist eine regelmäßige Auswertung der Operationsdauern, um daraufhin die tatsächlich erforderlichen OP-Öffnungszeiten anzupassen und das Personal entsprechend einzusetzen.

Eine leistungsbezogene Personaleinsatzplanung ist einer arbeitsplatzbezogenen Personaleinsatzplanung regelmäßig vorzuziehen. Die Bestimmung der erforderlichen Mitarbeiterzahl kann auf der Grundlage der erlös- und leistungsorientierten Personalbedarfsermittlung erfolgen.

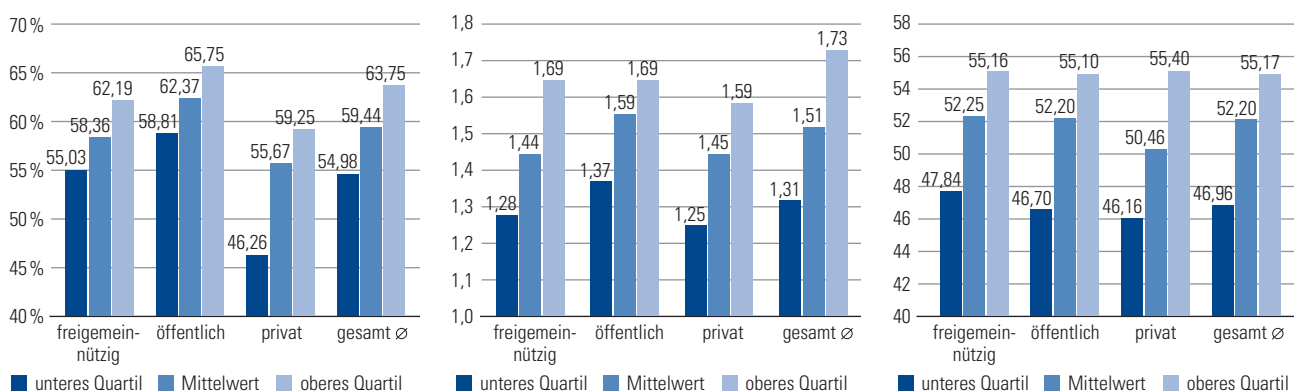
Erlösorientierte Personalbedarfsermittlung

Bei der erlösorientierten Personalbedarfsermittlung werden – stark vereinfacht – die erzielten Erlöse den erbringenden Fachabteilungen zugeordnet. Anhand der erzielten Erlöse kann mittels durchschnittlicher Gehälter ausgerechnet werden, wie viele Mitarbeiter durch die erzielten Erlöse finanziert sind. Die erlösorientierte Personalbedarfsermittlung ist mit zahlreichen Schwierigkeiten, Schein- und Ungenauigkeiten verbunden. So können an einem Fall (einer DRG) mehrere Fachabteilungen beteiligt gewesen sein. In diesem Fall ist es schwierig, die Erlöse wirtschaftlich korrekt zu verteilen. Zugekaufte Leistungen sind bei der Umrechnung der Erlöse in Personalstellen zu berücksichtigen. Eine fachabteilungsbezogene Rückrechnung auf die finanzierte Zahl der Mitarbeiter ist hier oft aufwendig und mit Unsicherheiten behaftet.

Leistungsorientierte Personalbedarfsermittlung

Eine leistungsorientierte Personalbedarfsermittlung geht grundsätzlich von den erbrachten Leistungen aus. Im Mittelpunkt steht die Frage, welche Leistungen in welchem Umfang von der zu betrachtenden Fachabteilung im Betrachtungszeitraum erbracht wurden. Unter Leistungen

Abb. 2: Personalaufwandsquote in Prozent, Vollkräfte je Bett, Personalaufwand – je Vollkraft in Tausend Euro – deutscher Krankenhäuser mit mehr als 300 Betten nach Trägern

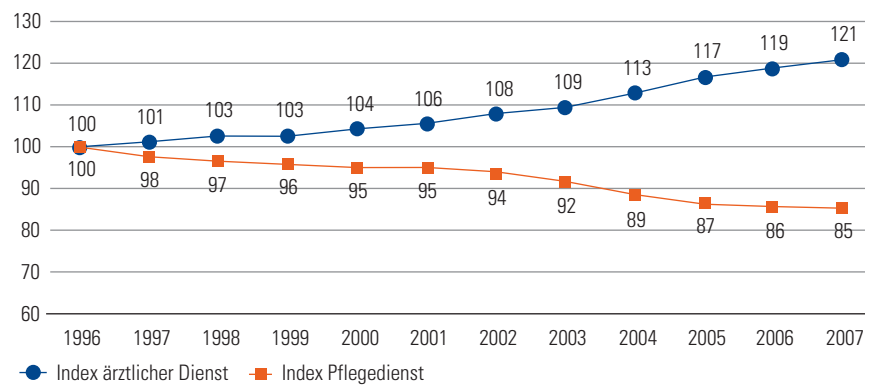


Quelle: KPMG-Datenbank Krankenhaus 300®

sind beispielsweise stationäre und teilstationäre Fälle, alle durchgeführten Operationen, Funktionsleistungen wie Röntgenuntersuchungen sowie der Pflegeaufwand zu verstehen. Die erfassten Leistungen werden für jede Dienststart und Organisationseinheit getrennt mit Zeiteinheiten (Anhaltzahlen) bewertet. Das Ergebnis zeigt, welcher Personalbedarf zur Erbringung der Leistungen in einem durchschnittlich effizienten Krankenhaus erforderlich ist (Soll-Personalzahl).

Die Soll-Personalzahl ist den tatsächlich in der Fachabteilung tätigen Mitarbeitern gegenüberzustellen. Somit kann eine klare Aussage über die Über- oder Unterbesetzung der jeweiligen Fachabteilung für die einzelnen Dienststarten getroffen werden. Gleichzeitig bietet sich für das Krankenhaus die Chance, eine mit dieser Methodik durchgeführte Berechnung in jährlichen Intervallen fortzuschreiben und so ein Instrument zur mittel- und langfristigen Personalplanung auf der Basis der erbrachten Leistungen zur Verfügung zu haben.

Abb. 3: Entwicklung der Personalstruktur im Krankenhaus, 1996 = 100



Quelle: Penter/Arnold: Zukunft deutsches Krankenhaus, Baumann Fachverlage, Kulmbach, 2009

Phasen einer leistungsorientierten Personalbedarfsermittlung

Der Schwerpunkt der ersten Phase der leistungsorientierten Personalbedarfsermittlung liegt auf der Beschaffung der erforderlichen Basisdaten. Auf Grundlage eines standardisierten Software Tools werden alle relevanten Basis- und Strukturdaten sowie die Leistungsdaten der einzelnen Fachabteilungen beim Krankenhaus abgefragt. Die Datenbasis erstreckt sich dabei gewöhnlich auf Daten aus dem § 21 KHEntG-Datensatz, Personalstatistiken und Grunddaten der Finanzbuchhaltung.

In der zweiten Phase werden die vom Krankenhaus-Controlling und der Personalabteilung gelieferten Daten auf Vollständigkeit und eine erste Plausibilität geprüft und in das Software Tool eingearbeitet. Für jede zu untersuchende Organisationseinheit wird ein eigenes Berechnungsmodell aufgebaut.

Dieses Berechnungsmodell stellt gleichzeitig die Grundlage für die in der dritten Phase anstehenden Workshops mit den Fachabteilungen dar. Die Workshops dienen dazu, der jeweiligen Fachabteilung die Leistungsdaten vorzustellen und im Dialog zu klären, ob und gegebenenfalls welche Leistungen für das Betrachtungsjahr bisher noch nicht erfasst wurden.

Nach Abschluss dieser Validierungswshops erfolgt in der vierten Phase die eigentliche Berechnung des Personalbedarfs auf Grundlage der ermittelten Leistungsdaten. Die Bewertung der erfassten Leistungen erfolgt anhand von anerkannten Anhaltzahlen, Durchschnitts- und Erfahrungswerten. Man greift hierbei regelmäßig auf eine eigene, umfassende Referenzdatenbank zurück und berücksichtigt ergänzend die Anhaltzahlen anerkannter Fachgesellschaften.

Am Ende liegt eine Gesamtpersonalbedarfsermittlung vor, die auf Basis von validierten Leistungsdaten des Krankenhauses durchgeführt wurde.

Mehrwert einer leistungsorientierten Personalbedarfsermittlung

Insbesondere in Organisationseinheiten mit historisch gewachsenen Organisations- und Entscheidungsstrukturen hilft die leistungsorientierte Personalbedarfsermittlung der Geschäftsführung, detaillierte Einblicke in die Organisationsstruktur, die Arbeitsweise und das Leistungsprofil einzelner Fachabteilungen zu erhalten.

Eine wesentliche Erkenntnis ist die transparente und objektive Aussage über den tatsächlichen Personalbedarf für einzelne Organisationseinheiten, basierend auf dem erfassten Leistungsgeschehen des Betrachtungszeitraumes. Dies kann eine wesentliche Grundlage für zukünftige Personalentscheidungen darstellen und auch Gegenstand von Zielvereinbarungen zwischen der Geschäftsführung und den Fachabteilungen sein.

So ist es beispielsweise möglich, Leistungsparameter und Personaleinsatz in einer Zielvereinbarung miteinander zu verknüpfen.

Darüber hinaus zeigen sich im Rahmen von Personalbedarfsermittlungen durch die Verknüpfung der Daten zahlreicher Quellen häufig auch Anhaltspunkte für die Optimierung von Prozessen und Schnittstellen. Im Rahmen der Dateneingabe wird standardmäßig eine Vielzahl von Kennzahlen ermittelt und diese werden mit eigenen Erfahrungswerten verglichen. So können beispielsweise im Bereich des OP die Gleichzeitigkeitsfaktoren oder Naht-Schnitt-Zeiten Hinweise auf die nicht optimale Gestaltung von Prozessen geben.

Neben der retrospektiven Bewertung der Leistungen kann das Berechnungstool auch als dauerhaftes Steuerungs- und Planungsinstrument eingesetzt werden.

Fazit

Krankenhäuser werden auch künftig im Personalbereich vor erheblichen Veränderungen stehen. Aufgrund der hohen Relevanz der Personalkosten sollten Leistungen und Personaleinsatz stärker als bisher bei der Personalplanung verknüpft werden. Die bisherige häufig noch arbeitsplatzbezogene Denkweise führt vielfach zu suboptimalen Ergebnissen, da Leistungsanfall und Personaleinsatz entkoppelt sind. Die leistungsorientierte Personalbedarfsermittlung stellt für die Krankenhäuser eine Chance dar, Personal motivierend und gleichzeitig effizient einzusetzen.



Fach- und Führungskräfte­mangel in der Gesundheitswirtschaft

Interview mit **Dr. Hendrik Balonier**, Geschäftsführer und Leiter der Practice Group Life Sciences der Kienbaum Executive Consultants GmbH

Seit Jahren liest man über den Fachkräftemangel in der deutschen Gesundheitswirtschaft. Georg Baum, Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft, spricht von 5.000 offenen Arztstellen in den Krankenhäusern und fast 4.000 fehlenden niedergelassenen Ärzten und damit von einem „gravierenden Problem“. Wie schätzen Sie das Ausmaß des Fachkräftemangels in der deutschen Gesundheitswirtschaft ein?

Dr. Hendrik Balonier: Der Fachkräftemangel ist bereits seit einiger Zeit dramatisch und dieser Trend verschärft sich derzeit noch, vor allem in ländlichen Gebieten ist eine Sättigung kaum realisierbar. Kienbaum sucht unter anderem für Kliniken in den neuen Bundesländern nach Fachkräften und es ist sehr schwierig, offene Stellen adäquat zu besetzen. Bedenklich ist, dass es nicht genügend Fachkräfte in operativen Fächern gibt, sondern viele Ärzte in anderen Fachrichtungen ausgebildet sind. Daraus ergibt sich beispielsweise zwangsläufig ein Mangel in der Chirurgie. Hinzu kommt ein weiteres Problem: Kliniken stehen zunehmend unter Druck, weil auch der Wettbewerb um die Mediziner groß ist: Viele Ärzte wandern ins europäische Ausland ab oder suchen sich bereits direkt nach dem Medizinstudium ein anderes Wirkungsfeld fernab der Klinik, zum Beispiel in der Pharmaindustrie oder der öffentlichen Verwaltung.

Welche Unterschiede in Bezug auf den Fachkräftemangel existieren zwischen den einzelnen Leistungs-

erbringern, Regionen und Trägern der Leistungserbringer? Welche Fachkräfte sind derzeit besonders „rar“ auf dem Stellenmarkt?

Dr. Hendrik Balonier: Eine pauschale Aussage ist hierbei schwierig. Chirurgen und Fachpflegekräfte sind rar, was allerdings je nach Region sehr unterschiedlich sein kann. Die Unterschiede zwischen den einzelnen Leistungserbringern sind nicht sehr groß und auch öffentliche Einrichtungen bieten im Rahmen ihrer tariflichen Möglichkeiten attraktive und marktgerechte Gehälter an, da sie dem Wettbewerb zu privaten Kliniken standhalten müssen. Insbesondere hervorheben möchte ich hierbei die neue Ausgangssituation der Universitätskliniken, die auch aufgrund ihres hervorragenden Rufs wieder sehr anziehend geworden sind. Die Industrie hat im Übrigen auch an Attraktivität zurückgewonnen.

Wenn man über Gründe für den Fachkräftemangel diskutiert, wird oft die sehr umfangreiche, ganzheitliche und lange Ausbildung zum Arzt beziehungsweise zum Facharzt, aber auch die starre Hierarchie- und Organisationsstruktur einzelner Leistungserbringer erwähnt. Muss sich das Berufsbild des Arztes verändern, um den Nachwuchsmangel zu beheben?

Dr. Hendrik Balonier: Die Krankenhaushierarchie kommt noch aus der Militärhierarchie und wurde an diese angelehnt, sodass sowohl Assistenz- als auch Oberarztstellen als nicht sehr

interessant angesehen werden. Hinderlich aus unserer Sicht sind auch die ausgesprochen hohen Einstiegshürden ins Medizinstudium, die abschreckend wirken und sicherlich auch bei Abiturienten zu einer grundsätzlichen Entscheidung gegen das Medizinstudium führen. Ein weiterer Aspekt ist das relativ starre Curriculum im Medizinstudium, das dem mittlerweile sehr veränderten und eigentlich individualisierten Berufsfeld des Arztes bisher nicht genügend Rechnung trägt. Der Patient geht gerne zum ausgewiesenen Spezialisten des jeweiligen Fachgebiets. Dieser Mediziner soll sich dann zum Beispiel mit einer speziellen Operationsmethode besonders gut auskennen und hohe Fallzahlen erreichen. So kann er dem Patienten ein höheres Sicherheitsgefühl bieten. Diese Entwicklung bedeutet wiederum, dass Angebote einer praktischen Tätigkeit im Medizinstudium daher viel früher kommen sollten und der angehende Facharzt auf diese Weise viel früher eingesetzt werden könnte.

Was können beispielsweise einzelne Krankenhäuser, Uniklinika oder auch Pflegeeinrichtungen ganz individuell tun, um dem Fachkräftemangel zu begegnen? Kann man durch die Schaffung von effizienten klinischen und nicht klinischen Prozessen das Problem des Fachkräftemangels lindern?

Dr. Hendrik Balonier: Unserer Ansicht nach müssen sich alle Leistungserbringer auf einen internen Personalmarkt einstellen. Da viele Ärzte ins Ausland abgeworben werden, müssen

wir uns auch auf anderen Märkten umschauen und zügig und flexibel agieren. Daher sollten die Kliniken, wie andere Arbeitgeber auch, einen Service zur Relocation für nicht deutsche Fachkräfte anbieten. Hierbei sind Sprachkurse denkbar und Hilfestellungen bei der Eingliederung der mitziehenden Familien in die Gesellschaft: das heißt, proaktiv und sehr strukturiert den Arbeitsmarkt anzugehen, anstatt sich passiv auf Bewerbungen zu verlassen. Neben der Flexibilität im Gehaltssystem gehören hierzu auch zwingend Konzepte zur Personalentwicklung und -weiterbildung, die einer hohen Fluktuation entgegenwirken können. Fühlt sich der Mediziner wohl, auch in seinem privaten Lebensumfeld, und sieht er gleichzeitig interne Perspektiven innerhalb der Klinik, wird er eher bereit sein, längere Zeit in dieser Klinik und an einem Standort zu verbleiben. Klinikketten wiederum haben andere Möglichkeiten, um Mediziner vielfältige Positionen an unterschiedlichen Standorten anbieten zu können, sodass hier eine systematische Jobrotation stattfinden kann, die wir wiederum aus der Industrie kennen.

Oft wird unter dem Fachkräftemangel der Mangel an Personal im „weißen Bereich“ verstanden. Müsste man nicht auch von einem Führungskräfte-mangel sprechen, wenn man bedenkt, dass beispielsweise Manager von Krankenhausunternehmen durchschnittlich deutlich weniger verdienen als ihre Managementkollegen in der Pharmaindustrie?

Dr. Hendrik Balonier: Hierbei handelt es sich nicht ausschließlich um ein Problem der geringeren Vergütung: Manager aus der Industrie finden sich in dem regulierten Gesundheitsmarkt schlecht zurecht. Die meisten Kliniken, auch die privatisierten,

Kurzbiografie Dr. Hendrik Balonier

- Staatsexamen in Mathematik und Literatur, M.A. in Philosophie
- Promotion in Philosophie
- Einstieg in die Personalberatung als Researcher bei R.S.V.P. Management Consultants in der Practice Group Healthcare, nach einem Jahr Partner und nach weiteren zwei Jahren Geschäftsführer, danach Partner in der Practice Group Healthcare bei Heidrick & Struggles
- Geschäftsführer und Leiter der Practice Group Life Sciences bei der Kienbaum Executive Consultants GmbH



Dr. Hendrik Balonier
Geschäftsführer und Leiter der Practice Group Life Sciences bei der Kienbaum Executive Consultants GmbH

werden immer noch sehr dezentral geführt, was das Management insgesamt erschwert. Nach unserer Prognose werden die Einkommen im Klinikmanagement steigen; es gibt jetzt schon einige Aus- und Weiterbildungsangebote in Richtung Klinikmanagement. Wir glauben aber nicht, dass man sich mittelfristig an dem Einkommensverhältnis in der pharmazeutischen Industrie orientieren sollte, da hier das Gehaltsniveau auch über dem anderer Akteure des Gesundheitswesens liegt. Geringere Einkommen als in der Pharmaindustrie finden wir zum Beispiel auch im Krankenkassenbereich, obwohl die Managementaufgaben ähnlich anspruchsvoll sind.

Eine letzte Frage zum Schluss: Welche innovativen und praxiserprobten Konzepte der Personalentwicklung gibt es und wann sollte man diese anwenden?

Dr. Hendrik Balonier: In der Industrie spielt (wenngleich auch nicht immer mit Erfolg) die Nachfolgeplanung eine große Rolle. Völlig anders gestaltet sich hingegen die Situation in Krankenhäusern: Selbst in den großen Kliniken werden Chefarztstellen ad hoc besetzt, sind aber oft mühsamen, öffentlichen Ausschreibungen unterworfen. Man sollte bereits jungen Assistenzärzten bestimmte Ziele setzen, etwa durch Jobrotation, damit sie weitere Fach- und auch Führungs-

kompetenzen entwickeln können. Gleichzeitig müssen diese Kompetenzen auch abgefragt werden und dies wird im stressigen Klinikalltag oft versäumt. Die Industrie bedient sich hier einer ganzen Batterie von Maßnahmen, wie zum Beispiel Aus- und Weiterbildung, Managementtraining, Entwicklung sozialer Kompetenzen, setzt aber auch gerade im Spitzenmanagement das Instrument der regelmäßigen Auditierung ein. Insbesondere Soft Skills wie Managementfähigkeit, Führungsverhalten und soziale Kompetenz sind mittlerweile viel stärker gefragt und spielen eine große Rolle. Darauf richtet man in den Kliniken leider bisher noch nicht verstärkt das Augenmerk: Die Ärzte sind neben ihrem stressigen Alltag derzeit vielfach mit rein fachlichen Aus- und Fortbildungen beschäftigt.

Bewertung des Risikos für MDK-Einzelfallprüfungen¹

Beanstanden Krankenkassen die Rechnungen von Krankenhäusern, führt die Einbindung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) häufig zu keiner zügigen Klärung von Abrechnungsfragen, sondern bewirkt zumeist das Gegenteil. Das Ergebnis sind Zahlungsverzögerungen und -ausfälle in nicht unerheblichem Ausmaß. Krankenhäuser sind gezwungen, diesem Umstand durch die Bildung einer entsprechenden Rückstellung in der Bilanz gerecht zu werden. Im folgenden Artikel werden zwei alternative Vorgehensweisen skizziert, um das aus den MDK-Einzelfallprüfungen nach § 275 SGB V resultierende finanzielle Risiko zu beurteilen und damit die Höhe der erforderlichen Rückstellung zu bemessen.

Die Ergebnisse der Frühjahrsumfrage 2009 zum Thema „MDK-Prüfung in deutschen Krankenhäusern“ von medinfoweb.de, an der sich 136 Kliniken aus 16 Bundesländern beteiligten, belegen die prekäre Situation²: Bundesweit werden 11,1 Prozent aller DRG-Fälle einer Einzelfallprüfung unterzogen. Obwohl das am 25. März 2009 in Kraft getretene KHRG eine Erhöhung der MDK-Aufwandspauschale für ungerechtfertigte Abrechnungsprüfungen auf einen Betrag von 300 Euro statt bisher 100 Euro vorsieht und damit auf eine Reduzierung der Einzelfallprüfungen abzielt, liegt die MDK-Prüfquote sogar um 0,8 Prozentpunkte über dem Vorjahreswert. 40,8 Prozent der geprüften Fälle werden zugunsten der Kostenträger entschieden. Der hieraus resultierende mittlere Case Mix-Verlust pro Prüffall beläuft sich somit auf 0,164 Bewertungsrelationen und entspricht 439,65 Euro.

Abbildung der Risiken im Jahresabschluss

Die Bildung von Rückstellungen erlaubt es, Aufwendungen im Jahresabschluss zu berücksichtigen, die wirtschaftlich in der abgelaufenen oder einer früheren Periode verursacht wurden, deren Abfluss am Abschlussstichtag wahr-

scheinlich oder sicher und deren Höhe oder künftiger Zahlungszeitpunkt ungewiss ist.

Im Zuge von MDK-Fallprüfungen kommt es zu Änderungen der ursprünglichen Abrechnung des Krankenhauses gegenüber den Krankenkassen. Das kann sowohl positive als auch negative Auswirkungen für das Krankenhaus haben. Sofern die MDK-Prüfung zu einer Rechnungskürzung führt, ist zunächst zu prüfen, ob die Forderung aus der Leistungsabrechnung von der Krankenkasse bereits beglichen wurde oder ob diese noch offen ist. Sofern der Rechnungsbetrag bis zum vorliegenden Ergebnis der MDK-Prüfung noch nicht bezahlt wurde, ist eine Wertberichtigung der Forderung in entsprechender Höhe vorzunehmen. Hat die Krankenkasse die Forderung bereits ausgeglichen, besteht das Risiko einer Rückzahlungsverpflichtung des Krankenhauses. Dem ist im Jahresabschluss durch die Bildung einer Rückstellung angemessen Rechnung zu tragen.

Fraglich ist, wie die MDK-Rückstellung zu bewerten ist. Zunächst muss das Krankenhaus über die notwendigen Informationen verfügen, die im Ideal-

fall in einer Datenbank nachgehalten werden. Diese Datenbank sollte sämtliche angefragten MDK-Fälle mit mindestens folgenden Informationen enthalten:

- Abrechnungsbetrag vor MDK-Prüfung
- Abrechnungsbetrag nach MDK-Prüfung

Auf dieser Basis kann dann abgeleitet werden, wie viel Prozent der Fälle des Krankenhauses der MDK überhaupt prüft und zu welchen positiven wie negativen Abweichungen des ursprünglichen Abrechnungsbetrags dies geführt hat. Zu beachten ist, dass aufgrund des Imparitätsprinzips bei der Bewertung der Rückstellung lediglich die Fälle berücksichtigt werden dürfen, die zu einer Rechnungskürzung geführt haben. Eine Verrechnung von positiven und negativen Ergebnisauswirkungen ist nicht zulässig. Des Weiteren sind bei der Bewertung der Rückstellung auch die im Krankenhaus im Zusammenhang mit der Bearbeitung von MDK-Anfragen entstehenden Kosten zu berücksichtigen.³

¹ Veröffentlicht in: das Krankenhaus, Ausgabe 6.2010, S. 552 f.

² Vgl. Thieme/Schikowski: MDK-Prüfung in deutschen Krankenhäusern: Ergebnisse der Frühjahrsumfrage 2009, o. O., 2009.

³ Pentter/Siefert: Kompendium Krankenhaus-Rechnungswesen, Mediengruppe Oberfranken, Kulmbach, 2010.

Bewertung auf der Basis von Einzelfällen

Zum einen ist es möglich, die Kalkulation auf der Basis von Einzelfallinformationen vorzunehmen. Voraussetzung hierfür ist das Vorliegen der angesprochenen Datenbank. Abbildung 4 beschreibt das Vorgehen exemplarisch. Die durchschnittlichen Fallkosten resultieren dabei aus dem um den wertberechtigten Forderungsanteil verminderten strittigen Gesamt-

rechnungsbetrag, dividiert durch die Anzahl der strittigen Fälle. Aus der Multiplikation der mittleren Fallkosten mit der Änderungsquote und der Anzahl der für das Betrachtungsjahr einzubeziehenden Fälle des Hauses ergibt sich das MDK-Risiko. Addiert man die anteiligen Personalkosten des mit den MDK-Anfragen befassten Medizincontrollers hinzu und rundet das Ergebnis auf, ergibt sich der Rückstellungsbetrag.

Abb. 4: Rückstellungsbewertung auf der Basis von Einzelfällen

Lfd. Nr.	Fall-Nr.	Patientenname	Aufnahmedatum	Entlassungsdatum	DRG	Rechnungsbetrag	strittiger Betrag	Ergebnis
1	00831471	Patient 1	08.03.2009	16.03.2009	G07C	3.678,98€	874,36€	Korrektur
2	00831481	Patient 2	09.03.2009	13.03.2009	G64C	2.211,20€	617,04€	Korrektur
3	00831495	Patient 3	26.10.2009	07.11.2009	A13G	10.660,63€	4.477,12€	Keine Korrektur
...
1.778	00840737	Patient 1778	09.11.2009	14.11.2009	I69B	2.009,94€	379,42€	Keine Korrektur
1.779	00843979	Patient 1779	23.11.2009	26.11.2009	I68C	2.004,76€	203,76€	Korrektur
1.780	00787986	Patient 1780	26.02.2009	07.03.2009	I66D	2.387,13€	384,89€	Korrektur
Summe						7.040.048,12 €	898.378,54 €	

(1)	Anzahl strittiger Fälle	1.780
(2)	Summe aller Rechnungsbeträge	7.040.048,12 €
(3)	strittiger Gesamtbetrag	898.378,54 €
(4)	abzgl. Wertberichtigung (hier 5%)	44.918,93 €
(5)		853.459,61 €
(6)	durchschnittliche Fallkosten (5) ÷ (1)	479,47 €
(7)	korrigierte Fälle	873
(8)	Änderungsquote (7) ÷ (1)	49,0 %
(9)	noch nicht abgeschlossene Fallprüfungen	253
(10)	MDK-Risiko (6) × (8) × (9)	59.494,63 €
(11)	interne Kosten	6.500,00 €
(12)	(10) + (11)	65.994,63 €
(13)	Rückstellung MDK-Risiko (aufgerundet)	66.000,00 €

Quelle: Krämer/Goddemeier, eigene Darstellung, 2010

Pauschale Bewertung

Zum anderen kann auch der in Abbildung 5 beispielhaft dargestellte pauschale Ansatz gewählt werden. Als Werte für die MDK-Prüfquote, die Quote der zugunsten der Kostenträger entschiedenen Fälle und die Höhe des mittleren Case Mix-Verlustes wurden die Ergebnisse der angesprochenen Frühjahrsumfrage 2009 eingetragen. Liegen diese Angaben für ein Krankenhaus vor, so sollten die krankenhausindividuellen Werte verwendet werden. Auch in den pauschalen Bewertungsansatz werden Wertberichtigungen und die internen Personalkosten des Medizincontrollers mit einbezogen.

Fazit

Die gelieferten Beispiele beziehen sich auf zwei verschiedene fiktive Krankenhäuser. Welches der beiden Verfahren zur Berechnung der Rückstellungen für die drohenden Verluste aus MDK-Einzelfallprüfungen in der Praxis zur Anwendung kommt, sollte von der zur Verfügung stehenden Datenbasis abhängen. Abschließend sei darauf hingewiesen, dass eine Verrechnung der kalkulierten Rückstellungsbeträge mit zu erwartenden Rückfinanzierungen in Höhe von 300 Euro pro Fehlprüfung aufgrund des Imparitätsprinzips nicht zulässig ist, weshalb Verfahren, die die MDK-Aufwandspauschale für ungerechtfertigte Abrechnungsprüfungen berücksichtigen, zu kritisieren sind.

Abb. 5: Rückstellungsbewertung mit dem Pauschalwertverfahren

(1)	DRG-Fälle pro Jahr		13.847
(2)	MDK-Prüfquote		11,1 %
(3)	Anzahl strittiger Fälle (1) × (2)		1.537
(4)	davon mit positivem Ausgang für den MDK	40,8 %	627
(5)	davon mit positivem Ausgang für das Krankenhaus	59,2 %	910
(6)	durchschnittliches Case Mix-Risiko pro Prüffall		0,164
(7)	durchschnittlicher Erlösverlust pro Prüffall		439,65 €
(8)	Gesamtrisiko (3) × (7)		675.741,37 €
(9)	abzgl. Wertberichtigung (hier 5 %)		<u>33.787,07 €</u>
(10)			<u>641.954,31 €</u>
(11)	MDK-Risiko = noch nicht abgeschlossene Fallprüfungen [30 % von (10)]		192.586,29 €
(12)	interne Kosten		<u>6.500,00 €</u>
(13)	(11) + (12)		<u>199.086,29 €</u>
(14)	Rückstellung MDK-Risiko (aufgerundet)		<u>200.000,00 €</u>

Quelle: Krämer/Goddemeier, eigene Darstellung, 2010

Medizinische Versorgungszentren – gemeinnützigkeitsrechtliche und steuerliche Aspekte für Krankenhäuser

Gegenwärtig bestehen bereits über 1.300 Medizinische Versorgungszentren (MVZ) mit über 6.600 dort tätigen Ärzten. Fast 40 Prozent der MVZ stehen derzeit in der Trägerschaft von Krankenhäusern beziehungsweise deren Trägern. Da die Krankenhäuser der Akutversorgung in der Regel als gemeinnützig anerkannt sind, müssen bei den Überlegungen zur Gründung eines MVZ immer auch die gemeinnützigkeitsrechtlichen Auswirkungen auf Ebene des Krankenhauses beachtet werden, die sich durch die Beteiligung an einem MVZ ergeben können. Der nachfolgende Beitrag soll einen Überblick über die wichtigsten gemeinnützigkeitsrechtlichen und steuerlichen Auswirkungen auf Ebene des Krankenhauses geben. Den nachfolgenden Ausführungen liegt die Annahme zugrunde, dass das Krankenhaus als gemeinnützige GmbH geführt wird und das MVZ ebenfalls die Rechtsform einer GmbH hat.

Die steuerlichen und gemeinnützigkeitsrechtlichen Konsequenzen auf Ebene des Krankenhauses als Träger des MVZ hängen von vielen Faktoren ab. Insbesondere sind hierbei die in Abbildung 6 dargestellten Fragestellungen von Bedeutung.

Einordnung der Beteiligung am MVZ in die gemeinnützigkeitsrechtlichen Sphären des Krankenhauses

Das Krankenhaus als gemeinnützige Einrichtung wird gemeinnützigkeitsrechtlich in vier Sphären unterteilt: ideeller Bereich, Zweckbetrieb, Vermögensverwaltung und wirtschaftlicher Geschäftsbetrieb. Die Beteiligung an einer gewerblichen Kapitalgesellschaft (MVZ ist nicht gemeinnützig) ist grundsätzlich Vermögensverwaltung.⁴ Sofern tatsächlich Einfluss auf die laufende Geschäftsführung der Kapitalgesellschaft ausgeübt wird (zum Beispiel durch Geschäftsführeridentität), erfolgt jedoch eine Zuordnung zum wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb.⁵ Gleiches gilt beim Vorliegen einer sogenannten Betriebsaufspaltung.

Abb. 6: Parameter der Beteiligung eines Krankenhauses am MVZ

- Ist das MVZ seinerseits gemeinnützig oder nicht?
- Wie soll die Beteiligungsstruktur am MVZ aussehen (Krankenhaus als alleiniger Gesellschafter oder weitere Gesellschafter, zum Beispiel Ärzte und andere Krankenhäuser)?
- Wird das MVZ in eigenen Räumlichkeiten betrieben oder werden die Räume vom Krankenhaus zur Verfügung gestellt?
- Welche Leistungsbeziehungen zwischen Krankenhaus und MVZ sind vorgesehen (zum Beispiel Erbringung von Reinigungsleistungen oder kaufmännischen Dienstleistungen an das MVZ durch das Krankenhaus)?

Quelle: KPMG, 2010

Diese ist dann gegeben, wenn das Krankenhaus mehrheitlich an dem MVZ beteiligt ist (personelle Verflechtung) und dem MVZ wesentliche Betriebsgrundlagen (zum Beispiel Räume) überlässt (sachliche Verflechtung).

Ist das MVZ seinerseits als mildtätig anerkannt, ist die Beteiligung des Krankenhauses am MVZ nach Auffassung der Finanzverwaltung der Vermögensverwaltung zuzurechnen, unabhängig davon, ob eine tatsächliche Einflussnahme oder eine Betriebsauf-

spaltung vorliegt.⁶ Literaturstimmen sind dagegen der Auffassung, dass die Beteiligung an einem mildtätigen MVZ dem Zweckbetriebsbereich zuzuordnen sei. Bei Gründung einer mildtätigen MVZ GmbH sollte in jedem Fall die Satzung des Krankenhauses angepasst und zusätzlich zur bisherigen Zweckverfolgung auch die Verfolgung mildtätiger Zwecke aufgenommen werden.

Die Verfolgung des mildtätigen Zwecks durch eine MVZ-Tochtergesellschaft kann bei dieser unter Umständen zur

⁴ Vgl. AEAO zu § 64, Nr. 3 Satz 3.
⁵ Vgl. AEAO zu § 64, Nr. 3 Satz 4.
⁶ Vgl. AEAO zu § 64, Nr. 3 S. 6 und 7.

Hilfspersonentätigkeit im Sinne von § 57 Abs. 1 S. 2 AO führen. Ihr Wirken würde der Krankenhaus gGmbH zugerechnet und führt auf Ebene der MVZ GmbH dazu, dass keine Steuerbegünstigung erteilt wird. Nach unseren Erfahrungen ist in derartigen Fallkonstellationen eine Abstimmung mit dem zuständigen Finanzamt ratsam.

Sofern die Beteiligung am MVZ der Vermögensverwaltung oder dem Zweckbetriebsbereich zuzurechnen ist, unterliegen Dividenden des MVZ, soweit zulässig, auf Ebene des Krankenhauses keiner Ertragsbesteuerung. Bei Zurechnung der Beteiligung zum wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb sind Dividenden des MVZ im Ergebnis zu fünf Prozent körperschaft- und gewerbsteuerpflichtig.⁷

Gebot der satzungsmäßigen Mittelverwendung

Aufgrund des Gebots der Selbstlosigkeit muss das Krankenhaus seine Mittel zeitnah für seine steuerbegünstigten satzungsmäßigen Zwecke (ideeller Bereich und Zweckbetrieb) verwenden.⁸ Von daher ist die Einordnung der Beteiligung am MVZ von entscheidender Bedeutung.

Sofern das MVZ nicht gemeinnützig ist und die Beteiligung des Krankenhauses damit der Vermögensverwaltung beziehungsweise dem wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb zugerechnet wird, dürfen gemeinnützigkeitsrechtlich gebundene Mittel des Krankenhauses nicht zur Kapitalausstattung des MVZ verwendet werden. Nur soweit gemeinnützigkeitsrechtlich zulässig gebildete Rücklagen vorliegen (zum Beispiel freie Rücklage nach § 58 Nr. 7a AO), ist eine Ausstattung des MVZ mit Kapital durch das Krankenhaus zulässig. Zum Nachweis der zulässigen Mit-

telverwendung dient die Mittelverwendungsrechnung, die gemeinnützige Einrichtungen zusammen mit der Steuererklärung abzugeben haben.⁹

Sofern das MVZ seinerseits gemeinnützig ist, gibt es derartige Restriktionen nicht, da es § 58 Nr. 2 AO einer gemeinnützigen Einrichtung erlaubt, Mittel innerhalb bestimmter Grenzen an eine andere gemeinnützige Einrichtung zur Verwendung für steuerbegünstigte Zwecke zu vergeben.

Da die Frage der zulässigen Mittelverwendung von entscheidender Bedeutung für den gemeinnützigen Status des Krankenhauses ist, empfiehlt sich in Zweifelsfällen auch insoweit die Abstimmung mit dem Finanzamt.

Besonderheiten bei Leistungsbeziehungen zwischen Krankenhaus und MVZ

Sofern das Krankenhaus Leistungen an das MVZ erbringt (zum Beispiel Dienstleistungen in Form von Reinigungsleistungen oder kaufmännischen Dienstleistungen), begründet es in der Regel einen wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb. Gleiches gilt bei Vorliegen einer Betriebsaufspaltung hinsichtlich der Verpachtung von Räumen durch das Krankenhaus an das MVZ. Es ist sicherzustellen, dass für die erbrachten Leistungen ein angemessenes, marktübliches Entgelt verlangt wird, da es ansonsten zu einer gemeinnützigkeitsschädlichen Mittelverwendung kommen würde. Zudem ist sicherzustellen, dass aus den Leistungsbeziehungen für das Krankenhaus kein Verlust resultiert. Ein Ausgleich von Verlusten im wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb mit Mitteln der anderen Sphären ist nämlich (von bestimmten Ausnahmen abgesehen) gemeinnützigkeitsschädlich. Zur Prü-

fung, ob ein Verlust im wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb vorliegt, sind sämtliche wirtschaftlichen Geschäftsbetriebe zusammenzufassen, sodass ein Verlustausgleich zwischen verschiedenen wirtschaftlichen Geschäftsbetrieben zulässig ist. Damit wäre zwar ein Verlust im wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb „Leistungsbeziehungen mit MVZ“ so lange unschädlich, wie im zusammengefassten wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb ein Gewinn erwirtschaftet wird. Doch könnte eine solche Situation von der Finanzverwaltung zum Anlass genommen werden, die Angemessenheit der Leistungsentgelte zu hinterfragen.

Aus umsatzsteuerlicher Sicht führen Leistungsbeziehungen zwischen Krankenhaus und MVZ grundsätzlich zu einem steuerbaren Leistungsaustausch, der – sofern keine Steuerbefreiungen greifen – der Umsatzsteuer unterliegt. Da das MVZ seinerseits in der Regel umsatzsteuerfreie Leistungen erbringen wird (§ 4 Nr. 14 UStG), wäre die auf Leistungen des Krankenhauses zu zahlende Umsatzsteuer auf Ebene des MVZ ein Kostenfaktor. Um dies zu vermeiden, sollte eine umsatzsteuerliche Organschaft hergestellt werden. Hierzu ist die finanzielle, wirtschaftliche und organisatorische Eingliederung des MVZ in die Krankenhaus gGmbH Voraussetzung. Aufgrund des Erfordernisses der finanziellen Eingliederung ist die Herstellung der umsatzsteuerlichen Organschaft zwischen MVZ und Krankenhaus gGmbH nur bei einer Mehrheitsbeteiligung des Krankenhauses an dem MVZ möglich. Insbesondere hinsichtlich des Vorliegens der organisatorischen Eingliederung wurden die Anforderungen durch die Rechtsprechung deutlich verschärft. So ist in der Regel Geschäftsführeridentität in Krankenhaus und MVZ notwendig.¹⁰

⁷ Vgl. § 8b Abs. 1 i.V.m. Abs. 5 KStG.

⁸ Vgl. § 55 Abs. 1 Nr. 5 AO.

⁹ Vgl. AEA0 zu § 55, Nr. 26 Satz 3.

¹⁰ Vgl. BFH, Urteil vom 03.04.2008, BStBl. II 2008, S. 905.

Förderrechtliche Implikationen

Sofern das Krankenhaus für Räumlichkeiten und medizinische Geräte, die nun dem MVZ überlassen werden, Fördermittel erhalten hat, könnten diese bei Nutzung der Räume und Geräte durch eine gewerbliche MVZ GmbH vom Fördermittelgeber zurückgefordert werden, da eine schädliche Verwendung vorliegt. Es empfiehlt sich daher eine Abstimmung mit dem Fördermittelgeber.

Vorsicht ist hinsichtlich des Beihilfenrechts geboten. Räume und medizinische Geräte, die für die Erbringung von wirtschaftlichen Tätigkeiten genutzt werden, dürfen nicht mit Mitteln finanziert werden, die europarechtlich als Beihilfen gewertet werden.

Mildtätigkeit der MVZ GmbH

Als Einrichtung der Wohlfahrtspflege kann eine MVZ GmbH grundsätzlich als mildtätig anerkannt werden. Wohlfahrtspflege meint dabei die planmäßige, zum Wohle der Allgemeinheit und nicht des Erwerbs wegen ausgeübte Sorge für notleidende oder gefährdete Mitmenschen, wobei sich die Sorge auf das gesundheitliche, sittliche, erzieherische oder wirtschaftliche Wohl erstrecken und Vorbeugung oder Abhilfe bezwecken kann. Gemäß § 66 Abs. 1 i.V.m. § 53 AO ist eine Einrichtung der Wohlfahrtspflege ein Zweckbetrieb, wenn sie in besonderem Maße Personen hilft, die infolge ihres körperlichen, geistigen oder seelischen Zustands auf die Hilfe anderer angewiesen sind, § 53 Nr. 1 AO. Patienten einer medizinischen Einrichtung dürften infolge ihres körperlichen Zustands stets diese Voraussetzung erfüllen. In besonderem Maße wird diesem Personenkreis gedient, wenn ihm mindestens zwei Drittel der Leistungen zukommen.

Zum Nachweis der Zwei-Drittel-Grenze reicht es regelmäßig aus, die Erlöse der MVZ GmbH aus medizinischen Leistungen, die von den gesetzlichen Krankenversicherungen tatsächlich bezahlt worden sind, mit denen zu vergleichen, die erbracht, aber nicht von diesen bezahlt worden sind. Ergibt sich hiernach, dass auf die oben genannten Krankenversicherungsleistungen mindestens zwei Drittel der Gesamterlöse der MVZ GmbH entfallen, ist der Nachweis im Sinne von § 66 Abs. 3 Satz 1 AO erbracht. Entfallen weniger als zwei Drittel der Gesamterlöse der MVZ GmbH auf die von der Krankenversicherung bezahlten Leistungen, so ist in einem zweiten Schritt nachzuweisen, dass unter den nicht gegenüber den gesetzlichen Krankenversicherungen abgerechneten Leistungen ausreichend viele Leistungen sind, die die Krankenversicherungen dem Grunde nach bezahlen würden, wenn ein Versicherungsverhältnis mit einer gesetzlichen Krankenkasse oder einer Ersatzkasse bestünde. Hiervon betroffen sind solche Leistungen, die gegenüber Privatpatienten in Rechnung gestellt worden sind, die auf einer medizinischen Indikation beruhen und von den oben genannten Krankenversicherungen grundsätzlich bezahlt werden.

Sofern die gemeinnützige Krankenhaus gGmbH eine mildtätige MVZ GmbH gründen möchte, ist Vorsicht geboten, wenn eine Ausgliederung zur Aufnahme auf einen GmbH-Mantel unterjährig erfolgt, da hier die Voraussetzungen für die Mildtätigkeit nicht ganzjährig erfüllt werden und somit bei Gründung die Ausführungen zur Kapitalausstattung einer gewerblichen GmbH gelten. Im Regelfall der Neugründung beziehungsweise Ausgliederung zur Neugründung können

von Beginn des Wirtschaftsjahres an die Voraussetzungen für das Vorliegen der Mildtätigkeit erfüllt werden.

Die OFD Frankfurt bestätigt in ihrer Verfügung vom 26.09.2006 (Az.: S-0184 A – 11 – St 53) die Möglichkeit der Einordnung eines MVZ auf Ebene der GmbH als Zweckbetrieb, sofern es sich um eine Einrichtung der Wohlfahrtspflege im Sinne von § 66 AO handelt.

Fazit und Ausblick

Auch wenn es aus steuerlicher Sicht auf Ebene des Krankenhauses viele Faktoren zu beachten gilt, steht das Gemeinnützigkeitsrecht der Begründung von MVZ durch Krankenhäuser nicht im Wege. Allerdings bedarf es einer sorgfältigen steuerlichen Begleitung.

Inwieweit Krankenhäuser auch in Zukunft als Träger von MVZ fungieren werden, hängt davon ab, ob die Bundesregierung ihre geplanten Änderungen zur Zulassung von MVZ tatsächlich umsetzt. Insbesondere die Forderung im Koalitionsvertrag, wonach die Mehrheit der Geschäftsanteile und Stimmrechte MVZ-Ärzten zustehen soll, ist hierbei von Bedeutung. Sofern sich ein Krankenhaus nach gesetzlicher Umsetzung der Vorgaben aus dem Koalitionsvertrag als Minderheitsgesellschafter an einem MVZ beteiligen sollte, sind die gemeinnützigkeitsrechtlichen Folgen beim Krankenhaus gleichfalls sorgfältig zu prüfen, da die vorstehend gemachten Ausführungen hier entsprechend gelten.

Das Gesundheitssystem Dänemarks – Effizienz im Fokus

Das dänische Gesundheitssystem gilt als Beispiel für Effizienz, umfangreiche Patientenrechte und den richtungsweisenden Einsatz von E-Health. Sämtliche Daten wie Überweisungsschreiben, Arztbriefe, Rezepte, aber auch administrative Anfragen werden zwischen den Ärzten in Dänemark elektronisch ausgetauscht. Trotz hoher Qualität und umfangreichen Einsatzes von innovativer Technik sind die Gesundheitsausgaben gemessen am Bruttoinlandprodukt in Dänemark geringer als in Deutschland.

Abb. 7: Eckdaten zum dänischen Gesundheitssystem

Einwohner	5,5 Millionen
davon krankenversichert	100 Prozent
Anteil der Ausgaben für Gesundheit am BIP	9,8 Prozent
Platzierung beim Europa-Gesundheitskonsumenten-Index 2009	2
Anzahl Arztbesuche je Einwohner pro Jahr	7,5
durchschnittliche Lebenserwartung	80,7 Jahre

Quelle: OECD Health Data 2009

Grundzüge des dänischen Gesundheitssystems

Dänemark verfügt über ein staatlich geprägtes und im Wesentlichen steuerfinanziertes Gesundheitssystem. Alle Einwohner sind bei der staatlichen Krankenversicherung versichert und haben damit Anspruch auf Grund- und Krankenhausversorgung. Die Versicherten können dabei aus zwei Leistungsmodellen wählen: 98 Prozent sind im ersten Modell versichert, das auf einem Hausarztarif basiert – die ambulante Versorgung ist dabei kostenfrei. Diese Patienten müssen sich bei einem niedergelassenen Arzt eintragen, ein Hausarztwechsel ist nur eingeschränkt möglich. In der Regel wird eine Überweisung des Hausarztes benötigt, bevor ein Facharzt konsultiert werden kann. Die restlichen zwei Prozent der Bevölkerung sind im zweiten Modell versichert, das keine Überweisung des Hausarztes voraus-

setzt und eine freie Arztwahl garantiert. Die niedergelassenen Ärzte müssen sich bei der Behandlung dieser Patienten nicht an die Tarifordnung halten und können höhere Entgelte abrechnen, wobei die Differenz von den Versicherten übernommen wird. Gut ein Drittel der Dänen verfügt über eine private Zusatzversicherung, die bestimmte zahnärztliche Leistungen, aber auch Zuzahlungen zu Arzneimittelkosten abdeckt.

Für jeden in seiner Liste eingetragenen Patienten erhält ein niedergelassener Allgemeinmediziner eine Pro-Kopf-Vergütung, die unabhängig von der Anzahl der Konsultationen gezahlt wird. Dieser Pauschalbetrag macht rund ein Drittel seiner Einnahmen aus. Das Arzthonorar setzt sich ferner aus Einzelleistungsvergütungen und Konsultationen zusammen.

Das dänische Gesundheitssystem ist dezentral organisiert. Staat, Regionen und lokale Behörden zeichnen jährlich für die Bereitstellung der Gesundheitsleistungen verantwortlich. Eine Ausnahme bildet beispielsweise das Krankenhauswesen, welches von den Regionen verwaltet wird. Damit die Ausgaben nicht unbegrenzt steigen, müssen die kommunalen Gremien jeweils das Leistungs- und Steuerebene ausgleichen und bestimmen.¹¹

Effizienz im Fokus – das Beispiel des Rigshospitalet Kopenhagen

Wie in den meisten europäischen Staaten ist der dänische Gesundheitssektor mit der Tatsache konfrontiert, dass die öffentlichen Ausgaben für Gesundheit etwa konstant gehalten werden, während gleichzeitig eine immer größere Nachfrage an Gesundheitsleistungen besteht. Die „Auftragsbücher“ der Leistungserbringer sind voll, was problematisch für die Kostenträger ist.

Ein Beispiel, wie in Dänemark mit dieser Problematik umgegangen wird, zeigt das Rigshospitalet in Kopenhagen – Dänemarks größte und spezialisierteste Universitätsklinik. In den letzten zehn Jahren fand hier ein Paradig-

¹¹ Vgl. dazu Website des AOK-Bundesverbandes: Das Gesundheitssystem in Dänemark, www.aok-bv.de/politik/europa/index_01348.html, Juni 2010.

menwechsel statt: So wurde an Stelle einer Vielzahl von klinikübergreifenden Reorganisationsprojekten mehr Wert darauf gelegt, konkrete Hilfestellungen für Probleme in den einzelnen Kliniken anzubieten, was dazu beitrug, die einzelnen Fachbereiche wirtschaftlich zu halten.

Eine wichtige Rolle beim Rigshospitalet spielte dabei das Thema Wissenstransfer, aber auch die Sensibilisierung der eigenen Mitarbeiter in den Bereichen Krankenversorgung sowie Forschung und Lehre für betriebswirtschaftliche Fragestellungen.

Um auch zukünftig qualitativ hochwertige Dienstleistungen effizient erbringen zu können, wurde im Rigshospitalet eine neue Strategie verabschiedet: „Tatsachen schaffen als Treiber für den Wandel“.

Die strategische Neuausrichtung umfasst eine Vielzahl von Lösungspaketen, die standardisiert den einzelnen Fachabteilungen zur Verfügung gestellt

werden können. Dazu gehört beispielsweise „Die effiziente Klinik“, ein ein- bis fünftägiger Workshop, der sich mit den drei wichtigsten Zielen der jeweiligen Klinik beschäftigt. Die Workshops orientieren sich dabei an den Lean-Management-Prinzipien. Ein anderes Beispiel ist das Programm „Effizienz im operativen Management“. Dieses Programm ist für die Mitarbeiter der mittleren Managementebene konzipiert und darauf ausgerichtet, deren Fähigkeiten in den Bereichen Leistungsplanung, Identifikation von Effizienzpotenzialen, Umgang mit Veränderungen im Leistungserbringungsprozess und Verfolgung von vereinbarten Zielen zu verbessern.

Letztlich wurde am Rigshospitalet versucht, praktische Antworten auf die Chancen und Herausforderungen zu erhalten, mit denen das dänische Gesundheitssystem konfrontiert wird. Ziel dabei war es, wahrnehmbare Tatsachen zu schaffen, welche die Patientenversorgung verbessern und gleichzeitig zur Wertschöpfung und Effizienz der Einrichtung beitragen. Die erfolgreiche Umsetzung hängt aus der Erfahrung des Rigshospitalet davon ab, bestehende Ziele und deren Kommunikation zu vereinfachen und sich nur auf wenige „must-win“-Situationen zu fokussieren.

Rigshospitalet Kopenhagen:

- größte Universitätsklinik in Dänemark
- Gesamtbudget rund 750 Millionen Euro
- mehr als 40.000 Operationen, 65.000 stationäre und 400.000 ambulante Fälle
- rund 7.300 Vollkräfte
- Akkreditierung durch die US Joint Commission in den Jahren 2002, 2005, 2008



Privatisierung im deutschen Krankenhausmarkt

Interview mit Dr. med. Axel Paeger, CEO und Vorsitzender des Vorstands der AMEOS-Gruppe, und Dr. med. Marina Martini, CDO und Mitglied des Vorstands der AMEOS-Gruppe

Die Kassen der privaten Klinikketten sind gerüstet: Sana hat kürzlich ein Schulscheindarlehen platziert, Rhön hatte bereits letztes Jahr eine Kapitalerhöhung durchgeführt und vor Kurzem eine Anleihe aufgelegt, um einige Beispiele zu nennen. Die für das Jahr 2010 erwartete Übernahmewelle im deutschen Krankenhausmarkt lässt jedoch weiter auf sich warten. Woran liegt das?

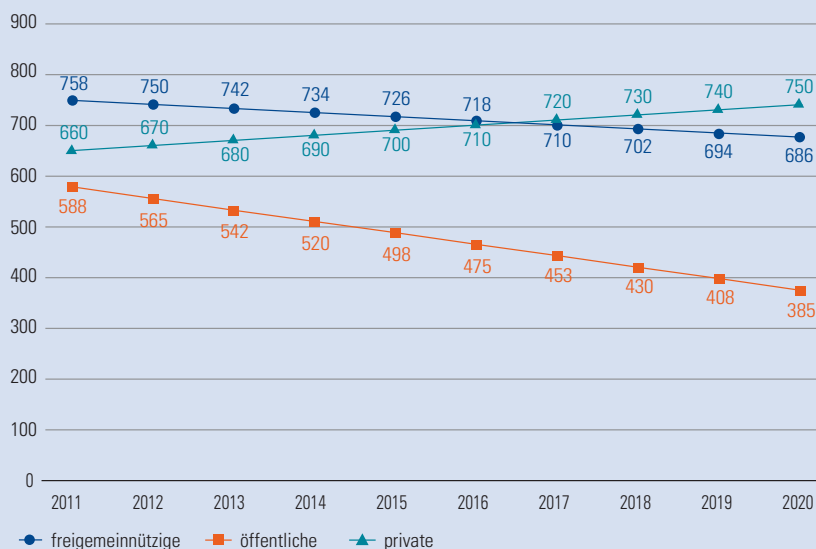
Dr. med. Axel Paeger: Auch unsere Gruppe ist für weitere Klinikübernahmen bestens gerüstet. Wir führen derzeit mit mehreren potenziellen Verkäufern Gespräche. So konnten wir vor einigen Wochen die erfolgreiche Übernahme des Krankenhauses in Alfeld vermelden. Die lange erwartete Privatisierungswelle öffentlicher Krankenhäuser lässt jedoch in der Tat bisher noch auf sich warten.

Dies liegt zum einen daran, dass eine zu hohe Erwartungshaltung im Markt aufgebaut wurde, zum anderen jedoch auch daran, dass viele Länder, Landkreise, Städte und Gemeinden weiterhin versuchen, ihre Krankenhäuser in Eigenregie zu führen. Dabei wäre es für die öffentlichen Träger besser, ihre Einrichtungen zu privatisieren, bevor diese in ernsthafte Schwierigkeiten geraten. Wenn eine Einrichtung erst massiv rote Zahlen schreibt, wird es deutlich schwieriger, diese am Markt zu veräußern, geschweige denn einen guten Kaufpreis zu erzielen. Der beste Zeitpunkt zur Privatisierung aus Sicht der Kommunen ist bereits vorbei. Oft überwiegt jedoch das politische vor dem wirtschaftlichen Kalkül. Einen weiteren Grund, weshalb einige öffentliche Träger hinsichtlich der Veräußerung ihrer Krankenhäuser zurückhaltend sind, liefert sicherlich das durch einen Bürgerentscheid verhinderte Privatisierungsverfahren im Landkreis Rottal-Inn. Der emotional begründete Bürgerentscheid hat auch außerhalb Bayerns viele Beteiligte im Gesundheitsmarkt sehr verunsichert und gerade Vertreter der Politik zurückhaltender werden lassen.

Wir erwarten jedoch, dass in den nächsten Monaten weitere öffentliche Klinika vor der Privatisierung stehen, da für diese die Schere zwischen Erlösen und Kosten immer mehr auseinander läuft und die Privatisierung eine echte Alternative zur Schließung der Einrichtungen ist.

Prognose zur Entwicklung der Anzahl der Krankenhäuser in Deutschland, getrennt nach Trägern:

Geht man davon aus, dass die Anzahl der Krankenhäuser insgesamt weiter sinkt wie bisher, die Anzahl der privaten weiter steigt wie bisher und die Anzahl der freigemeinnützigen anteilig weiter konstant bleibt wie bisher, lässt sich folgende Zukunftsprognose zur Anzahl der Krankenhäuser in Deutschland insgesamt und nach Trägern bis 2020 errechnen:



Prognose zur Entwicklung der Anzahl der Krankenhäuser nach Trägern
Quelle: KPMG, 2010

Hinweis: Diese Berechnung spiegelt nur eines der denkbaren Szenarien wider. Die tatsächliche Entwicklung kann daher erheblich von dieser Prognose abweichen.

Wie viele Krankenhäuser stehen denn nach Ihrer Ansicht zurzeit zum Verkauf und von welchen Faktoren ist die Anzahl der am Markt verfügbaren Häuser abhängig?

Dr. med. Marina Martini: Wir sind derzeit in Gesprächen mit etlichen Klinikträgern bezüglich des Verkaufs ihrer Einrichtungen. Darunter sind sowohl öffentliche Träger als auch freigemeinnützige und private Klinikbetreiber. Alle am Markt zum Verkauf stehenden Klinika und Pflegeeinrichtungen sind für uns jedoch nicht interessant. Wir betreiben auch keine Rehabilitationsklinika, von denen ebenfalls immer wieder Einrichtungen zum Verkauf stehen. Wir selektieren regelmäßig anhand von gewissen Kriterien, bevor wir uns Einrichtungen im Detail anschauen und Verhandlungen aufnehmen.

Die Gründe für den Verkauf von Krankenhäusern sind äußerst unterschiedlich. Im Falle von öffentlichen Einrichtungen sind es in der Regel die mangelnden finanziellen Mittel für dringend notwendige Investitionen oder die fehlende wirtschaftliche Führung der Häuser. Bei freigemeinnützigen oder privaten Trägern sehen wir als Motivation häufig die Bereinigung der Portfolios um Einrichtungen, die nicht zur Kernkompetenz des Trägers zählen oder regional außerhalb des präferierten Kernmarktes liegen. Bei inhabergeführten Häusern kann auch das Nachfolgeproblem zum Verkauf führen.

Welche Grundvoraussetzungen muss ein Krankenhaus beziehungsweise der Träger mitbringen, um interessant für eine private Klinikette wie AMEOS zu sein? Welche Schwächen werden hingegen akzeptiert?

Kurzbiografie Dr. med. Axel Paeger

- Dr. Axel Paeger ist seit 2003 CEO und Vorsitzender des Vorstands der AMEOS-Gruppe
- Mitbegründer und Verwaltungsrat
- Davor war er unter anderem Hauptgeschäftsführer der AsklepiosKliniken GmbH, Manager eines großen US-Verbundnetzes, Board Member der Pacific Health Corporation, Kalifornien.



Dr. med. Axel Paeger
CEO und Vorsitzender des
Vorstands der AMEOS-
Gruppe, Zürich¹²

Dr. med. Axel Paeger: Wichtig ist, dass das Krankenhaus eine gewisse Mindestgröße besitzt. Gerne erwerben wir Schwerpunktversorger mit etwa 400–600 Betten. In Einzelfällen kann die Einrichtung auch kleiner sein. Notwendig ist jedoch, dass das Krankenhaus gut differenzierte Leistungsangebote besitzt und das Umfeld des Hauses Leistungssteigerungen und den Aufbau zusätzlicher Angebote ermöglicht. Wichtig ist ebenso, dass das Klinikum entweder in einer bestehenden AMEOS-Region liegt oder aber stark genug ist, den Kern einer neuen AMEOS-Region zu begründen. Demgegenüber akzeptieren wir einen notwendigen Investitionsbedarf oder Schwächen in der Führung des Klinikums. Bei vielen vor dem Verkauf stehenden Einrichtungen sind aufgrund von Managementfehlern in der Vergangenheit hohe Fehlbeträge aufgelaufen. Hier setzen wir mit unserer langjährigen unternehmerischen und medizinischen Erfahrung an. Unsere Stärke ist es, die Leistung in gerade diesen Häusern wieder deutlich zu steigern, um die Auslastung zu erhöhen und die Einrichtungen zukunftsfähig zu machen. Auf diesem Weg vermeiden wir im Gegensatz zu zahlreichen unserer Mitbewerber die Aussprache betriebsbedingter Kündigungen. AMEOS ist bis heute der einzige private Klinikbetreiber, der seit seiner Gründung auf betriebsbedingte Kündi-

gungen verzichtet hat und wir wollen dies nach Möglichkeit auch in Zukunft so halten.

Momentan ist das Thema Privatisierung des deutschen Krankenhausmarktes noch nicht ausgereizt, perspektivisch wird sich jedoch ein bestimmter Privatisierungsgrad einpendeln. Aus anderen Ländern kennen wir das Phänomen, dass dieser Privatisierungsgrad bei rund einem Drittel Marktanteil erreicht ist, nur Frankreich bildet hier eine Ausnahme. Aber natürlich können wir uns auch die Expansion in andere Märkte vorstellen.

Wie wichtig ist ein transparentes, gegebenenfalls testiertes und möglicherweise internationales Zahlenwerk bei einer Übernahme für den Käufer?

Dr. med. Axel Paeger: Im Rahmen der Due Diligence erhalten wir regelmäßig testierte Jahresabschlüsse von den uns zum Kauf angebotenen Krankenhäusern. Ohne die Bereitstellung transparenter Zahlen ist die Beurteilung einer Klinik nicht möglich.

Neben dem Jahresabschluss, der sowohl nach nationalen Standards (HGB/KHBV) als auch nach internationalen Rechnungslegungsgrundsätzen (IFRS) aufgestellt und testiert worden

¹² AMEOS zählt zu den bedeutenden Gesundheitsdienstleistern im deutschsprachigen Raum mit heute 42 Einrichtungen in den Bereichen Akut, Psychiatrie, Pflege und Eingliederung.

sein kann, gehören zu den unverzichtbaren Unterlagen im Rahmen einer Transaktion auch umfangreiche Leistungszahlen wie zum Beispiel ein § 21-Datensatz, Personalstatistiken oder wesentliche Verträge. Weitere Entscheidungskriterien neben einem umfangreichen und transparenten Zahlenwerk bilden jedoch auch Betriebsbesichtigungen und Gespräche mit dem Management und den ärztlichen Mitarbeitern.

Darüber hinaus muss man natürlich auch intern die Zahlen im Griff haben. Wir haben das Rechnungswesen bei unseren Häusern – wenn möglich und sinnvoll – dezentral organisiert, dazu können wir auf ein robustes, internes Reporting zurückgreifen. Eine moderne Organisation des Rechnungswesens – extern wie intern, einschließlich zeitnahen Monatsabschlüssen und aussagefähigen internen Abgrenzungen – ist notwendig, um zu wissen, wo man steht.

Werden private Klinikketten auch in Zukunft eher kleinere Häuser erwerben oder werden wieder größere Krankenhäuser und Universitätsklinika wie im Beispiel Marburg/Gießen 2005 auf den Markt kommen?

Dr. med. Marina Martini: Es gibt in Deutschland deutlich mehr kleinere als große Krankenhäuser oder Universitätsklinika, weshalb schnell der Eindruck entsteht, dass sich private Klinikträger eher auf kleinere Häuser konzentrieren. Wir streben, wie bereits dargestellt, grundsätzlich die Übernahme von Schwerpunktversorgern mit etwa 400–600 Betten an. Jedoch sind auch kleinere Einrichtungen oder Maximalversorger immer ein Thema für uns. Oftmals geht es nicht nur um die Größe der Einrichtung, sondern vielmehr darum, welche Voraussetzungen die Klinik mitbringt. Bei sehr kleinen Krankenhäusern besteht natürlich

Kurzbiografie Dr. med. Marina Martini

- Dr. Marina Martini ist seit 2007 bei der AMEOS-Gruppe und seit 2010 als CDO und Mitglied des Vorstands zuständig für die Bereiche Beteiligungserwerb, Kommunikation, Leistungsentwicklung und Personalentwicklung.
- Davor war sie in der Kommunikationsabteilung einer großen deutschen Universitätsklinik tätig.
- Dr. Marina Martini ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie mit mehrjähriger klinischer Erfahrung und besitzt den Master Health Care Management.



Dr. med. Marina Martini
CDO und Mitglied des Vorstands der AMEOS-Gruppe, Zürich

immer die Gefahr, dass diese unter eine gewisse Mindestgröße fallen und irgendwann nicht mehr wirtschaftlich zu führen sind und daher vom Markt verschwinden.

Wir beobachten, dass es in Deutschland viele Maximalversorger gibt, die nicht wirtschaftlich erfolgreich geführt werden. Oftmals ist hier jedoch der politische Wille größer, das Haus in eigener Trägerschaft weiterzuführen als bei kleineren Klinika. Kürzlich erst gab es Informationen, dass das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein vor einer Privatisierung stehen könnte. Aufgrund der Finanznot mancher Bundesländer sind langfristige Defizitausgleiche vonseiten der öffentlichen Träger weder finanzierbar noch politisch vermittelbar. Wir erwarten daher, dass künftig weiterhin auch Maximalversorger und Universitätsklinika privatisiert werden. An diesen Verfahren werden wir uns beteiligen.

Welche Veränderungen wird es bei Unternehmenszusammenschlüssen im deutschen Krankenhausmarkt in Zukunft geben? Wie werden sich die Preise für Unternehmensübernahmen entwickeln?

Dr. med. Axel Paeger: In den kommenden Jahren werden wir noch eine Reihe von Klinikprivatisierungen erleben. Viele private oder freigemeinnützige Träger versuchen so lange, zu

wachsen und weitere Klinika zu akquirieren. Danach wird der Sockel von öffentlichen Krankenhäusern erreicht sein, die nicht zum Verkauf stehen. Wir erwarten, dass es dann vermehrt Transaktionen zwischen den beiden anderen Trägerarten geben wird. Freigemeinnützige und private Träger werden ihre Portfolios so ausrichten und bereinigen, dass sie die größten Synergien erzielen. Das heißt, dass Einrichtungen, die beim bisherigen Träger beispielsweise nicht zum regional präferierten Kernmarkt zählen oder nicht in dessen Kernkompetenz fallen, den Eigentümer wechseln werden.

Auch im Markt für Krankenhäuser bestimmen Angebot und Nachfrage den Preis. In Zeiten vieler Klinikverkäufe, wie wir sie vor einigen Jahren hatten, ist der Preis tendenziell niedriger als in Zeiten mit wenigen Verkäufen. Daher ist zu erwarten, dass noch einige Jahre adäquate Preise für Krankenhäuser gezahlt werden. Sollte es nur noch wenige Verkäufe vonseiten der öffentlichen Träger geben, könnten die Preise tendenziell steigen.

Investitionsquote

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

Die Investitionsquote ist eine stichtagsbezogene Größe und zeigt an, auf welchem Niveau im Betrachtungsjahr Investitionen in das Sachanlagevermögen getätigt wurden. Eine hohe Investitionsquote deutet an, dass das Krankenhaus an der Verbesserung seiner Infrastruktur für die Zukunft arbeitet.

Die Investitionsquote ermittelt sich als Verhältnis von Nettoinvestitionen (Zugänge – Abgänge) zu Sachanlagevermögen, bewertet mit historischen Anschaffungskosten:

Die durchschnittliche Investitionsquote von 4,89 Prozent ist bei der derzeitigen höheren durchschnittlichen Abschreibungsquote der deutschen Krankenhäuser insgesamt nicht ausreichend, um die Infrastruktur der Krankenhäuser zu erhalten. Im Einzelfall gibt es jedoch Krankenhäuser, die über dieser Investitionsquote liegen; die Infrastruktur dieser Krankenhäuser würde sich bei Fortsetzung dieser hohen Investitionsquote mittel- bis langfristig verbessern.

Abb. 9: Ermittlung der Investitionsquote

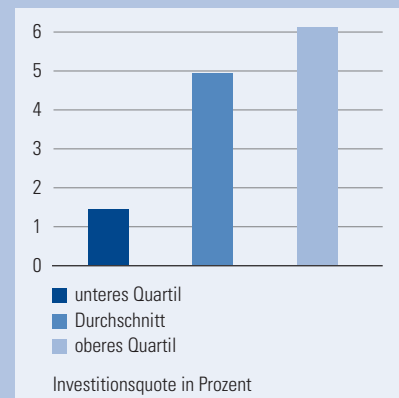
$$\text{Investitionsquote} = \frac{\text{(Zugänge zu Anschaffungswerten – Abgänge zu Anschaffungswerten) laut Anlagennachweis}}{\text{Endstand der historischen Anschaffungswerte laut Anlagennachweis}}$$

Quelle: KPMG, 2010

Die Investitionsquote über alle in der KPMG-Datenbank Krankenhaus 300® analysierten deutschen Krankenhäuser beträgt im Durchschnitt 4,89 Prozent, im unteren Quartil 1,38 und im oberen Quartil 6,09 Prozent.

Betrachtet man die aktuelle Investitionsquote nach Trägern, so zeigt sich, dass die freigemeinnützigen Krankenhäuser mit einer Investitionsquote von 5,06 Prozent vor den Häusern in privater Trägerschaft mit 4,79 Prozent und vor den kommunalen Krankenhäusern mit 3,99 Prozent liegen.

Abb. 10: Investitionsquote der analysierten deutschen Krankenhäuser



Quelle: KPMG-Datenbank Krankenhaus 300®, Stand Juni 2010

Krankenhäuser

Anstieg der Personalkosten für den ärztlichen Dienst in kommunalen Krankenhäusern

Am 9. Juni 2010 haben sich der kommunale Arbeitgeberverband und der Marburger Bund auf einen neuen Tarifvertrag für den ärztlichen Dienst geeinigt. Linearer Anstieg des Gehaltes um zwei Prozent ab 1. Mai 2010, 400 Euro Einmalzahlung, Erhöhung der Entgelte für Bereitschaftsdienst sowie der Zuschläge für Nacharbeit sind neben den kürzeren Stufenlaufzeiten in der Entgeltgruppe I die wesentlichen getroffenen Vereinbarungen. Das kostet die kommunalen Krankenhäuser laut der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA) bei einer Laufzeit bis 31. August 2011 rund 140 Millionen Euro zusätzlich und wird als „Grenze des Zumutbaren“ bezeichnet.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) hat sich insbesondere vor dem Hintergrund der vergleichsweise überdurchschnittlichen Gehaltserhöhungen in den vergangenen Jahren sowie der in kommunalen Krankenhäusern oft erwirtschafteten Jahresfehlbeträge stark gegen den vom Marburger Bund veranlassten Streik ausgesprochen.

Bereits vor dieser neuen Tarifvereinbarung wurde in der Studie „Das erfolgreiche kommunale Krankenhaus“ vom Deutschen Krankenhausinstitut dargestellt, dass die Personalkosten für Ärzte bei den kommunalen Krankenhäusern im Jahr 2008 in allen Bettengrößtenklassen höher als bei freigemeinnützigen und privaten Trägern waren. Dieser Wettbewerbsnachteil wird durch den neuen Tarifvertrag noch verstärkt. Insbesondere Kommunen mit angespannter Haushaltssituation wird es somit erschwert, ihr Krankenhaus in eigener Trägerschaft zu halten.

Kontroverse Diskussion um fehlerhafte Abrechnungen der Krankenhäuser

Während die Kostenträger auf falsche Abrechnungen von bis zu einer Milliarde Euro hinweisen, sprechen die Krankenhäuser von einer „Ethikfalle“ sowie von der Komplexität des Abrechnungssystems.

Dabei wird vonseiten der Krankenkassen betont, dass man den Krankenhäusern keine absichtliche Falschabrechnung und Höhergruppierung der Fälle unterstelle, jedoch die stichprobenhafte Überprüfung der abgerechneten Fälle als Verpflichtung gegenüber den Beitragszahlern zu verstehen ist. Allein die DAK hat im vergangenen Jahr bundesweit 100 Millionen Euro von den Krankenhäusern aus fehlerhaften Abrechnungen zurückgefordert. Als Beispiel, welches die erheblichen Auswirkungen einer in geringen Bereichen abweichenden Kodierung zeigt, wird von der DAK die Abrechnung von Geburten genannt. Für gesunde Neugeborene rechnen die Kliniken die Leistungsziffer DRG P67D ab. Hieraus entstehen der Kasse Kosten in Höhe von rund 800 Euro. Wird die Nebendiagnose „Z73 – Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“ dazugerechnet, wird von der Klinik die Leistungsziffer P67C abgerechnet. Diese höhere Kodierung lässt die Kosten für die Krankenkassen auf rund 2.000 Euro ansteigen. Vonseiten der Krankenkassen wird gefordert, die Hemmschwelle und die Möglichkeiten zur Falschabrechnung beziehungsweise Höherkodierung zu erhöhen und den Krankenkassen mehr Optionen zur Kontrolle der Krankenhäuser zu geben. Im Sinne der Krankenkassen wäre der Abbau bürokratischer Hürden, um verstärkte Kontrollen auch über den Einzelfall hinaus beispielsweise für ganze Einrichtungen beziehungsweise Abteilungen vornehmen zu können.

Vonseiten der Leistungsträger wird der Vorwurf der Falschabrechnung zurückgewiesen und unter anderem auf die Komplexität des Abrechnungssystems abgestellt. Aus mehr als 13.000 Diagnose- und 27.000 Prozedurenschlüsseln folgt unter Berücksichtigung der Hauptdiagnose und sämtlicher Nebendiagnosen für jeden Patienten individuell die abzurechnende DRG-Pauschale. Die Leistungserbringer betonen dabei, dass es erhebliche Spielräume für Interpretationen über die Kodierung gibt und dieser Spielraum in bestimmten Fällen gezielt von den Kostenträgern genutzt wird, um Leistungskürzungen vorzunehmen. Ein Großteil dieser Streitfälle wird von den Krankenhäusern aufgegeben, da der Aufwand einer Verfolgung zu groß ist. Somit kann die aus diesen Beanstandungen entstehende Rückforderung der Kostenträger nicht eins zu eins als Falschabrechnung klassifiziert werden. Zudem wird von den Krankenhäusern über eine „Ethikfalle“ geklagt, die mit einer bewussten Falschabrechnung nicht im Zusammenhang steht. Diese Dilemmasituation kann beispielsweise entstehen, wenn für notwendige Anschlussbehandlungen nach dem stationären Aufenthalt des Patienten in Ermangelung eines Behandlungsplatzes eine Aufenthaltsverlängerung im Krankenhaus veranlasst wird. Diese Aufenthaltsverlängerung wird in der Regel vonseiten der Kostenträger beanstandet und führt zu einer Kürzung der Abrechnung (siehe hierzu exemplarisch die Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 10. April 2008 – B 3 KR 19/05).

Zu welchen Ergebnissen die kontrovers geführte Diskussion zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern führt, ist derzeit noch unklar. Jedoch werden von beiden Seiten Änderungsvorschläge zum derzeitigen Kontroll- und Prüfsystem eingebracht.

Kompromiss bei Vorschlag zur EU-Patientenrichtlinie gefunden

Die Gesundheitsminister der Europäischen Union konnten sich Anfang Juni 2010 auf einen neuen EU-Richtlinienvorschlag einigen, welcher einen grenzüberschreitenden Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen und die freie Arztwahl in der gesamten Europäischen Union regelt. Mit der Richtlinie soll eine jahrelange Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes in geltendes Recht umgesetzt werden. Kernpunkt des Richtlinienvorschlags ist die Kostenerstattungspflicht von im Ausland empfangenen ärztlichen Leistungen, soweit diese auch im Inland kostenerstattungspflichtig wären. Bevor die Richtlinie in Kraft treten kann, ist noch die Zustimmung des Europäischen Parlaments notwendig. Im deutschen Recht ist der Regelungsinhalt des Richtlinienvorschlags bereits seit 2004 klargestellt. Befürworter des Richtlinienvorschlags sprechen von einem großen Schritt zu mehr Rechtssicherheit der Patienten. Chancen ergeben sich aus der Richtlinie insbesondere für Leistungserbringer in den grenznahen Regionen. Hingegen werfen Kritiker dem Richtlinienvorschlag vor, er berge Risiken für die Patienten und behindere die Entwicklung der nationalen Gesundheitssysteme.

Finanzierungsoptionen für die gesetzliche Krankenversicherung

Die Prognosen des Bundesversicherungsamtes (BVA) für das Jahr 2011 klingen bedrohlich. Ein Defizit von rund 11 Milliarden Euro steht nach aktuellen Schätzungen im Raum. Der steuerfinanzierte Bundeszuschuss ist in dieser Schätzung bereits berücksichtigt. In diesem Umfeld könnten nach Ansicht des BVA-Chefs Maximilian Gaßner die ersten Krankenkassen in die Insolvenz gehen. Die ersten Fälle von Kassen-Schieflagen hatte es in diesem Jahr bereits gegeben. Bislang konnten diese durch Unterstützungsleistungen der jeweiligen Kassenart abgefangen werden.

Die Frage ist, wie lange auch bislang finanziell gesunde Kassen diese Situation bewältigen können. Zwar steigt der Bundeszuschuss bis zum Jahr 2014 auf 14 Milliarden Euro, jedoch kommen auf den ohnehin schon aus anderen Bereichen stark beanspruchten Bundeshaushalt weitere Belastungen zu. Die ersten Vorstöße, die Höhe des steuerfinanzierten Bundeszuschusses einzufrieren, wurden vom Bundesgesundheitsministerium mit Hinweis auf die gesetzliche Regelung, beispielsweise für die Durchführung einer beitragsfreien Familienversicherung, abgelehnt.

Eine Variante der Finanzierung scheint derweil vom Tisch. Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler ist von der geplanten Erhöhung des Arbeitgeberbeitrags in der gesetzlichen Krankenversicherung nach Kritik aus dem Arbeitgeberlager und der CSU wieder abgerückt. Alternativ wird nunmehr ein pauschaler, einkommensunabhängiger Zusatzbeitrag von monatlich 15 bis 20 Euro ins Rennen geschickt.

Pflegestudie: Ältere wollen zu Hause wohnen, nicht im Heim

Durch 3,4 Millionen Angehörige wird in Deutschland mehr Pflege geleistet als durch professionelle Dienste. Mit diesem Thema hat sich eine durch den Pflegedienstleister Compass beauftragte Studie befasst. Vor allem die Erwartungen und Bedürfnisse der Menschen an die Pflege waren zentrale Themen dieser Studie, die in Zusammenarbeit mit der Direktorin des Instituts für Medizinische Soziologie an der Berliner Charité, Frau Adelheid Kuhlmeier, durchgeführt worden ist. Hierzu wurden 6.218 Privatversicherte, alle über 40 Jahre alt, befragt. Viele der Befragten waren bereits über 60 Jahre alt. Rund 500 waren bereits pflegebedürftig.

Ein Teil der Studie hatte zum Ziel, das vorhandene Wissen über das Thema zu erfragen. Ergebnis: Über Pflegeangebote und Hilfe bei der Angehörigenpflege fühlten sich viele schlecht informiert. Menschen, die selbst pflegen, seien als Betroffene meist besser informiert. Pflegebedürftige und pflegende Angehörige beschäftigt gleichermaßen die Frage, an wen sie sich wenden können, wenn sie Unterstützung oder Informationen benötigen, welche Leistungen die Pflegeversicherung beinhaltet. Hier sind die Pflegeheime häufig Anlaufpunkte der Informationssuchenden. Dagegen werden die unabhängigen Pflegestützpunkte oder Pflegedienste eher selten aufgesucht. Vor allem eine Pflegeberatung könnte hier Betroffene unterstützen. Trotz gesundheitlicher Einschränkungen bleiben die meisten Menschen am liebsten zu Hause. Mit 79 Prozent ist die Erwartung der Befragten, dass die Angehörigen einen Beitrag zur Pflege leisten, recht hoch, ebenso wie die

Zustimmung zur Aussage „Partner/-innen sollten sich verpflichtet fühlen, Unterstützung und Pflegeaufgaben zu übernehmen“.

„Pflege zu Hause durch Angehörige und ambulante Dienste“ bevorzugten 40 Prozent der Befragten, der größte Teil davon waren Männer, die in Partnerschaft leben. Pflege ausschließlich durch Angehörige wird nur von acht Prozent bevorzugt. Ein Heim als Wohnort können sich im Fall von Pflegebedürftigkeit neun Prozent vorstellen. Die wichtigsten Kriterien für eine Heimauswahl sind hierbei das Pflegepersonal, Sauberkeit, Versorgung sowie Umgang.

Viele glauben nicht daran, dass die Pflegeversicherung alles leisten kann und sind trotzdem zusätzlich nicht gut abgesichert, obwohl viele bereit wären, 20 bis 50 Euro im Monat zusätzlich zu investieren.

Als überraschend kann das Ergebnis der Studie angesehen werden, dass die Entscheidung für eine Heimpflege immer weniger akzeptiert wird, je älter die Befragten sind.

Mindestlohn in der Pflegebranche

Nachdem der Gesetzgeber im vergangenen Jahr die Aufnahme der Pflegebranche in das Arbeitnehmerentendengesetz beschlossen und damit den Weg für einen rechtlich verbindlichen Mindestlohn geebnet hat, steht für die Pflegebranche nunmehr unmittelbar die Einführung eines Mindestlohns bevor. Nach derzeitigem Verfahrensstand und aktuellen Pressemitteilungen wird ab dem 1. Juli 2010 für Betriebe oder selbstständige Betriebsteile, die überwiegend ambulante, teilstationäre oder stationäre Pflegeleistungen erbringen, eine entsprechende – zunächst erst einmal bis Ende 2014 befristete – Mindestlohnverordnung gelten. Personell werden von der Mindestlohnverordnung sämtliche Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer erfasst, die überwiegend Grundpflegeleistungen erbringen. Diesen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern steht zukünftig ein Mindestlohn in Höhe von 8,50 Euro in den alten sowie in Höhe von 7,50 Euro in den neuen Bundesländern zu. Aufgestockt wird dieser Mindestlohn sowohl zum Jahresbeginn 2012 als auch Mitte 2013 um jeweils 0,25 Euro. Der Vorsitzende des Arbeitgeberverbandes Pflege, Thomas Greiner, sprach von einem „bedeutenden Tag für die deutsche Sozialwirtschaft“ und geht davon aus, dass der Mindestlohn sowohl den ungelerten und bisher häufig schlechter bezahlten Pflegehilfskräften als auch den Unternehmen helfe, „da ein Mindestlohn vereinbart worden ist, der keine Arbeitsplätze gefährdet“.

Kompodium Krankenhaus-Rechnungswesen – Grundlagen, Beispiele, Aktuelles, Trends

Neue Finanzierungsformen, geänderte Versorgungsangebote, zunehmender Wettbewerb – die einzige Konstante in der Gesundheitswirtschaft ist der permanente Wandel. Die Rechnungslegung des Krankenhauses muss nicht nur die ohnehin zahlreichen Besonderheiten der Gesundheitswirtschaft abbilden, sondern sich auch auf die sich ständig ändernden wirtschaftlichen und rechtlichen Rahmenbedingungen einstellen.

Das neue Fachbuch von KPMG wendet sich an Fachkräfte, die sich täglich mit Fragen der externen Rechnungslegung und angrenzenden Themenbereichen im Krankenhaus beschäftigen. Es bietet dem Leser auf etwa 500 Seiten verständliche, praxisnahe und aktuelle Informationen, illustriert mit mehr als 200 Schaubildern und Beispielen.

Ausgehend von den rechnungslegungsrelevanten wirtschaftlichen und rechtlichen Grundlagen des Krankenhauses widmet sich das Buch den branchenspezifischen Besonderheiten der Rechnungslegung nach deutschen und auch internationalen Rechnungslegungsstandards sowie den in der Branchenliteratur noch wenig beachteten, aber zunehmend wichtigen Themen Konzernrechnungslegung, Trennungsrechnung, Abschlussprüfung, Risikomanagement, Interne Revision und Unternehmensplanung.

Bestellung:

Kompodium Krankenhaus-Rechnungswesen – Grundlagen, Beispiele, Aktuelles, Trends

Prof. Dr. Volker Pentler
Dr. Bernd Siefert

Baumann Fachverlage GmbH & Co. KG
E.-C.-Baumann-Straße 5
95326 Kulmbach
T 09221 949-393
www.ku-gesundheitsmanagement.de
Gebundene Ausgabe, 480 Seiten
ISBN 978-3-942320-01-6
Preis: 49,80 Euro

6. Gesundheitswirtschaftskongress

Termin:

1. und 2. September 2010, Hamburg

Inhalt der Veranstaltung:

Der 6. Gesundheitswirtschaftskongress greift die aktuellen Themen auf, die die Gesundheitswirtschaft in Zukunft bestimmen werden. Dazu zählen insbesondere die Zunahme der Patientensouveränität, die Stärkung der Nachfrageseite insgesamt, die Vorteile von Systempartnerschaften, die Fragen der Personalgewinnung sowie die Bereiche Prävention und Rehabilitation.

Referenten und Moderation:

unter anderem
Prof. Dr. Volker Penter, Leiter
Health Care, KPMG, Berlin

Informationen und Anmeldung:

WISO Hanse Management GmbH
Ines Kehrein
T 040 288072 199
F 040 288072 198
info@gesundheitswirtschaftskongress.de

Breakfast Meeting: Zukunft deutsches Krankenhaus – Personalkosten steuern – Budgets erfolgreich verhandeln

Termine:

22. September 2010, Stuttgart
28. Oktober 2010, Berlin
10. November 2010, Düsseldorf

Inhalt der Veranstaltung:

Nahezu zwei Drittel der laufenden Kosten eines Krankenhauses sind Personalkosten. Damit ist der Erfolg von Krankenhäusern direkt von einem effektiven und patientenorientierten Personaleinsatz abhängig. Die Erlöse von Krankenhäusern werden in erster Linie von erfolgreich verhandelten Budgets bestimmt.

Referenten und Moderation:

unter anderem
Prof. Dr. Volker Penter, Leiter
Health Care, KPMG, Berlin

Ralph Fischer, Partner, Audit,
KPMG, Dortmund

Dr. Jörg Goddemeier, Manager, Audit,
KPMG, Dortmund

Wolfram Wildermuth, Partner, Audit,
KPMG, Stuttgart

Informationen und Anmeldung:

Angela Heinrich
KPMG, Berlin
T 030 2068 1510
F 01802 11991 0698
aheinrich@kpmg.com

Gipfel: Deutscher Gesundheitsmarkt 2010

Termin:

4. und 5. Oktober 2010, Berlin

Inhalt der Veranstaltung:

- Liberalisierung und Privatisierung des Gesundheitsmarktes
- Wirtschaften mit Gesundheit
- Innovationsfelder in der Gesundheitswirtschaft
- Außenansichten der Gesundheitswirtschaft
- Struktur und effizientes Wachstum im „ersten“ und „zweiten“ Gesundheitsmarkt
- Trendforum Life & Health Style

Referenten:

unter anderem
Prof. Dr. Volker Penter, Leiter
Health Care, KPMG, Berlin

Informationen und Anmeldung:

Jutta Kiefer/Andrea Klammer
ZENO Veranstaltungen GmbH
Executive Conferences
T 06221 5880 80
F 06221 5880 810
info@zeno24.de

**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

Dort finden Sie auch weitere Informationen zum
Gesundheitsbarometer von KPMG.

www.kpmg.de/gesundheitsbarometer

An dieser Ausgabe haben mitgewirkt:

Personalmanagement im Krankenhaus:

Dr. Matthias Schatz, Markus Schiebold, Philipp Schlerkmann, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Berlin

Bewertung des Risikos für MDK-Einzelfallprüfungen:

Dr. Nicolas Krämer, Leiter Finanz- und Rechnungswesen der Kaiserswerther Diakonie und des Florence-Nightingale-Krankenhauses, Düsseldorf; Dr. Jörg Goddemeier, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Dortmund

Medizinische Versorgungszentren – gemeinnützigkeitsrechtliche und steuerliche Aspekte für Krankenhäuser:

Georg Gerland, Dr. Thorsten Helm, Eike Senz, Anica Weiß, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Mannheim

Das Gesundheitssystem Dänemarks – Effizienz im Fokus:

Peter Agaard Nielsen, Organisational Innovation Manager, Rigshospitalet Kopenhagen, Dänemark;
Stefan Friedrich, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Berlin

Doreen Baumeister, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Berlin

Daniela Eifler, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Mainz

Dr. Stephan Fahrig, KPMG Rechtsanwaltsgesellschaft mbH, Essen

Dr. Mathias Maria Knorr LL.M., KPMG Rechtsanwaltsgesellschaft mbH, Essen

Frank Kopietz, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Köln

Elmar Rettich, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Stuttgart

Jan-Henning Sander, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Hamburg

Claus-Ferdinand Sauler, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, München

Impressum

Herausgeber

KPMG AG
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
Klingelhöferstraße 18
10785 Berlin
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

Die enthaltenen Informationen sind allgemeiner Natur und nicht auf die spezielle Situation einer Einzelperson oder einer juristischen Person ausgerichtet. Obwohl wir uns bemühen, zuverlässige und aktuelle Informationen zu liefern, können wir nicht garantieren, dass diese Informationen so zutreffend sind wie zum Zeitpunkt ihres Eingangs oder dass sie auch in Zukunft so zutreffend sein werden. Niemand sollte aufgrund dieser Informationen handeln ohne geeigneten fachlichen Rat und ohne gründliche Analyse der betreffenden Situation.

© 2010 KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, eine Konzerngesellschaft der KPMG Europe LLP und Mitglied des KPMG-Netzwerks unabhängiger Mitgliedsfirmen, die KPMG International Cooperative („KPMG International“), einer juristischen Person schweizerischen Rechts, angeschlossen sind. Alle Rechte vorbehalten. Printed in Germany. KPMG und das KPMG-Logo sind eingetragene Markenzeichen von KPMG International.