

Gesundheitsbarometer

Februar 2009, Ausgabe 4

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

wir freuen uns, Ihnen heute die vierte Ausgabe des Gesundheitsbarometers von KPMG mit dem Schwerpunktthema „Vielfalt der Krankenhausträger in Deutschland“ präsentieren zu können. Gleichzeitig möchten wir Ihnen einige Neuigkeiten vorstellen:

In der neuen Rubrik „Unsere Health Care-Spezialisten berichten“ stellen wir regelmäßig aktuelle Analysen, Studien oder Recherchen der Health Care-Spezialisten von KPMG aus den Bereichen Krankenhäuser, Reha- und Pflegeeinrichtungen sowie Krankenkassen vor. In dieser Ausgabe finden Sie die Ergebnisse unserer Analyse des Berliner Krankenhausmarktes sowie Teil 1 der KPMG-Analyse zur Bedeutung kleiner Krankenhäuser.

Über unser Schwerpunktthema „Vielfalt der Krankenhausträger“ diskutieren wir mit den CEOs von Krankenhäusern der drei unterschiedlichen Trägergruppen: Karl Prinz zu Löwenstein, Vorsitzender der Geschäftsführung der Deutsche Malteser gGmbH, Joachim Bovelet, Vorsitzender der Geschäftsführung der Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH und Dr. Francesco De Meo, Vorsitzender der Geschäftsführung der HELIOS Kliniken GmbH.

Öffentliche, private und freigemeinnützige Krankenhäuser sind hinsichtlich ihrer Historie, Philosophie und Organisation unterschiedlich. Dennoch haben sie alle ein gemeinsames Ziel: die Versorgung von Patienten. Die aktuelle Diskussion deutet darauf hin, dass trotz aller Prognosen zur Entwicklung der Trägergruppen und weiterer Krankenhausverkäufe die Trägervielfalt in Deutschland bestehen bleibt. Voraussetzung: Die Krankenhausträger ermöglichen die wirtschaftliche und professionelle Leitung ihrer Kliniken.

Noch ein Hinweis in eigener Sache: Aufgrund der großen und positiven Resonanz geben wir das Gesundheitsbarometer ab sofort neben einer Onlineausgabe auch im Printformat heraus. Wünschen Sie künftig die Zustellung des Gesundheitsbarometers als Printausgabe, so wenden Sie sich bitte an den im Impressum angegebenen Kontakt.

Wir wünschen Ihnen eine interessante Lektüre!

Mit besten Grüßen

Ulrich Maas
Mitglied des Vorstands

Prof. Dr. Volker Pentler
Partner, Leiter Health Care



Ulrich Maas



Prof. Dr. Volker Pentler

Inhalt

Editorial

Schwerpunktthema

„Die Vielfalt der Krankenhausträger in Deutschland“ – Ein Auslaufmodell?

Interview

Unsere Health Care-Spezialisten berichten

- KPMG-Analyse über die zukünftige Entwicklung des Berliner Krankenhausmarktes
- KPMG-Analyse zur Zukunft kleiner Krankenhäuser

Benchmarking-Kennzahl des Monats – Forderungreichweite

Nachrichtenticker Gesundheitswesen

Veranstaltungen

Publikationen

Impressum

Schwerpunktthema

„Die Vielfalt der Krankenhausträger in Deutschland“ – Ein Auslaufmodell?

Geschichtlicher Ursprung der verschiedenen Krankenhausträger

In Deutschland gibt es Krankenhäuser in öffentlicher, freigemeinnütziger und privater Trägerschaft. Diese Struktur hat sich über viele Jahrhunderte hinweg entwickelt. Eines der ersten Krankenhäuser wurde im Jahr 14 von den Römern zur Versorgung ihrer Legionäre gebaut und kann als Ursprung für die heutigen Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft betrachtet werden. Um das Jahr 370 wurde eine Krankenanstalt eröffnet, die den Menschen Unterkunft, Pflege und medizinische Versorgung nach dem christlichen Gebot der Barmherzigkeit und Nächstenliebe bereitstellte. Sie ist der Beginn der freigemeinnützigen Krankenhäuser. Mit dem St. Mary's Hospital – später Mayo-Klinik – wurde 1889 erstmals ein Krankenhaus in privater Trägerschaft eröffnet.

Entwicklung der Krankenhauslandschaft in Deutschland

Seit mehreren Jahren ist insgesamt eine Abnahme von Krankenhäusern und Krankenhausbetten in Deutschland zu erkennen. Die Entwicklung spiegelt

sich in der Verringerung öffentlicher und freigemeinnütziger Krankenhäuser wider. Die Anzahl der Krankenhäuser in privater Trägerschaft nimmt hingegen zu.

Verschiedene Studien prognostizieren einen anhaltenden Rückgang der Zahl der Krankenhäuser um 20 bis 25 Prozent bis 2020. Ob diese Prognosen im Einzelfall relevant sind, hängt auch von der Fähigkeit der Krankenhäuser ab, sich entsprechend an die gegebene Situation anzupassen. Insbesondere die Zukunft qualitativ unzureichender und nicht wirtschaftlich arbeitender Krankenhäuser ist bedroht.

Unterschiede zwischen den Trägergruppen

Privaten Krankenhäusern wird im allgemeinen eine im Vergleich zu anderen Trägern wirtschaftlichere Führung nachgesagt. KPMG pflegt eine umfangreiche Benchmarking-Datenbank, in der offenegelegte Jahresabschlüsse von 345 Krankenhäusern aus Deutschland enthalten sind, darunter 140 öffentliche, 133 freigemeinnützige und 72 private.

Ein Vergleich der Umsatzrentabilität der verschiedenen Krankenhausträger zeigt deutliche Unterschiede. Während die freigemeinnützigen Krankenhausträger sich mit 1,01 Prozent nahe am mittleren Wert aller Krankenhäuser bewegen, erreichen öffentliche Krankenhäuser nur etwa die halbe Rentabilität. Die Umsatzrentabilität der privaten Klinikbetreiber liegt mit 5,37 Prozent erheblich über der der beiden anderen Trägergruppen. Die Umsatzrentabilität wird wesentlich durch den Personalaufwand sowie den Materialaufwand beeinflusst.

Die Betrachtung des Personalaufwandes offenbart bereits deutliche Unterschiede. Während öffentliche Häuser mit 62,57 Prozent die durchschnittlich höchste Personalaufwandsquote aufweisen, haben freigemeinnützige eine mit 58,30 Prozent leicht niedrigere und private eine mit 50,18 Prozent deutlich geringere Personalaufwandsquote. Die Gründe können vielfältig sein: Eine niedrigere Quote kann auf Ausgründungen von patientenfernen Bereichen wie Reinigung oder Catering zurückzuführen sein. Sie kann aber auch einen effizienteren Einsatz der Ärzte und Pflegekräfte im Rahmen von Prozessoptimierungen widerspiegeln.

Während die privaten Krankenhäuser eine im Vergleich zu allen Krankenhäusern um 1,70 Prozentpunkte geringere Materialaufwandsquote aufweisen, liegt die Materialaufwandsquote öffentlicher Krankenhäuser am Mittelwert. Die freigemeinnützigen Krankenhäuser haben die höchste Materialaufwandsquote. Der Materialaufwand

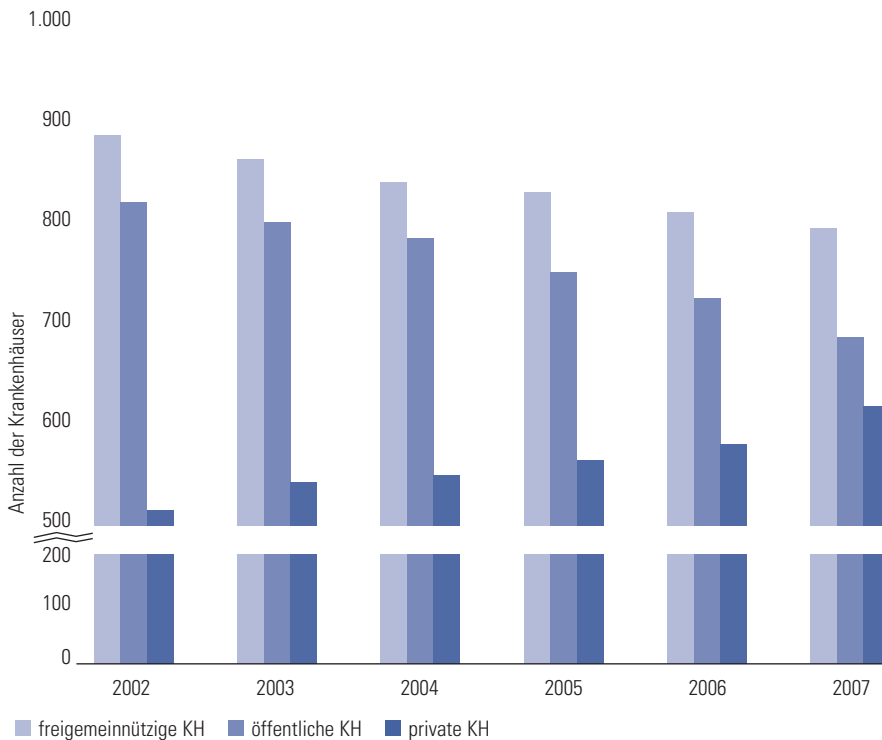
Abb.1: Ausgesuchte Kennzahlen nach Krankenhausträgern

| | Öffentliche Krankenhäuser | Freigemeinnützige Krankenhäuser | Private Krankenhäuser | Alle Krankenhäuser |
|--|---------------------------|---------------------------------|-----------------------|--------------------|
| Umsatzrentabilität in Prozent ¹ | 0,56 | 1,01 | 5,37 | 1,04 |
| Personalaufwandsquote in Prozent ² | 62,57 | 58,30 | 50,18 | 59,12 |
| Materialaufwandsquote in Prozent ³ | 24,48 | 25,64 | 23,26 | 24,96 |
| Medizinischer Bedarf je Fall/Euro ⁴ | 459,86 | 427,95 | 632,00 | 495,36 |

Quelle: KPMG

¹ Umsatzrentabilität = Jahresergebnis/Umsetzerlöse
² Personalaufwandsquote = Personalaufwand/Betriebsleistung
³ Materialaufwandsquote = Materialaufwand/Betriebsleistung
⁴ Medizinischer Bedarf je Fall = Aufwand für medizinischen Bedarf/Fallzahl

Abb. 2: Anzahl der Krankenhäuser nach Krankenträgern in Deutschland von 2002 bis 2007



Quelle: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2008

umfasst Aufwendungen für Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe und bezogene Leistungen aus den Bereichen medizinischer Bedarf, Lebensmittel, Wasser, Energie und Brennstoffe sowie Wirtschaftsbedarf.

Beim medizinischen Bedarf je Fall ergibt sich ein interessantes Bild: Er schwankt zwischen 427,95 Euro bei freigemeinnützigen und 632,00 Euro bei privaten Krankenhäusern. Freigemeinnützige Krankenhäuser haben damit die höchste Materialaufwandsquote, gleichzeitig jedoch den geringsten medizinischen Bedarf je Fall. Demgegenüber weisen private Kliniken die niedrigste Materialaufwandsquote, jedoch den höchsten medizinischen Bedarf je Fall auf.

Für all das gibt es vielfältige Gründe. Eins ist jedoch sicher: Eine höhere

Materialaufwandsquote, erklärt sich nicht nur durch eine höhere Fallschwere; sie weist regelmäßig auf Reserven in den Prozessen hin.

Ursachen der Unterschiede verschiedener Trägergruppen

Es gibt Unterschiede in der Wirtschaftlichkeit zwischen den Trägergruppen. Aber wo sind die Ursachen dafür zu finden?

Das Krankenhaus-Barometer 2007 des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) zeigt, dass sich die drei Trägergruppen in ihren Unternehmenszielen annähern. Vor allem die Qualität der medizinischen Versorgung wird in den Vordergrund gestellt. Dennoch zeigt sich, dass die Gewinnerzielung bei privaten Krankenhausbetreibern eine wichtigere Rolle einnimmt als bei öffentlichen oder freigemeinnützigen Krankenhausbetreibern.

Die Sicherung von Arbeitsplätzen ist hingegen freigemeinnützigen und öffentlichen Krankenhäusern besonders wichtig.

Private Krankenhäuser haben oftmals über den Kapitalmarkt einen schnelleren und flexibleren Zugang zu notwendigen Investitionsmitteln. Krankenhäuser unter öffentlicher Trägerschaft wiederum genießen häufig den Vorteil von günstigen Krediten, wenn der Träger mit seiner Bonität für die Kredite bürgt. Freigemeinnützige Häuser können unter Umständen auf die Vermögen ihrer Stiftungen zurückgreifen.

Ein wesentlicher Faktor ist die ständige Prozessoptimierung im Krankenhaus. Krankenhäuser, die ihre Prozesse immer weiter optimieren, zum Beispiel Case-Management oder klinische Behandlungspfade konsequent einführen, werden effizienter arbeiten als andere Häuser. Effizienzgewinne kann auch die Vernetzung mit anderen Krankenhäusern bringen.

Praxisbeispiele zeigen, dass eine moderne, effiziente und wirtschaftliche Krankenhausführung nicht einfach nur von der Trägerart, sondern sehr viel von der Innovationskraft und Veränderungsbereitschaft des Krankenhausmanagements abhängt. Es wird nicht allein an der Trägergruppe liegen, welche Krankenhäuser zukünftig weiter am Markt bleiben.

Interview

mit **Karl Prinz zu Löwenstein**, Vorsitzender der Geschäftsführung der freigemeinnützigen **Deutsche Malteser gGmbH**, **Joachim Bovelet**, Vorsitzender der Geschäftsführung des öffentlichen Krankenhauses **Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH** und **Dr. Francesco De Meo**, Vorsitzender der Geschäftsführung der privaten **HELIOS Kliniken GmbH** zur Vielfalt der Krankenhausträger in Deutschland



Karl Prinz zu Löwenstein: „Es gibt keinen guten Grund für öffentliche Einrichtungen. Der Staat wird hier nicht gebraucht, weil der Markt das viel besser kann. Er soll nur den Rahmen setzen. Das erhöht die Effizienz und die Qualität der medizinischen Leistung.“



Joachim Bovelet: „Die Rechtsform ist für das wirtschaftliche Führen eines Krankenhauses im Prinzip unerheblich. Viel wichtiger ist die richtige, straffe Organisation des Hauses.“



Dr. Francesco De Meo: „Wer nur auf die Kosten schaut, der wird am Ende eine schlechte Qualität haben. Wer aber auf die Qualität schaut, der wird am Ende gute Kosten haben.“

Gesundheitsbarometer: Wo sehen Sie die Ursachen für die Veränderungen der Trägerstrukturen am deutschen Krankenhausmarkt?

Karl Prinz zu Löwenstein: Die Ursachen liegen in der unterschiedlichen Bereitschaft, qualitative und wirtschaftliche Fragestellungen kompromisslos und konsequent anzugehen und die dafür erforderlichen Entscheidungen auch ohne sachfremde politische Einflüsse treffen und umsetzen zu können. Dazu kommt die unterschiedliche Fähigkeit, Ergebnisse über mehrere Einrichtungen miteinander zu vergleichen, daraus entwickeltes Know-how zu bündeln und beste Praxis konsequent auf alle Einrichtungen anzuwenden.

Joachim Bovelet: Die erste Ursache liegt in der nicht ausreichenden Finanzierung für den investiven Bereich. Hier haben die öffentlichen Häuser einen Nachteil gegenüber privaten und freigemeinnützigen Kliniken. Die zweite Ursache sind die Tarifwerke, die uns oft in ein Korsett zwingen, wie das die privaten Träger nicht haben. Eine Herausforderung für die öffentlichen Krankenhäuser ist drittens, dass Krankenhausleitung und Politik manchmal divergierende Interessen haben, weil die Geschäftsführung in erster Linie die Wirtschaftlichkeit und Qualität im Blick hat, während die Politik beispielsweise auch eine medizinisch und geografisch möglichst breite Versorgung möchte.

Dr. Francesco De Meo: Es gibt vier Hauptursachen für die Veränderung der Trägerstrukturen in den vergangenen Jahren: Das grundsätzliche Problem ist die Organisation in Krankenhäusern. Viele Kliniken sind auch heute noch sehr strukturkonservativ organisiert.

Die zweite Ursache liegt in den Überkapazitäten, die wir in den vergangenen Jahren hatten, und deren Abbau durch das DRG-System forciert wurde. Der dritte Grund liegt in der Qualität der Krankenversorgung. Krankenhäuser, welche die hohe Qualität der medizinischen Versorgung nicht mehr leisten konnten, sind vom Markt verschwunden. Der letzte Punkt ist die Deckelung der Leistung der Krankenhäuser, die im Wesentlichen von der Entwicklung des Beitragsaufkommens abhängig ist.

Gesundheitsbarometer: Welche Kombination von Träger und Rechtsform bietet aus Ihrer Sicht den Verantwortlichen optimale Entscheidungsspielräume?

Karl Prinz zu Löwenstein: Wesentlich ist die Zielsetzung und innere Motivation des Trägers, nicht die Rechtsform der Einrichtung. Der Träger muss den Fokus auf Qualität und Wachstum setzen können und darf in seinen Entscheidungen nicht durch politische Rücksichtnahmen beeinflusst sein.

Joachim Bovelet: Die Rechtsform ist für das wirtschaftliche Führen eines Krankenhauses im Prinzip unerheblich. Viel wichtiger ist die richtige, straffe Organisation eines Hauses. Dringend notwendig ist, dass auch in öffentlichen Krankenhäusern die Entscheidungsprozesse deutlich beschleunigt werden, um schneller auf die Erfordernisse des Marktes reagieren zu können. Wir sind bei Vivantes in diesem Punkt mittlerweile auf einem sehr guten Weg.

Dr. Francesco De Meo: Optimale Entscheidungen haben weniger etwas mit der Trägerart zu tun. Es geht vielmehr darum, ob man die notwendigen

Organisationsveränderungen unterstützt oder behindert. Ein Krankenhaus muss schlank sein – und zwar sowohl im Hinblick auf die Rechtsform als auch auf die Entscheidungsstrukturen. Zudem muss ein Krankenhaus sachorientiert sein – bei der Entscheidungsfindung und bei der Umsetzung der Entscheidungen.

Gesundheitsbarometer: Welche Unterschiede sehen Sie in der Zielsetzung der öffentlichen, privaten und freigemeinnützigen Krankenhäuser?

Karl Prinz zu Löwenstein: Die privaten Träger wollen in der Regel langfristig Rendite für das eingesetzte Kapital erwirtschaften. Für die freigemeinnützigen, meist kirchlichen Träger steht der ideale, karitative Auftrag im Vordergrund, Verluste dürfen gleichwohl nicht zugelassen werden. Wirtschaftlich gesehen ergibt sich daraus die Versuchung, immer nur so viel Effizienz anzustreben, wie für ausgeglichene Ergebnisse gerade eben erforderlich ist. Bei den öffentlichen, meist kommunalen Trägern steht die politische Bedeutung der Einrichtung im Vordergrund.

Joachim Bovelet: Die grundsätzliche Zielsetzung der drei Trägerarten ist historisch bedingt: Die konfessionellen Häuser sind aus der Not zur Krankenversorgung geboren. Viele öffentliche Krankenhäuser wie auch Vivantes, setzen sich die wohnortnahe Krankenversorgung selbst zum Ziel. Das heißt jedoch nicht, dass kommunale Krankenhäuser Patienten in ländlichen Gebieten nicht wirtschaftlich versorgen können. Private Klinikanbieter zeigen, dass auch in dünn besiedelten Gebieten eine profitable Krankenhausführung möglich ist.

Dr. Francesco De Meo: Das Ziel ist für alle Krankenhäuser das Gleiche: die Sicherstellung der Patientenversorgung. Der Weg zu diesem Ziel unterscheidet sich jedoch bei den unterschiedlichen

Trägern und ist oftmals traditions- oder kulturell bedingt. Während die freigemeinnützigen, kirchlichen Häuser oftmals durch ihre Fundierung im Glauben eine eigene Kultur und Identität schaffen, ist dies bei öffentlichen Häusern schwerer, da sie die Krankenversorgung aus dem Blickwinkel einer öffentlichen Verwaltung betrachten. Bei den privaten Häusern kommt es darauf an, wie sich die Klinik selbst definiert. Wer nur auf die Kosten schaut, der wird am Ende eine schlechte Qualität haben. Wer aber auf die Qualität schaut, der wird am Ende gute Kosten haben.

Gesundheitsbarometer: Wie schätzen Sie die Kapitalbeschaffungsmöglichkeiten Ihrer Trägerart im Vergleich zu den beiden anderen Trägerarten ein?

Karl Prinz zu Löwenstein: Die freigemeinnützigen Träger haben so gut wie keine Möglichkeiten, sich zusätzliches haftendes Kapital zu beschaffen. Darin unterscheiden sie sich wesentlich von den Privaten. Die Zugänge zu den Kreditmärkten sind grundsätzlich überall gleich gut, hier stehen die öffentlichen am besten da, weil es so gut wie kein Ausfallrisiko gibt. Einen entscheidenden Vorteil haben die Öffentlichen durch den Defizitenausgleich aus öffentlichen Kassen, der im Zweifelsfall geleistet wird.

Joachim Bovelet: Dies ist eine Frage, wie wirtschaftlich ein Krankenhaus arbeitet. Kredite werden von Banken nur über Ratings vergeben, die von der Realisierbarkeit und Attraktivität der Businesspläne und letztlich von der Wirtschaftlichkeit des Hauses abhängen. Im freigemeinnützigen Bereich bekommen viele Kliniken Kredite von den hinter den Trägern stehenden Orden oder Banken der Glaubensgemeinschaften. Ein Vorteil von kommunalen Häusern kann sein, durch Bürgschaften des Trägers günstiger an Kredite zu kommen als private oder freigemeinnützige Kliniken.

Dr. Francesco De Meo: Ein privater Träger wie HELIOS hat den großen Vorteil, dass er durch höhere Effizienz erhebliche eigene Investitionsmittel erwirtschaftet und darüber hinaus auf dem Kapitalmarkt vergleichsweise einfach Finanzmittel beschaffen kann. Bei anderen Trägern ist dies deutlich schwieriger. Öffentlichen Häusern fehlt häufig das Kapital für dringend notwendige Investitionen, oftmals müssen sogar Defizite durch neues Kapital ausgeglichen werden. Auch die freigemeinnützigen Kliniken haben wenig Zugang zu neuem Kapital, jedoch treten diese in ihrer Gruppe sehr geschlossen auf, so dass es dort zu einer Übernahme von Kliniken innerhalb der konfessionellen oder freigemeinnützigen Gruppen oder zu kleineren Konzernbildungen kommt.

Gesundheitsbarometer: Wo sehen Sie die dringendsten Optimierungspotenziale im Krankenhauswesen?

Karl Prinz zu Löwenstein: Die Regulierung ist nach wie vor viel zu groß. Dem Markt müsste deutlich mehr Raum gegeben werden, was z. B. das Leistungsspektrum betrifft. Die allgemein geäußerte Ansicht, dass ein wesentlicher Teil der Krankenhäuser geschlossen werden muss, dürfte der Realität entsprechen und ist volkswirtschaftlich sinnvoll. Die Politik will das notgedrungen auch, spricht es aber nicht offen aus. Im Gegenteil: Wenn Häuser geschlossen werden sollen, gibt es lokal erheblichen Gegenwind statt Hilfen.

Joachim Bovelet: In vielen Krankenhäusern wurde in den letzten Jahren Personal abgebaut. Im Personalbereich sind daher kaum noch Spielräume für Optimierungen zu finden. Optimierungspotenziale sind im Wesentlichen noch im Bereich der Prozessabläufe vorhanden. Es geht vor allem um die Neuorganisation von ärztlichen, pflegerischen und verwaltungstechnischen Aufgaben. Ärzte sollten delegierbare Aufgaben an

Kurzbiografie

Karl Prinz zu Löwenstein:

- Jahrgang 1952
- An der Universität Karlsruhe (TH) schloss er 1979 sein Studium als Dipl.-Wirtschaftsingenieur ab.
- Er startete seinen beruflichen Werdegang bei der Procter & Gamble GmbH, zunächst in der Produktion, dann im Produktmanagement.
- Von 1985 bis 1999 war er für die Mars GmbH tätig in verschiedenen Funktionen des Marketings, der Marktforschung und -planung der deutschen sowie der europäischen Tochtergesellschaften der Mars Inc.
- Im Jahr 2000 kam er zur Geschäftsführung der Malteser Hilfsdienst gGmbH. Er ist heute Vorsitzender der Geschäftsführung der Deutsche Malteser gGmbH und ihrer Tochtergesellschaften Malteser Hilfsdienst gGmbH und Malteser Trägergesellschaft gGmbH.

Kurzbiografie

Joachim Bovelet:

- Jahrgang 1956
- Von 1995 bis 2001 leitete er als Alleingeschäftsführer die Gemeinnützige Gesellschaft der Franziskanerinnen zu Olpe mbH.
- Von 2002 bis 2006 war er Geschäftsführer und Sprecher der Geschäftsführung der Akutkliniken der Paracelsus-Kliniken Deutschland GmbH und hatte somit die Verantwortung für die 17 Akutkliniken des Konzerns.
- Joachim Bovelet wurde im Januar 2007 einstimmig vom Aufsichtsrat der Vivantes GmbH zum neuen Vorsitzenden der Geschäftsführung gewählt. Er ist zudem Geschäftsführer Klinikmanagement. Am 1. Februar 2007 trat der 50-jährige Jurist in Berlin sein Amt an.
- Er ist Mitglied in den Aufsichtsräten :
 - der Marien-Hospital Wattenscheid GmbH, Bochum
 - der Katholischen Kliniken Oberhausen

Kurzbiografie

Dr. Francesco De Meo:

- Jahrgang 1963
- 1984 bis 1988 Studium der Rechtswissenschaften an der Universität Tübingen
- 1993 Zweites Juristisches Staatsexamen
- 1994 Promotion
- 1992–93 Rechtsanwalt bei einer Stuttgarter Kanzlei
- 1994–2000 Geschäftsführer der Unternehmensberatung Rauser AG in Reutlingen
- 2000 Eintritt als Leiter Recht und Personal in die HELIOS Kliniken GmbH
- 2001 Geschäftsführer für Personal und Recht sowie Forschung und Wissenschaft bei HELIOS, Konzernarbeitsdirektor
- Seit dem 1. Januar 2008 Vorsitzender der Geschäftsführung (CEO) der HELIOS Kliniken GmbH und Vorstandsmitglied der Fresenius SE



die Pflegekräfte bzw. Hilfskräfte weitergeben. Weitere Optimierungspotenziale sind im Sekundär- und Tertiärbereich des Krankenhauses zu finden, z. B. im Einkauf, in der Apotheke oder im Labor.

Dr. Francesco De Meo: Ein Krankenhaus kann nicht mit einer Schablone saniert werden. Meist sind es tiefgreifende Systemveränderungen, die beim Optimierungs- und Sanierungsprozess entscheidend sind. Die Sachkostenoptimierung spielt dabei eine große Rolle. Insbesondere der Einkauf kann oftmals relativ kurzfristig optimiert werden. Der zweite wichtige Punkt ist die gesamte Organisation und insbesondere die interdisziplinäre Zusammenarbeit der unterschiedlichen Abteilungen. Ein Klassiker ist beispielsweise die Optimierung der OP-Organisation. Durch die Nutzung von IT-Anwendungen kann die Optimierung oftmals unterstützt werden. Allein durch Technik kann ein Krankenhaus aber nicht optimiert werden, vielmehr müssen Menschen von der neuen Organisation überzeugt werden.

Gesundheitsbarometer: Letzte Frage: Sollte Ihrer Meinung nach die Trägervielfalt in Deutschland erhalten bleiben, und wie schätzen Sie die Zukunft Ihrer und der anderen beiden Trägerarten ein?

Karl Prinz zu Löwenstein: Die Trägervielfalt sollte nicht erhalten bleiben. Es gibt keinen guten Grund für öffentliche Einrichtungen. Der Staat wird hier nicht gebraucht, weil der Markt das viel besser kann. Er soll nur den Rahmen setzen. Das erhöht die Effizienz und die Qualität der medizinischen Leistung. Der in Zukunft deutlich wachsende Druck auf die öffentlichen Haushalte wird zu einer weiteren deutlichen Abnahme dieser Einrichtungen führen. Wachsen werden die Privaten. Die kirchlichen Träger sollten sich bewusst auf das beschränken, was sie tatsächlich auch inhaltlich prägen können. Das wird bei zunehmender Säkularisierung weniger.

Joachim Bovelet: Grundsätzlich sollte die Trägervielfalt erhalten bleiben. Träger individuell betrachtet, wird die Vielfalt allerdings nicht bestehen bleiben. Einzelhäuser müssen weiter zusammengelegt werden, weil dies die Vereinheitlichung von Standardisierungen sowie eine gesteigerte Kaufmacht mit sich bringt. Meine These ist, dass Krankenhäuser zwar vom Markt verschwinden werden, jedoch bei weitem nicht so viele und so schnell, wie es bisher vorhergesagt wurde. Es werden neue Trägerstrukturen auch im öffentlichen Bereich, z. B. großkommunale Krankenhausverbände, entstehen. Im kommunalen Bereich wird es darauf ankommen, dass die Häuser rentabel betrieben werden. Ein Markt besteht zudem für weitere private Krankenhausgruppen. Den freigemeinnützigen Bereich sehe ich eher stabil.

Dr. Francesco De Meo: Die Trägervielfalt stellt sicher, dass sich im deutschen Krankenhauswesen etwas zum Guten bewegt. Ohne sie würden die alten, eingefahrenen Strukturen bestehen bleiben. Selbst die Kritiker der privaten

Träger räumen inzwischen ein, dass die Privaten als Vorbild wirken können, wenn es um eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Krankenversorgung geht. Die Entwicklung der vergangenen Jahre wird sich weiter fortsetzen. Weitere 200 bis 300 Kliniken, insbesondere aus dem öffentlichen Bereich, werden in den kommenden zehn Jahren schließen oder fusionieren müssen. Unter den verbleibenden Häusern wird der Anteil der privaten Krankenhäuser weiter wachsen. Längerfristig könnte sich dieser bei etwa 30 bis 35 Prozent einpendeln. Von den Krankenhäusern – egal aus welcher Trägerschaft – werden am Ende nur die besten übrig bleiben.



Unsere Health Care-Spezialisten berichten

KPMG-Analyse über die zukünftige Entwicklung des Berliner Krankenhausmarktes – Bedeutung der Einschätzung der eigenen Zukunftsfähigkeit für Krankenhäuser

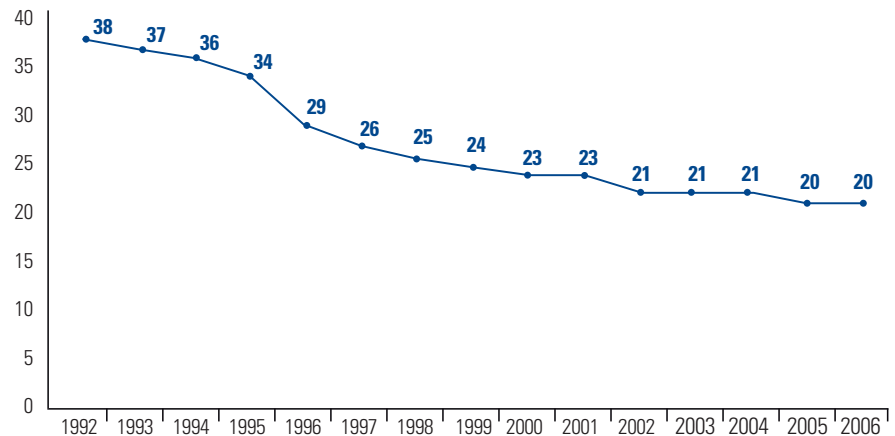
Die KPMG-Analyse des Berliner Krankenhausmarktes zeigt, dass immer noch zahlreiche Krankenhäuser komplexe Maßnahmen ergreifen müssen, um ihre Zukunftsfähigkeit sicherzustellen. Das Gesundheitsbarometer stellt seinen Lesern exklusiv einen Auszug der Ergebnisse vor.

Die Rahmenbedingungen auf dem Berliner Krankenhausmarkt haben sich deutlich geändert. In den vergangenen 15 Jahren halbierte sich die Zahl der Betten nahezu, die Anzahl der Krankenhäuser war stark rückläufig und der Wettbewerb verschärfte sich.

Auch in den kommenden Jahren werden auf die Krankenhäuser in Berlin – wie in ganz Deutschland – weitere Veränderungen zukommen. Die wesentlichen Trends und künftigen Einflussfaktoren für Krankenhäuser sind in zehn Thesen zusammengefasst (vgl. Abbildung 4).

Auf der Grundlage dieser Thesen und abgeleiteten Indikatoren wurde über 70 Prozent des Berliner Krankenhausmarktes mit einem von KPMG, Techni-

Abb. 3: Entwicklung der Berliner Krankenhausbetten (in Tausend)



Quelle: Statistisches Landesamt Berlin, Berlin 2008

sche Universität Dresden und Praxispartnern entwickelten strategischen Prognosemodell analysiert.

Die Analyse zeigt Licht und Schatten: Etwa ein Drittel der Berliner Krankenhäuser ist bereits heute gut aufgestellt. Bei knapp 30 Prozent der Berliner Krankenhäuser besteht komplexer Handlungsbedarf. Bei weiteren knapp 40 Prozent sind Optimierungsmaß-

nahmen zur Verbesserung der Wettbewerbsposition erforderlich.

Optimierungsbedarf besteht insbesondere in den Bereichen Materialaufwand, Personalaufwand und -ausstattung, Leistungsvolumen sowie Investitionen. Entsprechend sind Maßnahmen zur Einkaufs-, Personal-, Abrechnungs- sowie Infrastrukturoptimierung erforderlich.

Abb. 4: Zehn Thesen zur Entwicklung des Berliner Krankenhausmarktes

Zehn Thesen

- 1 Die Anzahl der Krankenhäuser wird abnehmen – der Wettbewerb zunehmen.
- 2 Rentabilität und Qualität bestimmen die Zukunftsfähigkeit des Krankenhauses.
- 3 Die Bevölkerungsentwicklung verändert das Leistungsspektrum des Krankenhauses.
- 4 Die Preise für die traditionellen Krankenhausleistungen steigen mittelfristig nicht kostenadäquat.
- 5 Die Akquisition zusätzlicher Patienten und Leistungen sind für das Krankenhaus wichtig.
- 6 Gut ausgebildetes und motiviertes Personal erhöht die Attraktivität des Krankenhauses.
- 7 Die Personal- und Sachkosten im Krankenhaus steigen weiter erheblich.
- 8 Die Innovations- und Investitionskraft des Krankenhauses gewinnt noch mehr an Bedeutung.
- 9 Das Krankenhaus muss Investitionen zunehmend außerhalb des KHG finanzieren.
- 10 Gesetzliche Regelungen beeinflussen das Krankenhaus weiter intensiv.

Quelle: KPMG

**KPMG-Analyse zur Zukunft kleiner Krankenhäuser –
Garanten wohnortnaher, bedarfsgerechter Krankenversorgung
Teil 1: Probleme kleiner Krankenhäuser**

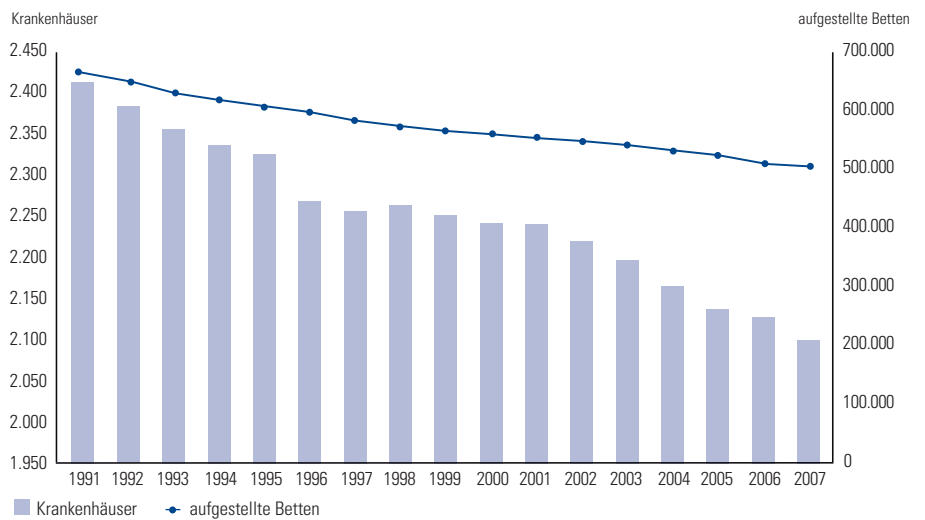
Viele kleine Krankenhäuser in Deutschland sind in Not. Von den prognostizierten Krankenhausschließungen in den kommenden Jahren werden insbesondere kleine Krankenhäuser betroffen sein. Die Politik steht den Krankenhausschließungen relativ neutral gegenüber. Die Entwicklung wird als heilsam für das Gesundheitssystem angesehen. Unrentable Krankenhäuser sollen vom Markt verschwinden, um Platz für wirtschaftliche, kostengünstigere Anbieter zu machen. Aber kleine Häuser leisten gerade in ländlichen Gebieten einen wichtigen Beitrag zur bedarfsgerechten Krankenversorgung. Wie können diese Häuser gerettet werden, ohne die von der Politik angestrebte Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Kliniken zu gefährden?

Hohe Bedeutung der kleinen Krankenhäuser in Deutschland

Derzeit gibt es in Deutschland 1.194 Krankenhäuser mit weniger als 200 Betten. Das entspricht mehr als 56 Prozent aller stationären Einrichtungen in Deutschland und zeigt die Bedeutung kleiner Krankenhäuser für die Versorgung der Bevölkerung in Deutschland.

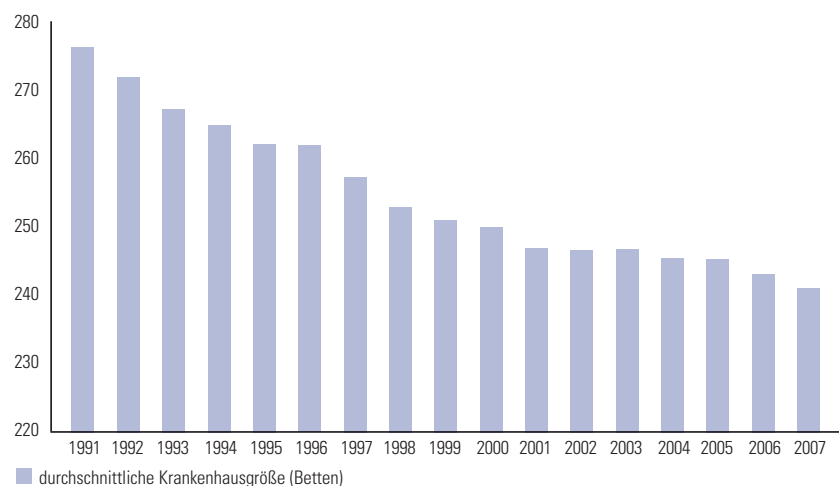
Die Situation der kleinen Krankenhäuser hat sich in den vergangenen Jahren erheblich verändert: Durch die Einführung der Diagnosis Related Groups (DRG) und die damit verbundene Verweildauerverkürzung mussten nahezu alle Krankenhäuser Betten ihrer ohnehin schon geringen Bettenzahl abbauen. Ein Teil dieser Häuser wurde bereits geschlossen, da sie nicht mehr wirtschaftlich betrieben werden konnten (vgl. Abbildung 5). Andere kleine stationäre Einrichtungen, die ebenfalls unter

Abb. 5: Zahl der Krankenhäuser und Klinikbetten



Quelle: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2008

Abb. 6: Durchschnittliche Krankenhausgröße in Betten



Quelle: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2008

die ökonomische Mindestgröße für Krankenhäuser gefallen sind, erwirtschaften heute häufig Defizite.

Ein Blick auf die Veränderung der durchschnittlichen Krankenhausgröße zeigt, dass ein Klinikum heute mit durchschnittlich 243 Betten rund zwölf Prozent weniger Betten hat als noch vor 15 Jahren (vgl. Abbildung 6). Trotz der Schließung mehrerer kleiner Krankenhäuser mit weniger als 200 Betten ist die Bedeutung von kleinen Krankenhäusern weiterhin groß. Gerade in Flächenländern mit geringen Bevölkerungsdichten übernehmen kleine Krankenhäuser einen entscheidenden Anteil an der Sicherstellung der bedarfsgerechten Krankenversorgung.

Zahlreiche Belastungen bedrohen die Existenz kleiner Krankenhäuser

Trotz der hohen Bedeutung von kleinen Krankenhäusern in Deutschland haben diese mit schwerwiegenden Problemen als die großen Wettbewerber zu kämpfen. Mit den folgenden Belastungen sehen sie sich konfrontiert:

Geringe Auslastung

Insbesondere kleine Krankenhäuser in ländlichen Gebieten müssen oftmals trotz Bettenabbau eine geringe und häufig schwankende Auslastung verkraften. Bettenauslastungsgrade von deutlich unter 70 Prozent sind bei vielen Häusern keine Seltenheit.

Gestiegener ambulanter Leistungsanteil

Häufig werden zahlreiche Operationen von den Krankenkassen nur noch als ambulante Leistungen anerkannt und ebenso vergütet. Hiervon sind besonders kleine Krankenhäuser betroffen, da diese überwiegend vergleichsweise leichte Operationen erbringen. Durch die geringere Vergütung gegenüber den stationären Leistungen müssen die Häuser Einnahmerückgänge verkraften.

Abwanderung potenzieller Patienten

Eine weitere ernst zu nehmende Belastung gerade in ländlichen Gebieten ist die Abwanderungsproblematik, die das Patientenpotenzial und dadurch die Bettenauslastung weiter sinken lässt.

Abteilungsschließungen

Durch sinkende Auslastungen können oftmals gerade kleine Abteilungen nicht mehr wirtschaftlich betrieben werden und müssen unwirtschaftlich fortgeführt oder geschlossen werden. Im Falle der Fortführung entstehen Defizite, die nicht im Rahmen der Krankenhausfinanzierung ausgeglichen werden können und die Häuser weiter belasten.

Mindestmengen

Entscheidet sich ein Krankenhaus für die Weiterführung von Abteilungen mit nur geringen Fallzahlen, so hat dieses Haus zusätzlich mit der Mindestmengenproblematik zu kämpfen. Nach gesetzlichen Vorgaben muss ein Krankenhaus eine festgelegte Mindestmenge an Leistungen pro Jahr erzielen, um diese ärztlichen Behandlungen weiterhin anbieten und abrechnen zu dürfen. Bei Knieoperationen beträgt die Mindestmenge beispielsweise 60 Operationen pro Jahr.

Gesundheitsreform, Mehrwertsteuererhöhung, Kostensteigerungen

Schließlich sehen sich kleine Krankenhäuser durch die allgemeinen Belastungen der vergangenen Jahre, die auf alle stationären Einrichtungen in Deutschland wirken, besonders bedroht. Der Sanierungsbeitrag sowie weitere Einschnitte durch die Gesundheitsreform und die Mehrwertsteuererhöhung im Jahr 2007 sowie deutliche Kostensteigerungen der letzten Jahre im Bereich des medizinischen Bedarfs und der Energie stellen die kleinen Krankenhäuser vor das Aus.

Ersatz kleiner Krankenhäuser durch MVZ oder Teleportalkliniken?

Manche kleinen Krankenhäuser wurden inzwischen in Teleportalkliniken oder Medizinische Versorgungszentren (MVZ) umgewandelt. Damit wurde dem Erhalt unwirtschaftlicher Krankenhäuser entgegengewirkt. Es stellt sich jedoch die Frage, welche weiteren Wege es zur Sicherstellung der bedarfsgerechten medizinischen Versorgung durch kleinere Krankenhäuser gibt.

[Die Fortsetzung des Artikels erfolgt in der Ausgabe Mai 2009 des Gesundheitsbarometers:](#)

[Teil 2: Die Chancen kleiner Krankenhäuser](#)

Benchmarking-Kennzahl des Monats – Forderungsreichweite

In jeder Ausgabe des Gesundheitsbarometers von KPMG stellen wir die Kennzahl des Monats vor, die im Rahmen eines Benchmarkings von Krankenhäusern verwendet werden kann. Die jeweilige Kennzahl des Monats basiert auf der Benchmarking-Datenbank von KPMG, welche aktuell 345 offengelegte Jahresabschlüsse von Krankenhäusern ab 300 Betten enthält.

Betrachtung der Forderungsreichweite

Die Forderungsreichweite, die teilweise auch als Kundenziel bezeichnet wird, beschreibt die durchschnittliche Dauer in Tagen von der Abrechnung der Krankenhausleistung bis zur Bezahlung.

Eine lange Forderungsreichweite ist oftmals ein Indiz für ein nur unzureichend organisiertes Forderungsmanagement und gibt Anhaltspunkte für Prozessoptimierungen in der Verwaltung von Krankenhäusern.

Die nachfolgende Übersicht zeigt Durchschnittswerte sowie Mittelwerte des oberen und unteren Bereichs der Verteilung:

Die durchschnittliche Forderungsreichweite liegt bei etwa 46 Tagen, das heisst, dass die Krankenhäuser durchschnittlich zwischen sechs und sieben Wochen auf den Ausgleich ihrer Leistungsforderungen warten. Die Durchschnitte der oberen Bereiche sowie des unteren Bereichs zeigen, dass die Kennzahl in verschiedenen Kliniken deutlich abweicht. Die durchschnittliche Forderungsreichweite der unteren 20 Prozent ist nahezu dreimal so hoch wie die des durchschnittlichen Krankenhauses der oberen zehn Prozent. Diese Zahlen unterstreichen die hohe Bedeutung eines effektiven Forderungs- und Liquiditätsmanagements.

Die Betrachtung der Forderungsreichweite nach Trägergruppen zeigt, dass private Häuser eine tendenziell geringere und öffentliche Kliniken eine eher höhere Forderungsreichweite aufweisen. Weiterhin ist eine Korrelation zwischen einer niedrigen Forderungsreichweite, niedrigen Aufwandsquoten und hohen Rentabilitäten zu erkennen. Damit ist die Forderungsreichweite ein Indiz für die Wirtschaftlichkeit eines Krankenhauses.

Krankenhäuser in Deutschland unterliegen neben hohen Qualitätsanforderungen zunehmend massivem Kostendruck. Neben Einsparungs- und Effizienzverbesserungsmaßnahmen wird jedoch häufig das Forderungsmanagement als eine weitere Stellschraube für die Verbesserung der wirtschaftlichen Lage vernachlässigt.

Unser Haus berät Krankenhäuser bei der Optimierung des Forderungs- und Liquiditätsmanagements. Unser Ansatz für die Einrichtung eines effektiven Working Capital Managements im Krankenhaus basiert auf vielfach erprobten Werkzeugen und einer systematischen Vorgehensweise.

Ein Beispiel: Ein Krankenhaus mit 400 Betten geriet zunehmend in Liquiditätsgpässe. Als Sofortmaßnahme wurden die Störungen des kassenseitigen Zahlungszufusses behoben. Einem Rating der Zahlungsforderungen und einer eingehenden Analyse der Gründe für die Nichtzahlung folgte die Implementierung eines effektiven Forderungsmanagements. Die Erkenntnisse aus der Analysephase konnten auch auf andere Prozessbereiche übertragen und somit weitere Liquiditätsreserven freigesetzt werden.

Abb. 7: Verteilung der Forderungsreichweite

| Kennzahl | Verteilung der Forderungsreichweite | | | |
|--|-------------------------------------|---------------------|------------------------|------------------------|
| | Durchschnitt untere 20% | Durchschnitt gesamt | Durchschnitt obere 20% | Durchschnitt obere 10% |
| Forderungsreichweite ¹ in Tagen | 75 | 46 | 31 | 26 |

Quelle: KPMG

¹ Forderungsreichweite = $\frac{\text{durchschnittliche Vorratsbestände}}{\text{Umsatzerlöse}} \times 365$

Nachrichtenticker Gesundheitswesen

Gesundheitspolitik

Gesundheit im Jahr 2020

Unter wissenschaftlicher Leitung der IGES Institut GmbH hat der Pharmahersteller Janssen-Cilag die 5. Delphi-Studie mit dem Titel „Perspektive 2020 – Gesundheit als Chance“ veröffentlicht.

Die Studie beschäftigt sich mit Fragen der Entwicklung der deutschen Versorgungsstrukturen bis zum Jahr 2020. In der Studie werden insbesondere Lösungsansätze zu Fragen der Änderung der Finanzierungsstrukturen, zur Steigerung der Effizienz des Gesundheitswesens und zu Leistungsumfang und Sicherheitsanspruch der gesetzlichen Krankenversicherung behandelt.

Im Ergebnis werden in der Studie drei unterschiedliche Zukunftsszenarien dargestellt. Diese umfassen eine Bandbreite unterschiedlicher Modelle: von einem Modell der Weiterentwicklung des bisher bekannten Hausarztmodells bis zu einem Modell einer weitgehend autonomen Steuerung der Versorgungsstrukturen durch die Akteure des Gesundheitsmarktes mit staatlicher Sicherstellung der medizinischen Mindestversorgung.

Flankiert werden die von Spezialisten erarbeiteten Ergebnisse der Studie von einer repräsentativen Umfrage unter den Akteuren des Gesundheitssystems (inklusive Patienten). Dabei ergab sich unter den befragten Gruppen insgesamt kein Konsens für ein Modell. Allerdings wurde das Szenario mit dem Modell der weitgehenden Selbstbestimmung des Marktes von allen Befragten als eher kritisch beurteilt.

Recht

Fusionen von gesetzlichen Krankenkassen

Wie wir bereits in unserer letzten Ausgabe berichteten, kommt Krankenkassenfusionen eine stetig steigende Beachtung zu. Dies nicht zuletzt aufgrund der gesetzgeberischen Maßnahmen in den vergangenen Jahren, die auf die Konsolidierung des Krankenkassenmarktes abzielen. So wurde mit der Einführung des § 171a SGB V geregelt, dass neben Fusionen von Krankenkassen gleicher Kassenart auch kassenartenübergreifende Fusionen möglich sind. Hinzu kommt, dass Krankenkassen seit Beginn des Jahres ihre Beiträge nicht mehr eigenständig festsetzen können, sodass damit das wichtigste Differenzierungskriterium unter den Krankenkassen entfällt.

Ungeachtet der vielen Vorteile bei einer Krankenkassenfusion dürfen jedoch nicht die gesetzlichen Vorgaben bezüglich der Zulassung der neuen Krankenkasse sowie bezüglich des Fusionsverfahrens und die Haftungsverpflichtungen der Krankenkassen übersehen werden. Daneben haben Krankenkassen sämtliche in Betracht kommenden Deal-Breaker, die eine solche Fusion mit sich bringt, zu erkennen und zu vermeiden. Im Einzelnen gilt es, insbesondere Rechtsfragen aus den folgenden Bereichen aufeinander abzustimmen: Aufsichtsrecht (z. B. Beteiligung des Bundesversicherungsamtes), Vertragsrecht (z. B. Vereinheitlichung der laufenden Verträge), Arbeitsrecht (z. B. Voraussetzungen eines Betriebsübergangs und Mitbestimmungsrechte), Wettbewerbs- und Datenschutzrecht (z. B. Zulässigkeit des Datentransfers) und Gesellschaftsrecht.

Änderung der Gesellschaftsform in eine gemeinnützige Stiftung (Gastbeitrag der KPMG Rechtsanwalts-gesellschaft mbH)

Für Krankenhäuser wird die Überführung ihres Betriebs und Vermögens in eine gemeinnützige Stiftung immer interessanter, da sich hierdurch eine betriebswirtschaftliche Ausrichtung ideal mit der Verfolgung übergeordneter Zwecke – wie etwa dem der medizinischen Forschungsarbeit – in Einklang bringen lässt. Marktpolitisch bietet die gemeinnützige Stiftung den Vorteil, dass sich die Beteiligten des Gesundheitswesens, das heisst speziell Patienten, Ärzte und sonstige Mitarbeiter, mit einer Stiftung leichter identifizieren können als z. B. mit einer Kapitalgesellschaft wie der Aktiengesellschaft.

Die gemeinnützige Stiftung ist für Krankenhäuser aber auch in steuerrechtlicher Hinsicht interessant. Dies nicht nur aufgrund der aus der Gemeinnützigkeit folgenden Vergünstigungen, sondern auch – anders als etwa bei der gGmbH – wegen der Möglichkeit späterer Zustiftungen. Zudem kommen bei entsprechender rechtlicher Ausgestaltung Befreiungen von kostenintensiven und Erfolg hemmenden rechtlichen Schranken, wie z. B. den Vorgaben des Vergaberechts, in Betracht. Der Umstrukturierungsaufwand ist für Krankenhäuser überschaubar, da dieser im Kern dem einer Gesellschaftsgründung entspricht. Dies gilt für Stiftungen des Privatrechts und des öffentlichen Rechts gleichermaßen.

Ihr Ansprechpartner bei der KPMG Rechtsanwalts-gesellschaft mbH:

RA Dr. Mathias Maria Knorr

mathiasmariaknorr@kpmg-law.com

Krankenkassen

Finanzmarktkrise und Anlagestrategie der gesetzlichen Krankenkassen

Grundsätzlich stellt sich zurzeit auch in der gesetzlichen Sozialversicherung die Frage, ob die Gelder der Versicherten bei den Krankenkassen sicher sind und welche Auswirkungen die Finanzmarktkrise auf die Krankenkassen hat.

Generell gelten für die Krankenkasse die §§ 80ff SGB IV und §§ 260ff SGB V, wonach Krankenkassen dazu verpflichtet sind, ihre Anlagen für Betriebsmittel und Rücklagen auf eine Weise zu tätigen, die jederzeitige Liquidität der Krankenkasse zur Erfüllung ihrer Aufgaben sicherstellt. Damit ist die Anlage von Betriebsmitteln im Wesentlichen auf jederzeitige oder zumindest kurzfristig liquidierbare Vermögensarten beschränkt. Die in § 80 SGB IV geforderte Anlagerendite ist demzufolge nachrangig gegenüber dem Liquiditätserfordernis.

Als Anlageformen kommen demnach im Wesentlichen nur die in § 83 SGB IV genannten Formen in Betracht. Für Termin- und Spareinlagen bedeutet dieses, dass Einlagen nur getätigt werden dürfen, wenn die Gewährleistung der Rückzahlung und Verzinsung sichergestellt ist oder wenn das Kreditinstitut einer Sicherungseinrichtung der Kreditwirtschaft angeschlossen ist.

Vor diesem Hintergrund sollten die Gelder der Versicherten grundsätzlich sicher sein, wenn die Kassen die Regelungen der §§ 80ff SGB IV beachten haben. Wichtig ist jedoch, dass der Einlagensicherungsfonds auf Dauer fähig ist, Zusammenbrüche von Banken aufzufangen und die nötigen liquiden Mittel bereitzustellen.

Bilanzierung bei gesetzlichen Krankenkassen – Quo vadis?

Die Beschlussempfehlung des Bundestags zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zum GKV-OrgWG stellt fest, dass aktuell gültige Regelungen zur Rechnungslegung „kein hinreichend transparentes Bild über die tatsächliche finanzielle Situation der Krankenkassen“ zeichnen. Für Zwecke der Annäherung an das HGB wird der § 77 des SGB IV um den Absatz 1a ergänzt. Dieser legt fest, dass die Jahresrechnung einer Krankenkasse ein den tatsächlichen Verhältnissen entsprechendes Bild der Vermögens-, Finanz- und Ertragslage zu vermitteln hat. Ausführungsbestimmungen hierzu können in eine Rechtsverordnung aufgenommen werden.

Nach herrschender Meinung erfordert die Vermittlung eines den tatsächlichen Verhältnissen entsprechenden Bildes zumindest die Aufstellung eines Anhangs mit den dort enthaltenen weitreichenden Angabe- und Erläuterungspflichten. Der aktuelle Stand des Gesetzentwurfs sieht dies nicht vor. Dort wird ausschließlich auf die zukünftige Anwendbarkeit der Regelungen des § 252 HGB abgestellt. Darüber hinaus kann es für die Vermittlung eines zutreffenden Bildes durchaus sinnvoll sei, einen Lagebericht erstellen zu lassen, aus dem insbesondere künftige Chancen und Risiken ersichtlich werden. Vor dem Hintergrund unverändert bestehender Unsicherheiten über die Finanzlage der Kassen unter der Ägide des Gesundheitsfonds lassen sich latente Risiken zumindest transparent abbilden.

Krankenhäuser

Bedenken zur geplanten Einführung von Fallpauschalen für psychiatrische Kliniken

Entsprechend dem Entwurf zum Krankenhausfinanzierungsreformgesetz soll ein pauschaliertes Entgeltsystem für klinische Leistungen der Psychiatrie und Psychosomatik entwickelt werden. Ab dem Jahr 2013 ist die erstmalige Abrechnung nach diesem neuen Vergütungssystem geplant.

Trotz Einführung des fallpauschalenbasierten DRG-Systems in den Jahren 2003 bzw. 2004 wurden klinisch-psychiatrische Leistungen bisher weiterhin entsprechend der Bundespflegeverordnung mit tagesgleichen Pflegesätzen abgerechnet. Als Argument für diese Form der heute gültigen Vergütung gelten die starken Unterschiede der Kosten für die Behandlung von psychischen Erkrankungen. Weltweit existiert kein reines Fallpauschalensystem für klinisch-psychiatrische Leistungen.

Vor diesem Hintergrund wies der Vorsitzende der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Krankenhäuser, Joachim Hübner, darauf hin, dass eine Einführung eines pauschalierten psychiatrischen Entgeltsystems zu Fehlsteuerungen und Qualitätsmängeln und damit zur Verschlechterung der Patientenversorgung führen könnte. Die Sozialministerin Baden-Württembergs, Monika Stolz, forderte in diesem Zusammenhang die Einführung eines spezifischen und flexiblen Vergütungssystems in der Psychiatrie. Fallpauschalen seien der falsche Weg, da einer Typisierung in der Psychiatrie Grenzen gesetzt seien.

Wie die genaue Ausgestaltung des neuen Vergütungssystems letztendlich aussehen wird, bleibt zunächst jedoch noch offen, da die pauschalierten Entgelte für psychiatrische Kliniken entsprechend der Begründung zum Gesetzentwurf vorerst weitgehend tagesbezogen sein sollen.

Publikationen

Die richtigen Partner finden – Kooperationen erfolgreich gestalten

KU Gesundheitsmanagement,
Ausgabe November 2008

Autoren:

Tobias Nemmer

tnemmer@kpmg.com

Thomas Rüger

trueger@kpmg.com

Inhalt

Kooperationen verschiedenster Art sind für Krankenhäuser heute oft eine sinnvolle Option, Synergien zu erschließen, Angebote zu konzentrieren und zu verbessern oder im Wettbewerbsumfeld an Stärke zu gewinnen. Doch Kooperationsprozesse sind nicht leicht zu meistern. Wesentliche Erfolgsfaktoren müssen definiert und hinterfragt werden. Wichtig ist, Strategie und Ziele genau zu definieren und auch den potenziellen Partner genau zu prüfen. Häufig sind aber auch unterschiedliche Trägerschaften ein Hemmnis, weil Strukturen, Finanzierungen und Unternehmenskulturen nicht zusammenpassen. Jede Kooperation stellt sich anders dar. Ein Modell für alle gibt es nicht.

Offenlegungsverpflichtung von Krankenhäusern

KU Gesundheitsmanagement,
Ausgabe Januar 2009

Autoren:

Prof. Dr. Volker Pentter

vpentter@kpmg.com

Christoph Arnold

carnold@kpmg.com

Inhalt

Viele Jahre lang kamen Unternehmen ihren Publizitätspflichten nicht immer ausreichend nach, da die Offenlegung unzureichend überwacht und kaum aktiv eingefordert wurde. Seit Januar 2008 geht das Bundesamt für Justiz bei der Kontrolle der Offenlegung der Jahresabschlüsse jedoch in die Offensive. Eine KPMG-Analyse untersucht die Krankenhäuser, die zu einer Offenlegung ihrer Zahlen verpflichtet sind, und stellt diese den tatsächlich veröffentlichten Jahresabschlüssen gegenüber. Das Ergebnis zeigt: Noch legen nicht alle, die dazu verpflichtet sind, ihre Zahlen offen.



Veranstaltungen

Vom EU-Monti-Paket bis zum ClinicPilot von KPMG

12. Februar 2009 in München

Inhalt

Die Anbieterstrukturen und die Finanzierung des Gesundheitsmarktes befinden sich im Umbruch. Hinzu kommen technische Innovationen, neue Behandlungsmethoden und veränderte demografische Rahmenbedingungen. Defizitäre kommunale Häuser und Universitätskliniken erhalten häufig eine Reihe von Unterstützungsleistungen durch die staatliche oder kommunale Ebene. Neben der staatlichen Investitionsförderung profitieren sie regelmäßig von der Gewährträgerhaftung, zinsvergünstigten Darlehen, Bürgschaften, der kostenfreien Überlassung von Grundstücken oder erhalten Verlustübernahmen. Diese gängige Finanzierungspraxis ist Gegenstand eines gegen die Bundesrepublik Deutschland initiierten EU-Vertragsverletzungsverfahrens. Die Veranstaltung zeigt Möglichkeiten zur Umsetzung der beihilfenrechtlichen Anforderungen der EU auf. Neben den rechtlichen Grundlagen werden zeitgemäße Steuerungs- und Controlling-Aspekte im Krankenhaus beleuchtet.

Informationen und Anmeldung

Angela Heinrich
KPMG, Berlin
Klingelhöferstr. 18
10785 Berlin
T 030 2068-1510
aheinrich@kpmg.com

Quo Vadis Krankenhaus – Bochumer Gesundheitsrechtstage

Eine Veranstaltung des Instituts für Sozialrecht der Ruhr-Universität Bochum in Kooperation mit der KPMG Rechtsanwaltsgesellschaft mbH

26. und 27. März 2009 in Bochum

Inhalt

Im Herbst 2008 hat das Bundeskabinett den Gesetzentwurf zur Krankenhausfinanzierungsreform beschlossen. Damit ist absehbar, dass es keine grundsätzliche Änderung bei der Finanzierungsstruktur geben und die Grundlohnbindung des Finanzierungsbudgets erst mittelfristig durch eine stärkere Orientierung an der Ausgabenentwicklung ersetzt wird. Die Krankenhäuser werden daher weiterhin mit geringeren Einnahmen und Strukturproblemen konfrontiert werden. In dieser Situation will die Tagung aufzeigen, welche Probleme auf die Krankenhäuser zukommen und welche Lösungen denkbar sind. Dazu hat das Institut für Sozialrecht in Kooperation mit der KPMG Rechtsanwaltsgesellschaft mbH Referenten aus Politik, Praxis und Wissenschaft eingeladen. Sie werden einen Überblick über den Stand der Gesetzgebung geben und sich einzelnen Fragenbereichen widmen, die in den nächsten Jahren an Bedeutung gewinnen werden: Tarifrecht, Steuerrecht, PPP, Krankenhaussanierung und Rationalisierung bzw. Rationierung. Dabei werden die Tagungsteilnehmer auch Gelegenheit haben, in kleineren Runden ihre eigenen Überlegungen mit Spezialisten zu diskutieren.

Informationen und Anmeldung

Institut für Sozialrecht
der Ruhr-Universität Bochum
Universitätsstraße 150
NA 6/34
44780 Bochum
T 0234 32 22239
F 0234 32 14359
ifs@rub.de

Vorankündigung

Die Zukunft der gesetzlichen Krankenkassen nach dem GKV-OrgWG – Roadshow

Frühjahr 2009, Veranstaltungsorte (vorläufig): Berlin, Hamburg, Köln, Essen, München

Themen:

- aufsichtsrechtliche Sanierung contra Insolvenz
- Herausforderungen bei Krankenkassenreformen meistern
- HGB-Bilanzierung für Krankenkassen?
- Krankenkassen und Vergaberecht: Vorgaben, Sanktionen, Risiken
- integriertes internes Überwachungssystem

Informationen und Anmeldung

RA Dr. Mathias Maria Knorr
KPMG Rechtsanwaltsgesellschaft mbH
Alfredstraße 277
45133 Essen
T 0201 1258449-903
mathiasmariaknorr@kpmg-law.com



**Anmeldungen/Abmeldungen/Anschriftenänderungen für das Printformat
Gesundheitsbarometer:**

Christoph Arnold
T 030 2068-1675
F 01802 11991-0590
carnold@kpmg.com

Über Ihr Feedback zum Newsletter „Gesundheitsbarometer“ freuen wir uns sehr.

Bitte zögern Sie nicht, uns außerdem auf weitere Interessenten hinzuweisen, die an einem regelmäßigen Bezug des Newsletters interessiert sind.

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

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

Christoph Arnold
T 030 2068-1675
carnold@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.

© 2009 KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, eine Konzerngesellschaft der KPMG Europe LLP und Mitglied des KPMG-Netzwerks unabhängiger Mitgliedsfirmen, die KPMG International, einer Genossenschaft schweizerischen Rechts, angeschlossen sind. Alle Rechte vorbehalten. Printed in Germany. KPMG und das KPMG-Logo sind eingetragene Markenzeichen von KPMG International.