

Gesundheitsbarometer

November 2010

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

am 17. September 2010 war Dr. Philipp Rösler, Bundesminister für Gesundheit, zu Gast bei der KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft in Berlin. Wir freuen uns, in dieser Ausgabe über diesen Besuch und einige grundlegende Gedanken des Bundesgesundheitsministers zur Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems berichten zu können.

Für die Novemberausgabe des Gesundheitsbarometers von KPMG haben wir das Schwerpunktthema „Markenpolitik im Krankenhaus“ ausgewählt. Marken werden für das Krankenhaus der Zukunft an Bedeutung gewinnen. Sie können die Wahrnehmung von Leistungs differenzierung unterstützen, zu einer Verstärkung der Patientenbindung beitragen, die Verhandlungsposition gegenüber den Kostenträgern verbessern, das Krankenhaus als attraktiven Arbeitgeber herausheben und vieles andere mehr. In der Praxis des deutschen Krankenhauses hat das Thema Marke – ganz anders als in Industrie- und Handelsunternehmen – derzeit noch keinen hohen Stellenwert. In Fachzeitschriften und auf Gesundheitskongressen wird jedoch bereits verstärkt darüber diskutiert. Wir sind sicher: Der zunehmende Wettbewerb wird das Interesse der Praxis an der Etablierung von Marken im Krankenhaus rasch erhöhen.

Im Gesundheitsbarometer nähern wir uns dem Thema Marke im Krankenhaus mit einem grundlegenden Aufsatz und sprechen über praktische Erfahrungen mit Prof. Dr. Karl Max

Einhäupl, Vorstandsvorsitzender der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Mit unserem Beitrag „Die Ermittlung der Erlösausgleiche 2010“ geben wir praktische Hilfestellung zur Vermeidung von Fehlern bei der Ausgleichsermittlung für das Jahr 2010. Weiter diskutieren wir über das Gesundheitssystem Australiens, Kennzahlen zum Personalaufwand von Krankenhäusern sowie aktuelle gesundheitswirtschaftliche Themen aus Deutschland. Wir wünschen unseren mittlerweile mehr als 2.000 Abonnenten des Gesundheitsbarometers viel Freude beim Lesen der elften Ausgabe.

Mit besten Grüßen

Ulrich Maas

Mitglied des Vorstands

Prof. Dr. Volker Penter

Partner, Leiter Health Care



Von links nach rechts: **Prof. Dr. Volker Penter**, Leiter Health Care, KPMG, Deutschland, **Dr. Philipp Rösler**, Bundesminister für Gesundheit, **Ulrich Maas**, Mitglied des Vorstands, KPMG, Deutschland

Inhalt

Bundesgesundheitsminister Rösler fordert mehr Transparenz im deutschen Gesundheitssystem	2
Markenpolitik im Krankenhaus	3
Interview zum Thema Markenbildung und Markenführung in der Gesundheitswirtschaft	7
Die Ermittlung der Erlösausgleiche 2010	9
Das Gesundheitssystem Australiens	12
Personalaufwand	14
Nachrichtenticker Gesundheitswesen	16
Fachbeiträge	18
Veranstaltungen	19
Impressum	20

Bundesgesundheitsminister Rösler fordert mehr Transparenz im deutschen Gesundheitssystem

Autor: Anke Springer, KPMG, Berlin

Dr. Philipp Rösler, Bundesminister für Gesundheit, zu Gast beim Business Breakfast von KPMG am 17. September 2010

Philipp Rösler will weg von der „Planwirtschaft“ im Gesundheitswesen mithilfe transparenten Kostenmanagements

„Unser Gesundheitswesen ist sehr starr, sehr statisch und wenig flexibel“, sagte Bundesminister Philipp Rösler am 17. September beim Business Breakfast in der Berliner Niederlassung von KPMG. „Auch wenn Deutschlands Gesundheitssystem eines der Besten weltweit ist, so müssen wir doch dafür sorgen, dass die Teilnehmer sich darin freier, flexibler und auch verantwortlicher bewegen können. Grundvoraussetzung für Strukturereformen, die mehr Freiheit, mehr Verantwortung und mehr Solidarität zum Ziel haben, ist eine stabile und nachhaltige Finanzierung. Denn nur auf einer soliden Finanzbasis können verkrustete Strukturen nach und nach aufgebrochen werden. Nur dann kann ein wettbewerbliches System auf den Weg gebracht werden.“ Als Ehrengast von KPMG-Vorstandsmitglied Ulrich Maas stellte sich der FDP-Politiker der Diskussion über seine Ziele als Gesundheitsminister.

„Gesundheitspolitik neu gedacht“ – das bedeutet für Philipp Rösler zum Beispiel Bürokratieabbau und Transparenz. Wirtschaftliche und qualitative Transparenz erhöhen den Wettbewerb und führen langfristig zu Kosteneinsparungen. Die gesetzlich Versicherten wissen aber oft gar nicht, was es kostet, wenn sie zum Arzt gehen. Der Bundesgesundheitsminister setzt deshalb auf ein „intelligentes System der Kostenerstattung und Honorierung“, das mit Anreizen für die Versicherten arbeitet, etwa durch Beitragsrückerstattungen, wie sie schon heute von Krankenversicherungen angeboten werden. Einsparungen

erhofft sich der Minister auch durch Prävention im Sinne von Verhaltensänderungen des Verbrauchers. Die eigene Verantwortung solle gestärkt und im solidarischen System eine stärkere Rolle spielen als bisher. Über allem steht das Prinzip „der Starke hilft dem Schwachen – das muss für jede Reform gelten“. Andererseits machte Philipp Rösler klar, dass kurzfristig schnell wirkende Maßnahmen notwendig sind, um die finanzielle Misere des Gesundheitswesens zu beseitigen. Den gesetzlichen Krankenkassen hätte im nächsten Jahr ein Defizit in Höhe von bis zu elf Milliarden Euro gedroht, wenn die Koalition nicht schnell gehandelt hätte. Das Maßnahmenpaket ist umfangreich und verteilt die Lasten auf viele Schultern. Anfang Januar werden die Krankenversicherungsbeiträge auf 15,5 Prozent zurückgeführt, also dem Beitragssatz vor der Konjunkturkrise. Zudem sieht die Reform Einsparungen bei Ärzten, Krankenhäusern, Apothekern und Verwaltungsausgaben der Krankenkassen vor. Gleichzeitig werden durch eine Umstellung der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung die Gesundheitskosten stärker von den Löhnen abgekoppelt, „Das tun wir wegen der demografischen Entwicklung“, sagte Philipp Rösler. „Wir werden alle älter und wollen dabei auch gesund bleiben.“ KPMG-Vorstandsmitglied Ulrich Maas dankte dem Minister für



Dr. Philipp Rösler, Bundesminister für Gesundheit, zu Gast beim Business Breakfast von KPMG

seinen „informativen und authentischen Vortrag.“ Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler hat eine bemerkenswerte politische Karriere gemacht. Mit 29 wurde der studierte Mediziner Generalsekretär der FDP in Niedersachsen, kurz darauf Fraktionschef im Landtag. Mit 35 war er stellvertretender Ministerpräsident und Wirtschaftsminister in Niedersachsen. Seit zehn Monaten ist er Bundesgesundheitsminister im Kabinett von Angela Merkel. Zuweilen ein undankbarer Job, das sagt er selbst: „In keinem anderen Bereich gibt es so viele Überreaktionen. Das sehen Sie, wenn Sie die Zeitung aufschlagen.“ Der 37-jährige brillante Redner ist in Vietnam geboren, verheiratet und Vater von Zwillingen.

Eckpunkte der Gesundheitsreform (wirksam ab 1. Januar 2011):

- Anpassung des allgemeinen Beitragssatzes von 14,9 auf 15,5 Prozent
- Senkung der 3-Jahres-Frist zum Wechsel in die PKV für Angestellte
- Aufhebung der Deckelung für Zusatzbeiträge bei den gesetzlichen Krankenkassen
- Einführung eines unbürokratischen Sozialausgleichs bei Überforderung durch den Zusatzbeitrag

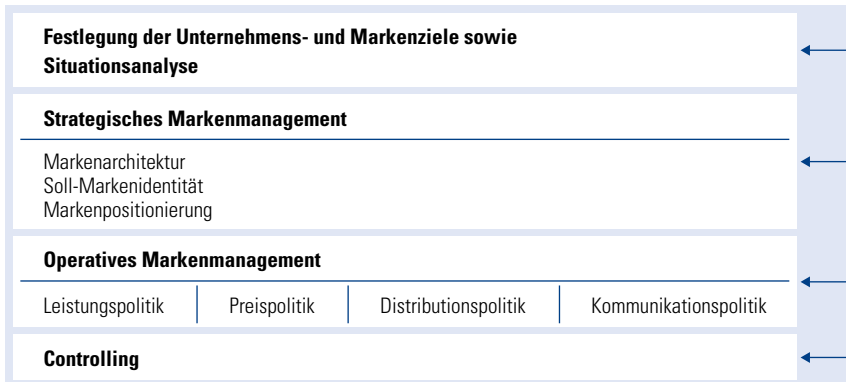
Umsetzung der Markenführung

Die konkrete Umsetzung der Markenführung im Krankenhaus kann vereinfacht anhand von vier Phasen beschrieben werden. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass die Phasen nicht streng chronologisch voneinander getrennt sind und sich durchaus überlappen können.⁴

werbsvorteilen basiert auf einer Situationsanalyse, mit deren Hilfe etwaige Chancen/Risiken sowie Stärken/Schwächen erkannt werden.

Grundsätzlich können die Ziele unterschiedlichster Art sein und von der Steigerung der Markenbekanntheit, der Steigerung der Markenloyalität bis hin zu einer Erhöhung der Markensympathie reichen. Allerdings verfolgen Krankenhäuser durch strategische Markenführung in der Regel nicht nur ein Ziel. Vielmehr muss ein Zielsystem entwickelt werden, das die relevanten Zielgrößen darstellt und die Beziehungen zwischen den einzelnen Zielgrößen verdeutlicht.⁶

Abb. 2: Umsetzung der Markenführung



Quelle: Eigene Darstellung

Strategisches Markenmanagement

Aufbauend auf den Erkenntnissen der Zielbildung und der Situationsanalyse werden im Rahmen des strategischen Markenmanagements die Grundsatzentscheidungen über den inhaltlichen Gegenstand der Marken getroffen. Diese Grundsatzentscheidungen umfassen Entscheidungen bezüglich der Markenarchitektur und der Markenidentität.

Zielbildung und Situationsanalyse

In einem ersten Schritt ist festzulegen, welche Ziele man durch die Etablierung einer Marke verfolgen will. Ausgangspunkt hierfür ist das Globalziel des Krankenhauses, das durch den Einfluss gesetzlicher Vorgaben und die Vorstellungen und Motive des Krankenhauträgers geprägt ist. Obwohl bei Krankenhäusern primär die Versorgung der Patienten mit medizinischen Leistungen im Vordergrund steht, gewinnen zunehmend auch Ziele wie zum Beispiel Gewinnerzielung und Kostenwirtschaftlichkeit an Bedeutung.⁵ Aus dem jeweiligen Globalziel eines Krankenhauses lassen sich anschließend konkrete markenpolitische Zielsetzungen ableiten. Im Rahmen der Markenführung soll das Krankenhaus eine dauerhafte Vorzugsposition gegenüber den Wettbewerbern aufbauen. Diese Vorzugsposition lässt sich insbesondere dann realisieren, wenn sich die Markenidentität auf komparative Wettbewerbsvorteile stützt. Die Identifikation von Wettbe-

Unter der Markenarchitektur versteht man die Anordnung sämtlicher Marken eines Krankenhausunternehmens. Markenarchitekturen lassen sich anhand der Anzahl der geführten Marken sowie hinsichtlich des hierarchischen Verhältnisses der Marken differenzieren. Hinsichtlich des hierarchischen Verhältnisses kann zwischen Verbund-, Krankenhaus-, Abteilungs-, Service- und Personenmarken unterschieden werden (vgl. Abbildung 3). So hat sich beispielsweise die Charité Berlin⁷ für die Etablierung einer übergreifenden Marke sowohl auf Ebene des gesamten Universitätsklinikums als auch auf der Ebene einzelner Kliniken, also für die sogenannte Dachmarkenstrategie, entschieden. Der Vorteil einer solchen Strategie liegt zweifelsohne darin, dass bei der Einführung neuer Leistungsarten das Vertrauenskapital, das beim Patienten aufgrund der bisherigen Inanspruch-

4 Vgl. Burmann/Meffert: Managementkonzept, 2005, S. 76; Esch: Markenführung, 2008, S. 117; Storcks: Markenführung, 2003, S. 105.

5 Vgl. Eichhorn: Grundlagen, 2008, S. 97-98.

6 Vgl. Esch: Markenführung, 2008, S. 73.

7 Vgl. Interview mit Prof. Dr. Karl Max Einhäupl, Vorstandsvorsitzender der Charité – Universitätsmedizin Berlin, S. 7 ff.

nahme von Krankenhausleistungen aufgebaut wurde, auf die Folgeleistung übertragen wird. Allerdings birgt diese Vorgehensweise das Risiko negativer Ausstrahlungseffekte zwischen verschiedenen Leistungsarten.

Zudem gilt es, die Markenidentität, also das Selbstbild einer Marke aus Sicht der internen Zielgruppe eines Krankenhauses, festzulegen. Wie bereits oben beschrieben, bringt die Markenidentität zum Ausdruck, wofür eine Marke stehen soll und umfasst die essenziellen und wesensprägenden Merkmale einer Marke. Wichtig ist, dass die Markenidentität von den Mitarbeitern im täglichen Umgang mit dem Patienten gelebt wird. Hierfür schafft die innengerichtete Markenführung die Voraussetzung, indem sie ein markenkonformes Mitarbeiterverhalten fördert. Eine Markenidentität sollte konsensorientiert, beispielsweise im Rahmen interner Workshops, definiert

werden. Im Anschluss an die Entwicklung der Markenidentität gilt es, eine spezifische Positionierung im Markt festzulegen. Ziel der Positionierung ist, dass die Marke im Bewusstsein des Zielkunden einen besonderen, geschätzten und von Wettbewerbern abgesetzten Platz einnimmt. In der Praxis wählen Krankenhäuser allerdings häufig identische Positionierungen, die sich im Wortlaut kaum unterscheiden und oftmals Selbstverständlichkeiten ausdrücken. Eine Differenzierung von Konkurrenzmarken wird hingegen vernachlässigt.

Operatives Markenmanagement

Im Zentrum des operativen Markenmanagements steht die konkrete Umsetzung der Grundsatzentscheidungen des strategischen Markenmanagements auf Basis der Instrumente des Marketing-Mix: Leistungs-, Preis-, Distributions- und Kommunikationspolitik. Diese Instrumente werden in der Krankenhausliteratur vereinzelt um die Instrumente

Personal, Ausstattung und Prozesse ergänzt (vgl. Abbildung 4).⁸

Markencontrolling

Das Markencontrolling umfasst sämtliche Aufgaben der Informationsversorgung und Beratung aller mit dem Markenmanagement befassten Stellen, verbunden mit einer übergeordneten Koordinationsfunktion. Das Markencontrolling unterstützt dabei das strategische und operative Markenmanagement in allen Planungsschritten. Obwohl mittels Markencontrolling die Umsetzung der operativen Maßnahmen durch regelmäßige Kontrollen des Zielerreichungsgrades überwacht werden kann, um gegebenenfalls rechtzeitig Steuerungsmaßnahmen einleiten zu können,⁹ halten noch nicht alle Krankenhäuser, die sich aktiv mit dem Thema Markenpolitik beschäftigen, ein Markencontrolling vor.

Abb. 3: Hierarchische Ebenen der Markenarchitektur

	Darstellung	Kennzeichen
Verbundmarken		Auswahl und Einsatz einer einheitlichen Marke für eine bestimmte Gruppe von Krankenhäusern; alternativ können auch Marken für integrierte Versorgungsnetzwerke entwickelt werden.
Krankenhausmarken		Sämtliche Dienstleistungen eines Krankenhauses werden unter einer einheitlichen Markierung angeboten.
Abteilungsmarken		Abteilungsmarken beziehen sich auf einzelne, organisatorisch klar abgegrenzte Fachabteilungen eines Krankenhauses (zum Beispiel kardiologische und neurochirurgische Fachabteilung).
Servicemarken		Servicemarken beziehen sich innerhalb des Krankenhauses originär auf einzelne Leistungsprozesse der medizinischen Fachabteilungen und können virtuell zu Servicezentren gebündelt werden.
Personenmarken		Für einzelne Personen eines Krankenhauses (zum Beispiel Chefarzte) wird ein gezieltes Identitäts- und Imagemanagement durchgeführt.

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Arnold: Marketing, 2008, S. 572.

⁸ Vgl. Stoffers: Marketing, 2008, S. 120.

⁹ Vgl. Burmann/Meffert: Managementkonzept: 2005, S. 101.

Ausblick

Starke Marken bieten für Krankenhäuser erhebliche Chancen. Sie können unter anderem zur Differenzierung von konkurrierenden stationären und ambulanten Angeboten beitragen, eine Stabilisierung und Ausweitung der Patientenbindung unterstützen, die Verhandlungsposition gegenüber den Kostenträgern verbessern, neues Patientenklientel anziehen und die Positionierung des Krankenhauses als interessanter Arbeitgeber im Arbeitsmarkt schärfen. Zudem erfüllen Marken eine psychologische Schutzfunktion, wenn es dem Krankenhaus gelingt, sein Leistungskonzept eindeutig in der Wahrnehmung

des Kunden an den Namen des Krankenhauses zu knüpfen. Nicht zuletzt können Marken auch positiven Einfluss auf das Einwerben externer Spendengelder nehmen.

Vor allem aus der Tradition ist erklärbar, dass Krankenhäuser dem Thema Markenführung noch deutlich weniger Aufmerksamkeit schenken als Industrie- und Handelsunternehmen. Vor dem Hintergrund sich verändernder Rahmenbedingungen hin zu einem steigenden Wettbewerb in der Gesundheitswirtschaft wird es für viele Krankenhäuser immer wichtiger werden, sich als Marke auf dem Gesundheitsmarkt zu etablieren.

Abb. 4: Instrumente des Marketing-Mix im Krankenhaus

Marketinginstrumente	
Leistungsangebot	<ul style="list-style-type: none"> • Art, Umfang und Qualität der medizinisch-pflegerischen Leistungen sowie der Hotel- und Serviceleistungen
Ausstattung	<ul style="list-style-type: none"> • medizintechnische Ausstattung • Ausstattung des Dienstleistungsumfelds
Personal	<ul style="list-style-type: none"> • Personalauswahl und -entwicklung
Prozesse	<ul style="list-style-type: none"> • kundenorientierte Prozessgestaltung • Qualitätsmanagement
Preispolitik	<ul style="list-style-type: none"> • Preisgestaltung im Bereich der Service- und Wahlleistungen beziehungsweise bei Sonderverträgen (Integrierte Versorgung)
Kommunikationspolitik	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung und Visualisierung des Markenzeichens • persönliche Kommunikation • Werbung • Öffentlichkeitsarbeit • Verkaufsförderung • Direct Marketing • Messen und Kongresse • Sponsoring • Event-Marketing • Multimedia-Einsatz
Distributionspolitik	<ul style="list-style-type: none"> • leistungsfähige Transportmöglichkeiten (Busse, Taxi, Shuttledienste) • interne und externe Wegeleitsysteme • Parkflächen • Warteräume und -zonen • Besuchs- und Sprechzeiten • Kooperation mit Absatzmittlern (niedergelassene Ärzte, andere Kliniken, Belegärzte, Krankenwagen, Notärzte usw.)

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Storcks: Markenführung, 2003, S. 153.

Markenbildung und Markenführung in der Gesundheitswirtschaft

Interview mit Prof. Dr. Karl Max Einhäupl, Vorstandsvorsitzender der Charité – Universitätsmedizin Berlin

In Zeiten des aufgeklärten Patienten, des zunehmend professionellen Einweisermanagements, des akuten Fach- und Führungskrätemangels und des hohen Wettbewerbsdrucks liest und hört man auch häufiger Berichte zum Thema Markenführung und -bildung in der Gesundheitswirtschaft. Gewinnt das Thema auch für die Charité als größtes Universitätsklinikum Europas an Bedeutung?

Prof. Dr. Karl Max Einhäupl: Vor circa anderthalb Jahren haben wir einen Prozess initiiert, durch den wir Markenbildung zum Thema für die Charité gemacht haben. Damals haben wir uns in einem Workshop zunächst einmal die Frage gestellt, wo wir eigentlich mit der Marke Charité hinwollen. Schnell hat sich damals unsere Grundüberzeugung gebildet, dass der Aufbau und die Führung einer Marke eine enorme Hilfe für die Arbeit der Charité im Gesundheitsmarkt darstellen kann. Das Thema Markenbildung ist heutzutage für moderne Gesundheitsunternehmen aus langfristiger Unternehmenssicht lebenswichtig. Deshalb wollen und werden wir auch den Prozess Markenbildung bei der Charité weiter vorantreiben.

Welche konkreten Ziele verfolgen Sie mit der Etablierung der Marke Charité? Geht es Ihnen um einen höheren Bekanntheitsgrad oder um mehr Geschäft?

Prof. Dr. Karl Max Einhäupl: Nicht alles dreht sich ums Geschäft und schon gar nicht in einer Universitätsklinik. Eine Marke sichert Gesundheitsunternehmen jedoch ab, gibt mehr Rückhalt in Mär-

ten, in denen man aktiv ist, und öffnet schließlich Türen. Wir sind in mehreren Märkten aktiv: neben dem Gesundheitsmarkt auch im Wissenschaftsmarkt, also in der Forschung, sowie im Bildungsmarkt, wo es beispielsweise um die Frage der Ausbildung von Ärzten geht.

Für all diese Märkte ist es von großer Bedeutung, dass man als Marke wahrgenommen wird. Dies beginnt beim Ansehen in der Politik, wo die öffentliche Finanzierung der Krankenhäuser festgelegt wird, und geht weiter bis hin zum Image in der Öffentlichkeit. Die Charité hat ein besonderes Ansehen und das ist auch auf die Markenstärke zurückzuführen. Von großer Bedeutung ist die Markenstärke insbesondere im Hinblick auf den starken Support, der uns durch die Berliner Bevölkerung zuteil wird. Die Marke ist aber auch wichtig für die Identifikation unserer Mitarbeiter mit dem Unternehmen. Wir sind darauf angewiesen, dass unsere Mitarbeiter stolz darauf sind, in der Charité zu arbeiten – und auch das wird durch unsere Markenstärke begünstigt.

Eine Marke ist zudem für das Einwerben von Drittmitteln von Bedeutung. Wenn wir hierbei als wissenschaftsstarke Einrichtung gelten, die Drittmittel sinnvoll einsetzt, wird es leichter, Gelder einzuwerben. Wollen wir mit der Industrie zusammenarbeiten, haben wir es leichter, wenn wir als internationale Marke auftreten, da Industriepartner auf uns setzen, weil wir eine international aufgestellte und weltbekannte Einrichtung sind. Auf diese Weise könnte ich im Prinzip alle unsere Kooperationspartner analysieren, mit denen wir zusammenarbeiten. Ich will nicht sagen, dass die Marke

den Unternehmenserfolg bestimmt, aber die Marke macht es einem leichter, den Weg des Erfolgs zu beschreiten.

Für den Aufbau einer Marke sind oft umfangreiche Investitionen erforderlich. Ist es also nur für ein großes, international agierendes Unternehmen wie die Charité interessant, eine Marke zu etablieren, oder kann es auch für andere Gesundheitsversorger sinnvoll sein, Marken aufzubauen?

Prof. Dr. Karl Max Einhäupl: Selbst für einen reinen Krankenversorger, der nur ein Krankenhaus an einem Standort betreibt, halte ich es für sinnvoll, sich als Marke zu etablieren. Eine Marke ist für Patienten von großer Bedeutung: Der Patient hat ein bestimmtes Selbstverständnis und wenn dieses Selbstverständnis mit dem Image eines Krankenhauses übereinstimmt, wird er sich dort wohl fühlen. Diese Unternehmensphilosophie gilt es, auch als Wettbewerbsinstrument im Rahmen einer Marke zu nutzen. Auch als regionaler Alleinversorger, der im Prinzip überhaupt nicht um Patienten werben muss, macht es Sinn, weil die Marke – wie bereits erwähnt – auch für die Mitarbeiter ein wichtiges Identifikationsmerkmal darstellt. Corporate Identity stärkt das Zugehörigkeitsgefühl zu einer Institution und auf diese Weise die Zufriedenheit der Mitarbeiter, die in der Konsequenz bessere Arbeitsergebnisse erzielt.

Die Marke ist daher nicht nur als Instrument in den überregionalen, nationalen oder internationalen Märkten wichtig, sondern ist auch für ein lokales Unternehmen von enormer Bedeutung.

Trotzdem steckt das Thema Marke bei vielen Gesundheitsunternehmen oft noch in den Kinderschuhen. Es gibt bisher nicht viele Unternehmen der Gesundheitswirtschaft, die aktiv eine Marke vorantreiben und steuern. Was hemmt die Unternehmen? Sind die Vorteile einer Marke einfach noch nicht erkannt worden oder ist der Aufwand zur Etablierung einer Marke dann doch zu hoch?

Prof. Dr. Karl Max Einhäupl: Grund ist der regionalisierte Wettbewerb in der Gesundheitswirtschaft: Sie werden niemanden mit einem Schlaganfall von München nach Berlin locken können. Da können Sie eine noch so gut funktionierende Marke haben. Sie werden aber unter Umständen elektive Patienten in Berlin an die Charité locken können.

Werden dann solche Ballungszentren wie Berlin, München oder das Rhein-Main-Gebiet beim Grad der Markenbildung in der Gesundheitswirtschaft demzufolge kurzfristig weiter sein als andere Gesundheitsversorger in beispielsweise ländlichen Regionen?

Prof. Dr. Karl Max Einhäupl: Ja, das wird so sein. Keine Frage. Wenn man Kunden für Marketing suchen würde, würde ich auch anfangen, in den Ballungszentren zu suchen und nicht irgendwo in einem großen Kreiskrankenhaus, das 200 km rundherum nichts anderes mehr hat.

Die Marke als Identifikationsmerkmal für Mitarbeiter und Abgrenzungsmerkmal für den Patienten: sicherlich ein wichtiger Aspekt erfolgreicher Markenführung. Wie grenzt man sich aber von den Wettbewerbern ab, die durch ihre Marke dem Markt suggerieren, viel zu bieten, jedoch wenig davon umsetzen können?

Prof. Dr. Karl Max Einhäupl: Wer sich einen Markeninhalt gibt, ist fast

Kurzbiografie Prof. Dr. Karl M. Einhäupl

- geboren 1947 in München
- 1968 – 1974 Medizinstudium an der Ludwig-Maximilians-Universität in München
- 1974 deutsches Staatsexamen
- 1975 amerikanisches Staatsexamen ECFMG
- 1974 – 1975 Medizinalassistent an der Frauenklinik, Medizinische Poliklinik und der 1. Chirurgischen Klinik
- 1975 Promotion
- 1975 – 1977 Leitung einer Allgemeinpraxis
- 1977 – 1992 Neurologische Klinik der LMU München, Klinikum Großhadern
- 1986 Habilitation für das Fach Neurologie München
- 1988 Berufung als C3-Professor für Neurologische Intensivmedizin
- 1992 Berufung auf den Lehrstuhl für Neurologie an der Medizinischen Fakultät der Humboldt-Universität zu Berlin, Charité, seither Direktor der Klinik und Poliklinik für Neurologie
- 1995 – 2004 Sprecher SFB 507
- 2004 Verleihung des Bundesverdienstkreuzes
- 2001 – 2006 Vorsitzender des Wissenschaftsrates
- seit 2005 Mitglied der Leopoldina
- 2007 Zentrumsleiter des CC15 für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie
- seit 2008 Vorstandsvorsitzender der Charité – Universitätsmedizin Berlin



Prof. Dr. Karl Max Einhäupl, Vorstandsvorsitzender der Charité, Universitätsmedizin Berlin

gezwungen, diesen Markeninhalt mit Leben zu füllen. Andernfalls entwickelt sich ein Vakuum, was sowohl von den Patienten, dem einweisenden Arzt, dem Industriepartner oder dem Studenten über kurz oder lang wahrgenommen wird. Der Authentizitätsverlust schädigt dabei nicht nur die Marke: Das gesamte Unternehmen wirkt nicht mehr authentisch und eines der wichtigsten Dinge in der Gesundheitswirtschaft wurde verspielt: Vertrauen.

Oft ist es jedoch schwierig, den Wahrheitsgehalt von Werbeclaims zu messen. Aussagen wie „eines der wissenschaftlich anerkanntesten Krankenhäuser“ oder „eine der besten Pflegeeinrichtungen der Region“ sind nicht unbedingt messbar.

Prof. Dr. Karl Max Einhäupl: Ich glaube, dass insbesondere die Universitätskliniken hier kaum zu abstrakten Werbebotschaften neigen. Schon aufgrund ihrer Kernaufgabe und Tradition – nämlich der Forschung – sind sie es gewohnt, belegbare Aussagen zu treffen. Ich würde mich einem Marketingkon-

zept widersetzen, das keinen starken Fokus auf die Belegbarkeit seiner Aussagen legt. Auch vor dem Hintergrund, dass wir uns nicht nur an aktuelle und potenzielle Patienten wenden, sondern auch an unsere Wettbewerber. Wir wollen nur Aussagen treffen, die mit Fakten untermauert werden können.

Wie geht es weiter mit der Marke der Charité? Gibt es seitens der Politik Einschränkungen, um die Marke Charité weiter zu etablieren?

Prof. Dr. Karl Max Einhäupl: Bei den strategischen Planungen der Charité steht das Thema Markenführung weiterhin ganz oben. Unser Claim lautet „fürsorglich, wissenschaftlich, unternehmerisch“ – diesen möchten wir noch stärker im Markt platzieren. Wir werden das allerdings nicht als große aufwendige Kampagne mit Agenturunterstützung angehen, sondern eher im Sinne des viralen Marketingansatzes. Gute Markenentwicklung muss nicht teuer sein. Einschränkungen beim Thema Markenbildung haben wir bislang keine wahrgenommen.

Die Ermittlung der Erlösausgleiche 2010

Autoren: Dr. Bernd Siefert, KPMG, Mainz; Thomas Schlickum, KPMG, Mainz; Katrin Heinz, KPMG, Mainz

Die Ermittlung der Erlösausgleiche gehört zu den wichtigen betriebswirtschaftlichen Aufgabenstellungen im Rahmen der Führung eines Akutkrankenhauses. Fehler wirken sich zum einen auf den Jahresabschluss aus, weil Ausgleichsforderungen beziehungsweise -verbindlichkeiten zu hoch oder zu niedrig bilanziert werden; dies kann bis zur Nichtigkeit des Jahresabschlusses mit allen damit verbundenen Konsequenzen führen. Nicht erkannte Fehler können sich im Rahmen der Verhandlungen mit den Sozialleistungsträgern auch negativ auf die Liquiditäts- und Ertragslage eines Krankenhauses auswirken. Daher soll der folgende Beitrag eine praktische Hilfestellung zur Vermeidung von Fehlern bei der Ausgleichsermittlung für das Jahr 2010 leisten.

Neuerungen für 2010

Die Ermittlung der Erlösausgleiche regelt sich für die durch das Krankenhausentgeltgesetz („KHEntgG“) festgesetzten Entgelte gemäß § 15 Abs. 3 KHEntgG (Zahlbetragsausgleich) beziehungsweise § 4 Abs. 3 KHEntgG (Mengenausgleich). Für den Bereich der Bundespflegeverordnung („BPfIV“) sind dies korrespondierend § 21 Abs. 2 BPfIV beziehungsweise § 12 Abs. 2 BPfIV.

Positiv hervorzuheben ist, dass sich die gesetzlichen Grundlagen für die Ausgleichsrechnung 2010 verglichen zu den Ausgleichsrechnungen 2009 nicht geändert haben. Für den Leistungserbringer bleibt es daher bei den Vereinfachungen, die das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz („KHRG“) für das Jahr 2009 gebracht hat (zum Beispiel Gesamtbetrag der Erlöse nach § 4 und § 6 KHEntgG, Wegfall kodierbedingter Mehrerlöse etc.). Änderungen für das Jahr 2010 sind derzeit nicht bekannt.

Trotz der verglichen zu 2009 unveränderten rechtlichen Grundlagen, ergeben sich für das Jahr 2010 einige Neuerungen, die zumindest die Ermittlung der Erlösausgleiche erleichtern sollten, auch wenn das endgültige Ende der Konvergenzphase für das eine oder andere

Krankenhaus finanziell nachteilig sein wird. Im Einzelnen entfallen die folgenden Besonderheiten des Jahres 2009:

- Mehrleistungsabschlag gemäß § 4 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG
- Tarifabschlag gemäß § 4 Abs. 2a Sätze 2 und 3 KHEntgG
- Kappungsschutz gemäß § 4 Abs. 9 KHEntgG
- Zu-/Abschlag wegen Verlängerung der Konvergenzphase gemäß § 5 Abs. 6 KHEntgG.

Vorgehensweise in der Praxis

Vor der Ermittlung der Erlösausgleiche sollte eine Erlösverprobung durchgeführt werden, das heißt, es ist sicherzustellen, dass alle in der Leistungsstatistik erfassten Erlöse auch in der Finanzbuchhaltung gebucht sind. Abweichungen sind zu analysieren und korrigieren. Damit es nicht zum Jahresende zu Überraschungen kommt, empfiehlt es sich, die Erlösverprobungen bereits mehrmals unterjährig durchzuführen. Da nach unserem Kenntnisstand inzwischen in allen Bundesländern die Fallzählung nach der Entlassung erfolgt, ist eine Überleitung der Finanzbuchhaltungserlöse zur Leistungsstatistik durch Korrektur der Überliegererlöse entfallen.

Die prospektive Vereinbarung von Erlösbudgets bleibt nach wie vor graue Theorie, sodass die duale Ermittlung der Erlösausgleiche die Regel ist. Hier wird – und zwar sowohl für den Bereich des KHEntgG (§ 15 Abs. 3) als auch für den Bereich der BPfIV (§ 21 Abs. 2) – in einem ersten Schritt ermittelt, welche Erlöse ein Krankenhaus erzielt hätte, wäre die Budgetvereinbarung bereits zum Jahresbeginn genehmigt gewesen. Die Ist-Mengen (Fallpauschalen, Zusatzentgelte, Berechnungstage) werden mit dem Landesbasisfallwert, den bundeseinheitlichen Zusatzentgelten beziehungsweise den krankenhausesindividuell vereinbarten Entgelten sowie den tagesgleichen Pflegesätzen multipliziert. Mehr- oder Mindererlöse werden hierbei als Verbindlichkeit beziehungsweise Forderung eingestellt. Abweichungen zu den Ist-Erlösen dürfte es – bis auf die bundeseinheitlich vereinbarten Zusatzentgelte – im Regelfall in jeder Entgeltkategorie geben.

In einem zweiten Schritt sind die Erlösausgleiche im somatischen Bereich nach § 4 Abs. 3 KHEntgG und im psychiatrischen sowie psychosomatischen Bereich nach § 12 Abs. 2 BPfIV zu ermitteln, die sich dadurch ergeben, dass die Ist-Mengen von den vereinbar-

ten Mengen abweichen (zum Beispiel Abweichungen bei den Bewertungsrelationen, Fallzahlen oder Berechnungstagen). Aufgrund der mit dem KHRG eingeführten Verrechenbarkeit von Mehr- und Mindererlösen im Bereich des Erlösbudgets, der krankenhausindividuell vereinbarten Entgelte und dem Wegfall der kodierbedingten Mehrerlöse ist die Situation der Krankenhäuser etwas entspannter.¹⁰ Mengenbedingte Minder- und Mehrerlöse sind mit den in § 4 Abs. 3 KHEntgG beziehungsweise § 12 Abs. 2 BpflV geregelten Prozentsätzen auszugleichen. Die anzuwendenden Ausgleichssätze sind in Abbildung 5 noch einmal zusammengefasst.

Für Zwecke des Jahresabschlusses sollte im Rahmen der Ermittlung der Erlösausgleiche bereits berücksichtigt werden, welche Erlöse nach den bis-

herigen Erfahrungen beispielsweise aufgrund einer Prüfung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen nicht beglichen beziehungsweise zurückgezahlt werden müssen. Diese Erlösschmälerungen sind im Rahmen der Ermittlung der mengenbedingten Ausgleichs bereits mindernd zu berücksichtigen und führen entsprechend zu einer Erhöhung der Mindererlösausgleichsforderung beziehungsweise Erhöhung der Mehrerlösausgleichsverbindlichkeit.

Die sich aufgrund der Ermittlung der Erlösausgleiche ergebenden Ausgleichsforderungen – beziehungsweise Verbindlichkeiten – sind in der Finanzbuchhaltung zu buchen und werden damit Bestandteil der Forderungen beziehungsweise Verbindlichkeiten nach dem Krankenhausfinanzierungsrecht (mit Davon-Vermerk).

Abb. 5: Erlösausgleichssätze – Mindererlöse

Mindererlöse	
Zahlbetragsausgleich (§ 15 Abs. 3 KHEntgG)	100 %
Gesamtbetrag aus Erlösbudget nach § 4 Abs. 1 und 2 KHEntgG und Erlössumme nach § 6 Abs. 3 KHEntgG	
<ul style="list-style-type: none"> • Mindererlöse aus Zusatzentgelten für Arzneimittel und Medikalprodukten¹¹ • Bluter¹² • sonstige Mindererlöse¹³ • Qualitätssicherungsabschläge¹⁴ 	<p>0 %</p> <p>0 %</p> <p>20 %</p> <p>0 %</p>
Zuschlag Pflegepersonalstellen-Programm (§ 4 Abs. 10 KHEntgG)	100 %
Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (§ 6 Abs. 2 KHEntgG) ¹⁵	0 %
Ausbildungsbudget (§ 17a Abs. 3 Satz 11 KHG)	100 %

Quelle: Eigene Darstellung

Abb. 6: Erlösausgleichssätze nach BpflV – Mindererlöse

Zahlbetragsausgleich (§ 21 Abs. 2 BpflV)	100 %
Mindererlöse – allgemein ¹⁶	20 %
Mindererlöse aufgrund von Modellvorhaben/integrierter Versorgung ¹⁷	0 %

Quelle: Eigene Darstellung

¹⁰ Beispielsweise muss auf Mehrerlöse im Budgetbereich kein Ausgleich zu 65% geleistet werden, wenn Mindererlöse im Bereich der krankenhausindividuellen Entgelte nur mit 20% ausgeglichen werden. Der Wegfall der kodierbedingten Mehrerlöse erspart den Krankenhäusern Auseinandersetzungen, ob die Fallschwere gestiegen ist oder „aggressiver“ kodiert wurde.

¹¹ § 4 Abs. 3 Satz 3 2. Halbsatz KHEntgG ¹² § 4 Abs. 3 Satz 6 KHEntgG
¹³ § 4 Abs. 3 Satz 3 1. Halbsatz KHEntgG ¹⁴ § 4 Abs. 3 Satz 6 KHEntgG
¹⁵ § 4 Abs. 3 Satz 2 KHEntgG Umkehrschluss ¹⁶ § 12 Abs. 2 Satz 1 1. Teilsatz BpflV
¹⁷ § 12 Abs. 2 Satz 1 letzter Teilsatz BpflV

Im Hinblick auf die im Rahmen der Verhandlungen mit den Sozialleistungsträgern gemachten Erfahrungen ist vorsichtig zu bilanzieren; das heißt, wenn davon auszugehen ist, dass beispielsweise eine Mindererlösausgleichsforderung nicht durchgesetzt werden kann beziehungsweise werden soll, sind entsprechende Wertberichtigungen vorzunehmen. Je nach voraussichtlicher Verhandlung der Erlösausgleiche beziehungsweise der Zahlung von Abschlägen beträgt die – anzugebende – Restlaufzeit gegebenenfalls mehr als ein Jahr.

Alle mit der Erlösausgleichsermittlung in Zusammenhang stehenden Daten und Unterlagen sind unveränderbar und so zu dokumentieren, dass ein sachverständiger Dritter die Ermittlung der Erlösausgleiche nachvollziehen kann. Darüber hinaus müssen die Unterlagen Dritten innerhalb eines angemessenen Zeitraums zur Verfügung gestellt werden können.

In den Fällen, in denen die Entgeltvereinbarung bis zur Erstellung des Jahresabschlusses noch nicht genehmigt ist, sind ebenfalls Erlösausgleiche zu ermitteln. Diese sind auf Basis der voraussichtlich vereinbarten Leistungsmengen zu berechnen. Der Bewertung werden der genehmigte Landesbasisfallwert, die bundeseinheitlichen Zusatzentgelte und die krankenhausindividuellen Entgelte des Vorjahres zugrunde gelegt. Nach Vorliegen der Genehmigung im Folgejahr sind zu erfassende Minder- oder Mehrererlöse als periodenfremde Erträge/Aufwendungen zu buchen.

Erlösausgleiche der Vorjahre

Oft ist es in der Praxis anzutreffen, dass die Erlösausgleiche der Vorjahre über mehrere Jahre hinweg vorläufig bleiben. Es ist daher zu jedem Jahresabschluss zu überlegen, ob die Bewertung der Ausgleichsforderungen beziehungsweise verbindlichkeiten noch sachgerecht ist oder ob beispielsweise neuere Erkenntnisse zu einer Abwertung der Forderung oder einer Erhöhung der Verbindlichkeit führen müssen. Diese Empfehlung wird in der Praxis vor allem durch unzurei-

chende Dokumentationen sowie Fluktuationen erschwert. Werthaltige Ausgleichsforderungen beziehungsweise Ausgleichsverbindlichkeiten dürfen nur in dem Umfang aufgelöst werden, in denen Abschläge erhalten beziehungsweise gezahlt wurden. Eine endgültige Ausbuchung der Spitzenbeträge darf erst dann erfolgen, wenn aufgrund der getroffenen Vereinbarungen mit keiner Zahlung mehr zu rechnen ist.

Abb. 7: Erlösausgleichssätze – Mehrererlöse

Mehrerlöse	
Zahlbetragsausgleich (§ 15 Abs. 3 KHEntG)	100 %
Gesamtbetrag aus Erlösbudget nach § 4 Abs. 1 und 2 KHEntG und Erlössumme nach § 6 Abs. 3 KHEntG	
<ul style="list-style-type: none"> • Mehrererlöse aus Zusatzentgelten für Arzneimittel und Medikalprodukten¹⁸ • Bluter¹⁹ • Mehrererlöse aus Fallpauschalen für Schwerverletzte, insbesondere polytraumatisierte oder schwer brandverletzte Patienten²⁰ • sonstige Mindererlöse²¹ • Qualitätssicherungsabschläge²² 	<p>25 %</p> <p>0 %</p> <p>25 %</p> <p>65 %</p> <p>0 %</p>
Zuschlag Pflegepersonalstellen-Programm (§ 4 Abs. 10 KHEntG)	100 %
Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (§ 6 Abs. 2 KHEntG)	0 %
Ausbildungsbudget (§ 17a Abs. 3 Satz 11 KHG)	100 %

Quelle: Eigene Darstellung

Abb. 8: Erlösausgleichssätze nach BPfIV – Mehrererlöse

Zahlbetragsausgleich (§ 21 Abs. 2 BPfIV)	100 %
Mehrerlöse bis zu 5 von hundert ²³	85 %
Mehrerlöse über 5 von hundert ²⁴	90 %

Quelle: Eigene Darstellung

18 § 4 Abs. 3 Satz 4 KHEntG

19 § 4 Abs. 3 Satz 6 KHEntG

20 § 4 Abs. 3 Satz 4 KHEntG

21 § 4 Abs. 3 Satz 4 KHEntG

22 § 4 Abs. 3 Satz 6 KHEntG

23 § 12 Abs. 2 Satz 1 1. Teilsatz BPfIV

24 § 12 Abs. 2 Satz 1 1. Teilsatz BPfIV

Das Gesundheitssystem Australiens

Autoren: Alison Camroux, KPMG in Australien, Melbourne; Stefan Friedrich, KPMG in Deutschland, Berlin

Australien verfügt über ein Gesundheitssystem, das allen Australiern ungeachtet persönlicher Umstände kostengünstigen oder sogar kostenfreien Zugang zur Gesundheitsversorgung ermöglichen soll. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, auf ein umfangreiches privates Versorgungsangebot zurückzugreifen.

Struktur und Finanzierung

In Australien existiert ein zweigleisiges System von öffentlicher Krankenversicherung („Medicare“) und ergänzender freiwilliger privater Krankenversicherung. Die öffentliche Gesundheitsversorgung Australiens wird in erster Linie über zwei Säulen finanziert und auch bereitgestellt: durch die Bundesregierung und die Regierungen der einzelnen Bundesstaaten und Territorien. Dabei legt die Bundesregierung die nationale Gesundheitspolitik fest und ist für die Finanzierung und die Durchführung nationaler Gesundheitsprogramme verantwortlich.

Mittels Medicare und einem Zuschussprogramm für Arzneimittel werden die Kosten für die Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen und verschreibungspflichtiger Medikamente subventioniert. Gemeinsam finanzieren die Regierungen von Bund sowie Bundesstaaten und Territorien die Leistungen öffentlicher Krankenhäuser, sodass diese den gesetzlich versicherten Bürgern kostenlos zur Verfügung gestellt werden können. Darüber hinaus unterstützt die Bundesregierung die australischen Bürger finanziell beim Abschluss privater Krankenversicherungen.

Die Regierungen der einzelnen Bundesstaaten und Territorien sind vor allem für die Erbringung und den Betrieb öffentlicher Dienstleistungen im Gesundheitsbereich wie beispielsweise öffentlicher Krankenhäuser oder ambulanter Behandlungen verantwortlich. Sie unterhalten direkte Beziehungen zu den meisten medizinischen Leistungserbringern und

Abb. 9: Eckdaten zum australischen Gesundheitssystem

	Australien	Deutschland
Einwohner	22,4 Millionen	82,3 Millionen
davon krankenversichert	100 Prozent	99,8 Prozent
Anteil der Ausgaben für Gesundheit am BIP	9,1 Prozent	10,5 Prozent
Anzahl Arztbesuche je Einwohner pro Jahr	6,3	7,5
durchschnittliche Lebenserwartung	81,4 Jahre	80,0 Jahre

Quelle: OECD Health Data 2009

sind für die Regulierung von Ärzten und privaten Krankenhäusern zuständig.

Das australische Gesundheitssystem ist primär steuerfinanziert. Dabei wird die staatliche Krankenversicherung Medicare über einkommensabhängige Beiträge finanziert, die vom zu versteuernden Gehalt einbehalten werden. Darüber hinaus können nicht durch Medicare finanzierte Dienstleistungen mit zusätzlichen privaten Krankenversicherungen abgedeckt werden.

Derzeit wird mehr als ein Viertel der öffentlichen Ausgaben Australiens für Gesundheit, altersbedingte Pensionen und Altenpflegeleistungen ausgegeben. Der Anteil dieser Ausgaben an den öffentlichen Gesamtausgaben soll sich bis zum Jahr 2049/50 verdoppeln.

Krankenhausbehandlung

Wie bereits oben erwähnt, müssen öffentliche Krankenhäuser gesetzlich versicherte Patienten kostenlos behandeln. Zudem übernehmen öffentliche Krankenhäuser unter anderem Aufgaben in den Bereichen Notfallversorgung sowie Forschung und Lehre.

Private Krankenhäuser haben nicht den gleichen Umfang an Aufgaben zu erfüllen wie öffentliche Krankenhäuser und größere wirtschaftliche Entscheidungsfreiheiten.

Australien verfügt über 768 öffentliche Krankenhäuser, deren überwiegende Mehrzahl weniger als 50 Betten vorhält und vorwiegend regional bedeutend ist. Fokus der öffentlichen Krankenhäuser ist die Akutversorgung, wobei auch Leistungen in den Bereichen Rehabilitation, Palliativversorgung, Geburtshilfe und Nachsorge übernommen werden. Etwa die Hälfte der Fälle der öffentlichen Krankenhäuser sind tagesklinische Patienten. Über ein Drittel der Patienten, die in öffentlichen Krankenhäusern behandelt werden, sind 65 Jahre und älter.

Neben den öffentlichen Krankenhäusern existieren 556 private Krankenhäuser in Australien, welche sich stark hinsichtlich Größe und Ausrichtung unterscheiden. Etwa 80 Prozent der Patienten in privaten Krankenhäusern sind privat versichert, die Refinanzierung dieser Krankenhäuser erfolgt dementsprechend hauptsächlich über Privatversicherte.

In den Jahren 2007 bis 2008 behandelten staatliche Krankenhäuser 60 Prozent aller australischen Patienten (4,9 Millionen), die restlichen 40 Prozent (3,2 Millionen) wurden von privaten Krankenhäusern betreut. Notfälle werden hauptsächlich in öffentlichen Krankenhäusern behandelt, während private Einrichtungen die Mehrheit der elektiven Eingriffe übernehmen.

Medizinische Grundversorgung

Die medizinische Grundversorgung in Australien zeichnete sich bisher eher durch eine Vielzahl verschiedener privater Angebote als durch ein integriertes Dienstleistungssystem aus. Im September 2009 veröffentlichte die australische Regierung ihre erste „National Primary Health Care System“-Strategie. Erklärtes Ziel ist es, landesweit medizinische Versorgungszentren zu errichten. Diese sollen insbesondere in ländlichen Regionen angesiedelt werden, da hier ein Mangel an medizinischen Fachkräften vorherrscht.

Arbeitskräfte

Australien weist einen erheblichen Arbeitskräftemangel in einer Reihe von Berufen im Gesundheitsbereich auf – trotz eines starken und stetig wachsenden Rückgriffs auf Fachkräfte aus dem Ausland. Akuter Mangel herrscht besonders in den ländlichen und strukturschwachen Regionen. Circa neun Prozent der Australier arbeiten derzeit im Gesundheitsbereich, Arbeitsplätze wachsen in keinem anderen Sektor derart schnell. Prognosen gehen davon aus, dass bis 2025 etwa 20 Prozent aller Arbeitskräfte im Gesundheitswesen tätig sein müssen, um den gestiegenen Bedarf decken zu können.

Nationale Gesundheitsreform

Bevölkerungswachstum, demografischer Wandel sowie die Zunahme an chronischen Erkrankungen und Behin-

derungen machen eine Reformierung des bestehenden australischen Gesundheitssystems notwendig. Der technische Fortschritt und eine steigende Nachfrage verschärfen zudem den Druck auf das bestehende System. Im Jahr 2008/09 erteilte das Bundesministerium für Arbeit der „National Health and Hospitals Reform Commission (NHHRC)“ den Auftrag, ein Gutachten über die erforderliche Reform des australischen Gesundheitssystems zu erstellen, das unter anderem folgenden Ziele berücksichtigen sollte:

- besserer Zugang zu medizinischen Einrichtungen und Gewährleistung des Gleichheitsprinzips (insbesondere für die Ureinwohner Australiens, psychisch kranke Patienten und jene, die in ländlichen Gegenden wohnen)

- Neuausrichtung des Gesundheitssystems auf die Bereiche Prävention und die Integration von Dienstleistungen im Gesundheits- und Altenpflegebereich
- Umgestaltung von Medicare und des Medicare-Beitragssystems
- Verbesserung der Fach- und Führungskräfteplanung
- Bereitstellung zusätzlicher finanzieller Mittel für die Gesundheitsforschung und
- Schaffung eines integrierten Gesundheitssystems

Sowohl Leistungserbringer als auch -empfänger hoffen auf fundamentale Veränderungen und eine systematische Reformierung des australischen Gesundheitssystems.



Personalaufwand

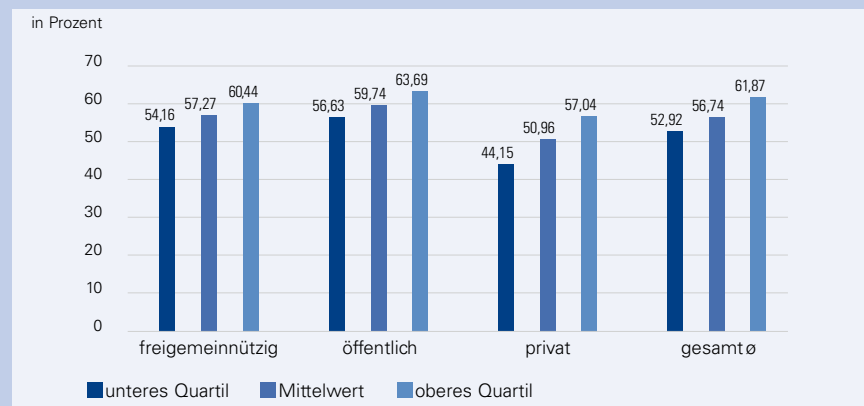
In jeder Ausgabe des Gesundheitsbarometers von KPMG stellen wir eine Kennzahl vor. Diese basiert auf der KPMG-Datenbank Krankenhaus 300®, in der öffentlich zugängliche Daten von mehr als 300 Krankenhäusern ab einer Größe von 300 Betten erfasst sind.

Der Personalaufwand eines Krankenhauses kann mithilfe der Indikatoren Personalaufwandsquote, Personalaufwand je Fall und Personalaufwand je Vollkraft beschrieben werden.

Die Personalaufwandsquote – als Verhältnis von Personalaufwand zu Betriebsleistung – ist aufgrund der hohen Personalintensität der Krankenhausversorgung ein entscheidender Indikator für die Wirtschaftlichkeit eines Krankenhauses. Eine im Vergleich zu hohe Personalaufwandsquote ist ein deutliches Indiz für eine zu hohe Personalausstattung und/oder Prozesseffizienzen. Der Durchschnitt der analysierten Krankenhäuser beträgt 56,74 Prozent, das untere Quartil 52,92 Prozent und das

obere 61,87 Prozent. Dabei sind auch extreme Werte zu erkennen: Einige der analysierten Krankenhäuser besitzen Personalaufwandsquoten von über 70 Prozent, während andere Krankenhäuser Personalaufwandsquoten von unter 40 Prozent aufweisen. Bei der Betrachtung der Personalaufwandsquote ist zu berücksichtigen, dass mittlerweile zahlreiche Krankenhäuser durch intensive Kooperationen viele Personaltätigkeiten ausgelagert haben. Die ausgelagerten Tätigkeiten spiegeln sich fortan in anderen Bereichen der Gewinn- und Verlustrechnung außerhalb des Personalaufwands wider und mindern folgerichtig diesen. Abbildung 10 zeigt die Personalaufwandsquote der analysierten deutschen Krankenhäuser nach Trägern:

Abb. 10: Personalaufwandsquote der analysierten deutschen Krankenhäuser nach Trägern in Prozent

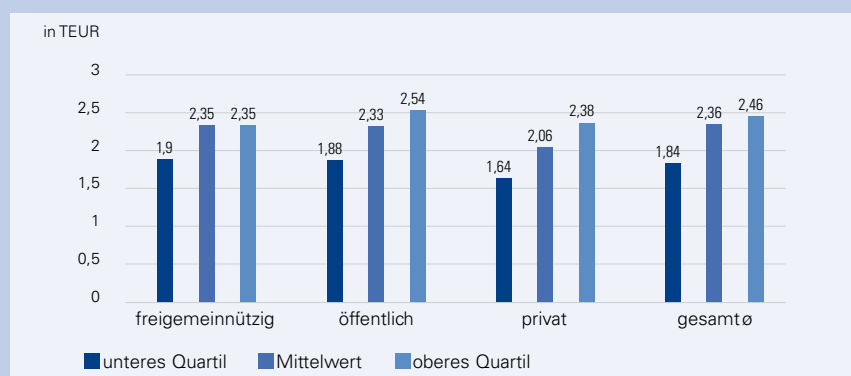


Quelle: KPMG, 2010

Ein weiterer guter Indikator für die Personalausstattung eines Krankenhauses ist die Kennzahl Personalaufwand je Fall – als Verhältnis von Personalaufwand zu Anzahl der stationären Fälle. Sie zeigt an, wie hoch die Personalaufwendungen für einen durchschnittlichen Fall sind und lässt so auf

die Arbeitsproduktivität schließen. Da die Personalausstattung jedoch stark von der Fallschwere abhängt, ist es sinnvoll, diesen Indikator für weiterführende Analysen mit dem durchschnittlichen Fallschweregrad eines Krankenhauses beziehungsweise einer Fachabteilung zu gewichten.

Abb. 11: Personalaufwand je Fall in TEUR

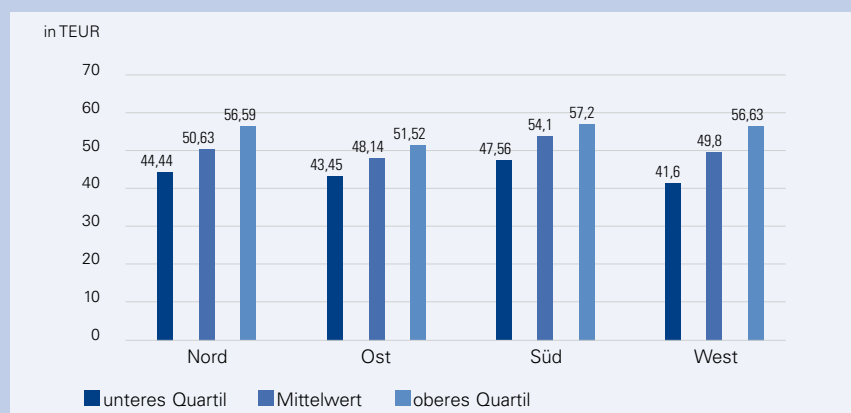


Quelle: KPMG, 2010

Der dritte im Bereich des Personalaufwands betrachtete Indikator ist die Kennzahl Personalaufwand je Vollkraft. Sie zeigt an, wie hoch die Aufwendungen für eine durchschnittliche Vollkraft im Jahr sind. Dies lässt Schlüsse auf die Personalstruktur sowie auf das Vergütungsniveau des Krankenhauses zu und ist letztendlich auch ein guter

Vergleichsmaßstab für den effizienten Einsatz von Personal. Die Unterschiede zwischen den drei Trägergruppen hinsichtlich der durchschnittlichen Personalkosten je Vollkraft sind eher gering, wohingegen größere regionale Unterschiede bei der Ausprägung des Indikators bestehen (vgl. Abbildung 12).

Abb. 12: Personalaufwand je Vollkraft getrennt nach Region in TEUR



Quelle: KPMG, 2010

Krankenhäuser

Krankenhaus-Rating-Report 2010

Nachdem 2008 für zahlreiche Krankenhäuser ein wirtschaftlich schwieriges Jahr darstellte, deuten sich für 2009 und 2010 Erlössteigerungen und somit eine Verbesserung der wirtschaftlichen Lage an. Zu diesem Ergebnis kommt der Krankenhaus-Rating-Report 2010 des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung. Nachdem 2008 etwa 16,4 Prozent aller Häuser eine erhöhte Insolvenzgefahr aufwiesen, dürfte dies 2009 nur noch auf etwa elf Prozent und 2010 auf acht Prozent zutreffen. Bis 2010 sollten außerdem über 80 Prozent der Krankenhäuser einen Jahresüberschuss schreiben. Grundlage dieser Analysen sind 713 Jahresabschlüsse aus den Jahren 2007 und 2008 und Hochrechnungen der Kosten und Erlöse auf 2010. Insgesamt umfassen die Jahresabschlüsse 1.032 Krankenhäuser. Erstmals nahm 2008 auch die Zahl der Beschäftigten auf 797.500 Vollzeitkräfte in Krankenhäusern wieder zu (0,7 Prozent). Erwähnenswert ist die Ausweitung des Pflegepersonals nach zahlreichen Jahren des Abbaus.

Das Angebot hat sich 2008 nur geringfügig geändert: Die Zahl der Betten nahm um 3.500 auf 503.000 ab. Die Zahl der Krankenhäuser sank auf 2.067.

Private Krankenhäuser gewannen 2008 kaum zusätzlichen Marktanteil (15,9 Prozent zu 15,6 Prozent im Vorjahr). Im Zeitraum zwischen 2000 und 2007 hat allerdings die Marktkonzentration zugenommen: Während im Jahr 2000 die oberen zehn Prozent der Träger 25 Prozent der Krankenhäuser besaßen, waren es 2009 bereits 29 Prozent.

Öffentlich-rechtliche Krankenhäuser haben im Durchschnitt größere wirtschaftliche Schwierigkeiten als private und freigemeinnützige Häuser, wenngleich sich die Lage sehr heterogen darstellt. Zahlreiche kommunale Anbieter zeich-

nen sich durch ein gutes Rating aus und sind in der Lage, mit starken privaten und freigemeinnützigen Kliniken beziehungsweise Klinikketten zu konkurrieren. Nichtsdestotrotz weisen die defizitären kommunalen Krankenhäuser 2008 ein Defizit von insgesamt 370 Millionen Euro auf, welches aufgrund der verbesserten Rahmenbedingungen bis 2010 vorübergehend auf 220 Millionen Euro schrumpfen könnte.

Betrauungsakte und Umsatzsteuer

Viele Krankenhäuser erhalten eine öffentliche Finanzierung. Diese wird in vielen Fällen in Form von Zuschüssen gewährt. Dort, wo die öffentliche Hand Gesellschafter ist, werden auch Gesellschaftereinlagen geleistet, um Fehlbeträge zu decken. Die Finanzierung wurde in der Vergangenheit oft als nicht umsatzsteuerbar behandelt.

Vor dem Hintergrund der neueren beihilferechtlichen Anforderungen der EU erscheint die bisherige umsatzsteuerrechtliche Behandlung der Krankenhausfinanzierung in einem neuen Licht. Insbesondere die genaue Festlegung der Leistungen der Krankenhäuser und deren Verknüpfung mit dem Zuschuss beziehungsweise der Gesellschaftereinlage in einem Betrauungsakt rückt die Krankenhausfinanzierung in die Nähe eines umsatzsteuerbaren Leistungsaustauschs.

Im Herbst 2009 gab es zwei Äußerungen des Bundesministeriums der Finanzen (BMF) zu diesem Thema. Danach könne nicht generell ausgeschlossen werden, dass die Krankenhausfinanzierung als umsatzsteuerbar einzuordnen sei, dies sei jedoch in jedem Einzelfall zu überprüfen. Die Form einer Zuwendung, etwa in Form eines Betrauungsaktes, habe allerdings keinen Einfluss auf die umsatzsteuerrechtliche Behandlung. Eine verbindliche Vorgabe, die zum

Beispiel die ausschlaggebenden Kriterien für die steuerliche Einordnung benennt, liegt demnach nicht vor.

Besondere Brisanz gewinnen die Äußerungen des BMF vor dem Hintergrund, dass die Rechtsprechung des Bundesfinanzhofs zur umsatzsteuerrechtlichen Behandlung von Zuschüssen in den Jahren 2008 und 2009 erheblich verschärft wurde.

Für die Krankenhäuser verursacht dies eine große Rechtsunsicherheit. Für sie besteht aufgrund der vagen Äußerungen des BMF ein erhebliches Umsatzsteuerisiko, da die Zuschüsse beziehungsweise Gesellschaftereinlagen oftmals eine existenzielle Größenordnung erreichen und eine etwaige Umsatzsteuerbelastung nicht ohne weiteres auf die öffentlichen Zuwendungsgeber überwältigt werden kann. Die Krankenhäuser drohen auf einer möglichen Umsatzsteuerbelastung sitzen zu bleiben. Sie sind daher gehalten, bestehende Risiken möglichst schnell durch eine Abstimmung mit ihren Finanzämtern zu minimieren.

Positiv an den Äußerungen des BMF ist, dass es – bei entsprechender Gestaltung – weiterhin möglich ist, Zuschüsse und Gesellschaftereinlagen als nicht umsatzsteuerbar zu behandeln. Insoweit sollte bereits die Ausgestaltung von Betrauungsakten auch unter dem umsatzsteuerrechtlichen Blickwinkel vorgenommen und das Resultat mit der Finanzverwaltung abgestimmt werden. Auf diese Weise ist es bereits gelungen, positive verbindliche Auskünfte zu erhalten, die die Nichtsteuerbarkeit der Zuwendungen aufgrund eines Betrauungsaktes bestätigt haben.

Kostenfaktoren – Demenz und Depression

Das Statistische Bundesamt hat eine Analyse der Krankheitskosten im Zeitvergleich der Jahre 2002 und 2008 vorgenommen. Dabei fließen neben Ausgaben für Heilbehandlungen auch sämtliche Gesundheitsausgaben für Prävention, Rehabilitation und Pflege ein und sollen einen Rückschluss auf die ökonomischen Folgen von Krankheiten für die deutsche Volkswirtschaft zulassen.

Die Gesundheitsausgaben sind insgesamt um 16,2 Prozent auf 254.280 Millionen Euro angestiegen. Ein wesentlicher Faktor für diesen Anstieg waren die Krankheitskosten für psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen. Diese stiegen um 22,9 Prozent auf 28.654 Millionen Euro. Sie bilden damit den dritthöchsten Kostenfaktor nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen (36.973 Millionen Euro) und Krankheiten des Verdauungssystems (34.814 Millionen Euro) und haben die Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems mit 28.545 Millionen Euro hinter sich gelassen. Sie nehmen nun 11,3 Prozent (in 2002: 10,7 Prozent) der gesamten Krankheitskosten ein.

Wesentliche Kosten im Bereich der psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen sind die Kosten für Demenzerkrankungen und Depressionen. Der Anteil dieser beiden Diagnosen lag im Jahr 2008 bei 50,9 Prozent – in 2002 betrug er noch 47,5 Prozent. Die Kosten für Demenzerkrankungen sind um 31,1 Prozent auf 9.364 Millionen Euro angestiegen. Durch Depressionen wurden im Jahr 2002 noch Kosten von 3.923 Millionen Euro verursacht. Dieser Betrag lag in 2008 bereits bei 5.233 Millionen Euro.

Die psychischen Erkrankungen haben darüber hinaus einen großen Anteil der Fehlzeiten in Unternehmen eingenommen. Es gibt Untersuchungen, die

belegen, dass der Anteil an Fehlzeiten durch psychische Erkrankungen in Unternehmen in den letzten zehn Jahren um 40 Prozent angestiegen ist. Gründe dafür werden in den massiven Änderungen innerhalb der Arbeitswelt gesehen. Die psychischen Erkrankungen gehen im Allgemeinen mit langen Ausfallzeiten einher und sind dadurch auch ein wirtschaftlicher Faktor für Unternehmen.

Für die Krankenhäuser und Krankenkassen sind diese Erkrankungen ebenfalls eine enorme Belastung, da die Verweildauer im Rahmen dieser Erkrankungen meist höher ist als bei anderen Erkrankungen und zu hohen Kosten für die Krankenkassen führt. Hier sehen die Krankenkassen durch eine Optimierung der Behandlungskette einen Lösungsweg zur Umgehung der stationären Einweisung. Ziel soll es sein, dass psychische Störungen frühzeitig erkannt und behandelt werden.

Europäische Kommission soll gegen Gesundheitsreform einschreiten

Eine neue Maßnahme der von der Bundesregierung geplanten Gesundheitsreform ist die Budgetierung der Vergütung für ambulantes Operieren. Gegen die vorgesehene Deckelung regt sich jedoch Widerspruch vonseiten der niedergelassenen Ärzte.

Der Verband von operativ und anästhesiologisch tätigen niedergelassenen Fachärzten in Deutschland (LAOH) bereitet daher mithilfe von Rechtsanwälten einen Antrag bei der Europäischen Kommission für ein Prüfverfahren gegen die neue Regelung vor. Der LAOH befürchtet, dass die Bundesregierung mit der Budgetierung eine vermehrte Steuerung ambulanter Operationen in den chronisch unterfinanzierten Krankenhaussektor anstrebt. Hierin sieht der LAOH einen Verstoß gegen die Wett-

bewerbsgrundsätze der Europäischen Gemeinschaft, da auf diese Weise ein staatlich subventionierter Bereich bevorteilt würde.

Zudem würde die Budgetierung den von der Bundesregierung angestrebten Sparbemühungen entgegenlaufen. Als Folge der Deckelung würden die Patienten von dem kostengünstigeren ambulanten Bereich in den kostenintensiven stationären Krankenhausbereich umgesteuert. Darüber hinaus blieben Kostenvorteile einer nachweislich geringeren Infektionsrate beim ambulanten Operieren und einer infolgedessen schnelleren Rückkehr der Patienten an den Arbeitsplatz zukünftig ungenutzt.

Von den Krankenhäusern hingegen wird in einem Positionspapier der Deutschen Krankenhaus Gesellschaft grundsätzlich ein stärkerer Einfluss auf die ambulante Versorgung gefordert, da nur so eine flächendeckende Patientenversorgung nachhaltig sichergestellt werden könne.

Bundesregierung muss beim Arzneimittel-Sparpaket ausbessern

Der Trend ist beständig: Jedes Jahr geben Krankenkassen mehr Geld für Arzneimittel aus. Als Konsequenz hat die Bundesregierung zum 1. August 2010 als Sparmaßnahme im Gesundheitswesen Zwangsrabatte von 16 Prozent für verschreibungspflichtige Medikamente beschlossen. Allein im Jahr 2010 sollten damit 1,15 Milliarden Euro eingespart werden. Der Gesetzestext (§ 115a SGB V) lässt jedoch Gestaltungsspielraum: Pharmaunternehmen, die ihre Preise zum 1. August 2010 senken, bekommen diesen Betrag auf den 16-prozentigen Zwangsrabatt angerechnet.

Wie nun bekannt wurde, nutzten einige Pharmafirmen diese Passage, um sich der sogenannten „Preisschaukel“

zu bedienen: Im Juli erhöhten sie ihre Preise kurzfristig, um sie zum 1. August wieder senken zu können. Auf diese Weise kann die Preissenkung auf den Zwangsrabatt angerechnet und der ursprünglich geplante Einsparungseffekt ausgehebelt werden. Teilweise wurden diese Preisgestaltungsmöglichkeiten bereits von Pharmaunternehmen bestätigt. Gesundheitsstaatssekretär Daniel Bahr (FDP) kündigte an, das Gesetz zu präzisieren. Zudem werde geprüft, wie durch höhere Abschläge ein entstandener Schaden für die gesetzliche Krankenversicherung ausgeglichen werden könne.

Die Beiträge für den Nachrichtenticker Gesundheitswesen wurden verfasst von:

- Doreen Baumeister, KPMG, Berlin;
- Alexander Bieg, KPMG, Stuttgart;
- Dr. Andreas Erdbrügger, KPMG, Berlin;
- Bastian Jantz, KPMG, Berlin;
- Frank Kopietz, KPMG, Köln;
- Martin Schmitz, KPMG, Berlin;
- Wolfram Wildermuth, KPMG, Stuttgart

Verwaltungsführung heute: Ergebnisse einer Führungskräftebefragung in der deutschen Ministerialverwaltung

- Prof. Dr. Gerhard Hammerschmid
- Prof. Dr. Isabella Proeller
- Prof. em. Dr. Christoph Reichard
- Prof. Dr. Manfred Röber
- René Geißler

Ein Gemeinschaftsprojekt der Hertie School of Governance, der Universität Potsdam und der Universität Leipzig, unterstützt durch das von KPMG geförderte Institut für den öffentlichen Sektor e.V.

Über die Führungskräfte der öffentlichen Verwaltung, die eine zentrale Rolle „hinter den Kulissen“ der Politik spielen, gab es bislang kaum aussagekräftige Daten. Die Studie gibt erste Einblicke in die Stärken und Schwächen der Ministerialverwaltung und deren Modernisierungspotenzial aus Sicht von 351 Spitzenbeamten.

Die Studie kann unter <http://www.kpmg.de/Themen/9263.htm> heruntergeladen werden.

Das deutsche Gesundheitssystem im europäischen Vergleich: eine Standortbestimmung und Potenzialanalyse

- Prof. Dr. Volker Pentter, KPMG, Berlin
- Stefan Friedrich, KPMG, Berlin

Behr's Jahrbuch Gesundheit und Pflege 2010, Dezember 2010

Das deutsche Gesundheitssystem wird insbesondere im eigenen Land häufig als ineffektiv, teuer und qualitativ schlecht charakterisiert. Immer wieder wird über Ausgabenexplosionen und ungeeignete Maßnahmen zur Ausgaben-senkung berichtet. In diesem Beitrag werden im ersten Teil Ausgaben und Qualität des deutschen Gesundheitssystems auf der Grundlage objektiver Statistiken analysiert. Im zweiten Teil werden Gesundheitssysteme anderer europäischer Staaten vorgestellt, die Anregungen für das deutsche Gesundheitssystem bieten können.

Das Buch ist im Buchhandel unter ISBN-Nummer 978-3-89947-553-1 ab Dezember 2010 erhältlich.

Die optimale Pflegestation

Sebastian Dienst,
Klinikum Ernst von Bergmann, Potsdam
Stefan Friedrich, KPMG, Berlin
Philipp Schlerkmann, KPMG, Berlin

KU Gesundheitsmanagement,
Ausgabe November 2010

In den letzten zehn Jahren wurden bisher etwa 50.000 Pflegestellten abgebaut. Diese Entwicklung korreliert aufgrund einer starken Verweildauerreduktion mit dem Rückgang der aufgestellten Betten sowie der effektiv realisierten Belegungstage. Dennoch nimmt der Anteil alter, multimorbider und stark pflegebedürftiger Patienten deutlich zu. Patientenfrequenz und -dichte sind deutlich gestiegen. Der Arbeitsalltag des Pflegepersonals ist damit durch eine permanente physische und psychische Belastung gekennzeichnet. Nach dem heutigen Wissensstand ist davon auszugehen, dass der wirtschaftliche Druck auf die Pflegestationen weiter zunehmen und damit die Belastung des Pflegepersonals noch steigen wird. Eine effiziente, aber auch patientenorientierte Organisation und Ausrichtung der Pflegestationen wird damit wichtiger denn je.

Der vollständige Artikel kann bestellt werden bei:
Mediengruppe Oberfranken:
s.sesselmann@mg-oberfranken.de

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

Termine:

28. Oktober 2010, Berlin
10. November 2010, Düsseldorf
12. November 2010, Stuttgart
23. November 2010, Mainz
26. Januar 2011, München

Inhalt der Veranstaltung:

Die Veranstaltung verknüpft zwei wirtschaftlich bedeutende Bereiche des Krankenhauses:

Nahezu zwei Drittel der laufenden Kosten eines Krankenhauses sind Personalkosten. Damit ist der Erfolg von Krankenhäusern direkt von einem effektiven und patientenorientierten Personaleinsatz abhängig. Bisher wurde häufig versucht, die Personalkosten durch einen pauschalen Stellenabbau zu senken – oft mit negativen Folgen für das Krankenhaus. Im Rahmen der Veranstaltung wird anhand praktischer Beispiele diskutiert, wie ein leistungsorientiertes Personalmanagement aussehen kann und welche Handlungsoptionen Krankenhäusern zur Verfügung stehen, um wirtschaftlich zukunftsfähig und dennoch attraktiv für das eigene Personal zu sein.



ausragende Bedeutung zu. Im Rahmen der Entgeltverhandlungen wird die Grundlage für den wirtschaftlichen Erfolg der Krankenhäuser gelegt. Die Veranstaltung soll dazu beitragen, Krankenhäuser bei der Vorbereitung und Durchführung der Entgeltverhandlung zu unterstützen.

Referenten und Moderation:

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

Ralph Fischer, Partner,
KPMG, Dortmund

Dr. Jörg Goddemeier, Senior Manager,
KPMG, Dortmund

RA Dr. Andreas Penner,
Sozietät Dr. Rehborn, Dortmund

Thomas Rieger, Senior Manager,
KPMG, München

Dr. Matthias Schatz, Manager,
KPMG, Berlin

Alexander Schidrich, Director,
KPMG, Berlin

Dr. Bernd Siefert, Partner,
KPMG, Mainz

Wolfram Wildermuth, Partner,
KPMG, Stuttgart

Informationen und Anmeldung:

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

Die Erlöse von Krankenhäusern werden in erster Linie von erfolgreich verhandelten Budgets bestimmt. Vor diesem Hintergrund kommt den bevorstehenden Entgeltverhandlungen wieder eine her-

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

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

Weitere Informationen:
www.kpmg.de/healthcare
www.kpmg.de/gesundheitsbarometer

Das Gesundheitsbarometer ist in der Deutschen Nationalbibliothek
Leipzig und Frankfurt am Main erhältlich unter Signatur Z 2010 B1820.

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.