

Mit einem Gastbeitrag
von Prof. Heinz Lohmann,
Gesundheitsunternehmer,
zum Thema „Verzahnung von
Sozial- und Wohnungswirtschaft“
Seite 2

Ausgabe 2/2015

Heft 26, 8. Jahrgang

Schwerpunktthema: Benchmarking – Best Practice im Gesundheitswesen

Nicht nur die richtigen Dinge tun, sondern die Dinge auch richtig tun, so lässt sich Benchmarking und damit der Schwerpunkt dieses Gesundheitsbarometers umschreiben, der sich diesmal durch die gesamte Ausgabe zieht. Worauf es dabei ankommt, welche Widerstände es zu überwinden gilt, welche Branchen der Gesundheitswirtschaft als Vorbild dienen können und was wir von anderen Ländern lernen können, erfahren Sie in unserem Einstiegsartikel. Unsere Interviewpartner geben uns Auskunft über ihre Erfahrungen mit Benchmarking, berichten darüber, welche Kennzahlen sie benutzen und welche Möglichkeiten und Grenzen ihrer Meinung nach damit verbunden sind. Mit der KPMG-Datenbank Krankenhaus 300® und – neu – dem GKV-Data-Monitor von KPMG stellen wir Ihnen zudem zwei umfangreiche Zahlenwerke vor, die den Vergleich der eigenen Einrichtung mit Wettbewerbern ermöglichen.

GASTBEITRAG	
Prof. Heinz Lohmann, Gesundheitsunternehmer, zum Thema „Verzahnung von Sozial- und Wohnungswirtschaft“	2
SCHWERPUNKT	
Benchmarking – Schwerpunktartikel und Interviews	4
KRANKENHAUS	
Benchmarking der Zukunft – die KPMG-Datenbank Krankenhaus 300®	14
Benchmarking – von der Standortbestimmung zur strategischen Steuerung im Krankenhaus	16
Von Äpfeln und Birnen bei der Vergleichbarkeit von medizinischen Produkten	19
Benchmarking im Personalbereich	21
Fachlich kompetent – christlich engagiert	24
Erfolgsfaktoren einer regionalen katholischen Krankenhausgruppe	26
REHABILITATION	
Qualitätsmessung und -vergleich in Schweizer Rehabilitationskliniken	28
PFLEGEINRICHTUNGEN	
Benchmarking in der stationären Altenpflege	30
SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER	
Messen an den Besten – der GKV-Data-Monitor von KPMG	33
INTERNATIONALES	
Dr Foster – der englische Pionier für Informatik im Gesundheitswesen agiert global	35
NACHGEFRAGT	
Der Patient im Mittelpunkt Nachgefragt bei Frank Gotthardt	38
Krankenhausfinanzierung: Strategie und Management entscheidend Nachgefragt bei Jörg Moltrecht	41
STATISTIKSPLITTER	
Gesundheitszustand und Anzahl der Arztbesuche – eine statistische Betrachtung	43
NACHRICHTEN	
Umsatzsteuerfreiheit privater Krankenhausbetreiber	45
SERVICE	
Veranstaltungen	46
Publikationen	47

EDITORIAL

Benchmarking

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Benchmarking bedeutet, sich mit den Besten zu vergleichen. Klingt gut. Im deutschen Gesundheitswesen dominieren jedoch noch immer die Skeptiker des Benchmarking. Vergleichen möchte man sich schon mit anderen. Aber die eigenen Daten preisgeben? Sich gar einzugestehen, dass man nicht zu den Besten gehört? Lieber nicht. Hier ist Umdenken gefragt. Bereits heute sind sehr viele Daten über Gesundheitseinrichtungen öffentlich verfügbar. So kann man beispielsweise problemlos Wettbewerbsanalysen anfertigen, ohne dass es das analysierte Krankenhaus überhaupt bemerkt. Jahresabschlüsse, Qualitätsberichte, Krankenhauspläne – alles verfügbar im Internet. Sich dieser Daten nicht zu bedienen und sich nicht zu benchmarken ist leichtsinnig. Andere tun es bereits.

Der Gastbeitrag kommt dieses Mal von Prof. Heinz Lohmann. Er stellt Überlegungen zur Verzahnung von Sozial- und Wohnungswirtschaft an. Mit Frank Gotthard sprechen wir über den Patienten als informierten Kunden im Mittelpunkt der Gesundheitsversorgung.

Es lohnt sich also wieder reinzuschauen.

Ihnen alles Gute. Bis bald.

Prof. Dr. Volker Penter
Partner, Head of Health Care

Demografie treibt den Wandel

Gesundheitswirtschaft Hand in Hand mit der Wohnungswirtschaft

Gastbeitrag von Prof. Heinz Lohmann, Gesundheitsunternehmer

Die Gesundheitswirtschaft kann von anderen Branchen viel lernen. Was anderswo bereits seit Jahren gang und gäbe ist, bricht sich bei ambulanten und stationären Gesundheitsanbietern teilweise jetzt erst Bahn. Wenn es um die Demografie geht, hat die Gesundheitswirtschaft allerdings die Nase vorn. Was für die jungen Menschen die Disco ist, ist für die alten die Apotheke. Bereits seit 20 Jahren macht sich der tief greifende Wandel in Praxen und Krankenhäusern bemerkbar. Mehr und mehr erfasst die älter werdende Gesellschaft viele Lebensbereiche, so auch die Wohnungswirtschaft. Das erfordert in Zukunft eine enge Kooperation.

Prozesse, Prozesse, Prozesse

Die immer größer werdenden Herausforderungen zwingen die Kliniken umzudenken. Allenthalben werden neue Konzepte diskutiert. Jetzt geht es darum, sie tatkräftig in die Praxis umzusetzen. Letzteres ist besonders wichtig, weil es ausreichend Pläne gibt. Realisierte Projekte sind hingegen schon seltener. Dabei werden die Herausforderungen immer größer. Eine innovative Branche, wie sie die Gesundheitswirtschaft ist, entwickelt ständig neue und sehr häufig auch segensreiche medizinische Angebote. Zudem tut die Demografie ihr Übriges. Kurz – die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen steigt. Gleichzeitig werden die finanziellen Mittel aus dem Sozialtransfer knapp. Diese immer weiter aufgehende Schere sorgt seit Jahren für einen Kostendruck im System, der von den Betroffenen immer schmerzlicher wahrgenommen wird. Zudem steigen jetzt zusätzlich die Anforderungen an die Qualität der Leistungen, weil die Patienten auch zu Konsumenten werden.

Diese Entwicklung ist zwar noch ganz am Anfang, aber sie macht sich auf dem Gesundheitsmarkt schon bemerkbar. Hintergrund ist die stei-

gende Patientensouveränität aufgrund der schwindenden Intransparenz. Das Internet und die damit verbundenen Informationsmöglichkeiten sind hierfür ein ganz wesentlicher Faktor. Schon heute entscheiden sich immer mehr Patienten, einen längeren Weg in Kauf zu nehmen, wenn sie dafür in einem spezialisierten Zentrum behandelt werden. Spitäler müssen diesem Trend genauso entsprechen wie der ambulante Sektor. Konzentration und Vernetzung sind deshalb die zentralen Stichworte für die Geschäftsmodelle der Zukunft. Wie in vielen anderen Branchen vorher heißt das Zauberwort in der Gesundheitswirtschaft jetzt auch: Prozesse!

Vom „schneller“ zum „anders“ arbeiten

Es kann angesichts der Herausforderungen nicht darum gehen, immer schneller zu arbeiten. Weder Mitarbeiter noch Patienten sind bereit, die Folgen eines solchen Vorgehens auf die Dauer zu ertragen. Deshalb geht es jetzt darum, anders zu arbeiten. Wir dürfen unsere wertvollen Ärzte und Krankenpflegekräfte nicht mit dem üblichen Improvisationstheater weiterhin verplempern! Wer mit dem Ohr am Telefon hängt und mit der Nase im Dokumentationsbogen steckt oder mit der Blutprobe über das Krankenhausgelände hastet, kann nicht da sein, wo er eigentlich hingehört: beim Patienten.

So geht es nicht weiter. Das gilt insbesondere, weil in Zukunft das Personal knapp wird. Die Gesundheitswirtschaft kämpft dabei mit anderen, durchaus auch attraktiven Branchen um die Talente. Zudem wandeln sich die Ansprüche der Mitarbeiter. Die Medizin wird weiblich. Die Männer übrigens auch. Ärztinnen und Ärzte wollen nicht mehr nur 24 Stunden, 7 Tage die Woche, 365 Tage im Jahr Leben retten. Sie wollen auch leben. Nicht zuletzt deshalb müssen Spitäler ihren Betrieb umkrempeln. Die Prozes-

se müssen strukturiert werden, um sie auf einen digitalen Workflow umzustellen. Plakativ gesagt: Der Behandlungsprozess muss vom Handbetrieb auf Automatik umgestellt werden.

Chancen durch Demografie

Der demografische Wandel stellt die verschiedensten Branchen vor neue Herausforderungen. Bei näherer Betrachtung lassen sich aus den unausweichlichen Veränderungen viele Synergien entwickeln, wenn an den richtigen Stellen kooperiert wird. Dabei ist es für die Gesundheits- und Sozialwirtschaft genauso wichtig wie zum Beispiel für die Wohnungswirtschaft, sich konsequent an den Interessen der jeweiligen Kunden zu orientieren. Ihre Ansprüche müssen im Zentrum der Erneuerungen stehen. Sie müssen den Takt für die Neugestaltung der Prozessabläufe vorgeben.

Für die Wohnungswirtschaft heißt das insbesondere zweierlei: Natürlich sind zunächst bauliche Veränderungen der Wohnungen und des Wohnungsumfelds mit zunehmendem Alter der Bewohner wichtig. Salopp gesagt, es werden nicht mehr so viele Rutschen für Kinder hinter dem Wohnhaus benötigt, dafür aber welche für Senioren am Treppengeländer, und das möglichst hinauf. Aber genauso wichtig sind Serviceleistungen, die es den Senioren ermöglichen, mit Hilfestellung in der eigenen Wohnung zu bleiben. Genau das möchten im Übrigen auch die meisten Menschen. Viele der Leistungen, die da benötigt werden, gibt es in der Gesundheits- und Sozialwirtschaft schon. Deshalb ist die Kooperation zwischen ihr und der Wohnungswirtschaft so erstrebenswert.

Kooperation durch strukturierte Prozesse

Die Veränderungen in der Gesundheitswirtschaft hin zu mehr strukturierten Behandlungsprozessen ermöglichen eine enge Verzahnung mit den

Anforderungen der Wohnungswirtschaft. Sie kann sich genau wie die Sozialwirtschaft jetzt schon in diese Entwicklung einklinken. Geplante durchgängige Leistungsangebote sind das, was Menschen erwarten. Sie wollen sich die für ihr weiteres Leben erforderlichen Produkte und Dienstleistungen nicht selbst zusammenbasteln. Teilweise sind sie dazu auch gar nicht in der Lage. Sie möchten verschränkte Angebote, die ihren Erwartungen umfassend gerecht werden. Deshalb ist es für die beteiligten Akteure unaufschiebbar, gemeinsam Versorgungslösungen zu entwickeln und sie mit allen Beteiligten auf der Basis strukturierter Prozesse zu realisieren.

Kompaktlösungen auf der Basis strukturierter Prozesse erfordern eine enge Zusammenarbeit im lokalen Umfeld. Hier kommt der Wohnungswirtschaft eine besondere Bedeutung zu, weil ihre Mieter das Ziel dieser Bemühungen sind. Sie muss künftig eine zentrale Rolle als Vermittlerin einnehmen.

Angebotsvielfalt im Gesundheitscenter

Wenn die Prozesse in Zukunft stärker auf die Bedürfnisse der Kunden ausgerichtet werden, müssen auch die Strukturen entsprechend umgestaltet werden. Damit werden Veränderungen nachvollzogen, die in anderen Branchen bereits stattgefunden haben. So hat etwa der Einzelhandel in den letzten 30 Jahren in einem sich verschärfenden Wettbewerb auf das veränderte Konsumentenverhalten reagiert. Viele Kaufhäuser wurden in diesem Zuge zu Einkaufszentren umgewandelt. Die Kunden müssen nur noch einen Ort ansteuern, um viele Produkte in großer Auswahl von verschiedenen Anbietern erwerben zu können. Dieser Gedanke kann auch auf einen Wirtschaftssektor übertragen werden, der stark von Dienstleistungen geprägt ist. Deshalb sind traditio-

nelle Gesundheitsanbieter, wie etwa Kliniken, bereits in einem tief greifenden Wandel begriffen. Kurz gesagt: Krankenhäuser werden zu Gesundheits- und Sozialcentern.

Gesundheits- und Sozialcenter wird es in ganz unterschiedlicher Gestalt geben. Natürlich unterscheiden sie sich in ihrer Dimensionierung je nach Standort. In Metropolen werden insbesondere die Gesundheitsangebote auf höchstem Level vertreten sein. Auch in dieser Hinsicht können sich die neuen Strukturen in unseren Branchen an den Vorbildern im Einzelhandel orientieren.

Der Einzelne und die Gesellschaft profitieren

Die Kooperation zwischen der Wohnungswirtschaft und der Gesundheits- und Sozialwirtschaft bietet viele wirtschaftliche Chancen für die beteiligten Akteure. Aber sie ist insbesondere für die Gesellschaft wünschenswert. Angesichts der Herausforderungen, vor denen die Kranken- und Pflegekassen stehen, ist es äußerst sinnvoll und den Wünschen der Menschen entsprechend, das möglichst lange Wohnen in den eigenen vier Wänden zu ermöglichen. Unterstütztes Wohnen in der eigenen Wohnung kann nicht in jedem Fall stationäre Pflege ersetzen. Aber die Versorgung in Pflegeheimen darf nicht das vorherrschende Angebot bleiben. Das wäre auch gesellschaftlich bei steigendem Bedarf weder finanziell noch personell darstellbar. Wichtig ist, in Zukunft einen möglichst großen Anteil der wachsenden Nachfrage durch eine enge Zusammenarbeit der ambulanten Angebote mit der Wohnungswirtschaft zu befriedigen. Die Pflegeheimbetreiber können im Rahmen eines solchen Konzepts durchaus mitwirken, indem sie auch im Umfeld ihrer Einrichtungen tätig werden. Ein solches Gesamtkonzept zwischen Wohnungswirtschaft und Gesundheits- und Sozialwirtschaft



Prof. Heinz Lohmann

Heinz Lohmann ist Gesundheitsunternehmer, unter anderem in der LOHMANN konzept GmbH, der WISO HANSE management GmbH und der Lohmann media.tv GmbH in Hamburg sowie in der agentur gesundheitswirtschaft gmbh in Wien. Zuvor übte er leitende Funktionen in der privaten Wirtschaft und im öffentlichen Sektor aus, davon über 35 Jahre in der Gesundheitswirtschaft. Heinz Lohmann ist Professor der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg und Autor zahlreicher Publikationen. Darüber hinaus ist er Vorsitzender der Initiative Gesundheitswirtschaft e. V. Privat ist er Sammler und Förderer experimenteller Gegenwartskunst.

wird den Erwartungen der Menschen gerecht und hält das Gesamtsystem finanzierbar. Es hat also Vorteile für den Einzelnen und die Gesellschaft.

11. Gesundheitswirtschaftskongress eröffnet den Dialog

Die Distanz zwischen Gesundheits- und Wohnungswirtschaft soll überwunden werden. Der 11. Gesundheitswirtschaftskongress am 16. und 17. September dieses Jahres in Hamburg wird deshalb einen intensiven Dialog zwischen den bisher weitgehend getrennten Welten einleiten. Die Räder müssen nicht neu erfunden werden, aber sie müssen künftig ineinandergreifen. Dazu bietet der Gesundheitswirtschaftskongress die richtige Plattform. Die Gesundheitswirtschaft wird damit beim Thema Demografie zum Taktgeber künftiger Entwicklungen. Hier können andere Branchen viel von ihr lernen.

Ihr
Prof. Heinz Lohmann

Benchmarking – zwischen Prüfungsangst und Olympiagewinn

„Wenn Du den Feind kennst und Dich selbst, musst Du auch hundert Schlachten nicht fürchten. Wenn Du Dich selbst kennst, aber den Feind nicht, wirst Du für jeden Sieg auch eine Niederlage einstecken. Wenn Du weder den Feind kennst noch Dich selbst, wirst Du in jeder Schlacht unterliegen.“¹

Autor: Stefan Friedrich, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, München

Der Weg bis zur bestandenen Prüfung ist steinig

Sportler messen ihre Leistungsfähigkeit in Olympiaden und Weltmeisterschaften. Lernende Schüler stellen ihren Wissensstand in Examensprüfungen unter Beweis. Selbst Spitzenforscher sammeln Veröffentlichungspunkte und versuchen so, in wissenschaftlichen Rankings zu glänzen. Dabei ist der Weg zum Leistungsvergleich oft mühsam und ungerecht: Wer tritt schon gern zur Prüfung an? Während die eine Fußballmannschaft in der EM-Qualifikation auf leichte Gegner trifft und so mühelos an der Tabellenspitze der Qualifikationsgruppe steht, klagen andere über „Hammerlose“. Prüfungs- oder Wettkampfängst macht dem Kandidaten das Leben schwer. Schneidet man zudem in Wettkämpfen schlecht ab, wird analysiert und interpretiert, die Resultate dieser Leistungsvergleiche seien oft verzerrt. Schleswig-Holsteins Kultusministerin Waltraud Wende wollte im April 2014 Schulnoten abschaffen, sie seien reine Glückssache. Unabhängig davon, ob dann mehr Gerechtigkeit bestehen würde: Durch einen sportlichen oder akademischen Wettkampf werden Athleten oder Forscher – ja alle, die sich dem Vergleich stellen müssen – zu Spitzenleistungen motiviert.

Olympischer Geist für Unternehmen

Das Konzept des olympischen Gedankens ist zunächst einmal auch auf die Wirtschaft übertragbar. Hier als sogenannter Betriebsvergleich bekannt, gilt

er als ein Instrument zur Feststellung der eigenen Leistungsfähigkeit, der Marktposition sowie von Schwächen und Stärken. Laut Gabler Wirtschaftslexikon versteht man unter einem Betriebsvergleich das systematische, nach bestimmten Methoden durchgeführte Vergleichen betrieblicher Größen zur Beurteilung wirtschaftlicher Tatbestände. Der Betriebsvergleich soll ein Hilfsmittel zur Planung, Kontrolle und Steuerung des Betriebsgeschehens sein. Wie beim sportlichen Wettkampf bietet ein Betriebsvergleich damit die Möglichkeit, vom Besseren, von Marktführern zu lernen, um im wettbewerblichen Alltag zu bestehen. Um solch einen Betriebsvergleich effizient durchführen zu können, wurden verschiedene Ansätze entwickelt. Benchmarking ist ein Weg, der sich besonders daran orientiert, von erfolgreichen Unternehmen, von „Klassenbesten“ zu lernen.

Benchmarking – Hintergrund und Zweck

Benchmarking ist ein weitverbreitetes Managementtool aus dem Bereich des strategischen Controllings. In international ausgerichteten Umfragen zu beliebten Managementinstrumenten wird es regelmäßig unter den Top-5 genannt. Zwei Drittel bis vier Fünftel der befragten Industrieunternehmen nutzen Benchmarking jährlich. Der Begriff kommt aus dem Amerikanischen und bedeutet Maßstäbe setzen. Diese Maßstäbe werden definiert anhand einer kontinuierlichen Vergleichsanalyse von Produkten oder Dienstleistungen, Prozessen und Methoden eines

Unternehmens gegenüber denen der branchenbesten Wettbewerber. Zweck des Benchmarkings ist es, die Leistungslücke zum führenden Unternehmen in der Branche systematisch zu schließen, Denkanstöße und Impulse zu setzen, sich zu hinterfragen und Unruhe – im wahrsten Sinne des Wortes – zu stiften. Im Umkehrschluss dient Benchmarking jedoch nicht primär dazu, sich von externer oder interner Stelle bestätigen oder loben zu lassen.

Modeerscheinung aus dem Baukasten der Unternehmensberater?

Benchmarking ist weder eine Modeerscheinung noch eine Eintagsfliege, die aus dem Repertoire der Unternehmensberater entsprungen ist: Die ersten Ansätze des Benchmarkings wurden schon Ende des 19. Jahrhunderts durch Frederick Taylor geschaffen, der die Anwendung wissenschaftlicher Methoden auf Geschäftsabläufe untersuchte und Arbeitsprozesse verglich. So ist die Einführung der ersten Fließbänder in der Automobilindustrie im Jahre 1916 durch Henry Ford einem Besuch einer Großschlachtere in Chicago zu verdanken, in der Schweinehälften an einer Hängebahn von Arbeitsplatz zu Arbeitsplatz transportiert wurden. Auch das weitverbreitete Kanban-System des Japaners Ohno ist auf die Beobachtung in amerikanischen Supermärkten der Sechzigerjahre zurückzuführen.

Die Prägung des Begriffs Benchmarking selbst wird auf die Xerox Corporation zurückgeführt. Xerox verlor 1979 massiv Marktanteile. Daraufhin wurde in der Produktion ein marktbezogenes Benchmarking angeordnet, das Kopierer, die auf dem Markt zu finden waren, hinsichtlich Merkmalen wie Herstellungskosten und Design analysierte. Auf Basis der Ergebnisse wurden neue Denkweisen formuliert. Aufgrund des Erfolgs in der Fertigung führte das Management Benchmarking

king zwei Jahre später firmenübergreifend ein. Noch heute ist Benchmarking ein wesentliches Element der Firmenkultur von Xerox.

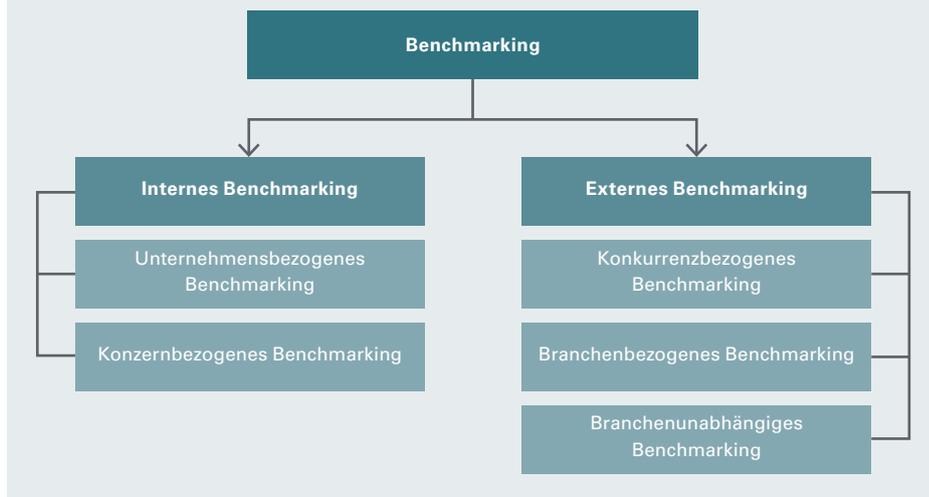
Die weitere Verbreitung des Benchmarking setzte jedoch erst Ende der Achtzigerjahre in den USA ein, „als immer mehr qualitätsorientierte Unternehmen erkannten, dass sie leichter von Unternehmen außerhalb ihrer Branche lernten als aus Konkurrenzstudien“² und Benchmarking nunmehr „zum Herausfinden von Alternativen, zur Umsetzung von Strategien und zur Steigerung der Produktivität diente, wobei die erfolgreichen Verfahren externer Partner, mit denen eine andauernde Geschäftsallianz gebildet wurde, verstanden und übernommen wurden.“³

Das kleine Einmaleins der Benchmarkingmethodik

Benchmarking umfasst im Allgemeinen vier Stufen. Während der Planung wird das Objekt (Produkt, Methode, Prozess), das analysiert und verglichen werden soll, ausgewählt und die Vergleichswerte und -unternehmen werden festgelegt. Danach werden die Daten aus Primär- oder Sekundärquellen gesammelt und analysiert. Nun folgen der Vergleich zwischen den Unternehmen und die Feststellung eventueller Leistungslücken. Abschließend wird eine Strategie zur Verbesserung der eigenen Performance entwickelt, die sich am Best Practice-Konkurrenten orientiert.

Benchmarking lässt sich in zwei Arten unterteilen – internes und externes Benchmarking. Internes Benchmarking in einer einzelnen Einrichtung verlangt häufig den Vergleich mit anderen Organisationseinheiten, während sich zum Beispiel die verschiedenen Häuser einer Klinikette untereinander messen können (konzernbezogenes Benchmarking). Beim externen Benchmarking werden Vergleiche mit

Abbildung 1
Arten von Benchmarking
Quelle: KPMG, 2015



direkten Wettbewerbern (konkurrenzbezogenes Benchmarking), mit strukturähnlichen (branchenbezogenes Benchmarking) oder sogar branchenfremden Organisationen (branchenunabhängiges Benchmarking) angestrebt. Hierbei kann Benchmarking auf sämtliche Aspekte des Geschäfts angewendet werden, zum Beispiel auf Produkte und Dienstleistungen, Prozesse der Herstellung der Produkte oder Prozessabläufe und Methoden, die diese Produkte und Dienstleistungen zu den Kunden/Patienten bringen (Abbildung 1).

Voraussetzungen für Benchmarking

Wichtigste Voraussetzung zur Durchführung von Benchmarkingauswertungen ist der Mut und die Offenheit, zum Leistungsvergleich anzutreten. Ein großer Teil von Benchmarkinginitiativen scheitert daran, dass vorab kein Interesse und Wille zum Leistungsvergleich besteht sowie Angst vor dem zweiten Platz herrscht – da die zu vergleichenden Objekte nicht wirklich vergleichbar sind, da keine Daten vorhanden sind oder da die Überflughöhe zu hoch

angesetzt ist. Gründe, gar nicht erst zum Wettkampf anzutreten und von Besseren zu lernen, finden sich immer.

Um Benchmarking erfolgreich durchzuführen, müssen auch praktische Voraussetzungen erfüllt sein. Die Erfassung und Ermittlung akkurater und sinnvoller Daten von vergleichbaren Unternehmen ist besonders im konkurrenzbezogenen Benchmarking oft schwierig. Hier können unabhängige Institute, Berater oder Industrievereinigungen als Clearing-Stelle dienen. Auch beim internen Benchmarking besteht die Möglichkeit, dass einzelne Fachabteilungen zum Beispiel ihre Schwachstellen nicht offenlegen wollen, da sie Sanktionen fürchten. Für die Entwicklung einer Verbesserungsstrategie aus den Erkenntnissen des Benchmarking ist es wichtig, bei der Auswertung der Datenbasis pragmatisch vorzugehen und später keine simple Kopie des „Klassenbesten“ vorzunehmen, sondern die Best Practice-Methoden individuell anzupassen.

Etabliert in der Industrie, diskutiert in der deutschen Gesundheitswirtschaft: „Uns kann man nicht vergleichen“

Aufgrund des stetig steigenden Kostendrucks und der sich verschärfenden Wettbewerbssituation sind deutsche Gesundheitsunternehmen kontinuierlich gefordert, durch die Anwendung betriebswirtschaftlich sinnvoller Instrumente und Methoden ihre Wirtschaftlichkeit zu optimieren. Richtig eingesetztes Benchmarking soll erste Ansätze für die Verbesserung von medizinischen Strukturen, Verwaltungsprozessen sowie der finanziellen Leistungsfähigkeit liefern. Im Vergleich zu anderen gesundheitswirtschaftlichen Controllinginstrumenten ist Benchmarking jedoch noch relativ jung. Zudem existieren hinsichtlich der Durchführung von Benchmarking in der deutschen Gesundheitswirtschaft Vorurteile. Die häufigsten sind dabei:

- Aufgrund der Individualität einzelner Unternehmen und ihrer Bereiche kann die Vergleichbarkeit von Leistungen und Prozessen nicht gewährleistet werden. („Wir sind nicht vergleichbar.“)
- Die Sicherheit der Daten gegenüber unbeteiligten Dritten kann nicht gewährleistet werden, sodass dadurch die Wettbewerbsposition negativ beeinflusst werden kann. („Datenschutz in Deutschland ist ein komplexes Thema.“)
- Aufgrund der Komplexität, der Dauer und des großen Umfangs ist die vollständige Erfassung aller erforderlichen Daten problematisch beziehungsweise unmöglich. („Benchmarking muss sehr genau sein – das ist aufwendig.“)

Best Practice in deutschen Krankenhäusern ist die Durchführung von Fallkostenvergleichen, die auf Daten des Instituts für das Entgeltsystem im

Krankenhaus (InEK) basieren, wobei hier nicht transparent ist, wie die Zusammensetzung der Vergleichsgruppe gesteuert wird. Hierzu bedient man sich der Leistungs- und Kostendaten von Kalkulationskrankenhäusern. Die Grundlage der Kalkulationsdatensätze bilden dabei die Zuordnungsrichtlinien aus dem Handbuch zur Kalkulation von Fallkosten.

Weiterhin findet man einzelne Benchmarkingclubs, die der Idee des konkurrenzbezogenen Benchmarking folgen – wie beispielsweise die Initiativen des Verbands der Universitätsklinik (VUD) oder des Vereins Arzneimittel und Kooperation im Gesundheitswesen (AKG). Wobei hier darauf hinzuweisen bleibt, dass innerhalb von Benchmarkingclubs immer beachtet werden muss, inwiefern durch die Freigabe von Unternehmensinformationen die eigene Wettbewerbssituation möglicherweise negativ beeinflusst wird. Ab einer gewissen Konzerngröße können mittlerweile einige wenige deutsche Gesundheitsunternehmen, insbesondere im Bereich der Rehabilitation und Akutversorgung, interne Benchmarkings durchführen, was jedoch einer gewissen Mindestanzahl von teilnehmenden Konzerneinrichtungen bedarf. Wichtig ist jedoch, auch in großen Konzernstrukturen nicht völlig die externe Perspektive auszublenden.

Öffentlich verfügbare Benchmarkingquellen für deutsche Gesundheitsunternehmen gibt es dabei genug. Die Daten des Statistischen Bundesamts, der statistischen Landesämter, der Gesundheitseinrichtungsverzeichnisse, des Bundesanzeigers, des Gemeinsamen Bundesausschusses sind ebenso verfügbar wie auch unzählige Daten der Kostenträger, zum Beispiel die Qualitätsdaten. Sie alle sind frei, ohne Datenschutzrestriktionen schnell verfügbar und grundsätzlich geeignet, um Benchmarking durchzuführen.

In anderen Ländern wird Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft wesentlich standardisierter und professioneller betrieben und mittlerweile seit Jahrzehnten als regulatorisches oder betriebswirtschaftliches Managementinstrument zum Erkenntnisgewinn eingesetzt.

Internationale Best Practices: Vorreiterbeispiele aus anderen Ländern

Benchmarkingverfahren haben sich außerhalb Deutschlands verstärkt als effektive Instrumente der Leistungsmessung und zur Verbesserung des Lernens etabliert. Neben der Anwendung in der Industrie wird das Konzept auch im öffentlichen Sektor sowie in Krankenhäusern, Schulen und kulturellen Einrichtungen angewandt. Sogar Länder können einem solchen Kennzahlen- und indikatorengestützten Leistungsvergleich gegenüber anderen Nationen unterzogen werden.

Die Praxis von Leistungsmessung und -vergleich in den öffentlichen Verwaltungen einiger Länder, etwa Großbritanniens, geht bereits bis ins ausgehende 19. Jahrhundert zurück. In Großbritannien stellen der Verband der Britischen Industrie (CBI) sowie die British Quality Foundation Datenbanken zur Onlinebewertung von Verfahren und Leistungen in verarbeitenden Unternehmen zur Verfügung. In Europa bietet die European Foundation for Quality Management (EFQM) mit circa 500 Mitgliedern aus Wirtschaft und Forschung ein Business Excellence-Modell, das eine Rahmenrichtlinie für die organisatorische Selbsteinschätzung darstellt und Hilfestellung für den Aufbau und die kontinuierliche Weiterentwicklung eines umfassenden Managementsystems gibt. Auch in den USA hat Benchmarking eine wesentlich längere Tradition als in Deutschland. Der Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA) ist

ein 1987 per Gesetz durch den amerikanischen Kongress eingeführter nationaler Qualitätspreis. Der Preis wird jährlich in drei Kategorien an US-Unternehmen verliehen: produzierende Unternehmen, Dienstleistungsunternehmen und kleine und mittlere Unternehmen bis 500 Mitarbeiter. Auch das International Benchmarking Clearinghouse des American Productivity & Quality Center (APQC) gibt gegen Gebühr Zugang zu einer Best Practices-Onlinedatenbank und anderen Benchmarkingressourcen.

Im Gesundheitsbereich existiert das NHS Benchmarking Network als hausinternes Benchmarkinginstitut des britischen National Health Service mit mehr als 300 Mitgliedern. Das Netzwerk ist eine gemeinnützige Gesellschaft, die einschlägige und fundierte Leistungsvergleiche produziert und den Mitgliedern Zugang zu Projekten gewährt, die Verbesserungen in Produktivität und Leistung sowie eine Erhöhung des Patientennutzens ermöglichen. In den USA publiziert die Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) Krankenhausrankings, um die Qualität der öffentlichen Gesundheitsfürsorge durch Akkreditierungen im Gesundheitswesen und in verwandten Diensten zu verbessern. Die JCAHO überprüft und zertifiziert mehr als 19.500 Gesundheitsorganisationen in den Vereinigten Staaten, zum Beispiel Kliniken, Gesundheitsnetzwerke, Managed Care-Organisationen sowie Gesundheitsorganisationen, die ambulante Behandlung, Langzeitpflege, Gesundheitsverhaltensfürsorge, Labor- und ambulante Dienste anbieten. Allerdings geben viele der Rankings keinen genaueren Einblick in die organisatorische Praxis der Kliniken, da sie auf allgemein verfügbaren Daten basieren.

Das Benchmarking liefert nicht nur spannende Einsichten, wie der beste Wettbewerber einer Branche seine Abläufe organisiert, seine Kosten

managt und was er tut, um sein Leistungslevel zu halten. Es gibt den anderen Firmen oder Institutionen zugleich wichtige Orientierungshilfen für ihr eigenes Management.

Fazit: „Vergleiche hinken. Trotzdem bringen sie uns im Schrittempo weiter.“ (Walter Ludin)

Mithilfe von industrie- oder gar einrichtungsspezifischen Benchmarkings können Ineffizienzen identifiziert und wirtschaftliche Reserven gehoben werden. Benchmarking erlaubt eine realistische Bewertung der aktuellen Wettbewerbssituation eines Unternehmens. Es ist ein erster Schritt einer Analyse, in der Anhaltspunkte identifiziert werden können, die in der Folge gezielt näher betrachtet werden sollten. Durch den Einsatz weiterer Analysewerkzeuge kann schließlich eine Strategie zur Erreichung des Ziels entwickelt werden. Aus Benchmarkingdaten die richtigen Schlüsse zu ziehen und die Ergebnisse unter Beachtung individueller Besonderheiten der Industrie oder Region korrekt zu interpretieren, ist für alle Unternehmen und Institutionen, die es anwenden, von großer Bedeutung. Durch das Identifizieren einer Best Practice entsteht ein Veränderungsdruck im Unternehmen. Benchmarking ist jedoch kein Allheilmittel, das nach einmaliger Durchführung sämtliche Probleme lösen kann. Um durch Benchmarking langfristige Erfolge zu erreichen, ist es notwendig, das Konzept als ein kontinuierliches Projekt in das Management zu integrieren. Nur durch immer wieder neue Benchmarkings lässt sich eine Lernkultur fördern und im Unternehmen etablieren.

Allen Beteiligten muss bei der Durchführung von Benchmarkinganalysen klar sein, dass sie im Endeffekt nur ein Hilfsmittel für das Management sind. Benchmarking kann nur Indikatoren für Handlungsbedarf aufzeigen

und nimmt eine sogenannte Scheinwerferfunktion ein: Durch Kennzahlen wird der Fokus auf auffällige Merkmale des Unternehmens gerichtet. Ob und in welchem Ausmaß tatsächlich Handlungsbedarf besteht, muss durch weitere individuelle Analysen geklärt werden. Dem Management obliegt es, Änderungsmaßnahmen durchzuführen, wenn sich aus dem sportlichen Wettkampf ergibt, dass der erste Tabellenplatz in bestimmten Handlungsbereichen noch nicht erreicht ist. ■

- 1 General Sun Tzu 500 v. Chr.
- 2 Watson, Gregory H., Benchmarking, Vom Besten lernen. Landsberg, Lech 1993, S. 25
- 3 Ebenda, S. 26



Stefan Friedrich
Senior Manager,
Gesundheitswirtschaft,
Governance & Assurance
Services, KPMG AG
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
T +49 89 9282-1942
sfriedrich@kpmg.com

INTERVIEW

Erfolgsfaktor Benchmarking – auf die richtige Fragestellung kommt es an

Dr. Olaf Bornemeier, Vorstandsvorsitzender der Mühlenkreiskliniken, Minden, im Gespräch mit Udo Banke, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Dortmund

Wo liegen aus Ihrer Sicht die Vorteile eines Benchmarking für Krankenhäuser?

Unter den sich ständig wandelnden Rahmenbedingungen der Gesundheitswirtschaft sind Krankenhäuser zunehmend gezwungen, sich neben der Verbesserung der medizinischen Versorgung auch mit der Gestaltung ablauforganisatorischer Aspekte auseinanderzusetzen. In diesem Zusammenhang werden ständig Methoden benötigt, die Reorganisationsvorhaben unterstützen. Neben anderen Instrumenten ist das Benchmarking solch eine Methode. Es hilft zum einen, Probleme zu erkennen, etwa indem Kennzahlen miteinander verglichen werden. Zum anderen kann es aber auch Problemlösungen generieren, indem konkrete Abläufe einander gegenübergestellt werden. In diesem Fall zeigt Benchmarking Lösungen, die schnell implementiert werden können, da sie bereits an anderer Stelle erfolgreich angewandt werden. In Zeiten kontinuierlichen Wandels ist dieser Aspekt nicht zu unterschätzen, da die Ressourcen für Reorganisationsvorhaben begrenzt sind.

Benchmarking kann für Einrichtungen sehr zeitaufwendig und kostenintensiv sein. Wie kann eine schnelle und effiziente Vorgehensweise sichergestellt werden?

Benchmarking ist ein betriebswirtschaftliches Instrument, das selbst dem Rationalgebot unterliegt. Wer sicherstellen möchte, dass es effizient eingesetzt wird, bedarf meines Erachtens einer gesonderten Projektorganisation, da ein Benchmarking nicht „mal eben“ neben dem Tagesgeschäft durchgeführt werden kann. Darüber hinaus braucht es einen Projektleiter, der über besondere soziale Kompetenzen verfügen muss. Hierfür gibt es zwei Gründe: Zum einen werden Mitarbeiter mit Schwächen konfrontiert, die in suboptimalen, im Vergleich zu

anderen schlechteren Ergebnissen Ausdruck finden. Zum anderen müssen neben professionellen Grenzen häufig organisatorische Abgrenzungen überwunden werden. Insofern sind eine vertrauensvolle Basis und eine konstruktive Zusammenarbeit oftmals wichtiger als organisatorische Gliederungen und Hierarchien, wenngleich das Management Commitment natürlich nicht fehlen darf.

In welchen Bereichen setzen Sie innerhalb Ihrer Klinik ein Benchmarking ein und warum? Welche Rolle spielt dabei die Möglichkeit der Orientierung an Mitbewerbern im Umfeld Ihres Unternehmens?

Gegenwärtig führen wir keine Benchmarkingprojekte im engeren Sinne durch. Allerdings nutzen wir interne und externe Kennzahlenvergleiche zur Positionsbestimmung und gegebenenfalls zum Erkennen von Handlungsfeldern. Prozessreorganisationen finden statt, sie werden allerdings wesentlich von der Einführung des neuen Krankenhausinformationssystems bestimmt.

Wo sehen Sie die Grenzen eines internen Benchmarking?

Internes Benchmarking besitzt beträchtliches Potenzial zur Verbesserung von Abläufen und Praktiken und unterstützt zudem Effekte der Vereinheitlichung und Standardisierung innerhalb eines Krankenhauses. Des Weiteren kann es als Vorbereitung für ein externes Benchmarking dienen. Internes Benchmarking erhöht das Verständnis für die eigenen Arbeitsabläufe und generiert Daten. Die Wahrscheinlichkeit, globale Spitzenleistungen zu finden, ist allerdings eher gering. Der Informationsgehalt hinsichtlich einer umwälzenden Veränderung ist daher niedrig.

In einem Krankenhaus können grundsätzlich nahezu alle Abläufe

einem Benchmarking unterzogen werden. Wie kann aus den vielen, potenziell vorhandenen Objekten das am besten geeignete identifiziert werden? Wie treffen Sie Ihre Entscheidung?

Grundsätzlich besteht die Möglichkeit, innerhalb eines Krankenhauses, alles einem Benchmarking zu unterziehen. Aufgrund begrenzter Ressourcen muss jedoch priorisiert werden. Da es um die Verbesserung von Arbeitsprozessen geht, sollte das Benchmarking direkt an den Prozessen ansetzen. Zur Bestimmung der Prozesse, die einem Benchmarking unterzogen werden sollen, bietet sich ein zweidimensionaler Priorisierungsansatz an. Die erste Dimension beschreibt anhand harter Fakten die Bedeutung des Prozesses für den Unternehmenserfolg oder sein Verbesserungspotenzial. Die zweite Dimension kennzeichnet den Versuch, anhand „weicherer“ Faktoren die organisatorische Bereitschaft zur Durchführung von Benchmarkingprojekten und zur Veränderung von Prozessen zu bestimmen.

Worauf sollten Klinikmanager aus Ihrer Sicht bei der Definition und Bestimmung der relevanten Messgrößen achten?

Die Bestimmung der Messgrößen ist für den Erfolg eines Benchmarkingprojekts von ausschlaggebender Bedeutung. Falsche Messgrößen führen zu keinem oder sogar zu falschen Ergebnissen. Der Auswahlprozess befindet sich dabei in einem grundsätzlichen Dilemma zwischen Komplexität und Einfachheit. Auf der einen Seite sollen die Messgrößen allgemein genug sein, um den entsprechenden Daten eines Vergleichsunternehmens gegenübergestellt werden zu können. Auf der anderen Seite sollen sie jedoch spezifisch genug sein, um den zu untersuchenden Sachverhalt korrekt abzubilden. Im ersten Schritt bietet es sich für Krankenhäuser an, Daten zu verwenden,

die bereits vorhanden sind. Für spezielle Zwecke entwickelte Kennzahlen können erst verwendet werden, wenn sich Benchmarkingpartner auf ihre Anwendung geeinigt haben. Wichtig ist dabei dann eine eindeutige Definition, die keinen Interpretationsspielraum lässt.

Wie kann der Quantensprung zwischen der Generierung von Kennzahlen sowie der Möglichkeit des Betriebsvergleichs und daraus abzuleitenden konkreten Problemlösungsvorschlägen erfolgreich geschafft werden?

Die Übernahme einer Problemlösung, die in einem anderen Unternehmen entwickelt und angewendet wird, bedarf insbesondere einer Offenheit der Krankenhauskultur. Neben der Bereitschaft zum Informationsaustausch und einer generellen Veränderungsbereitschaft muss die Anschlussfähigkeit fremder Problemlösungen hergestellt werden. Haltungen wie etwa „hier ist alles ganz anders“ oder „not invented here“ müssen überwunden werden. Zu diesem Zweck sollte der Benchmarkinginsatz auch von einem Change Management-Konzept begleitet werden. ■



Dr. Olaf Bornemeier

Seit März 2015 ist Dr. Olaf Bornemeier Vorstandsvorsitzender der Mühlenkreiskliniken in Minden. Zuvor bekleidete er die Position des Stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden in diesem Gesundheitskonzern. Vor seiner Zeit in Minden war der Betriebswirt und Sozialökonom Geschäftsführer der Albert-Schweitzer-Klinik Northeim, Mitarbeiter der Unternehmensberatung Management Consult Kestermann und Mitarbeiter in der Unternehmensleitung des Landesbetriebs Krankenhäuser (LBK) Hamburg. Dort war er mitverantwortlich für die Einführung der DRGs.

INTERVIEW

Benchmarking – Initialzündung für interne Optimierungsprozesse

Sebastian Dienst, Pflegedirektor, Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH, Klinikum Neukölln, Berlin, im Gespräch mit Clara Kozak, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, München

Vivantes wirbt mit der Gewährleistung von Pflege nach aktuellen, wissenschaftlich gesicherten Erkenntnissen. Welche Instrumente setzen Sie insbesondere in der Pflege für die Qualitätsmessung und -sicherung ein?

Die in der Pflege angewendeten nationalen Expertenstandards wurden bei Vivantes weitestgehend in Verfahrensanweisungen umgewandelt. Wir haben Experten zu diesem Thema qualifiziert, die konstant daran arbeiten, dass diese Verfahrensanweisungen auch durchdrungen und umgesetzt werden.

Innerhalb der Pflege bewegen wir uns in einem Dienstleistungsbereich. Hier die Ergebnisqualität zu messen, ist sehr schwierig. Ein Patient kann sterben und trotzdem war die Qualität der Behandlung sehr gut. Das wird bisher in der politischen Qualitätsdiskussion wenig gesehen und diskutiert. Dort wird mehr die leicht messbare Strukturqualität in den Vordergrund gestellt oder eine zweifelhafte Ergebnisqualität. Ein Resultat daraus sind Noten für Heime, die auf nur bedingt aussagefähigen Indikatoren und vor allem strukturqualitätsmessenden Verfahren beruhen. Oder es werden Mortalitätsstatistiken verwendet, die zum Beispiel wenig risikoadjustiert sind.

Auch bei der pflegerischen Qualitätssicherung gibt es in meinen Augen viele negative Beispiele. Nehmen Sie etwa das BQS-Modul Dekubitus.¹ Hiermit ist es möglich, Qualitätsbenchmarkingdaten zu erheben, jedoch sind diese Werte meines Erachtens nur begrenzt aussagekräftig. So schneidet Deutschland im internationalen Vergleich bei der Frage nach der Dekubitusentstehung sehr gut ab. Hier liegt der Verdacht nahe, dass bei diesen Indikatoren, die auch noch in Weiße Listen übertragen werden, ein großes Risiko der Verfälschung vorliegt. Krankenhäuser beschäftigen Menschen damit, diese Werte möglichst optimal

zu dokumentieren, um Einfluss auf die Ergebnisse zu haben.

Womit wir gute Erfahrungen gemacht haben, ist das interne Benchmarking. Hier haben wir als Netzwerk aus neun Kliniken, 13 Pflegeheimen und zwei Seniorenwohnhäusern einen großen Vorteil im Vergleich zu Einzelhäusern. Wir können Instrumente wie beispielsweise die Risikoberichte nutzen und intern spiegeln, aber auch Sachkostenberichte und Ähnliches. Auch der Bereich Personal bietet sich an, unternehmensweite Benchmarks aufzubauen. Aber selbst der Abstimmungsprozess zu den internen Benchmarks erweist sich als kompliziert, da in unserem Netzwerk nicht alle Kliniken gleich strukturiert sind.

Und so sehe ich den Zweck von Benchmarking primär in der eigentlichen Identifikation von Indikatoren für Prozessverbesserungen. Sie geben den Anstoß für weiterführende, tiefer gehende Diskussionen im gesamten Unternehmen und führen im Idealfall zu nachhaltigen Veränderungen.

Hierin liegt für mich auch der nächste Schritt, den viele Häuser in Deutschland noch gehen müssen, bevor wir an externes Benchmarking denken: die Aufbereitung der eigenen Daten. So ist in vielen Fällen beispielsweise nicht eindeutig klar, wie viele Vollkräfte überhaupt in einem Haus tätig sind. Ein Problem ist hierbei die oft nicht einheitliche Sprache von Pflegenden und Controllern zu diesem Thema. Hier befinden sich viele Häuser noch in der Entwicklungsphase, die eigene Datenlage präzise darzustellen und damit steuerbar zu machen.

Die Frage der Effizienz rückt immer stärker in den Fokus. Haben Sie das Gefühl, dass Qualität und Wirtschaftlichkeit hier gegenläufig beurteilt beziehungsweise gewichtet werden?

Ja, definitiv. Beispielsweise hat die Kennzahl Case Mix-Punkte je Voll-

kraft in den letzten Jahren sehr stark an Bedeutung gewonnen. Hier wurde ein gehöriger Druck ins System gegeben. Im Rahmen dieser Optimierung hat sich die Quote Pflegende/zu Pflegende deutlich reduziert und das geht ab einem bestimmten Punkt nur noch auf Kosten der Qualität. Hier ist es sehr wichtig, gegenzusteuern und sich von so pauschalen Zielgrößen wieder zu befreien. Die Effizienz von Krankenhäusern kann nur gesteigert werden, wenn der Fokus auf die Prozessverbesserung – vom Primär- bis zum Tertiärprozess – gerichtet wird. Und dazu ist eine enge Verzahnung aller Berufsgruppen, die am Versorgungsprozess rund um den Patienten beteiligt sind, von größter Wichtigkeit – angesprochen sind hier alle Ebenen, vom Serviceassistenten bis zum Chefarzt. Das ist aus meiner Sicht das richtungsweisende Konzept eines nachhaltig effizienten Krankenhauses. Alles andere ist erst einmal nur Kostendämpfung, die irgendwann zu Verschleißerscheinungen führt.

Wie beurteilen Sie in diesem Zusammenhang die Überlegung, die Qualität in die Vergütung mit einfließen zu lassen?

Die Einführung einer qualitätsabhängigen Vergütung birgt die Gefahr, dass man sich auf drei oder vier zu messende Größen konzentriert. Ich denke hier an Parameter, wie beispielsweise die „ambulant erworbene Pneumonie“. Als Folge werden die Häuser versuchen, diese Kennzahlen möglichst gut darzustellen, um auf Platz eins einer Weißen Liste zu landen. Ob das zum Besten der Patienten ist, sei dahingestellt. In meinen Augen sollte die Vergütung der Krankenhäuser von anderen Dingen abhängen. So ist es für mich nicht unbedingt nachzuvollziehen, dass Häuser, die ihre Mitarbeiter nach dem Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVÖD) entlohnen, dieselbe Vergütung bekom-

men wie andere Häuser, die deutlich unter TVÖD entlohnen. Ebenso ist es in meinen Augen ein Unterschied, ob ein Krankenhaus ein Maximalversorger mit großer Rettungsstelle ist oder eine Spezialklinik mit rein elektivem Patientengeschäft und drei hochlukrativen Fallgruppen (DRGs) nach dem Fallpauschalenkatalog. Allein eine Patientenzufriedenheitsbefragung würde in diesen Häusern zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen führen. Sollte dann die Spezialklinik für Orthopädie, die jetzt schon ein hohes Betriebsergebnis (EBITDA) aufweist, einen Qualitätszuschlag bekommen, während dieselbe DRG, die durch die Aufnahmesituation in einer Rettungsstelle anderen Behandlungsbedingungen entspricht, abgestuft wird? Ich glaube, die Folgen wären dramatisch.

Wo sehen Sie weitere Verbesserungspotenziale im Bereich Benchmarking in der Pflege?

Die InEK-Daten sind in meinen Augen ein idealer Parameter, der Vergleiche ermöglicht und aus dem sich Qualität gut ableiten lässt. Allerdings müsste auch hier die Datenaufbereitung verbessert werden. Nehmen wir beispielsweise die Kennzahl Pflegekräfte je Case Mix-Punkt, allein hier ist bisher die Erhebung eines Benchmarkwerts und der Vergleich zwischen einzelnen Häusern äußerst schwierig. Setzt ein Haus beispielsweise neben Pflegevollkräften auch Service- und Modulassistenten ein, verringert sich die Anzahl der Pflegevollkräfte je Bett, obwohl durch die pflegeentlastenden Tätigkeiten hier eine sehr gute Pflege möglich ist. Die Anzahl der Pflegevollkräfte je Bett ist in diesem Fall also kein geeigneter Benchmarkwert für ein Haus, das lediglich Pflegevollkräfte einsetzt. Hier liegt das Problem bei der Ermittlung des Benchmarks in der Anwendung der Krankenhausbuchführungsverordnung (KHBV), nach der Serviceassistenten (falls sie in Töch-

tern organisiert sind) zu den Sachkosten und nicht zu den Personalkosten gehören – und schon ist das Bild verzerrt. Nutzt man jedoch gut aufbereitete InEK-Kalkulationswerte, kann man sehr gut sehen, welchen Anteil die Pflege an der jeweiligen DRG hat. Hier kann man ansetzen und prüfen, ob dieses Budget der Pflege wirklich zugutekommt. Insgesamt liegt in den Daten sehr viel mehr Potenzial als man glaubt, nur wurde bisher viel zu wenig damit gearbeitet und gesteuert. Das muss sich in Zukunft ändern.

Ein weiterer Aspekt ist das Thema EDV-Support. Aktuell dokumentieren viele Krankenhäuser noch zum größten Teil papiergestützt. Informationen auf Papier sind aber nur einmal vorhanden und können nicht gleichzeitig beziehungsweise mehrfach verwendet werden. Wenn man eine Information immer wieder benutzen kann, ist viel Entlastung möglich. Der Datensatz nach § 301 SGB V bietet gute Möglichkeiten, Informationen abzuleiten und die Qualität medizinischer Prozesse abzubilden.

Was erwarten Sie in diesem Zusammenhang vom neuen Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen?

Da darf man sehr gespannt sein. Hier stellt sich mir die zentrale Frage, wie die Daten erhoben werden. Wie werden die bereits angesprochenen Unterschiede zwischen den Häusern hinsichtlich Skill Mix aus Pflegevollkräften, Serviceassistenten und Hilfspersonal, Stand der EDV-Dokumentation sowie beispielsweise Überleitungsmanagement in der Erhebung berücksichtigt? Hier gilt es, Standards zu setzen, insbesondere für die Erhebung in den Häusern. Was gehört zur Pflege und wo sind die Informationen zu finden beziehungsweise wo werden sie abgebildet? Ich sehe es als Aufgabe des Instituts, Musterorganisationen zu erarbeiten und diese wichtigen Sys-



Sebastian Dienst

Am Vivantes Klinikum Spandau in Berlin absolvierte Sebastian Dienst eine Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger. Das Studium der Pflege folgte von 2002 bis 2006 an der Hochschule für angewandte Wissenschaften in Hamburg, wo er auch heute noch als Lehrbeauftragter tätig ist. Nach beruflichen Stationen in Hamburg und Potsdam ist er seit Juli 2014 Pflegedirektor des Vivantes Klinikums Neukölln. Schwerpunkte seiner Arbeit sind Prozessreorganisation, moderne Personal- und Führungskonzepte sowie sektorenübergreifende Versorgung.

temspezifika und Differenzierungen bei der Verwendung von Benchmarks und Qualitätsvergleichen auszuarbeiten.

Auch das Plausibilisieren von Benchmarks spielt für mich im Hinblick auf die Institutionalisierung der Qualitätssicherung und der Schaffung von Transparenz eine zentrale Rolle. Benchmarking darf sich nicht darauf beschränken, aus harten Kennzahlen, wie beispielsweise Case Mix pro Arzt, direkte Zielvorgaben zu machen. Das Benchmarking hat gewonnen, wenn aus den Vergleichen Indikatoren identifiziert werden, mit denen sich die Organisation weiter beschäftigt und die sie nutzt, um Prozessverbesserungen herbeizuführen.

Hier gilt es, die erhobenen Werte sinnvoll zu interpretieren und dann im Rahmen eines gemeinsamen Diskurses die Vergütungssystematiken daraus abzuleiten. Unser Ziel sollte es sein, Benchmarking als motivierendes Instrument und Initiator von sinnvollen Optimierungsprozessen einzusetzen. ■

¹ Der Begriff Dekubitus oder Wundliegen bezeichnet per Definition eine örtlich begrenzte Schädigung der Haut und/oder des darunterliegenden Gewebes, die durch länger einwirkenden Druck entstanden ist.

INTERVIEW

Innovation in der arzneimittelforschenden Industrie – Venture Capital als Katalysator

Stefan Fischer, General Partner und CFO von TVM Capital Life Science Venture, München, im Gespräch mit Clara Kozak, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, München

Ihr Fokus liegt auf der Finanzierung von innovativen Produkten und Technologien in der europäischen und US-amerikanischen Biopharmazie und Medizintechnik. Wie attraktiv sind deutsche Unternehmen im internationalen Vergleich?

TVM Capital blickt auf über 30 Jahre Erfahrung als Venture Capital-Investor zurück. Das Ziel ist, innovative neue Therapien zum Nutzen des Patienten zu entwickeln. Wir sehen in Deutschland viele innovative Projekte und Technologien, unter anderem aus den diversen Forschungszentren, die wir nutzen wollen. Wir versuchen zu helfen, die momentan bestehende Finanzierungslücke für die pharmazeutische Frühphasenfinanzierung zu schließen.

Welche Kennzahlen und Indikatoren nutzen Sie, um erfolgversprechende Investitionen in diesen Bereichen zu identifizieren?

Entscheidend für uns ist der Grad an Innovation, den wir finanzieren, mit anderen Worten: hoher Patentschutz oder, wie wir sagen, sicheres IP (Intellectual Property). Dann schauen wir uns an, wie groß der Patientennutzen aus einem neuen Medikament wäre, ob es schon andere Medikamente gibt, die Ähnliches bewirken, und ob die Pharmaindustrie Interesse an einem solchen Medikament hat. Kennzahlen in einem engen Sinne gibt es bei der Finanzierung von jungen Firmen oder Projekten in der Arzneimittelforschung nicht.

Sie setzen sich zum Ziel, durch Investitionen in internationale Best Practice-Modelle im Bereich der medizinischen Versorgung nachhaltige Werte für Gesellschaften zu schaffen. Anhand welcher Kennzahlen und Kriterien beziehen Sie dieses Ziel in Ihre Investitionsentscheidungen mit ein?

Das Anlagerisiko ist durch den regulierten Zugang zum Arzneimittelmarkt

sehr groß. Die Hürden bei der Zulassung von neuen Medikamenten sind hoch, und das zu Recht. Sie müssen mit einem Wirkstoffkandidaten durch diverse vorklinische und dann klinische Phasen gehen, um Wirksamkeit und Arzneimittelsicherheit zu gewährleisten, bevor Sie eine Zulassung beantragen können. Das erfordert eine Menge Geld und Know-how und kann immer noch kurz vor dem Ziel scheitern. Es ist im Sinne aller, den Weg bis zur Neuzulassung eines Medikaments möglichst professionell zu gehen: Patienten, Investoren, Pharmafirmen, Wissenschaftler. Ein Scheitern ist trotzdem möglich, aber eventuell sparen wir durch eine frühe Einsicht nicht nur viel Geld, sondern setzen auch Ressourcen frei, um an anderer Stelle erfolgreich zu sein. Durch unsere exklusive Zusammenarbeit mit Chorus, dem externen Entwicklungsteam des großen US-Pharmakonzerns Lilly, können unsere Teams auf die weltweit erfahrensten Ressourcen in der klinischen Forschung und Erprobung zugreifen. Die Daten, die für die erforderlichen klinischen Phasen zu ermitteln sind, halten jeder Überprüfung durch eine Regulierungsbehörde stand. Sie müssen nicht aufwendig, aufgrund von Qualitätsproblemen bei der Studienanordnung, nachgebessert werden. Das klingt selbstverständlich, ist es in der Praxis aber keineswegs.

Wie können Anlageerfolge verglichen werden? Gibt es marktrelevante Indizes?

Für uns als Venture Capital-Fonds kommt es letztlich darauf an, attraktive und wettbewerbsfähige Renditen für unsere Investoren zu erwirtschaften. Unsere Fonds sind geschlossene Fonds, das heißt, unsere Investoren sind in der überwiegenden Mehrheit institutionelle Investoren wie Banken, Versicherungen, andere Fonds. Um das Vertrauen dieser Anleger zu bekommen, müssen wir durch eine

sehr ausgeklügelte Due Diligence-Phase gehen – die ist durchaus unterschiedlich. Was TVM Capital Life Science betrifft, hatten wir in letzter Zeit einige sehr erfolgreiche Börsengänge in unserem Portfolio, außerdem wurden zwei HCV-Präparate, die beide aus unserem Portfolio stammen, für die Behandlung von Hepatitis C zugelassen – das hat die Bewertung der Unternehmen nachhaltig verbessert. Wer sich für börsennotierte Werte in der Biotechbranche interessiert, kann sich den Nasdaq Biotech 500 ansehen und ihn mit dem S&P 500 vergleichen. Seit 2013 hat Nasdaq Biotech die Nase klar vorn.

Die Finanzierung von Innovationen in der Gesundheitswirtschaft beschäftigt die aktuelle Diskussion. Welche Rolle werden in diesem Zusammenhang Venture Capital- und Private Equity-Unternehmen Ihrer Meinung nach in Zukunft spielen?

Wir sehen uns als die Katalysatoren für Innovation (Venture Capital, VC) und Wachstum (Private Equity). Als hochspezialisierte Investoren verfügen wir über Kontakte in die Wissenschaft, können vielversprechende, auch sehr junge Forschungsprojekte erkennen und mit dem richtigen Team weltweit verknüpfen. Dieses Team kann die Forschung auf höchstem Standard weiterführen und bis zur einer Phase bringen, die dann das Interesse der großen Pharmakonzerne weckt, die allesamt einen ziemlich großen Appetit auf Innovationen in ihrer Produktpalette haben. Wir schließen die Lücke zwischen staatlicher Forschungsfinanzierung und privater, unternehmerischer Frühfinanzierung und helfen jungen forschenden Teams, sich als Unternehmer zu etablieren.

Welchen Einfluss haben hierbei gesetzliche Restriktionen?

Als VC-Fonds unterliegen wir den regulatorischen Anforderungen, die in

der Richtlinie über die Verwalter alternativer Investmentfonds (Alternative Investment Fund Manager, AIFM) niedergelegt sind. Wenn die Regeln für geschlossene Fonds in der AIFM-Richtlinie geändert werden, dann betrifft uns das natürlich – das gilt für die Einhaltung von Qualitätsstandards und für andere Faktoren (zum Beispiel Besteuerung der Management Fees). Unsere Beteiligungen unterliegen meist den Regeln zur Arzneimittelzulassung in Europa und den USA. Das ist ein relativ komplexes Feld – Änderungen können ein Geschäftsmodell unter Umständen sehr stark tangieren. Natürlich sind auch die Gesundheitssysteme in den verschiedenen Zielmärkten von Interesse: Werden die Hauptkosten der medizinischen Versorgung in einem Land von Versicherungen getragen oder sind die Menschen für sich selbst verantwortlich und müssen auch komplexe und langwierige Behandlungen selbst finanzieren, weil es kein Versicherungssystem, wie wir es in Deutschland kennen, gibt. Änderungen in diesem Bereich betreffen zwar mehr die Pharmaunternehmen, die ein Präparat verkaufen, aber solche Überlegungen fließen auch in unsere Investmententscheidungen ein. ■



Stefan Fischer

Seit rund 15 Jahren ist Stefan Fischer, General Partner und Chief Financial Officer, bei TVM Capital tätig und dort für die finanziellen, steuerlichen und rechtlichen Aspekte der Beteiligungen zuständig. Darüber hinaus fallen Fondsadministration und -reporting in seine Zuständigkeit. Stefan Fischer vertritt TVM Capital Life Science zudem im Aufsichtsrat einiger Beteiligungen. TVM Capital Life Science hat Investmentteams in München und Montreal und investiert mittlerweile aus der siebten Fondsgeneration. Der jüngste Fonds, TVM LSV VII, konnte im Oktober letzten Jahres ein Final Closing bei knapp über 200 Millionen US-Dollar vermelden.

Benchmarking der Zukunft – die KPMG-Datenbank Krankenhaus 300®

Der Wettbewerb in der Gesundheitswirtschaft wird härter. Das spüren vor allem Krankenhäuser bereits heute, sie stehen im Wettbewerb um Patienten, Mitarbeiter und Geldquellen für Investitionen. Dabei stehen sie nicht nur unter wirtschaftlichem Druck. Auch die Qualität der Leistungserbringung rückt immer stärker in den Fokus, denn gleichzeitig steigen die Erwartungen und Anforderungen der Patienten. Gesetzliche Rahmenbedingungen wie die Kürzung von Planbetten und Investitionsfördermitteln erschweren die Situation vieler Krankenhäuser in Deutschland zusätzlich. Daher ist es für Krankenhäuser umso wichtiger, ihre Marktposition gegenüber ihren Wettbewerbern zu kennen und in der Lage zu sein, punktuelle oder umfassende Änderungen ihres unternehmerischen Konzepts vorzunehmen. Hier unterstützt die KPMG-Datenbank Krankenhaus 300® mit ihrem umfassenden Benchmarkingkonzept, das zur Orientierung und als strategische Entscheidungshilfe dient.

Autor: Franziska Holler, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Berlin

360°-Betrachtung ermöglicht eine umfassende Einschätzung des Unternehmens

Die KPMG-Datenbank Krankenhaus 300® enthält über 60 Millionen Struktur-, Finanz- und Qualitätsdaten der deutschen Krankenhäuser aus öffentlich zugänglichen Quellen (Abbildung 2). Sie ist eine umfassende Sammlung krankenhausspezifischer Daten, aus denen auf Krankensebene Kennzahlen unterschiedlicher Dimensionen berechnet werden können. Das ermöglicht systematische Vergleiche einzelner Häuser mit anderen Krankenhäusern auf aggregierter und anonymer Basis. Denn nur durch den direkten Vergleich mit Mitbewerbern oder zum Beispiel dem Marktdurchschnitt kann man die eigenen Stärken und Schwächen genau analysieren und somit Potenziale identifizieren.

Die Struktur- und Finanzdaten unserer Datenbank beinhalten eine umfassende Kennzahlensammlung zur Vermögens-, Finanz- und Ertragslage, wie zum Beispiel Rentabilitätskennzahlen, verschiedene Aufwandsquoten, Produktivitäts- und Personalkennzahlen oder Investitionsquoten. Dabei sind die Kennzahlen krankenhausspezifisch und detailliert gegliedert und erlauben damit tief gehende Analysen, zum Teil auch auf Fachabteilungsebene.

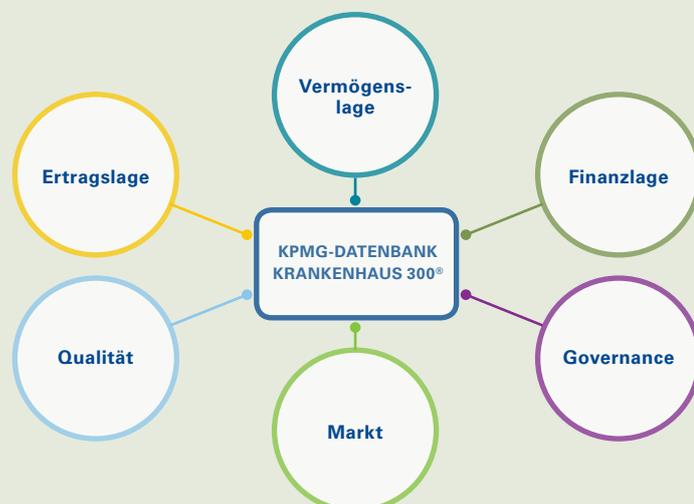
Für ein umfassendes Bild eines Hauses muss man jedoch mehr als die rein wirtschaftlichen Aspekte im Blick haben. So enthält unsere Datenbank eine vollständige Sammlung subjektiver und objektiver Qualitätsindikatoren der deutschen Krankenhäuser. Denn wirtschaftliche Kennzahlen gewinnen gerade dann an Bedeutung, wenn sie in Relation zur erzielten

Struktur- und Ergebnisqualität gestellt werden.

Darüber hinaus sind mit der KPMG-Datenbank Krankenhaus 300® Analysen der Governance-Struktur eines Unternehmens möglich. Gerade in Zeiten zunehmenden Wettbewerbs ist es für ein Krankenhaus wichtig, sich intern sicher und effizient aufzustellen und die eigenen Risiken im Blick zu haben. Analysen zum Umsetzungsgrad der Governance-Systeme (Risikomanagementsystem, Compliance Management-System, Internes Kontrollsystem und Interne Revision) oder zur Zusammensetzung des Aufsichtsrats geben einem Unternehmen Sicherheit, ob die eigenen Governance-Systeme ausreichend integriert und organisatorisch verankert sind. Um schließlich ein ganzheitliches Bild der Wettbewerbssituation eines Unternehmens zu erhalten, werden mithilfe der Datenbank auch Marktanalysen, zum Beispiel zu direkten Mitbewerbern oder zur Einweiserstruktur, durchgeführt.

Abbildung 2
Verknüpfung von Finanz-, Struktur- und Qualitätsdaten
in der KPMG-Datenbank Krankenhaus 300®

Quelle: KPMG, 2015



Individuelles und aussagekräftiges Benchmarking mit der KPMG-Datenbank Krankenhaus 300®

Benchmarking hilft einem Krankenhaus dabei, die eigene Wettbewerbssituation anhand mehrerer Dimensionen zu analysieren und daraus strategische Maßnahmen abzuleiten. Es kann also als strategische Orientierungshilfe verstanden werden, die darauf aufbaut, die eigenen Stärken und Schwächen in Relation zu den Mitbewerbern zu analysieren.

Dabei ist es entscheidend, das eigene Unternehmen möglichst vergleichbaren Unternehmen gegenüberzustellen und nicht „Äpfel mit Birnen“ zu vergleichen. Daher enthält unsere KPMG-Datenbank Krankenhaus 300® mehrere Vergleichsgruppen, die zudem individuell angepasst werden können.

Alle in der Datenbank enthaltenen Kennzahlen können nach den Vergleichsgruppen Bettenanzahl, regionale Zugehörigkeit und Trägerart geclustert werden. Dabei können für einzelne Krankenhäuser auch individuelle und bedarfsgerechte Vergleichsgruppen gebildet werden. Das erlaubt eine exakte Bestimmung des Status quo, und zwar nicht nur für das Gesamthaus, sondern auch für das Leistungsspektrum der Fachabteilungen, ihre Diagnosen und Prozeduren.

Trotzdem ist zu berücksichtigen, dass auch Krankenhäuser einer individuellen Vergleichsgruppe nicht in allen Belangen vergleichbar sind. Daher interpretieren wir die Ergebnisse der KPMG-Datenbank Krankenhaus 300® stets unter Berücksichtigung interner und krankenhausspezifischer Besonderheiten.

Immer aktuell und qualitativ gut aufgestellt

Die Datenbasis unserer KPMG-Datenbank Krankenhaus 300® wird fortlaufend aktualisiert. Sie enthält immer den aktuellsten Stand der öffentlich zugänglichen Struktur-, Finanz- und

Abbildung 3

Ausgewählte Kennzahlen der KPMG-Datenbank Krankenhaus 300®

Datenbasis: Stand Mai 2015; * die 25 Krankenhäuser mit der höchsten Umsatzrentabilität der untersuchten Krankenhäuser in der KPMG-Datenbank Krankenhaus 300®

Quelle: KPMG, 2015

Kennzahl	Top-25*	Privat	Öffentlich	Freigemeinnützig
Bettenauslastung in Prozent	81,39	81,25	82,25	76,98
Case Mix-Index (CMI)	1,2	1,04	1,06	0,99
Umsatzrentabilität in Prozent	13,24	2,63	-0,08	0,32
Umsatzerlöse je stationärem Fall	5.308	4.618	4.007	4.229
Personalaufwandsquote	54,13	55,9	58,09	59,66
Materialaufwandsquote	20,65	27,67	27,62	26,05
Patientenzufriedenheit in Prozent	82	80	78	80

Qualitätsdaten und wächst somit kontinuierlich. Das ermöglicht auch Zeitreihenvergleiche, um die Entwicklung am Markt einschätzen und mit der Entwicklung des eigenen Hauses in Vergleich setzen zu können. Da die Daten ausschließlich aus öffentlich zugänglichen Quellen stammen, haben KPMG und weitere Dritte keinerlei Einfluss auf die Datenbasis. Zusätzlich werden die Daten von uns validiert und plausibilisiert. Das macht die KPMG-Datenbank Krankenhaus 300® glaubwürdig und verlässlich.

Mehr Klarheit im Datenschwung für Ihren Erfolg

Gutes Benchmarking lebt von der korrekten Interpretation der Ergebnisse. Es beginnt mit einer soliden Datenbasis und fußt auf der richtigen Auswahl relevanter Kennzahlen und Vergleichsgruppen. Die KPMG-Datenbank Krankenhaus 300® bildet eine einzigartige Grundlage für ein detailliertes und krankenhausspezifisches Benchmarking. Krankenhäuser lernen so ihre Stärken kennen und entdecken Optimierungspotenziale und Leistungslücken. Eine Orientierung an Best

Practice-Standards hilft neue Strategien zu entwickeln und die eigenen Bewertungsmaßstäbe neu zu definieren.

Ein Strategieprozess baut stets auf einer Analyse des Status quo auf. Der Weg zu nachhaltiger Leistungsfähigkeit und wirtschaftlichem Erfolg beginnt mit der KPMG-Datenbank Krankenhaus 300®. ■



Franziska Holler
Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Institut für den öffentlichen Sektor e. V.
T +49 30 2068-1853
fholler@kpmg.com

Benchmarking – von der Standortbestimmung zur strategischen Steuerung im Krankenhaus

Gastautor: Sebastian Baum, Kaufmännischer Direktor St.-Antonius-Hospital, Eschweiler

Im Zuge gesetzlicher Veränderungen und erhöhter gesellschaftlicher Anforderungen sehen sich Krankenhausmanager zunehmend unter Druck: Die politisch gewollte Reduktion der Krankenhausbetten, knappe Fördermittel und zunehmende Qualitätsanforderungen stellen jeden einzelnen Anbieter vor die Herausforderung, zu beweisen, dass der eigene Standort dauerhaftes Marktpotenzial und auch eine medizinische Berechtigung besitzt. Als strenge Nebenbedingung sind dann noch die finanziellen Vorgaben des Trägers zu berücksichtigen.

Um sich zukunftsfähig auf dem Markt zu positionieren, ist es wichtig für die Geschäftsführung eines Krankenhauses, sowohl ihre eigene Wettbewerbsposition als auch die ihrer Wettbewerber zu kennen. Hier gibt es bereits einige öffentliche Vergleichsportale, anhand derer Krankenhausvergleiche insbesondere auf der Qualitätsebene erfolgen können. Sie gewähren dem in der Regel gering informierten Patienten anhand von Fallzahlen und Abrechnungsdaten einen Überblick über die vermutliche Struktur und Zuverlässigkeit eines Krankenhauses. Jedoch fehlen hier einheitliche Vergleichsmaßstäbe. Zudem sind diese Portale viel eher patientenorientiert, als an den strategischen Informationsbedürfnissen von Krankenhaus-Geschäftsleitungen ausgerichtet.

Doch welche Daten kann das Krankenhausmanagement nutzen, um die Wirksamkeit seiner Entscheidungen auf dem Markt, der zunehmend einem Verdrängungswettbewerb unterliegt, zu beurteilen? Genügt die Beschränkung auf wirtschaftliche Kennziffern? Wie steuert man ein Krankenhaus, wenn man das Ziel verfolgt, medizinisch herausragende Leistungen zugleich ökonomisch auskömmlich zu erbringen?

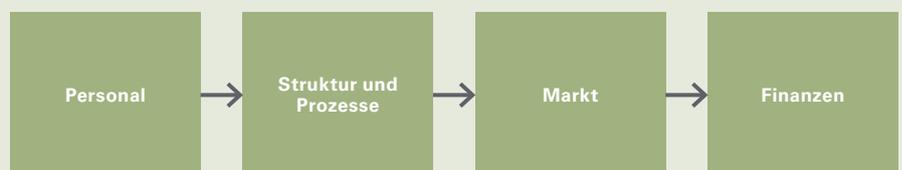
Hier sind Benchmarks die ideale Orientierungshilfe. Interne Kennzahlenvergleiche zwischen Fachabteilungen und Krankenhäusern eines Verbunds oder externe Gegenüberstellungen mit individuellen Vergleichsgruppen erlauben eine genaue Standortanalyse und somit die Ableitung von Stärken und Schwächen eines Hauses.

Bereits das Krankenhauserlösbudget selbst leitet sich aus einem Benchmark ab: Die Kostengewichtung innerhalb der InEK-Matrix entspricht dem gewichteten Mittel der Kostenrelativgewichte der einzelnen Kostenarten und Kostenstellen in den InEK-Kalkulationshäusern. Wer es nicht schafft, mit den Erlösen, die sich aus den durchschnittlichen Kosten der Kalkulationshäuser ergeben, auskömmlich zu wirtschaften, leistet sich unterdurchschnittlich effiziente Prozesse respektive Strukturen.

Dass die Geschäftsleitung eines Krankenhauses Benchmarks in die effektive Steuerung einbeziehen sollte und welche Kenngrößen dabei zielfüh-

Abbildung 4
Strategieprozess

Quelle: Eigene Darstellung des Gastautors, 2015



rend sind, erläutert das Praxisbeispiel des Autors. Als Kaufmännischer Direktor hat er im Rahmen eines Strategieprojekts ein strategisches Cockpit implementiert. Das erfolgreich aufgestellte Krankenhaus nutzt dieses Cockpit zur Standortbestimmung und auch zur Wirksamkeits- und damit Erfolgskontrolle der laufenden Veränderungsmaßnahmen.

„If you can’t measure it, you can’t manage it.“¹

Die Geschäftsleitung benötigt zur erfolgreichen Unternehmensführung eine Zieldefinition, damit alle Mitarbeiter, nicht nur die Führungskräfte, die Zielsetzung des Unternehmens kennen. Diese Ziele sollten in messbaren Zielgrößen abbildbar sein, um ihre Erreichung beziehungsweise den Stand der Erfüllung feststellen und notwendige Maßnahmen bei Abweichungen ableiten zu können.

Ziele fokussieren und mit Kennzahlen steuern

Im Praxisbeispiel wurde eine Kennzahlenmatrix etabliert, mit deren Hilfe die Einhaltung eines langfristigen Strategieplans kontrolliert und gesteuert wird. Die Geschäftsleitung definierte im Rahmen eines auf fünf Jahre ausgelegten Strategieprozesses die Unter-

nehmensziele der Ebenen Personal, Prozesse und Struktur, Markt sowie Finanzen (Abbildung 4 auf Seite 16).

Diese Ziele bauen nicht nur inhaltlich aufeinander auf, sie wirken jeweils verstärkend auf die folgende Zielvariable ein. Ergänzend zur Zielmatrix waren Kennzahlen festzulegen, die den folgenden Kriterien entsprechen sollten:

- Leicht verständlich, um sie innerhalb und außerhalb des Unternehmens kommunizieren zu können,
- bestenfalls bereits vorhanden oder ohne großen Zusatzaufwand zu erheben,
- im Wettbewerb vergleichbar, um die eigene Entwicklung im Marktumfeld bewerten zu können,
- auch fachabteilungsbezogen abgrenzbar.

Ein solches Kennzahleninstrumentarium erlaubt der Geschäftsleitung nach einer erstmaligen Standortbestimmung die Schwerpunktsetzung für die kurzfristig notwendigen sowie die mittel- bis langfristigen wirksamen Maßnahmen (Abbildung 5).

Personalebene

Kompetente, leistungsorientierte und zufriedene Mitarbeiter sind Voraussetzung für eine überdurchschnittliche Personalproduktivität. Zur Bestimmung

der Produktivität wird der effektive monatliche Personaleinsatz ins Verhältnis zu den erbrachten Leistungen gesetzt. Auf Ebene der Pflegestationen wird der Leistungseinsatz PPR-Minuten/VK als hausinterner Benchmark genutzt: Diese Kennzahl gibt die Pflegeminuten innerhalb der Pflege-Personalregelung je Vollkraft an. Der Personalaufwand auf Gesamthausebene wird je Dienstart im Rahmen einer Abteilungsergebnisrechnung den InEK-Erlösen sowie den Ambulanzerlösen gegenübergestellt. Zur operativen Steuerung wird zudem den Stationen der Erlösanteil Pflegedienst-Normalstation der dort untergebrachten Patienten gutgeschrieben und den Istkosten gegenübergestellt. Im ärztlichen Dienst wird analog je Fachabteilung vorgegangen, um einen auskömmlich finanzierten Stellenumfang zu bestimmen. Die Entwicklung des optimierten Personaleinsatzes wird über die Kontrollvariable der Mitarbeiterzufriedenheit in regelmäßigen Befragungen überprüft und mittels Mitarbeitergesprächen auf der Einzelenebene flankiert.

Struktur- und Prozessebene

Zielsetzung ist es, ein modernes Arbeitsumfeld zu schaffen – zum Beispiel über die Ausstattung mit geeigneten Medizingeräten – und die Aufbau- und Ablaufstrukturen optimal zu gestalten. Im Rahmen der mehrjährigen Investitionsplanung werden nicht nur Investitionsquoten festgelegt, sondern über einen externen Dienstleister auch der Medizinproduktebestand anhand des deutschlandweiten Benchmark hinsichtlich Durchschnittsalter und Reparaturanfälligkeit beurteilt. Überprüft wird der Status über die Kontrollvariablen des Anlagenabnutzungsgrads und Routinedaten aus der Qualitätssicherung. Auf der Prozessebene werden zum Beispiel die durchschnittlichen täglichen Aufnahme- und Entlasszeitpunkte je Klinik betrachtet.

Abbildung 5

Schwerpunktsetzung

* QSR = Qualitätssicherung mit Routinedaten

Quelle: Eigene Darstellung des Gastautors, 2015

Personal	Struktur und Prozesse	Markt	Finanzen
<ul style="list-style-type: none"> • Qualifikationsgrad bzw. Fachkraftquote • Personalproduktivität • Mitarbeiterzufriedenheit 	<ul style="list-style-type: none"> • QSR*-Daten • Ergebnisqualität und Ergebnisse der (Re-)Zertifizierungen • Anlagenabnutzungsgrad 	<ul style="list-style-type: none"> • Patientenzufriedenheit • Einweiserzufriedenheit • Marktanteile • Entwicklung des Einzugsgebiets 	<ul style="list-style-type: none"> • Deckungsbeitrag der Fachabteilungen • Liquidität • Jährliches Investitionsvolumen

© 2015 KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, ein Mitglied des KPMG-Netzwerks unabhängiger Mitgliedsfirmen, die KPMG International Cooperative („KPMG International“), einer juristischen Person schweizerischen Rechts, angeschlossen sind. Alle Rechte vorbehalten. Der Name KPMG, das Logo und „cutting through complexity“ sind eingetragene Markenzeichen von KPMG International.

Der „krankenhaustypische“ Belastungspeak durch Aufnahmen, die vormittags bis 10 Uhr erfolgen, und Entlassungen, die zwischen 11 und 14 Uhr erfolgen, ist zu vermeiden. Auf der Ebene der Verweildauer wird mit jeder Fachabteilung die Verteilung und Spannweite der Verweildauern der Top-20-DRG besprochen, um eine Profitlier-Quote (= Quote der profitabel Liegenden) von 70 Prozent zu erreichen.

Marktebene

Zielsetzung ist es, den bestehenden Marktanteil auszubauen. Durch überdurchschnittlich produktive und qualifizierte Mitarbeiter in optimalen Strukturen werden medizinisch hervorragende Ergebnisse erreicht, die sowohl die Patienten als auch die Zuweiser langfristig binden und zu einem qualitativ begründeten Fallzahlwachstum führen. Überprüft wird dieses Ziel über die Kontrollvariablen der Patientenzufriedenheit. Daraus werden notwendige Einweiserdialoge abgeleitet.

Finanzen

Zielsetzung ist es, die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für eine nachhaltige Entwicklung sicherzustellen. Bei einer überdurchschnittlichen Mitarbeiterzufriedenheit und -produktivität sowie hervorragender medizinischer Ergebnisqualität wächst der Marktanteil, während die Personalaufwandsquote und der Sachkostenanteil in Relation zum Fallwachstum sinken. Dies sichert einen positiven Deckungsbeitrag und damit die Liquidität sowie das Potenzial, weitere nachhaltig wirkende Investitionen tätigen zu können. Gemessen wird hier fachabteilungsbezogen in quartalsweisen Ergebnissicherungsdialogen mit den Chefärzten. Auf Ebene der Fachabteilungen werden Sollwerte für Case Mix-Index (CMI) und Personalproduktivität sowie den Deckungsbeitrag festgelegt und über ihre Erreichung unterjährig in

Strukturgesprächen berichtet. Bei Abweichungen werden notwendige Korrekturmaßnahmen vereinbart.

Benchmarks als Orientierungshilfe nutzen

Die Geschäftsleitung benötigt zur eigenen Standortbestimmung den Blick von außen auf das Unternehmen in seinem direkten Wettbewerbsumfeld. Nur wer weiß, wo er sich im Wettbewerbsumfeld bewegt und wo seine Stärken und Schwächen liegen, kann sie effektiv nutzen beziehungsweise Letztere überwinden. Detaillierte Kennzahlenvergleiche mit externen individuellen Vergleichsgruppen gehen noch über interne Vergleichsgrößen hinaus. Eine 360°-Betrachtung ermöglicht zum Beispiel die KPMG-Datenbank Krankenhaus 300®. Dieses Benchmarkingtool erlaubt tief gehende Analysen und strukturierte Kennzahlenvergleiche nicht nur im Bereich der Vermögens-, Finanz- und Ertragslage, sondern auch in den Dimensionen Qualität und Unternehmenssteuerung.

Kennzahlen und Benchmarks lösen keine Probleme. Sie helfen jedoch, Handlungsfelder zu identifizieren und Maßnahmen zielgerichtet zu vereinbaren. Zugleich ermöglicht die Betrachtung der Entwicklung von Kennzahlen eine Beurteilung darüber, ob ergriffene Maßnahmen so wirksam sind, wie beabsichtigt. ■

¹ Kaplan, Robert S./Norton, David P., The Balanced Scorecard: Translating Strategy into Action, Cambridge (MA) 1996, S. 21



Sebastian Baum

Diplom-Kaufmann Sebastian Baum studierte Wirtschaftswissenschaften mit dem Schwerpunkt Management im Gesundheitswesen an der Universität zu Köln und ist seit 2012 Kaufmännischer Direktor und stellvertretender Geschäftsführender Vorstand am St.-Antonius-Hospital in Eschweiler. Er ist Mitglied im Arbeitskreis Ökonomie im Gesundheitswesen der Schmalenbach-Gesellschaft und Dozent für Krankenhausmanagement an der FOM Hochschule sowie dem mibeg-Institut Medizin in Köln. Zuvor war Sebastian Baum als Assistent der Geschäftsleitung der Pro Seniore-Unternehmensgruppe, in der Wirtschaftsprüfung und Beratung im Health Care-Team der KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft und als Leiter der Abteilung Zeitmanagement und Personalsteuerung an der Uniklinik Köln tätig.

Von Äpfeln und Birnen bei der Vergleichbarkeit von medizinischen Produkten

Autor: Serge Al Dahouk, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Frankfurt am Main

Komplexität und Umfang der eingekauften Materialien stellen Kliniken vor immense Herausforderungen, denn die Beurteilung der Maßgeblichkeit bestimmter Produkteigenschaften erfordert ein sehr spezifisches Fachwissen über verschiedenste medizinische Verfahren. Häufig ist zudem der tatsächliche Bedarf der Kliniken nicht transparent. Und die endlose Anzahl der verfügbaren Produkte, ständig neue Packungsgrößen und neue, vermeintlich innovative Medikamente und Materialien machen den Angebotsvergleich zu einer Mammutaufgabe.

Bereits heute lässt sich im Gesundheitswesen der eindeutige Trend zu kontinuierlich steigenden Gesundheitskosten erkennen. Besonders gefordert sind dabei die Krankenhäuser – sie müssen die Hauptlast der Kostensteigerungen tragen, die durch demografischen Wandel, veränderte Behandlungskonzepte und betriebswirtschaftliche Erfordernisse verursacht sind. Vor diesem Hintergrund wird die Optimierung des Einkaufs zu einem tragenden Pfeiler der Zukunftssicherung in den Kliniken werden. Allerdings stehen gerade die Einkaufsabteilungen der Krankenhäuser – weitgehend unabhängig von der Größe der Klinik oder Klinikette – vor besonderen Herausforderungen. Dafür gibt es mehrere Ursachen. Einerseits ist eine hohe Konsolidierungswelle im Markt für Medizintechnik und Pharmazie erkennbar. Die Übernahmen von Synthes durch Johnson & Johnson, von Biomet durch Zimmer oder Covidien durch Medtronic zeigen, wohin die Reise geht: Das Verschwinden kleinerer Spezialisten und die Entstehung oligopolistischer Marktstrukturen werden die Verhandlungsmacht der Kliniken deutlich schwächen. Andererseits fehlen den Kliniken häufig Instrumente, methodisches Know-how

und Ressourcen, um mit den großen Herstellern von Medizinprodukten auf Augenhöhe zu spielen.

Komplexität und Heterogenität der eingekauften Waren und Leistungen

Die Spannweite der zu beschaffenden Güter ist im Krankenhaus besonders groß: Die Palette reicht von der Haustechnik, Energie und Dienstleistungen über Lebensmittel, Textilien, Arzneimittel und Massenware wie Einwegverbrauchsmaterialien bis hin zu hoch spezialisierten Implantaten und Investitionsgütern. Speziell im Bereich medizinische Produkte weisen dabei einzelne Fachgebiete eine unglaubliche Vielfalt auf. So erhält man exemplarisch bei Abfrage der Produktkataloge der Top-Lieferanten für Orthopädiebedarf jeweils ein Portfolio von weit über 40.000 Artikeln. Dabei ist in der Industrie ein stetiger Wandel der Artikelnummern, Verpackungsgrößen und Spezifikationen üblich, was den Einkauf zusätzlich verkompliziert und einen Vergleich der Produktkataloge unterschiedlicher Anbieter nahezu unmöglich macht. Das dazu notwendige Know-how innerhalb der eigenen Einkaufsabteilung aufzubauen und stets aktuell zu halten, überfordert selbst die größten Krankenhäuser Deutschlands. Die Zusammenarbeit mit Spezialisten ist deshalb häufig die Voraussetzung für einen erfolgreichen Einkauf. Sie verfügen idealerweise über fundiertes Fachwissen und können IT-Systeme und Methoden zur Verfügung stellen, um auf alle relevanten direkten und indirekten Warengruppen, auf Benchmarks und Preisdatenbanken zuzugreifen (Lieferantenmanagementsysteme, SAP-Module und so fort).

Informationsungleichgewichte zwischen Kliniken und Herstellern

Die Komplexität der von Kliniken eingekauften medizinischen Materialien ermöglicht es der Industrie, ihre Informationsvorteile in Verhandlungsprozessen auszuspielen, denn die Beurteilung der Maßgeblichkeit bestimmter Produkteigenschaften erfordert ein sehr spezifisches Fachwissen über verschiedenste medizinische Verfahren. In der Folge müssen die Einkaufsmanager wichtige Instrumente wie etwa Produktvergleiche erarbeiten, ohne sich dabei auf die in den meisten anderen Industrien übliche Markttransparenz und objektive Kennzahlen verlassen zu können. Während die Kalkulationsgrundlagen der Hersteller für die Kliniken damit weitgehend eine Black Box darstellen, sind sie als Anbieter über die betriebswirtschaftlichen Rahmenbedingungen der Krankenhäuser gut informiert – beispielsweise durch die öffentlich verfügbaren Zahlen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), das diese Zahlen auf Grundlage des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) bereitstellt.

Dieses Ungleichgewicht, und damit auch ein starkes Ungleichgewicht der Verhandlungsmacht, lässt sich insbesondere durch einen Rückgriff auf die Produktdatenbanken externer Spezialisten aufheben, in denen Substitute gleicher Spezifikation und Qualität für eine Vielzahl von Artikeln mit den dazugehörigen Benchmarkpreisen hinterlegt sind. Basisarbeit ist hierbei die herstellernerneutrale Klassifizierung der Artikel, um die Eigenschaften und Spezifikationen von Produkten neutral und allumfassend zu ermitteln. Erst auf dieser Basis lassen sich ähnliche Produkte preislich vergleichen. Damit lässt sich die Transparenz substantiell erhöhen, was den Krankenhauseinkauf erstmalig in die Lage versetzt, nicht nur adäquate Preise zu verhandeln, sondern auch Anbieter ohne finanzielle



Risiken zu wechseln – ein wirksames Gegenmittel für die Informationsvorteile der Hersteller in einem zunehmend oligopolistischen Markt.

Objektivierte Vergleichbarkeit entsteht da, wo Äpfel nicht mit Birnen verglichen werden

Es geht aber nicht nur darum, die Produkte verschiedener Hersteller vergleichbar zu machen. Ein Benchmarking ist auch unter Vollkostengesichtspunkten notwendig. Neben dem Preis des jeweiligen Artikels sind insbesondere Wechselkosten, Schulungen, Investitionskosten (beispielsweise neue Bohrer und OP-Siebe bei Wechsel des Implantatherstellers) und Prozesskosten (beispielsweise andere OP-Dauern) zu beachten. Das setzt jedoch ein präzises, methodisch und informativ gestütztes Auswahlverfahren voraus, bei dem alle relevanten Indikatoren berücksichtigt werden.

Erst wenn vergleichbare Produkte hinsichtlich laufender Kosten und Einmalaufwendungen objektiviert werden können, sind fachbereichsspezifische

Lieferanten- und Warengruppenstrategien für ein Krankenhaus zu entwickeln, die einen hoch effektiven, effizienten Einkauf ermöglichen und die Synergien zwischen einzelnen Fachbereichen konsequent nutzen. Das folgende Projektbeispiel verdeutlicht dies:

Auf Basis von detaillierten Datenbanken mit Benchmarkpreisen gelang es, für die einzelnen Komponenten eines Hüftgelenks die besten Anbieter zu finden. Dabei ging es nicht primär um den direkten Vergleich identischer Produkte, sondern insbesondere um die Analyse der Frage, welche Substitute für die aktuell genutzten Produkte existieren. Der ermittelte Benchmarkpreis lag 66 Prozent unter dem aktuellen Preis. Anders formuliert bestand diese multidisziplinäre Aufgabe nicht in erster Linie darin, Preise zu verhandeln, sondern aktiv in die Wertschöpfungskette einzugreifen, Spezifikationen und auch den Zuschnitt von Produkten tief greifend zu verändern. Eine Aufgabe, die sowohl medizinisch-fachliche Exzellenz erforderte als auch das umfassende Warengrup-

pen-Know-how und die methodische Kompetenz des Einkaufs. Der wirtschaftliche Effekt durch die deutliche Reduktion der Implantatpreise überstieg dabei signifikant die einmaligen Kosten des Wechsels.

Das skizzierte Beispiel zeigt, welches Potenzial in einem leistungsfähigen und integrierten Einkauf liegt, wenn er in die Lage versetzt wird, ausgehend vom aktuellen Bedarf vergleichbare Produkte zu identifizieren. Nur hierüber wird der Einkauf zu einem wesentlichen Treiber der betriebswirtschaftlichen Zukunftsfähigkeit der Krankenhäuser und leistet damit auch einen signifikanten Beitrag zur Sicherstellung der Behandlungsqualität in einem zunehmend anspruchsvolleren Umfeld. ■



Serge Al Dahouk
Senior Manager,
KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft,
Strategy & Operations
T +49 69 9587-3140
saldahouk@kpmg.com

Benchmarking im Personalbereich – von der Analyse zur Umsetzung

Die Personalkosten stellen, so die jüngsten Erhebungen des Statistischen Bundesamts, mit rund 54 Milliarden Euro mehr als 60 Prozent der Gesamtkosten deutscher Krankenhäuser dar. Daher überrascht es nicht, dass Personalthemen regelmäßig im Fokus operativer wie strategischer Fragestellungen des Krankenhausmanagements stehen. Bei nahezu allen Projekten, die sich mit der Wirtschaftlichkeit des Krankenhausbetriebs beschäftigen, stellt sich irgendwann die Frage nach der Angemessenheit der Personalkosten. Dieser Artikel stellt dar, wie sich in dieser Hinsicht auffällige Bereiche identifizieren und präzise analysieren lassen, um die Basis für Personaltransparenz und zielführende Maßnahmen des Personalmanagements zu schaffen.

Autoren: Dr. Matthias Schatz, Tino Schulz und Dr. Philipp Männle, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Berlin und Köln

Der Beginn

Da selbst die tarifvertraglichen Personalkostensteigerungen in den vergangenen Jahren nicht durch Erlössteigerungen bei den DGRs kompensiert wurden, konnte man so manchen Krankenhausgeschäftsführer erleben, der Lohnkostensteigerungen in abzubauen Stellen umrechnete. Eine unschöne Vorstellung, die aber zeigt, wie knapp die Ressource Personal im Krankenhaus finanziert ist. Umso wichtiger ist ihr effizienter Einsatz.

Projekte zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit eines Krankenhauses starten häufig mit Benchmarks – gerade auf der Ebene der Personalkosten. Nicht selten stehen am Beginn eher allgemeine Befunde, wonach etwa die in der Gewinn- und Verlustrechnung ausgewiesenen Personalkosten 3 Prozent über den Kosten einer als angemessen empfundenen Vergleichsgruppe oder eines befreundeten Krankenhauses liegen. Das mag den Fokus auf den Themenbereich der Personalkosten lenken – gleichzeitig liegen bereits hier erste mögliche Problemfelder. So muss beispielsweise ein etwaiger Einsatz von Honorärärzten richtig abgebildet sein; im sekundären und tertiären Bereich könnten Küche oder Wäscherei ausgelagert sein und anstelle von Personal- als Sachkosten zu Buche schlagen.

Gleichwohl gilt: Ein übergreifendes Benchmarking ist hilfreich, um in Bezug auf die Personalkosten auffällige Bereiche zu identifizieren.

Voraussetzung für die Tragfähigkeit der Analysen ist ein methodisch korrektes Vorgehen: Auf der einen Seite muss die aktuelle Personalsituation systematisch erfasst und mittels belastbarer Zahlen dargestellt werden. Das klingt trivial, führt aber in der Praxis oft zu erheblichen Schwierigkeiten. So wechseln Ärzte während der Weiterbildung bisweilen die Fachabteilung für eine Hospitation, die in der Personalstatistik berücksichtigt wird – oder

auch nicht. Pflegekräfte arbeiten häufig stationsübergreifend im Team – und damit anders als im Controlling dargestellt. Die Liste ließe sich lange fortsetzen.

Auf der anderen Seite gilt es, sowohl aussagekräftige (Vergleichs-) Kennzahlen zu identifizieren als auch eine sinnvolle Auswahl der Vergleichsobjekte zu treffen (etwa relevante Wettbewerber der Region; strukturell vergleichbare Krankenhäuser und so fort). Diese Vergleichskennzahlen und -objekte bilden das Fundament für ein tragfähiges Benchmarking (Abbildung 6) und können als Grundlage für erste Maßnahmen dienen. Zeigen sich etwa Auffälligkeiten im Hinblick auf die Dienstbelastungen, können zum Beispiel kurzfristige Kosteneinsparungen durch die Zusammenlegung von Bereitschaftsdiensten oder die Verringerung von Rufbereitschaftsdiensten erzielt werden.

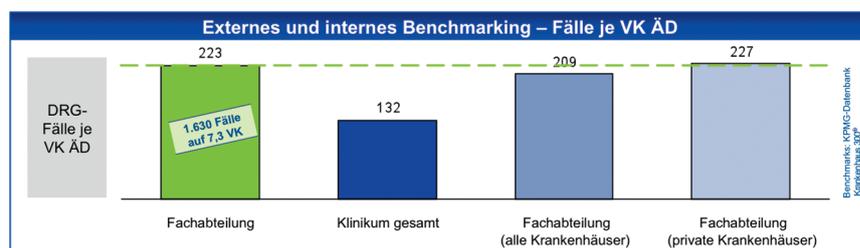
Die Detaillierung der Kostenseite

Das Benchmarking zeigt auf, ob und in welchen Bereichen die Personalsituation vergleichsweise gut oder vergleichsweise schlecht ist. Darüber hinausreichende Informationen lassen

Abbildung 6
Personalkennzahlen-Benchmarking

Quelle: KPMG, 2015

Personalstruktur	VK	Anteil in %	DRG-Fälle je VK
Ärztlicher Dienst	7,3	30,0 %	223
Pflege	10,6	43,6 %	154
MTD und FD	5,8	23,9 %	281
Sonstige	0,6	2,5 %	



sich mittels einer erlös-basierten Personalkostenbetrachtung gewinnen. Im Kern geht es dabei um die Gegenüberstellung der Fragen „Welche Finanzmittel stehen für das Personal zur Verfügung?“ und „Welche Personalkosten fallen tatsächlich an?“ Ihre Beantwortung führt zu Erkenntnissen über die finanzierten Vollkräfte sowie etwaige nicht finanzierte Personalbestände eines Krankenhauses.

Die – hinlänglich bekannte – erlös-basierte Personalkostenanalyse setzt auf der Methodik des durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems nach § 17b KHG, sprich: auf dem DRG-System, auf. Dieses System nutzt die Kosten- und Leistungsdaten einer belastbaren Stichprobe deutscher Krankenhäuser, um die behandlungsfallbezogenen Entgelte für Krankenhausleistungen nach den Kalkulationsgrundlagen zu berechnen. Damit wird zugleich ein Rahmen vorgegeben, in dem sich die Kosten eines Krankenhauses bewegen müssen. Auf der Erlösseite stehen dem Krankenhaus die maßgeblichen Datengrundlagen in Gestalt des Datensatzes nach § 21 KHEntgG zur Verfügung. Zusätzlich müssen jedoch weitere Erlösbausteine – etwa aus ambulan-

ten Leistungsbereichen – einbezogen werden, um die verfügbaren Mittel zur Finanzierung des Personals genau zu ermitteln. Gleiches gilt für die Kosten-seite: Neben den regelhaften Personalkosten müssen zum Beispiel Aufwendungen für Honorärärzte richtig verbucht werden (Abbildung 7).

Die Berechnung hat nur zwei entscheidende Nachteile: Die in den DRG-Kalkulationsgrundlagen dargestellten Verrechnungs- und Kostenzuordnungsschlüssel entsprechen häufig nicht dem inzwischen weit fortgeschrittenen Zustand der Arbeitsteilung. Darüber hinaus sind ganz wesentliche Personalkostenbereiche – zum Beispiel die Krankenhausverwaltung – nicht klar erkennbar in den DRG-Matrizen abgebildet. Nichts ist daher einfacher, als die DRG-Erlöse automatisch nach der DRG-Matrix zu verteilen und mit einem scheinbar objektiven, aber praktisch völlig nutzlosen Ergebnis dazustehen.

Der erste Umstand erfordert viel Erfahrung und vor allem viele Gespräche, damit die Erlöse auch den Bereichen zugeordnet werden, die die Leistungen erbringen. Der zweite Umstand erfordert den Rückgriff auf weitere Benchmarks, da die erlös-basierte Per-

sonalbedarfsberechnung hier an ihre Grenzen stößt. Es ist nicht möglich, die in der Infrastruktur „versteckten“ Personalkosten der Verwaltung zu separieren.

Das erklärt eine spannende Entwicklung der vergangenen Jahre, nämlich die Frage, warum der Fokus allzu oft auf Einsparungen im ärztlichen und pflegerischen Bereich lag. Ein Erklärungsgrund ist die gute Datenverfügbarkeit. Mit scheinbar wenig Mühe lässt sich ein „objektives“ Ergebnis für den finanzierten Personalstamm im ärztlichen Dienst und Pflegedienst berechnen. Anpassungen im Bereich der Verwaltung müssen viel stärker auf – nicht öffentlich verfügbaren – Benchmarks und übergreifenden Erfahrungen bei der Verwaltungsoptimierung basieren. Zudem lassen sich Anpassungen durch die niedrigere Fluktuation nur langsamer einführen und es ist ein umfassendes Konzept aus Fluktuation, Weiterqualifizierungen, Anforderungsänderungen, Abfindungen und etlichen weiteren Maßnahmen notwendig.

Die Detaillierung der Leistungsseite

Auf die Frage, welcher Personalkörper für die Bewältigung der anfallenden

Abbildung 7
Erlös-basierte Personalkostenanalyse

Quelle: KPMG, 2015

Entlassabteilung	Fachabteilung	Fälle	Stationäre DRG Fälle	Dienstart	Ärztlicher Dienst					
Entgeltbereich	DRG	Jahr	2013	Durchschnittliche PK AD	126.454,76 €					
DRG-Erlöse										
Eigene Erlöse										
Kostenstellenbereich	Erlös gesamt	Faktor	adjustiert	VK finanziert	kommentar	Erlös gesamt	Faktor	adjustiert	VK finanziert	kommentar
1 Normalstation	369.094,55 €	1,00	369.094,55 €	2,92			0,00	- €	0,00	
2 Intensivstation	26.883,24 €	0,54	14.423,75 €	0,11	30 Minuten Visite tgl an 365 Tagen		0,00	- €	0,00	
3 Dialyseabteilung	31,60 €	0,00	- €	0,00			0,00	- €	0,00	
4 OP-Bereich	183.786,49 €	1,00	183.786,49 €	1,45		256.012,72 €	0,04	10.196,94 €	0,08	Anteil eigene Operationen
5 Anaesthesie	163.353,11 €	0,09	15.171,11 €	0,12	Eingriffe ohne Anästhesiebetätigung		0,00	- €	0,00	
6 Kreißsaal	36,58 €	0,00	- €	0,00			0,00	- €	0,00	
7 Kard. Diagn./Therapie	702,23 €	0,00	- €	0,00			0,00	- €	0,00	
8 Endosk. Diagn./Therapie	6.707,74 €	1,00	6.707,74 €	0,05			0,00	- €	0,00	
9 Radiologie	37.244,43 €	0,66	24.581,33 €	0,19	Selbst erbrachte Röntgenleistungen		0,00	- €	0,00	
10 Labor	15.442,02 €	0,20	3.088,40 €	0,02	Selbst erbrachtes Labor		0,00	- €	0,00	
11 Übrige diagn./therap. Bereiche	68.984,05 €	0,90	62.085,65 €	0,49	Modifiziert nach interner Verrechnung	321.922,38 €	0,02	4.828,84 €	0,04	
Zwischensumme	872.266,06 €		678.939,02 €	5,37				15.025,77 €	0,12	
Gesamtergebnis DRG Bereich						1.450.201,15 €		693.964,80 €	5,49	
Sonstige Erlöse										
Bereich	Erlös gesamt	Faktor	adjustiert	VK finanziert	kommentar	Erlös gesamt	Faktor	adjustiert	VK finanziert	kommentar
ZE & NUB	46.993,98 €	0,00	- €	0,00			0,00	- €	0,00	
Ausgleiche/ Zuschläge		0,00	- €	0,00			0,00	- €	0,00	
Saldo Konsile		0,00	13.815,00 €	0,11	Konsile		0,00	- €	0,00	
AOP	131.363,40 €	0,40	52.545,36 €	0,42			0,00	- €	0,00	
vor- und nachstationär	20.728,75 €	0,40	8.291,50 €	0,07			0,00	- €	0,00	
ambulante Erlöse + NE	13.481,49 €	0,40	5.392,60 €	0,04			0,00	- €	0,00	
Stationäre Nutzungsentgelte	88.390,38 €	0,00	- €	0,00			0,00	- €	0,00	
Sonstige Erlöse	- 868,35 €	0,22	- 188,43 €	0,00			0,00	- €	0,00	
Ergebnis sonstige Erlöse	300.089,65 €		79.856,02 €	0,63						
Gesamtergebnis						1.750.290,80 €		773.820,82 €		6,12
Vorhandenes Personal										
	VK (Durchschnitt)									
KST Fachabteilung	6,73									
KST Notaufnahme (Anteil)	0,83									
KST Wdhleistungstation (Anteil)	0,09									
Gesamt (VK nach Kosten)	7,65							Überbesetzung nach Kosten	1,53	
Gesamt (VK nach Stellenanteil)	7,65							Überbesetzung nach VK-Anteilen	2,25	

Beispielhafte Darstellung

© 2015 KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, ein Mitglied des KPMG-Netzwerks unabhängiger Mitgliedsfirmen, die KPMG International Cooperative („KPMG International“), einer juristischen Person schweizerischen Rechts, angeschlossen sind. Alle Rechte vorbehalten. Der Name KPMG, das Logo und „cutting through complexity“ sind eingetragene Markenzeichen von KPMG International.

Arbeiten grundsätzlich erforderlich ist, gibt die erlösorientierte Personalbetrachtung jedoch keine Antwort. An dieser Stelle setzt die leistungsorientierte Personalbedarfsermittlung an. Sie beinhaltet die detaillierte Analyse der Personalausstattung in verschiedenen Organisationseinheiten und Tätigkeitsbereichen. Ihr Ziel ist es, erhöhte Transparenz bezüglich der Aufgaben, Prozesse und des Leistungsgeschehens vor Ort herzustellen. Vereinfacht gesagt wird hier gefragt: Welche Aufgaben werden erfüllt? Mit welchem Personaleinsatz? Und wie stellt sich das im Vergleich zu einschlägigen Referenzkennzahlen dar? So lässt sich ein präzises Bild des jeweiligen Arbeitsanfalls gewinnen. Bestehende Personalgerüste und -ausstattungen können auf inhaltlicher Ebene kritisch beleuchtet sowie Personalüber- und -unterbesetzungen identifiziert werden.

Hierzu muss zunächst das konkrete Leistungsgeschehen, müssen also Tätigkeiten, Prozesse, Arbeitsschritte und Verrichtungen, erfasst werden. In Abstimmung mit den Akteuren vor Ort ist dabei ein möglichst detailliertes Leistungsbild zu zeichnen, das dann in der Zeitdimension bewertet werden kann.

Auf der Basis einschlägiger Personalkennzahlen sowie entsprechender Erfahrungswerte aus dem langjährigen Projektgeschehen können dann die notwendigen Kapazitäten für die Bewältigung der aktuell anfallenden Aufgaben abgeleitet werden. Dabei ist es wichtig, die individuellen Gegebenheiten vor Ort zu beachten, schließlich richtet sich der Personaleinsatz auch nach örtlichen Strukturen, unterstützenden Prozessen, räumlichen Gegebenheiten oder weiteren Aufgaben. Zu berücksichtigen sind ferner Dienstzeiten, Mindestbesetzungen, aber auch Überstunden sowie Überlastungsanzeigen.

Im Ergebnis mündet auch die leistungsorientierte Personalbedarfsermittlung in einen Vergleich: Hier werden die ermittelten Bedarfswerte den Istwerten gegenübergestellt. Das führt zu sehr detaillierten Einblicken in die Organisationsstruktur, die Arbeitsweisen und Prozesse sowie die Leistungsprofile der betrachteten Organisationseinheiten und erlaubt klare Aussagen über eine jeweilige Über-

oder Unterbesetzung. Hieran können dann weitere Untersuchungen, klinikinterne Diskussionen oder entsprechende Maßnahmen des Personalmanagements und der Personalplanung anschließen.

Im Bereich der Verwaltung ist wieder ein Sonderweg zu gehen, da die Aufgaben zunächst sorgfältig gegliedert werden müssen, um eine Vergleichbarkeit über Benchmarks herstellen zu können. Beispielsweise sind die Funktionen des Controllings in jedem Krankenhaus anders definiert, weil sie nur das rein betriebswirtschaftliche Controlling, das medizinisch-strategische Controlling oder auch das MDK-Management, also die Bearbeitung der Anfragen des medizinischen Diensts der Krankenversicherungen, beinhalten. Erst wenn hier Klarheit über Aufgaben, Umfang der Wahrnehmung und Personalausstattung herrscht, können auf Basis von Vergleichszahlen hilfreiche Aussagen entstehen.

Planung, Kommunikation und die Analyse vor Ort

Eine ausreichende Zahl qualifizierter, engagierter und leistungsstarker Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist der Schlüssel nicht nur für einen effektiven und effizienten Krankenhausbetrieb, sondern auch zur Sicherstellung und Gewährleistung von Behandlungsqualität und Patientensicherheit. Gerade deshalb sind Personalanalysen – auch wenn sie wegen des hohen Anteils der Personal- an den Gesamtkosten aus ökonomischer Sicht unabdingbar sind – ein höchst sensibles Thema. Von erfolgskritischer Bedeutung sind deshalb folgende drei Punkte: Personalanalyseprojekte sind, erstens, sorgsam zu konzipieren und präzise zu planen; sie müssen, zweitens, methodisch sauber durchgeführt und, drittens, von einer klaren und durchdachten Kommunikationsstrategie begleitet werden.

In Bezug auf die Kommunikation ist, neben der engen Abstimmung mit der Klinikverwaltung, der Kontakt mit der Mitarbeiterschaft essenziell. Denn je genauer die Kenntnis der Situation vor Ort, der jeweiligen Gegebenheiten, Strukturen, Personen und Prozesse, umso genauer, aussagekräftiger und auch anerkannter ist die jeweilige Personalanalyse. Und nur mit breiter Ak-

zeptanz können die Ergebnisse umfassend genutzt werden und damit als Grundlage für Handlungsempfehlungen und Managemententscheidungen verwendet werden.

Fazit

Die zielsichere Steuerung und Kontrolle der Personalkosten, die effiziente Personaleinsatzplanung, die nachhaltige Personalentwicklung und das aktive Personalmanagement sowie – ganz grundlegend – die umfassende Personaltransparenz sind für ein erfolgreiches, zeitgemäßes Krankenhausmanagement unverzichtbar. Deshalb kommt kein Krankenhaus umhin, sich mit den Methoden zur Analyse der eigenen Personalsituation auseinanderzusetzen und hierbei gegebenenfalls auf externe Unterstützung zurückzugreifen. Denn nur so können belastbare Informationen hinsichtlich Stand, Entwicklung, Chancen, Risiken, Potenzialen und „Baustellen“ im Personalbereich gewonnen und damit die Grundlage für ein aktives, effektives und zielorientiertes Personalmanagement im Krankenhaus gelegt werden. ■



Dr. Matthias Schatz
Director, Gesundheitswirtschaft, Consulting, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
T +49 30 2068-4297
mschatz@kpmg.com



Tino Schulz
Manager, Gesundheitswirtschaft, Consulting, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
T +49 30 2068-1589
tinoschulz@kpmg.com



Dr. Philipp Männle
Gesundheitswirtschaft, Consulting, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
T +49 221 2073-1031
pmaenne@kpmg.com

Fachlich kompetent – christlich engagiert

Dr. Joachim Drechsel, Vorstandsvorsitzender Deutscher Gemeinschafts-Diakonieverband e. V., Marburg, im Gespräch mit Ralph Fischer und Frank Nordhoff, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Dortmund

Nach Ihrem Leitbild wollen Sie dem Patienten durch eine kompetente, fachlich fundierte Dienstleistung sowie durch einen einladenden christlichen Glauben dienen. Wie schaffen Sie es, dass diesen Vorstellungen in der heutigen Zeit noch Rechnung getragen werden kann?

Unser Leitbild hat schon viele verschiedene Zeiten durchlebt. Denn es ist schon 3.000 Jahre alt. „Liebe Deinen Nächsten wie Dich selbst“, heißt es in der Bibel im dritten Buch Mose. Diese Tradition leben wir auf ganz natürliche Art und Weise. Wir sehen unseren Auftrag darin, Menschen auf vielfältige Art zum christlichen Glauben einzuladen. Es ist für uns selbstverständlich, dass diese Einladung nicht nur in Worten, sondern gleichermaßen in Taten geschieht. Das bedeutet aber nicht, dass wir unsere Krankenhäuser nur um des Helfens willen betreiben.

Taten sprechen zu lassen ist für uns mehr als die reine medizinische Dienstleistung. Die Kliniken des Deutschen Gemeinschafts-Diakonieverbands (DGD) sind diakonische Einrichtungen. Und „Diakonie“ steht für den „Dienst“ der christlichen Gemeinde an den hilfsbedürftigen Nächsten. Treibende Kraft hinter der Gründung der Diakonie war der Theologe Wichern, der sich seit 1833 um Straßenkinder in Hamburg kümmerte und sie nach dem Vorbild einer Familie in kleinen Häusern zusammen wohnen ließ. Heute sind es nicht unbedingt die Familienmitglieder, die als solche verloren gehen, sondern die Strukturen einer Familie. Das betrifft heute Kinder und Erwachsene. Die „Leistung“ der Familie wird heute vielfach vom Staat oder von der Gesellschaft übernommen oder sogar zum Bezahl-

produkt gemacht. Hierüber sind wir uns bewusst, wenn Menschen zur Behandlung in unsere Einrichtungen kommen.

Wie schon gesagt, wir betreiben unsere DGD-Kliniken nicht nur, weil wir den kranken Menschen medizinisch helfen wollen, sondern wir möchten daneben auch ihre Gesamtbedürfnisse in den Blick nehmen. Was der Patient neben der bestmöglichen medizinischen Versorgung noch braucht? Einen Gesprächspartner oder auch nur einen Zuhörer oder jemanden, der ihm während der schwierigen Zeit seiner Krankheit auch einfach nur einmal die Hand hält und dadurch sein Unwohlsein in dieser Situation mindert. Das ist ganz viel wert in der heutigen Zeit, in der die Familie leider an Stellenwert eingebüßt hat und die Medizin gleichzeitig aufgrund ihrer fachlichen Methoden sehr auf Professionalität eingestellt ist.

In vielen Krankenhäusern, aber auch in Alten- und Pflegeheimen stellt sich immer wieder die Frage nach der Wirtschaftlichkeit. Inwieweit können die Anforderungen eines härter werdenden Wettbewerbs im Gesundheitssektor mit dem christlichen Auftrag in Einklang gebracht werden?

Unser Leitbild in Taten umzusetzen, muss nicht zwingend mit Mehrkosten verbunden sein. Nehmen Sie die Krankenschwester, die sich eine Viertelstunde für pflegerische Leistungen oder auch aus einem anderen Grund im Zimmer unseres Patienten aufhält. Diese Zeit für ein aktives Zuhören oder ein Gespräch mit und über die Sorgen des Patienten zu nutzen, verursacht keine zusätzlichen Kosten. Unsere Mitarbeiter sehen es als selbstverständ-

lich an, dass die gemeinsame Zeit den Patienten gehört. Sie möchten sich mitteilen und verstanden wissen, um sich nicht nur medizinisch, sondern auch mental besser zu fühlen. Bei unseren hauptamtlichen Mitarbeitern kommt es deshalb nicht so sehr auf die Länge der Zeit an, die sie mit den Patienten verbringen, sondern auf die Qualität. Den Patienten auf seine Situation anzusprechen, ihm zuzuhören, sei es auch nur für die kurze Zeit der Pflege, verursacht keine Mehrkosten, entspricht aber voll und ganz unserem Leitbild.

Dass wir uns an dem Gebot der Nächstenliebe orientieren, bedeutet für uns nicht, verzichten zu müssen oder selbst in Armut zu leben. Deshalb achten wir genauso auf die Wirtschaftlichkeit unserer Einrichtungen und medizinischen Dienstleistungen wie unsere Wettbewerber. Aber selbstverständlich können wir unseren Patienten den Mehrwert der besonderen persönlichen Zuwendung, der über die zuvor beschriebene Qualitätszeit mit unseren hauptberuflichen Mitarbeitern hinausgeht, nur durch umfassendes ehrenamtliches Engagement bieten. Denn unsere Seelsorger haben keine Preisliste für ein viertelstündiges Gespräch oder ein Vaterunser. Es ist der gemeinsame Auftrag unserer hauptberuflichen und ehrenamtlichen Mitarbeiter, sich den Patienten unserer Einrichtungen zuzuwenden und ihnen in dem von Krankheit geprägten Lebensabschnitt mit der notwendigen medizinischen Hilfe und mentaler Unterstützung zur Seite zu stehen.

Welche Auswirkungen haben eine diakonische Profilbildung und die Orientierung an einer christlich geprägten Organisationskultur auf die Wettbewerbsfähigkeit Ihres Netzwerks? Wo bestehen bei dieser Ausrichtung die Chancen und auch Risiken?

Diakonisches, karitatives Auftreten ist unser Markenzeichen. Dabei unterscheiden sich die Chancen und Risiken unserer DGD-Kliniken nicht von denen unserer Wettbewerber. Die tatsächlich gelebte Kultur ist der entscheidende Punkt und damit vielleicht auch ein wenig unser Wettbewerbsvorteil. Denn Menschen und ihr Handeln machen den Unterschied. Unsere Organisationsstrukturen unterscheiden sich hingegen nicht wesentlich von denen anderer Gesundheitseinrichtungen. Es geht um die Frage, wie man mit dem Menschen, dem Patienten, umgeht.

Niemand ist ein besserer Mensch, nur weil er Christ ist. Und unsere Krankenhäuser sind nicht schon deshalb besser, weil wir uns der Diakonie verpflichtet fühlen. Niemand kann und darf mangelnde Fach- und Sozialkompetenz hinter Frömmigkeit verbergen. Das Wort „Diakonie“ tragen wir nicht allein deshalb in unserem Namen, weil wir eine konfessionelle Einrichtung sind, sondern weil wir unseren diakonischen Auftrag ernst nehmen. Und das nicht, weil wir uns davon einen wirtschaftlichen Wettbewerbsvorteil versprechen. Es entspricht unserem Leitbild, dem, wie wir unser Leben gestalten. Ob sich ein nachweisbarer wirtschaftlicher Wettbewerbsvorteil ergibt, ist für unser Handeln unerheblich.

Welche Vorteile bietet ein christlich geprägtes Leitbild den Patienten? Welche Gründe sind ausschlaggebend, dass sich Patienten bewusst für eine konfessionelle Einrichtung entscheiden?

Menschen, die als Patienten zu uns kommen, befinden sich in einer Not-situation. Neben der medizinischen Hilfeleistung sind Patienten deshalb offen für jede menschliche Zuwendung, die ihnen in ihrer Situation ein gewisses Maß an Sicherheit gibt. Aus ihren Lebenserfahrungen wissen unsere Patienten, dass ihnen unsere christliche Kultur genau dies bietet. In Notsituationen lernt jeder wieder die Werte einer solchen Kultur zu schätzen, auch wenn er sie lange Jahre aus den Augen verloren hat.

Das gilt nicht nur für unsere christlich orientierten Patienten. Auch Patienten anderer Glaubensrichtungen wissen unseren menschlichen

Mehrwert zu schätzen. Denn gelebte Nächstenliebe ist kein christliches Alleinstellungsmerkmal. Sie ist auch wichtiger Bestandteil anderer Weltreligionen. Was außen draufsteht, ist die eine Sache. Was drin ist, das zählt.

In einer multikulturellen und diversifizierten Gesellschaft gehören die Angestellten eines diakonischen Trägers auch anderen Religionen an oder sie sind gar nicht gläubig. Wie können der diakonische Gedanke und die christlichen Werte trotzdem in Ihrer Mitarbeiterschaft gelebt werden?

Wir sind demokratisch organisiert und von Toleranz geprägt. Jeder Mitarbeiter der DGD-Kliniken hat seinen eigenen Lebensweg, Traditionen, die er fortführt, und eine Religion oder auch keine, der er angehört. Uns ist weniger wichtig, mit welcher religiösen Prägung unsere Mitarbeiter zu uns kommen. Für uns steht im Vordergrund, ob sie sich mit dem identifizieren können, was uns wichtig ist, unseren Werten. Und wie schon gesagt: Die Wertvorstellungen der Religionen unterscheiden sich in dieser Hinsicht kaum. Dem Patienten ein offenes Ohr schenken, seine Sorgen in einem Gespräch teilen, das wünschen wir uns von unseren Mitarbeitern.

Wir sind nicht per se bessere Menschen, nur weil wir Mitglied der Kirche sind oder für eine diakonische oder karitative Einrichtung arbeiten. Auch können wir nicht alles leisten, nicht allen helfen. Aber wir können etwas bewegen, im Großen wie im Kleinen. Und das können wir am besten in einem Team mit gleichen Wertvorstellungen, geprägt von Nächstenliebe. Der Teamgedanke und das gemeinsame Leitbild sind uns wichtig. Wir wollen anderen helfen und unsere Kraft nicht für interne Konflikte aufbrauchen.

Wie schaffen Sie es, trotz der Fokussierung auf ein christlich orientiertes Unternehmensprofil, dass sich eine gesamtheitliche Organisationskultur entwickelt, in der es möglich ist, die gleichen Werte zu teilen und zu vermitteln?

Unsere Ärzte bringen grundsätzlich neben dem medizinischen auch einen hohen ethischen Anspruch mit sich und tragen unser Werteverständnis



Dr. Joachim Drechsel

Nach verschiedenen Stationen als Pfarrer und Amtsträger in der evangelisch-lutherischen Kirche ist der Theologe Dr. Joachim Drechsel seit 1994 Direktor und Vorstandsvorsitzender des Deutschen Gemeinschafts-Diakonieverbands (DGD) in Marburg. Gleichzeitig ist er auch Geschäftsführer einer der beiden Krankenhausgesellschaften des DGD sowie Vorstandsvorsitzender DGD-Stiftung, unter deren Dach die DGD-Kliniken zusammengeführt sind. Das Netzwerk Deutscher Gemeinschafts-Diakonieverband (DGD) ist mit mehr als 3.000 Mitarbeitenden ein großer Arbeitgeber im Diakonischen Werk der evangelischen Kirche. In seiner Funktion als Direktor und Vorstandsvorsitzender verantwortet Dr. Drechsel die strategische und diakonische Ausrichtung sowie die Personalentwicklung aller Einrichtungen und Arbeitszweige des Verbands sowie auch der 2013 gegründeten DGD-Stiftung.

mit. Eine Zusammenarbeit mit einem Arzt lehnen wir hingegen ab, wenn für uns ein rein wirtschaftliches Interesse erkennbar wird.

Die Mitarbeiter der DGD-Kliniken nehmen an einem Begrüßungstag und an laufenden Diakonieseminaren teil. Neben der fachlichen Weiterbildung und der Vernetzung innerhalb der Organisation geht es dabei auch um die Vermittlung unseres diakonischen Profils und die Beantwortung der Frage, wie gehe ich mit Menschen um. Die Antworten erarbeiten wir gemeinsam. Das einzige, was unsere Mitarbeiter von sich aus mitbringen müssen: Sie müssen Menschen mögen. Entgegengebrachte Zuwendung wird von unseren Patienten nur dann als echt angesehen, wenn unsere Mitarbeiter sie nicht als reine Tätigkeit im Rahmen ihres Arbeitsvertrags ansehen, sondern sie mit Leben füllen. Dazu braucht es oft nicht viel. Man muss sich auf andere einlassen können. Und was viele neue Mitarbeiter erst bei uns realisieren: Anderen zu helfen, tut auch einem selbst gut. ■

Erfolgsfaktoren einer regionalen katholischen Krankenhausgruppe

Dietmar Imhorst, Vorstand der Stiftung Mathias-Spital Rheine, im Gespräch mit Frank Nordhoff, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Dortmund

Wo liegen die Herausforderungen für die Stiftung Mathias-Spital in den kommenden Jahren? Wie muss sich ein Gesundheitsunternehmen heute aufstellen, um auch in Zukunft wettbewerbsfähig und für Patienten attraktiv zu sein?

Wer für Patienten attraktiv sein will, muss die für ihre Behandlung erforderliche Medizin aus einer Hand anbieten. Sprich, er muss die Krankheit des Patienten besser und schneller klären und behandeln können als andere. Das gilt auch für die Ambulanz, deren Anteil ständig steigt, wohingegen stationäre Kapazitäten rückläufig sind. Um das für die Behandlung einer bestimmten Krankheit Notwendige anbieten zu können, müssen wir unser Angebot für die Patienten klar strukturieren. Bei der wettbewerbsfähigen Gestaltung unserer Angebote setzen wir aber nicht auf Kostenreduzierung, sondern auf Produktivitätssteigerung. Natürlich nehmen wir auch einen Kennzahlenvergleich vor. Vergleichsmaßstab ist für uns aber nicht der einzelne Arzt, der Chefarzt oder das einzelne Bett, sondern die Einheit, die ein bestimmtes Angebot bietet, als solche.

Wenn wir von Hilfe aus einer Hand sprechen, meinen wir aber nicht nur die umfassende medizinische Versorgung des Patienten, sondern auch die handelnden Ärzte. Wenn der Patient von der Aufnahme bis zur Entlassung und noch im Rahmen der Nachsorge mit den gleichen Ärzten spricht, schafft das eine starke Vertrauensbasis zwischen Patient und Krankenhaus und steigert somit unsere Attraktivität.

Nehmen Sie als Beispiel einen Patienten, der mit einem Bruch als Notfall zu uns kommt. Uns geht es nicht nur darum, den Bruch zu heilen, sondern auch seine Ursachen zu erkennen. Sie können beispielsweise in einer Stö-

rung des Gleichgewichtssinns liegen, womit sich die Frage anschließt, wie es dazu kam. Alle medizinischen Leistungen aus einer Hand anzubieten, heißt für uns, nicht nur den Bruch, sondern auch seine Ursachen zu behandeln, und zwar mit einem Team, das den Patienten durch die gesamte medizinische Behandlung begleitet. Dass wir hier schon viel erreicht haben, zeigen unsere jährlichen Patientenzahlen.

Welche Wettbewerbsvorteile gegenüber anderen Anbietern haben Gesundheitskonzerne, die unter einem Dach mehrere, bereichsübergreifende Einrichtungen rund um die Themenfelder Gesundheit und Medizin versammeln?

Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit unter einem Dach ermöglicht eine bessere Behandlung des Patienten, weil etwaige Schnittstellenverluste vermieden werden. Das wissen auch unsere Patienten. Denn nur ein intensiver, fächerübergreifender Wissensaustausch kann ihnen die bestmögliche Versorgung bieten. Das interne Netzwerk ist die wichtigste organisatorische Voraussetzung für die Steigerung der Behandlungsqualität. Und Qualität schafft bekanntlich Vertrauen. Und wer uns vertraut, bleibt uns als Patient erhalten. Das ist die beste Werbung für uns.

Ihre Stiftung betreibt auch eigene Altenpflegeheime unter der gleichen Trägerschaft. Welche Synergieeffekte und Vorteile ergeben sich daraus gegenüber anderen Unternehmen?

Unsere Altenhilfe bildet neben dem Krankenhaus einen eigenen Bereich, unsere zweite Säule, oder wenn man unsere eigenen Bildungseinrichtungen

ebenfalls als eigenen Bereich sieht, unsere dritte Säule. Die Synergieeffekte aus dem gleichzeitigen Betrieb der Krankenhäuser und der Altenhilfe sind eher gering und bestehen nur auf der Kostenseite. Bei der Kurzzeitpflege unserer Altenheime werden bevorzugt eigene Patienten unserer Krankenhäuser aufgenommen. Das ist ein klarer Vorteil für unsere Patienten. Die wenigsten werden ihn aber berücksichtigen, wenn sie sich für eine Behandlung in einem unserer Krankenhäuser entscheiden. Für unsere Patienten kann es im Nachhinein nur zu einem angenehmen Nebeneffekt werden.

Unter dem Dach der Stiftung Mathias-Spital sind sechs Krankenhäuser der Region eng miteinander vernetzt. Welche Vorteile können sich aus Netzwerkpartnerschaften mit anderen Krankenhäusern ergeben?

Hinter unseren Netzwerkpartnerschaften stehen keine vertraglichen Vereinbarungen mit anderen Häusern. Trotzdem arbeiten wir teilweise zusammen. Nehmen Sie beispielsweise unseren Kinderarzt, den wir für U-Untersuchungen bei Neugeborenen einem anderen Haus zur Verfügung stellen, das diese Untersuchungen sonst nicht anbieten könnte. Diese Zusammenarbeit erfolgt einfach „By Doing“.

Oder nehmen Sie unser überregionales Brustzentrum als weiteres Beispiel. Hier stehen wir, anders als es in vielen Ballungszentren der Fall ist, nicht in Konkurrenz oder Wettbewerb zu anderen Häusern. Der Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern in unserer Region ist vielmehr geprägt durch eine friedliche Koexistenz.

Daneben verfolgen wir schon eine Expansionsstrategie. Aber nicht um jeden Preis. Wir entscheiden von Fall zu Fall. Eine zu übernehmende Einrichtung muss nicht nur medizinisch und regional zu uns passen, sondern auch hinsichtlich ihrer Gesamtstruktur. Ein

Haus, das sich nach seiner Organisation und seinen Werten von der Stiftung Mathias-Spital unterscheidet, würde einfach nicht zu uns passen. Und wir glauben, wir würden uns keinen Gefallen damit tun, wenn wir ein Krankenhaus nach der Übernahme erst komplett umkrepeln müssten, damit es zu uns passt.

Neueste Studien kommen zu dem Ergebnis, dass für die bedarfsgerechte Versorgung in ländlichen Regionen multiprofessionelle Versorgungsmodelle elementar sind. Inwieweit wäre im Rahmen von neuen Kooperationsmodellen auch eine Zusammenarbeit mit Mitarbeitern denkbar?

Wir sind hier zwar auf dem „grünen Land“, aber doch weniger in einer ländlichen Region. Gerade wegen unserer räumlichen Nähe zu Münster haben wir eine Vielzahl von Krankenhäusern in einem Umkreis von 50 Kilometern. Was unser eigenes multiprofessionelles Versorgungsmodell angeht, kommt es uns vor allem auf eine Verzahnung der ambulanten und stationären Behandlung an. Ein Bereich, in dem das schon sehr gut funktioniert, ist die Palliativversorgung. Darüber hinaus kooperieren wir sehr viel mit den niedergelassenen Ärzten. Von ihrer Produktivität können wir noch sehr viel lernen. Aber auch in unserem eigenen Haus steht die verstärkte interdisziplinäre Zusammenarbeit im Vordergrund. Wir möchten dem Patienten alle Therapieoptionen unter einem Dach anbieten.

Um auf die ländlichen Regionen zurückzukommen: Nach unserer Einschätzung werden die Hausärzte in den kommenden Jahren durch medizinisch gut ausgebildete „Dorfschwester“ unterstützt werden müssen. Das ist aber nur möglich, wenn wir gleichzeitig eine Renaissance der Kleinkrankenhäuser erleben. Sie werden aber nur lebensfähig sein, wenn sie eng mit den lokalen Ärzten zusammenarbeiten und sich in Verbänden organisieren. Das wäre eine Idee, wie sich Medizin in ländlichen Regionen organisieren ließe.

Der zunehmende Fachkräftemangel im Gesundheitswesen forciert auch den Konkurrenzkampf um gut ausgebildete Nachwuchskräfte in Medizin und Pflege. Welche Bedeutung

haben in diesem Zusammenhang einrichtungseigene Bildungsangebote?

Natürlich sind wir, wie unsere Mitarbeiter auch, vom Fachkräftemangel betroffen. Er umfasst nicht nur die Ärzte, sondern vor allem auch gutes Pflegepersonal. Wegen der Attraktivität unserer Region und der Bodenständigkeit der Westfalen haben wir aber nicht die typischen Probleme eines Krankenhauses in einer eher ländlich strukturierten Region.

Die Anforderungen an unser Haus als Arbeitgeber unterscheiden sich wahrscheinlich nicht wesentlich von denen in anderen Branchen. Vorrangig geht es heute um die Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei gleichzeitiger Karrieremöglichkeit. Vor allem, weil heute rund zwei Drittel der von uns eingestellten Ärzte Frauen sind. Hier geht der Trend eindeutig zu Teilzeitarbeit. Worauf wir allerdings nicht verzichten, ist die Teilnahme an der Rufbereitschaft. Denn das würde nur zu Unstimmigkeiten innerhalb unserer Ärzteschaft führen.

Natürlich stecken wir einen erheblichen Teil unseres Umsatzes in die Fortbildung unserer Mitarbeiter. Ob unser eigenes Bildungsangebot dabei von Vorteil ist, lässt sich schlecht eruieren. Womit wir auf jeden Fall sehr erfolgreich sind, ist unser Bachelor-Studiengang Physician Assistant (Arztentlastung). Dabei geht es vor allem darum, die Ärzte bei ihren inzwischen sehr umfangreichen Dokumentationspflichten, aber auch bei einfachen diagnostischen und therapeutischen Tätigkeiten zu unterstützen. Das führt zu einer Entlastung der Ärzte.

Inwieweit ist der konfessionelle Hintergrund Ihres Unternehmens ein Vorteil bei der Gewinnung von Mitarbeitern und bei der Patientenauslastung?

Inzwischen sind zwar keine Ordensschwester mehr aktiv in unseren Krankenhäusern tätig, gleichwohl bieten wir professionelle Seelsorge an. Dabei beziehen wir auch die Schwestern und das Pflegepersonal mit ein. Das ist sehr wichtig, denn wir verstehen uns nicht als medizinische Reparaturwerkstatt. Wer als Patient zu uns kommt, befindet sich in einer für ihn ungewöhnlichen Lebenssituation, die mehr oder weniger von Unsicherheit



Dietmar Imhorst

Nach einer Ausbildung zum Groß- und Handelskaufmann und einem Studium der Betriebswirtschaftslehre an der Universität Münster ist Dietmar Imhorst seit mehr als 20 Jahren in Führungspositionen in Krankenhäusern tätig. In den Jahren 2001 bis 2007 leitete er als Hauptgeschäftsführer die Ammerland-Klinik GmbH in Westerstede. In der Folge arbeitete er als Geschäftsführer für die Regionale Gesundheitsholding Heilbronn-Franken GmbH. Seit 2011 ist Dietmar Imhorst Alleinvorstand der Stiftung Mathias-Spital Rheine, die fünf Krankenhäuser, vier Altenheime und diverse Einrichtungen im Bildungssektor betreibt.

und Angst geprägt ist. In dieser Situation möchten wir unseren Patienten mit unserem christlichen Wertebild begegnen. Allen voran den Geboten der Nächstenliebe, also dem helfenden Handeln für andere Menschen. Das erwarten wir von unseren Mitarbeitern, unabhängig von ihrem Glauben oder ihrer Konfession. Die Mitarbeiter sollen sich für den Patienten interessieren, der sich in dieser ungewöhnlichen Lage befindet. Denn nur, wenn die Mitarbeiter auf den Patienten zugehen, kann es zu einer gegenseitigen Wertschätzung zwischen Patient und Mitarbeiter kommen. Darauf legen wir bei der Auswahl und Fortbildung unserer Mitarbeiter besonderen Wert, und das gilt auch für die tägliche Praxis. Denn für die Patienten ist es wichtig, dass ihre Sorgen und Nöte ernst genommen werden, dass wir ihnen aktiv zuhören. Erlernen lässt sich das eigentlich nur aus dem aktiven Vorleben der anderen Mitarbeiter, einschließlich aller Führungskräfte und Ärzte.

Und um die Frage zu beantworten: Wir denken schon, dass eine von gegenseitiger Wertschätzung geprägte Atmosphäre, die ihren Ursprung im christlichen Wertebild hat, bei der Gewinnung von Mitarbeitern und Patienten von Vorteil ist und auch für wertebundene Mitarbeiter ein wesentliches Kriterium darstellt. ■

Qualitätsmessung und -vergleich in Schweizer Rehabilitationskliniken

In der Schweiz wurde mit dem nationalen Qualitätsvertrag des ANQ erstmals ein schweizweit einheitliches Programm zur Qualitätssicherung und Transparenz in der Rehabilitation geschaffen. Die Messung der Ergebnisqualität ist von zentraler Bedeutung für Leistungserbringer und Kostenträger, unter anderem, weil ab 2017/2018 für die stationäre Rehabilitation eine neue Tarifstruktur in Kraft treten wird, die auf Assessments analog zur Qualitätsmessung basieren soll.

Autor: Julia Finken, KPMG AG, Zürich

Nationaler Qualitätsvertrag in der Schweiz

Die einheitliche Messung von Qualität in Krankenhäusern, Rehabilitationskliniken und Psychiatrien wird in der Schweiz durch den Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) konzipiert und koordiniert. Grundlage für die Qualitätsmessungen stellt der Nationale Qualitätsvertrag dar, der 2011 vor der Einführung der Swiss Diagnosis Related Groups (SwissDRGs) geschlossen wurde. Vertragspartner sind, neben dem ANQ, der Verband der Schweizer Spitäler (H+), die Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK), der Branchenverband der schweizerischen Krankenversicherer im Bereich der sozialen Krankenversicherung santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherungen (Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung, MTK).

Die Teilnahme an den ANQ-Messungen ist obligatorisch, da die Kostenträger, das sind die Kantone und Versicherer, in der Regel die Umsetzung des Qualitätsvertrags bei Abschluss eines Leistungsauftrags beziehungsweise eines Tarifvertrags fordern. Die Teilnahme an nationalen Qualitätsmessungen wird ferner vom Gesetzgeber auferlegt und ist im Krankenversicherungsgesetz (KVG) festgehalten: „In Zusammenarbeit mit den Kantonen ordnet der Bundesrat schweizweit Betriebsvergleiche zwischen Spitälern an, insbesondere zu Kosten und medizinischer Ergebnisqualität.“ (Artikel 49, Abs. 8 KVG).

Das Ziel ist es, die Transparenz hinsichtlich der Qualität medizinischer Behandlungen zu verbessern und eine Vergleichbarkeit zwischen Institutionen zu ermöglichen, die nachhaltige Verbesserungsprozesse fördern soll.

Qualitätsmessungen in der Rehabilitation

Aufgrund des Qualitätsvertrags finden in der Akutsomatik seit 2011, in der Psychiatrie seit 2012 und in der Rehabilitation seit 2013 fachbereichsspezifische, national einheitliche Qualitätsmessungen statt. In der Rehabilitation wird die Ergebnisqualität mittels der Patientenzufriedenheit, der Zieldokumentation und rehabilitationsspezifischer Assessments erfasst.

Das Modul 1 „Patientenzufriedenheit“ besteht aus einem standardisierten Kurzfragebogen, der in ähnlicher Form auch in der Akutsomatik verwendet wird. Die Ergebnisse der Erhebungen werden ausschließlich innerhalb der zwei Bereiche verglichen. In der Rehabilitation haben 2013, im ersten Messjahr, 83 Kliniken beziehungsweise Klinikstandorte an der Zufriedenheitsbefragung teilgenommen.¹ Maßgebend sind die Erhebungen unter allen Patienten, die eine Rehabilitationsklinik in den Monaten April und Mai verlassen. Insgesamt haben knapp 6.000 stationäre Patienten an der Befragung 2013 teilgenommen.

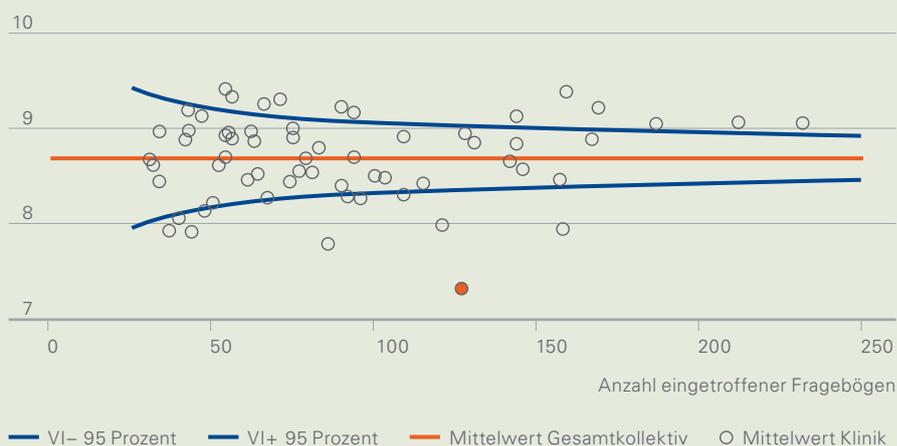
Im nationalen Kurzfragebogen werden folgende Aspekte abgefragt: (1) Rückkehr in die Klinik (ob man wieder dort behandelt werden möchte), (2) Beurteilung der Behandlungsqualität, (3) Verständlichkeit der Informationen von der Ärzteschaft, (4) Beurteilung der Betreuung durch therapeutisches Fachpersonal, Pflegefachpersonal und Sozialdienst, (5) Beurteilung der respekt- und würdevollen Betreuung. Diese Fragen werden

Abbildung 8

Wie beurteilen Sie die Qualität der Rehabilitation, die Sie erhalten haben?

(0 = sehr schlecht; 10 = ausgezeichnet)

Quelle: ANQ-Messergebnisse, 2014²



auf einer Skala von 0 bis 10 beantwortet. Als Kontrollvariablen werden soziodemografische Angaben (Alter, Geschlecht und Versicherungsstatus) abgefragt.

Die Resultate der ersten Messung attestieren eine insgesamt hohe Patientenzufriedenheit bei durchschnittlichen Werten zwischen 8 und 9 von 10 Punkten.³ Der Vergleich zwischen den Kliniken zeigt jedoch, dass auch auf hohem Niveau Unterschiede und Abweichungen nach unten bestehen (siehe Abbildung 8).

Messung der Ergebnisqualität

Bei der Messung der Ergebnisqualität in der Rehabilitation sind in Modul 2 für neurologische und muskuloskeletale Rehabilitation die Dokumentation und der Erreichungsgrad der Rehabilitations- beziehungsweise Partizipationsziele nebst der Erfassung spezifischer Assessments ein zentraler Pfeiler.⁴ Er wurde in Anlehnung an die International Classification of Functionality (ICF) erarbeitet.

Zur Beurteilung der funktionalen Einschränkungen werden in Modul 3 für kardiale und pulmonale Rehabilitation bereichsspezifische Messungen mit unterschiedlichen Messinstrumenten durchgeführt. Außerdem werden in allen Bereichen Co- und Multimorbidität der Patienten erhoben.

Qualitätsmessungen als Steuerungsinstrument für die Kliniken

Ziel der Messungen der Ergebnisqualität ist es, die Wirksamkeit der Rehabilitationsleistungen transparent zu machen, sie zwischen den Leistungserbringern zu vergleichen und damit Grundlagen zu liefern, um die Qualität zu sichern und kontinuierlich zu verbessern. Matthias Mühlheim, Vizepräsident von H+, Präsident der Aktivkonferenz Rehabilitation H+ und administrativer Direktor der Reha Rheinfeldern, sieht in den Ergebnis-messungen ein wichtiges Steuerungsinstrument für die Kliniken. „Neben der Ergebnisqualität ist auch die Qualität der Zielsetzung und der damit verbundenen Zielerreichung eine wichtige Messgröße für die internen Prozesse und vor allem auch für die Ausbildung der Ärzte. Die Resultate der Ergebnis-messungen geben äußerst hilfreiche

Hinweise. Die Qualität der Rehabilitationszielsetzung und ihre Erreichung ist aber ein ganz zentraler Faktor für den Rehabilitationserfolg. Es gilt nämlich, indikationsabhängig möglichst realistische Rehabilitationsziele zu setzen und ihre Erreichung zu evaluieren“.

„Knackpunkt“ Datenqualität

Bei den Ergebnismessungen handelt es sich um Vollerhebungen unter allen stationären Patienten der 88 Rehabilitationskliniken während eines Messjahres. Zielvorgabe seitens des ANQ sind etwa 70 Prozent auswertbare Daten bei den Tests. Die Auswertung der Daten erfolgt durch den Lehrstuhl für Versorgungssystemforschung und Grundlagen in der Qualitätssicherung der Charité in Berlin.

Im ersten Semester 2013 haben 35 Kliniken Daten geliefert, im zweiten Semester bereits 68.⁵ Der Anteil der auswertbaren Fälle lag zuletzt mit etwa 42 Prozent bei knapp 11.400 Fällen. Dabei erzielten Kliniken für neurologische und muskuloskeletale Rehabilitation die höchste Datenqualität. Die Berechnung der Messresultate wird 2015 auf Basis der verbesserten Daten für 2014 erwartet. Gemäß Auskunft des ANQ hat sich die Anzahl der Kliniken, die Daten liefern, und die Auswertbarkeit der Daten im ersten Semester 2014 nochmals stark verbessert. Das macht deutlich, dass die Einführung von Ergebnisqualitätsmessungen für viele Kliniken eine große Herausforderung darstellt, weil die internen Prozesse angepasst werden müssen und es dementsprechend Zeit braucht, bis eine gute Datenqualität erreicht werden kann. Thomas Straubhaar, Vorsitzender des ANQ und CEO der Klinik Lengg AG, weiß darum: „Der Aufwand, der für die Messung der Ergebnisqualität in den Kliniken entsteht, ist erheblich. Für eine seriöse und nachhaltige Dokumentation der Qualität einer Klinik und damit eine schweizweite Vergleichsmöglichkeit ist dieser Aufwand unumgänglich. Zudem wird auch der neue Tarif (ST Reha) auf diesen Daten aufbauen.“

Tarif Stationäre Rehabilitation (ST Reha)

Bis dato werden, mit Ausnahme einiger neurologischer Rehabilitationskli-

niken, fallschwereunabhängige Tagespauschalen zwischen Versicherer und Klinik ausgehandelt, was sich mit der neuen Tarifstruktur verändern wird. Unter dem neuen Tarif, der ab 2017/18 geplant ist, wird der Patient je nach Schweregrad in einem Patient Classification System (PCS) unterschiedlichen Tarifstufen zugeteilt. Zu diesem Zweck sind künftig – zumindest in der Pilotphase – wöchentlich Rehabilitations-Assessments durchzuführen, die auch für die Messung der Ergebnisqualität verwendet werden.

Ergebnisqualität als Entscheidungsinstrument?

Die Messung der Ergebnisqualität, so wie sie national einheitlich in der Rehabilitation eingeführt wurde, ist nicht nur ein Novum in der Qualitätsmessung in der Schweiz, sondern auch einzigartig im Vergleich mit anderen Ländern sowie anderen Bereichen wie der Akutsomatik. Inwiefern die Resultate nicht nur den Kliniken und Kostenträgern als Steuerungs-, sondern dem Patienten auch als Entscheidungsinstrument dienen werden, bleibt abzuwarten. ■

- 1 ANQ – Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (HG.), Nationale Patientenzufriedenheitsbefragung Rehabilitation, Nationaler Vergleichsbericht Messung 2013, Bern, Juni 2014, Version 1.0
- 2 Siehe <http://www.anq.ch/rehabilitation/messergebnisse/>, letzter Zugriff 30.04.2015
- 3 Nationale Patientenzufriedenheitsbefragung Rehabilitation, Nationaler Vergleichsbericht Messung 2013, Bern, Juni 2014, Version 1.0
- 4 Siehe Details zu allen Messinstrumenten in den organ- und nicht-organspezifischen Rehabilitationsbereichen <http://www.anq.ch/rehabilitation/>, letzter Zugriff 30.04.2015
- 5 ANQ und Charité (Hg.), Entwicklungsbericht Datenqualität 1. und 2. Semester 2013, 17. September 2014



Julia Finken
Senior Consultant,
Healthcare Advisory,
KPMG AG
T +41 58 249 35 62
jfinken@kpmg.com

Benchmarking in der stationären Altenpflege – notwendiges Übel oder der Schritt in die Zukunft?

Autoren: Dr. Tobias Gaydoul und Fabian Buck, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Stuttgart

Stationäre Altenpflegeeinrichtungen stehen mit dem stärkeren Wettbewerb, dem wachsenden Mangel an Fachkräften, den steigenden Anforderungen an die Pflege und an die Transparenz der Qualität sowie der oft nicht zufriedenstellenden finanziellen Situation heute bereits zahlreichen Herausforderungen gegenüber. Die veränderte Ausgangslage und die zunehmenden Ansprüche rufen dabei einen erhöhten Managementbedarf hervor. Aufgrund der ökonomischen und rechtlichen Rahmenbedingungen im Markt der stationären Altenpflege sind die Handlungsspielräume jedoch stark eingegrenzt.

Benchmarking als Steuerungsinstrument

Um dieser Aufgabe gerecht zu werden, ist es hilfreich beziehungsweise notwendig, entsprechende Steuerungsinstrumente zur Verfügung zu haben, die die Leitungen der Einrichtungen bei der Bewältigung der genannten Herausforderungen unterstützen sowie beim effektiven und effizienten Einsatz der vorhandenen Ressourcen helfen. Als ein wertvolles Instrument gilt das Benchmarking, um sowohl einrichtungsintern als auch im Branchenvergleich die eigene Leistungsfähigkeit einschätzen und verbessern zu können.

Aktuell wird jedoch im Alten- und Pflegebereich nur äußerst selten ein umfassendes Benchmarking durchgeführt, das über die gesetzlichen Anforderungen hinausgeht. Das heißt in letzter Konsequenz, dass das Management der stationären Pflege die Potenziale des Benchmarking nicht ausschöpft – trotz vorhandenen Außendruck und gegebenen Optimierungsmöglichkeiten.¹ Das soll zum Anlass genommen werden, das Konzept sowie seine Verwendungsmöglichkeiten in der stationären Altenpflege vorzustellen.

Grundidee des Benchmarking sind vergleichende Analysen von Daten, Ergebnissen oder Prozessen mit einem als „besten“ identifizierten Bezugswert (dem sogenannten Benchmark). Durch den Vergleich sollen erfolgreiche Konzepte, Methoden und Lösungen identifiziert und verstanden werden, um sie dann entsprechend anzupassen und zu integrieren. Der große Mehrwert des Benchmarking für die Einrichtung besteht insbesondere in der aktiven Auseinandersetzung mit der eigenen Leistung, dem Erkennen von Stärken und Optimierungsbedarf und dem wechselseitigen Lernen. Eine Weiterentwicklung der Organisation und ein Festigen beziehungsweise Verbessern der Wettbewerbsposition erfolgt durch:²

- das Aufzeigen der Potenziale,
- das Setzen von real erreichbaren, praxisnahen Zielen anhand des Benchmarks,
- die Motivationsfunktion der Ziele,
- die Adaption der erfolgreichen Vorgehensweisen (Successful Practices).

Benchmarking ist mehr als Kennzahlenvergleich

Das Benchmarking ist dabei idealerweise ein fortlaufender Prozess, der damit ein kontinuierliches Verbesserungsverfahren initiiert. Gerade vor dem Hintergrund des immer komplexer werdenden stationären Pflege-

markts und des stärkeren Außendruck wird dem Benchmarking daher eine immer wichtigere Position zur Sicherung der eigenen Einrichtung eingeräumt. Abzugrenzen ist Benchmarking demnach von Betriebsvergleichen, die häufig als Benchmarking deklariert werden, jedoch meistens lediglich einen Vergleich von Kennzahlen liefern.³

Der Weg zum Erfolg – der Benchmarkingprozess

Startpunkt des Benchmarkingprozesses ist die Planungsphase (Abbildung 9). Hier werden Ziele, Form und Benchmarkingpartner, Objekte, Kennzahlen und Instrumente des Benchmarkingkonzepts festgelegt und somit der Benchmarkingprozess konkretisiert. Die Zielsetzung findet entsprechend der aufgeworfenen Fragestellung statt. Vielfach wird hier eine Schwerpunktsetzung vorgenommen, wobei gerade im Bereich der stationären Pflege ein systematischer Vergleich der verschiedenen Erfolgsdimensionen – insbesondere Wirtschaftlichkeit, Qualität, Bewohner- und Mitarbeiterorientierung – wünschenswert ist. Vergleiche in der Pflegebranche konzentrieren sich bisher jedoch fast ausschließlich auf monetäre Aspekte⁴ (Abbildung 10 auf Seite 31).

Benchmarking wird dabei in sehr verschiedenen Ausprägungen umgesetzt. Grundsätzlich wird zwischen internem und externem Benchmarking unterschieden.⁵ Unternehmensintern

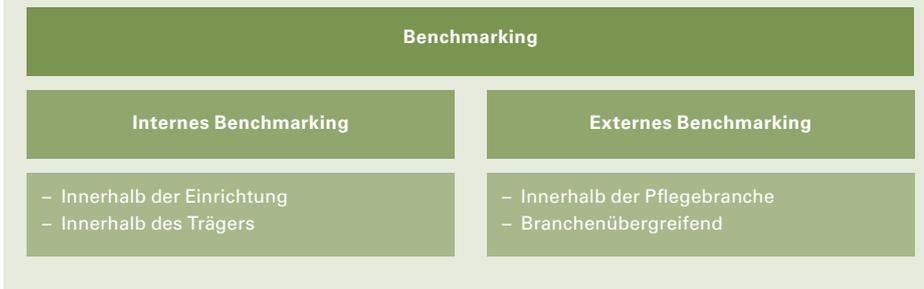
Abbildung 9
Typische Phasen eines Benchmarkingprozesses
Quelle: KPMG, 2015



Abbildung 10

Benchmarkingformen

Quelle: KPMG, 2015



bedeutet bei Altenpflegeeinrichtungen der Vergleich in einer Einrichtung oder auch binnen eines Trägers von mehreren Einrichtungen. Externes Benchmarking kann innerhalb der Branche oder auch branchenübergreifend stattfinden.

Internes oder externes Benchmarking?

Vor dem Hintergrund des relativ geringen Aufwands bei der Gestaltung und Umsetzung des Benchmarking ist es oft ratsam, erste Erfahrungen mit dem Benchmarkingprozess intern zu sammeln. Auch das externe Benchmarking erfordert vor dem Vergleich mit anderen Einrichtungen eine Reflexion der eigenen Leistung. Insbesondere der Vergleich zwischen den verschiedenen Stationen innerhalb einer Einrichtung oder auch die Gegenüberstellung mehrerer Einrichtungen eines Trägers erscheint besonders lohnenswert, da hier von einer Vergleichbarkeit aufgrund gleicher Richtlinien und Rahmenbedingungen ausgegangen werden kann.

Wichtigste Bedingung ist das gegenseitige Vertrauen innerhalb der Benchmarkinggruppe, da erfolgskritische Daten offengelegt und kritisch hinterfragt werden. Insbesondere beim externen Benchmarking bestehen hier oft Hemmnisse. Ein möglicher Lösungsweg ist ein Benchmarking innerhalb eines Verbands.⁶

Auf die richtige Peergroup kommt es an

Die Auswahl geeigneter Peergroups ist ein erfolgskritischer Faktor für einen Benchmarkingprozess. Je nach Peergroup und Benchmarkingobjekt bestimmt sich auch, welche Daten als benchmarkfähig gelten. Gerade im

Kernprozess der Pflege und Betreuung pflegebedürftiger Menschen wird ein Benchmark aufgrund der Komplexität der Leistungserbringung, der Leistungsmessung und der teilweise unterschiedlichen Rahmenbedingungen (zum Beispiel landesspezifische Rahmenbedingungen, Trägerschaft) selbst branchenintern an gewisse Grenzen stoßen. Daher können hier trägerinterne Vergleiche (zum Beispiel stationsbezogen) einen fruchtbaren Ansatz bieten, da die Strukturen vergleichbar sind und die Analyse leichter durchführbar ist. Auch bei bekannten Diskrepanzen innerhalb der eigenen Einrichtung – zum Beispiel hinsichtlich der Produktivität, Personaleinsatzplanung, Ergebnisgrößen und so fort – kann das interne Benchmarking schon umfassende Lernprozesse in Gang setzen. In Bereichen, in denen ein interner Vergleich nur wenig neue Erkenntnisse bringen wird oder nicht durchführbar ist – beispielsweise in der Speisenversorgung – kann ein brancheninterner Vergleich der richtige Weg sein. In anderen Bereichen, wie beispielsweise in der Personalabteilung oder dem Einkauf, kann hingegen ein Benchmarking auch branchenübergreifend stattfinden und entsprechend neuartige Ansätze ans Tageslicht holen. In Pflegeheimen sind für externe Benchmarks insbesondere die sogenannten Backoffice-Prozesse wesentlich, bei denen die wirtschaftliche Leistungserbringung beziehungsweise die Zielerreichung unter Einsatz geringstmöglicher Mittel (Minimalprinzip) im Vordergrund stehen. So sind beispielsweise bei Prozessen der Personalentwicklung oder der Materialwirtschaft innovative Ansätze bei entsprechend spezialisierten Unternehmen zu erwarten. Auch hier kön-

nen Erkenntnisse aus dem Benchmarking, entsprechend umgesetzt, zu Wettbewerbsvorteilen in der eigenen Branche führen.

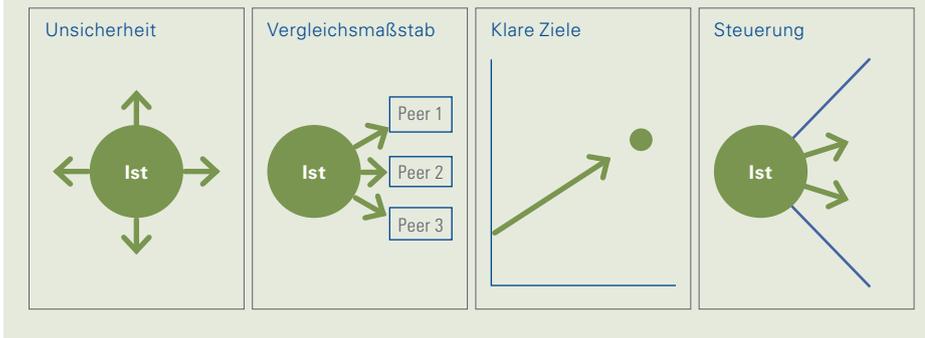
Das Benchmarkingobjekt: Äpfel nicht mit Birnen vergleichen

Weiterhin muss das Objekt des Benchmarking festgelegt werden; möglich sind beispielsweise Organisationseinheiten, Dienstleistungen oder Methoden. Grundsätzlich lässt sich dabei nahezu alles einem Benchmarking unterziehen – es ist jedoch nur sinnvoll, wenn eine Vergleichbarkeit gegeben oder herstellbar ist. Hierfür sind definierte Methoden, valide Kennzahlen sowie eine präzise Datenerhebung die Grundvoraussetzung.⁷ Gerade die Definition von Erfolgsdimensionen sowie ihre entsprechende Operationalisierung sind im Pflegemarkt besonders herausfordernd, wenn ein systematischer Vergleich stattfinden soll. Das gilt sowohl für die organisatorische als auch die methodische Ebene. Hierzu zählen beispielsweise die Konsensbildung bei der Erfolgsdefinition und die Schwierigkeiten bei der Methodenwahl, beispielsweise bei der Operationalisierung von Output (die konkret erbrachte Versorgungsleistung, zum Beispiel Pflegeleistungen, Behandlung, Diagnostik oder Beratung) und Outcome (die eigentlich interessierende Wirkung des Versorgungssystems, zum Beispiel Gesundheit, Wohlbefinden oder Lebensqualität). Aber auch die Vorbehalte der Mitarbeiter und die oft begrenzten finanziellen Spielräume, die für ein solches Projekt vom Träger bereitgestellt werden, müssen berücksichtigt werden.

Harte und weiche Erfolgsfaktoren

Zu den kritischen Erfolgsfaktoren gehören im Bereich der stationären Pflege neben den klassischerweise berücksichtigten harten auch die sogenannten weichen Faktoren. Zu den harten Faktoren zählen Erfolgsfaktoren, die sich mit betriebswirtschaftlichen Kennzahlen abbilden lassen.⁸ Beispiele in der stationären Pflege sind die Personalaufwandsquote, der Pflegestufenmix oder die Auslastungsquote. Unter den weichen Faktoren sind beispielsweise die Bewohnerzufriedenheit, die Qualität der Pflege oder auch die Mitarbeiterzufriedenheit zu nennen. Diese Aspekte lassen sich

Abbildung 11
Positive Effekte durch das Benchmarking
 Quelle: KPMG, 2015



nicht allein über objektive Indikatoren messen, weswegen subjektive, über Befragungen erhobene Indikatoren als Ersatz dienen müssen. Eine einheitliche Erhebung und Operationalisierung muss hierbei bei allen Faktoren umfassend vorbereitet werden.

Datenerhebung und Auswertung

Die zweite Phase des Benchmarking befasst sich mit dem Erheben und Auswerten der Daten. Sinnvoll ist hier oft die Durchführung einer Pilotphase, um mögliche Mängel des methodischen Vorgehens frühzeitig zu eliminieren. Wichtig ist hier, dass eine einheitliche Datenerhebung und -auswertung gewährleistet ist. Das Verfahren muss also gut vorbereitet sein und die beteiligten Mitarbeiter müssen entsprechend informiert und geschult werden.

Keine Angst vor dem Vergleich

In der dritten Phase findet ein Vergleich der Daten statt. Hierbei werden die Leistungslücken identifiziert und beurteilt sowie gegebenenfalls Verbesserungsvorschläge abgeleitet. Das ist der entscheidende und letztendlich zielführende Schritt im Rahmen des Benchmarking. Benchmarking ermöglicht dabei ein frühzeitiges Erkennen von Verbesserungspotenzialen. Gleichzeitig, und das ist der entscheidende Vorteil des Benchmarking, findet ein gegenseitiges Lernen statt. Das Erkennen und Diskutieren des Verbesserungspotenzials in der eigenen Organisation ist der erste Schritt zu einer Weiterentwicklung der Organisation.⁹

Konkrete Maßnahmen planen und umsetzen

In der letzten Phase finden die konkreten Maßnahmenplanung sowie die Umsetzung der Verbesserungen statt. Je nach Umfang des Benchmarkingverfahrens ist das Optimieren einzelner Geschäftsprozesse bis hin zur Neuausrichtung der Unternehmensstrategie denkbar. Großer Vorteil des Benchmarking ist dabei, dass erfolgreiche Vorgehensweisen direkt verfügbar sind beziehungsweise gemeinsam entwickelt werden können, sodass die eigene Leistung bewertbar wird und Verbesserungsmöglichkeiten beziehungsweise Lösungswege vorhanden sind.

Immer einen Schritt voraus – 2:1 für das Benchmarking

Vor dem Hintergrund der wachsenden Anforderungen an stationäre Altenpflegeeinrichtungen ist eine kontinuierliche Weiterentwicklung der eigenen Organisation unabdingbar. Das bedeutet, das Management muss sich intensiv mit den eigenen Stärken und Schwächen auseinandersetzen und ein fortlaufendes Verbesserungsverfahren implementieren. Hierzu müssen die Aktivitäten und Prozesse innerhalb der eigenen Einrichtung transparent gemacht, auf Optimierungsmöglichkeiten überprüft und bei Bedarf angepasst werden. Benchmarking kann, richtig eingesetzt, in diesem Prozess ein wertvolles Hilfsmittel sein. Eine Voraussetzung hierfür ist, dass die relevanten Erfolgsdimensionen bestimmt und operationalisiert werden und einer Vergleichsgruppe gegenübergestellt werden können. Der Vergleich innerhalb der Benchmarking-

gruppe sollte dabei nicht als einmaliges Projekt verstanden werden, sondern als nachhaltige Ingangsetzung eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses. Der hieraus resultierende, umfassende Nutzen lohnt den Anfangsaufwand bei der Initiierung des Benchmarkingprozesses. Der durch das Benchmarking vorhandene Vergleichsmaßstab hilft dabei, die Aufmerksamkeit auf verbesserungsbedürftige Bereiche zu lenken. Er unterstützt das Leitungsteam der Einrichtung bei der Entwicklung von klaren Zielen, der Festlegung von Sollgrößen und der Identifikation von geeigneten Steuerungsmaßnahmen (Abbildung 11).

Der Austausch, die wechselseitige Unterstützung sowie das Lernen anhand bereits erfolgreicher Vorgehensweisen bieten den Einrichtungen dabei eine Chance, aktiv am Markt zu agieren und nicht erst bei Fehlentwicklungen zu reagieren. ■

1 Vergleiche unter anderem Leichsenring, K., Qualität in der Langzeitpflege – Ansätze und Instrumente aus Europa, in: Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit (Hg.): Langzeitpflege in einer solidarischen Gesellschaft – Herausforderungen und Chancen, Wien 2010, S. 95–97, 102
 2 Wendel, V., Controlling in Nonprofit-Unternehmen des stationären Gesundheitssektors, Schriften zur öffentlichen Verwaltung und öffentlichen Wirtschaft Bd. 170, Baden-Baden 2001, S. 209 ff.
 3 Haag, M., Benchmarking als Controlling-Aufgabe in der stationären Altenhilfe, in: Zapp, W. (Hg.): Controlling in der Pflege, Bern 2004, S. 277
 4 Greiling, D., Performance Measurement in Nonprofit-Organisationen, Reihe: NPO-Management, Wiesbaden 2009, S. 155 f.
 5 Siebert, G./Kempf, S., Benchmarking – Leitfaden für die Praxis, München 1998, S. 35
 6 Haag, M., Benchmarking als Controlling-Aufgabe in der stationären Altenhilfe, in: Zapp, W. (Hg.): Controlling in der Pflege, Bern 2004, S. 279
 7 Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung (Hg.), Verbesserung messen. Ergebnisorientierte Qualitätsindikatoren für Alten- und Pflegeheime, Wien 2010, S. 9
 8 Haag, M., Benchmarking als Controlling-Aufgabe in der stationären Altenhilfe, in: Zapp, W. (Hg.): Controlling in der Pflege, Bern 2004, S. 278
 9 Kelleter, H., Benchmarking als Instrument der Organisationsentwicklung am Beispiel der Altenpflege, in: Bono, M. L. (Hg.), Performance Measurement in NPOs. Steuerung im Dienste sozialer Ziele, Baden-Baden 2010, S. 194, 209



Dr. Tobias Gaydoul
 Manager, Gesundheitswirtschaft, Governance & Assurance Services, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
 T +49 711 9060-41158
 tgaydoul@kpmg.com



Fabian Buck
 Gesundheitswirtschaft, Governance & Assurance Services, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
 T +49 711 9060-41496
 fbuck@kpmg.com

Messen an den Besten – der GKV-Data-Monitor von KPMG

Bereits seit mehreren Jahren profitieren Krankenhäuser in Deutschland von den Kennzahlenauswertungen unserer KPMG-Datenbank Krankenhaus 300®. Dabei sind sowohl der Umfang der Kennzahlen als auch die Zahl der betrachteten Dimensionen kontinuierlich gewachsen, sodass aktuell eine 360°-Betrachtung über die Vermögens-, Finanz- und Ertragslage sowie das Marktumfeld, Qualitätsergebnisse und Steuerungssysteme eines Krankenhauses möglich ist. Nun weiten wir dieses erfolgreiche Benchmarkingkonzept auch auf weitere Sektoren der Gesundheitswirtschaft aus. Im Zuge der neuen Transparenzanforderungen an gesetzliche Krankenkassen in Deutschland eröffnen wir den Kassen die Möglichkeit, mithilfe des GKV-Data-Monitors von KPMG ihre Jahresrechnungsergebnisse strukturiert zu analysieren und zu vergleichen.

Autoren: Julia Kaub, Kevin Pfaffner und Franziska Holler, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, München und Berlin

Der Markt der gesetzlichen Krankenkassen verdichtet sich, der Wettbewerb um Versicherte wächst. Diese Dynamik spüren viele Krankenkassen bereits heute. Hinzu kommt eine neue Entwicklung, die Herausforderung und Chance zugleich ist: Durch den neu gefassten § 305b SGB V sind alle Krankenkassen, mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkasse, dazu verpflichtet, erstmalig zum 30. November 2014 und jährlich fortlaufend bestimmte Ergebnisse ihrer Jahresrechnungen zu veröffentlichen. Das erzeugt Transparenz am Markt und verstärkt den Wettbewerb weiter. Krankenkassen sollten diese Entwicklung gewinnbringend nutzen, die Unterschiede zu ihren Wettbewerbern identifizieren, daraus Stärken und Schwächen ableiten und so ihre Position am Markt nachhaltig stärken.

Eigene Wettbewerbsposition identifizieren

Mit dem GKV-Data-Monitor unterstützt KPMG die gesetzlichen Krankenkassen dabei, die veröffentlichten Jahresrechnungsergebnisse zu analysieren und individuell gegenüber relevanten Vergleichsgruppen auszuwerten. So werden Stärken und Schwächen aufgedeckt und Handlungsfelder identifiziert. In dieser neu

konzipierten Benchmarkingdatenbank aggregiert KPMG alle verfügbaren und gemäß § 305b SGB V veröffentlichten Jahresrechnungsergebnisse der gesetzlichen Krankenkassen. Daraus werden im zweiten Schritt aussagekräftige Kennzahlen für Einnahmen, Ausgaben und Vermögen gebildet, die die Bestimmung der Wettbewerbsposition einer Krankenkasse ermöglichen (Abbildung 12).

Kennzahlen zu Einnahmen, Ausgaben und Vermögen

Die Einnahmenkennzahlen des GKV-Data-Monitors ermöglichen zum Beispiel Analysen zur Höhe der Einnahmen aus dem Gesundheitsfonds, prozentual zu den Gesamteinnahmen oder je Mitglied/Versicherten. Weitere

Einnahmenkennzahlen beziehen sich auf sonstige Einnahmen oder auf die Höhe des Zusatzbeitrags, der spätestens seit dem 1. Januar 2015 wieder zu einem wichtigen Kriterium für Versicherte bei der Wahl einer Krankenkasse geworden ist.

Ausgabenkennzahlen analysieren die Höhe der Ausgaben nach den verschiedenen Ausgabenbereichen. Ab 2015 besteht dann über Zeitreihenvergleiche die Möglichkeit aufzuzeigen, in welchen Leistungsbereichen weiterhin Ausgabenanstiege zu verzeichnen sind oder ob es der einen oder anderen Kasse gelungen ist, dem Trend des Ausgabenanstiegs entgegenzuwirken. Weitere Kennzahlen sind zum Beispiel Prämienauszahlungen je Mitglied/Versichertem. Neben Zusatzbeiträgen sind Prämienauszahlungen in der Vergangenheit zu einem weiteren Wettbewerbskriterium geworden und können daher ebenso die Standortbestimmung einer Krankenkasse am Markt beeinflussen. Weiterhin werden Verwaltungsausgaben in Prozent der Gesamtausgaben analysiert (Abbildung 13 auf Seite 34).

Im Bereich der Vermögenskennzahlen werden neben dem Verwaltungsvermögen insgesamt vor allem Rücklagen und Betriebsmittel analysiert, beides wichtige Kenngrößen zur Sicherstellung der Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse. Insbesondere vor

Abbildung 12
Der GKV-Data-Monitor von KPMG

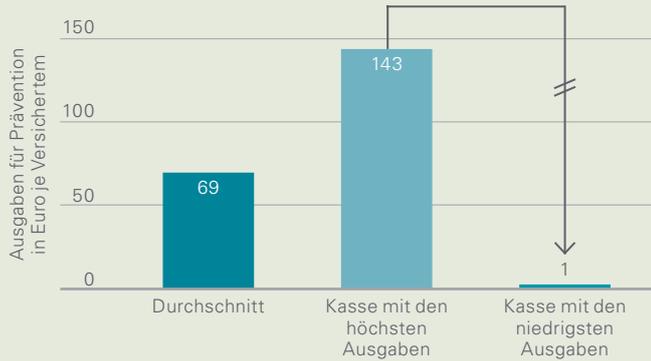
Quelle: KPMG, 2015



Abbildung 13

Ausgaben der Krankenkassen 2013 für Prävention

Quelle: KPMG, 2015



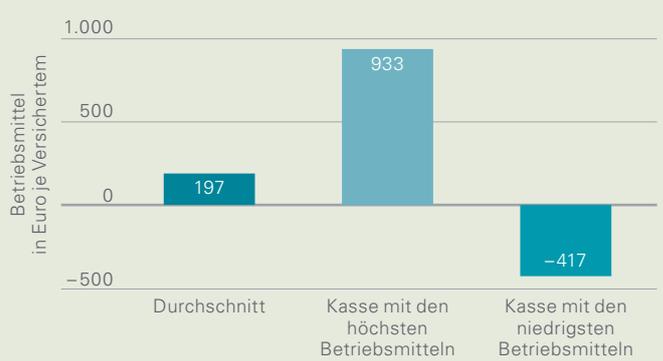
Der GKV-Data-Monitor von KPMG zeigt:

75 Prozent der Kassen geben zwischen 65 und 95 Euro je Versichertem aus, der Rest deutlich mehr oder deutlich weniger!

Abbildung 14

Betriebsmittel der Krankenkassen 2013

Quelle: KPMG, 2015



Der GKV-Data-Monitor von KPMG zeigt:

Alle Krankenkassen mit einem negativen Betriebsmittelbestand im Jahr 2013 sind bereits fusioniert.

dem Hintergrund der seit Beginn des Jahres 2010 geltenden Insolvenzfähigkeit für Krankenkassen spielt die Beurteilung der Vermögenslage eine bedeutende Rolle. Im Zuge der damit verbundenen besonderen haftungsrechtlichen Vereinbarungen für Kassen ist die Analyse der Vermögensentwicklungen nicht nur der eigenen Kasse von besonderer Relevanz (Abbildung 14).

Direkter Vergleich mit der Konkurrenz

Auf einer Grundlage von mehr als 90 Kennzahlen haben Krankenkassen mit dem GKV-Data-Monitor die Möglichkeit, ihre Wettbewerbsposition zu bestimmen und Stärken und Schwächen zu identifizieren. Das geschieht im Vergleich zu ihren direkten Wettbewerbern. Dabei sollen sich Krankenkassen stets an den Besten am Markt messen können. Daher umfassen unsere Vergleichsgruppen nicht nur den Durchschnitt aller Kassen, einzelner Kassenarten oder von Kassen mit ähnlicher Mitglieder- und Versicherungsstruktur. Im GKV-Data-Monitor werden für jede Kennzahlenkategorie die Top-Performer ermittelt. Darüber hinaus ermöglicht die Datenbank die Zusammenstellung einer individuellen und für eine bestimmte Krankenkasse passgenauen Vergleichsgruppe. Denn für ein aussagekräftiges Benchmarking ist es entscheidend, sich mit strukturell ähnlichen Wettbewerbern zu vergleichen.

Aktuelle und bedarfsgerechte Auswertungen

Die Datengrundlage des GKV-Data-Monitors wird ständig aktualisiert und jährlich erweitert, sodass nicht nur Vergleiche zwischen den Kassen untereinander, sondern auch im Zeitverlauf möglich werden.

Dabei erlauben individuelle Benchmarkingauswertungen mit dem GKV-Data-Monitor eine genaue Standortbestimmung einer Krankenkasse in Relation zu einer individuellen Vergleichsgruppe, gestützt auf umfassende Analysen der Einnahmen-, Ausgaben- und Vermögensseite. Der GKV-Benchmarkingbericht von KPMG stellt sämtliche verfügbaren Kennzahlen für alle deutschen gesetzlichen Krankenkassen zur Verfügung. Daraus lässt sich die eigene Position schnell und einfach ablesen und in Vergleich zu anderen Krankenkassen und Vergleichsgruppen stellen. Der GKV-Data-Monitor stellt als Informationssammlung eine zuverlässige Ausgangslage für weitergehende Analysen der Wettbewerbsposition einzelner Krankenkassen dar.

Fazit: Benchmarking als Orientierungshilfe

Ein gezielter Vergleich mittels Benchmarking hilft einer Krankenkasse dabei, die eigenen Stärken und Schwächen besser einzuschätzen, die direkten Wettbewerber zu identifizieren und von ihnen zu lernen. Diese Informationen bilden nicht zuletzt die Grundlage für die Entwicklung strategischer Handlungsoptionen und die Anpassung unternehmensinterner

Steuerungssysteme. Um auf identifizierte Schwächen und damit verbundene Risiken schneller und effizienter reagieren zu können, sollten wichtige Erkenntnisse und Schlussfolgerungen aus dem Benchmarking in das Risikomanagement oder andere Steuerungsinstrumente Eingang finden.

Die erhöhten Transparenzanforderungen an die Veröffentlichung der Jahresrechnungsergebnisse sollten gesetzliche Krankenkassen daher als Chance sehen, um sich am Markt noch besser zu positionieren. Der GKV-Data-Monitor ist hierfür eine sehr gute Orientierungshilfe. ■



Julia Kaub
Manager, Gesundheitswirtschaft, Governance & Assurance Services, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
T +49 89 9282-4419
jkaub@kpmg.com



Kevin Pfaffner
Gesundheitswirtschaft, Governance & Assurance Services, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
T +49 89 9282-6264
kpfaffner@kpmg.com



Franziska Holler
Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Institut für den öffentlichen Sektor e. V.
T +49 30 2068-1853
fholler@kpmg.com

Dr Foster – der englische Pionier für Informatik im Gesundheitswesen agiert global

Gastautoren: Dr. Keith Schlagbauer, Senior Director Business Development; Dr. Katrina Herren, Clinical Director (International); Roger Taylor, Co-Founder Dr Foster

Schon zu Zeiten der gefeierten englischen Pflegerin und Begründerin der modernen Pflegepraxis, Florence Nightingale, waren in Krankenhäusern große Unterschiede in der Sterberate stationärer Patienten zu beobachten. Allein durch den Gesundheitszustand der lokalen Bevölkerung waren diese Schwankungen nicht zu erklären. Eine mögliche Ursache sah Nightingale, die schon 1863 eigene Untersuchungen durchführte, in der unterschiedlichen Qualität der medizinischen Versorgung in den verschiedenen Krankenhäusern. Auch heute noch schwanken die Sterberaten stationärer Patienten zwischen den verschiedenen Einrichtungen. Und auch heute noch gelten Unterschiede in der medizinischen Versorgung als eine mögliche Erklärung.

Das Unternehmen Dr Foster wurde im Jahr 2000 mit dem Ziel gegründet, klinische Daten und Behandlungsinformationen zu sammeln und aufzubereiten und sie klinischen Einrichtungen als Vergleichsmaßstab zur Verfügung zu stellen. Der Ansatz beruht auf der Erkenntnis, dass eine größere Transparenz von Gesundheitsdaten als Katalysator für eine bessere Patientenversorgung dienen kann. Ins Leben gerufen wurde Dr Foster von Tim Kelsey, Roger Taylor und Roger Killen, denen der Mangel an verfügbaren Gesundheitsdaten Sorgen bereitete. Vor Kurzem wurde das Unternehmen von Telstra Health, einem Geschäftsbereich des führenden australischen Telekommunikationsunternehmens Telstra Corporation, übernommen, unter dessen Dach es nun als 100-prozentige Tochtergesellschaft weitergeführt wird.

Dr Foster analysiert und veröffentlicht seit inzwischen 15 Jahren Daten zu Sterberaten, die die Gründer und Manager des Unternehmens für einen

effektiven Indikator der Versorgungsqualität in englischen und zunehmend auch internationalen Krankenhäusern halten. Die Datenanalysekapazitäten auf internationalen Märkten nehmen kontinuierlich zu, sodass Dr Foster inzwischen in Großbritannien, den USA, Australien, China, den Niederlanden, Spanien, Italien, Belgien, Finnland, Norwegen, Dänemark und im Königreich Saudi-Arabien agiert. Im Global Comparators-Programm wurden 50 weltweit führende Krankenhäuser aus diesen zwölf Ländern zum ersten wirklich globalen Leistungsvergleich vereint. Das Projekt ermöglicht es Ärzten aus den teilnehmenden Krankenhäusern zudem, an gemeinschaftlichen Datenforschungsprojekten mitzuarbeiten und Wissen und Best Practices weiterzugeben.

Präzision

Dr Foster hat es sich zur Aufgabe gemacht, Daten, Analysen und Schlussfolgerungen bereitzustellen, die so präzise sind, dass sie jeder Prüfung standhalten. Eine der Methoden zur Analyse der Todesraten in Krankenhäusern ist die sogenannte Hospital Standardised Mortality Ratio (HSMR). Sie wurde ursprünglich von Prof. Sir Brian Jarman entwickelt, dem Direktor der Dr Foster Unit am Imperial College, London. Er untersuchte administrative Daten über stationäre Aufenthalte, die er von Krankenhäusern aus ganz England erhielt, und entwickelte daraus eine innovative Methode zur Analyse und Risikoadjustierung der Faktoren, die zu hohen oder niedrigen Sterberaten in Krankenhäusern führen.

Die Anfänge der Methode gehen auf ein sehr sensibles Thema zurück. Prof. Jarman nahm auch an der Bristol Inquiry im Jahr 1998 teil, einer Untersuchung über die Qualität und Sicherheit von Herzoperationen bei Kindern

im Krankenhaus Bristol Royal Infirmary im Südwesten Englands. Insbesondere in Bezug auf England sind die Folgen dieser Untersuchung sehr wichtig, denn es handelte sich um eine der umfassendsten und detailliertesten Untersuchungen, die der staatliche Gesundheitsdienst National Health Service (NHS) je erlebt hat. Nach einer eingehenden Untersuchung des Todes von 29 Babys, die am Herzen operiert worden waren, zeigte ein Bericht mit einem Umfang von über 500 Seiten schließlich, dass der NHS in vielen Bereichen Reformen vornehmen musste. Untersucht wurden so verschiedene Themen wie klinische Sicherheit, professionelle Leistung und – ein wichtiger Punkt – das Fehlen einer allgemeineren externen Kontrolle der Leistungen des NHS.

Nach der Untersuchung veröffentlichte Prof. Jarman 1999 in der angesehenen Zeitschrift *British Medical Journal* den Artikel „Explaining differences in English hospital death rates using routinely collected data“ (Erklärung der Unterschiede der Sterberaten in englischen Krankenhäusern unter Verwendung routinemäßig gesammelter Daten). Seitdem hat die Dr Foster Unit am Imperial College die Methodologie verbessert und verfeinert.

Im darauffolgenden Jahr veröffentlichte das neu gegründete Unternehmen Dr Foster seinen ersten Hospital Guide (Krankenhausspiegel), die damals weltweit erste nationale Veröffentlichung standardisierter Sterberaten in Krankenhäusern (Abbildung 15 auf Seite 36), und wurde damit berühmt. Heute verwenden mehr als 70 Prozent der NHS-Akutkrankenhäuser die HSMR-Analyse zur Kontrolle ihrer klinischen Ergebnisse und nutzen dabei Dr Fosters Quality Investigator Tool. Neben HSMRs beobachtet Dr Foster auch Sterberaten bei spezifischen Diagnosen und Behandlungsprozessen sowie andere risikoangepasste Indikatoren, darunter: Aufenthaltsdauer,

Wiederaufnahmen und Indikatoren für Patientensicherheit (PSIs). Durch Regelkartenmethoden wird bei extremen Abweichungen von den erwarteten Ergebnismustern ein Alarmsignal ausgelöst.

Prüfung

Zwischen Akademikern und NHS-Organisationen läuft seit Längerem eine Debatte über HSMRs. Dr Foster begrüßt das, da die Diskussion eine fortgesetzte Prüfung der Krankenhausleistungen und der Methoden ihrer Messung fördert. Dr Foster stellt ganz klar fest, dass HSMRs nicht isoliert verwendet werden sollten. Sie können Hinweise darauf liefern, wo eventuell Probleme existieren und ob die

Einleitung einer Untersuchung ratsam sein könnte. Die Verantwortlichen von Dr Foster behaupten nicht, dass ihre Datenanalysen ein Ersatz für eine individuelle Beurteilung des konkreten Einzelfalls sind, sie sind aber davon überzeugt, dass ihre Ergebnisse den Anstoß zu weiteren Recherchen geben können und eine wertvolle Ergänzung darstellen.

Faktoren wie Codierung, Aktivitätsschwankungen bei der Palliativversorgung und die fehlende Meldung von Begleiterkrankungen können zu höheren HSMRs führen als erwartet. Wenn diese Ursachen jedoch ausgeschlossen werden können, müssen die Verantwortlichen und die Öffentlichkeit erkennen, dass in der betroffenen

Organisation ein Problem mit der Pflegequalität vorliegen könnte.

Zudem sollte die Veröffentlichung von Krankenhausdaten nicht als Angriff auf die Krankenhäuser verstanden werden. Die Bereitstellung der Daten aller englischen NHS-Krankenhäuser ermöglicht einen öffentlichen Leistungsvergleich und setzt einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess in Gang. Damit leistet Dr Foster einen wesentlichen Beitrag zu einem wichtigen politischen Anliegen: Transparenz.

Todesraten, einschließlich Hospital Standardised Mortality Ratios, spielen inzwischen eine wichtige Rolle bei der regelmäßigen Kontrolle der Krankenhausqualität. Berücksichtigt werden sie zum Beispiel im Intelligent

Abbildung 15

Auszug aus dem Dr Foster Hospital Guide 2013

Vollständige Tabelle unter myhospitalguide.com

Quelle: Hospital Guide, 2013

NHS-Trusts Akutversorgung	Todesfälle im Krankenhaus, die auf die häufigsten Todesursachen zurückzuführen sind	HSMR ohne Patienten unter ambulanter Pflege	HSMR-Varianz unter den Kliniken eines Trägers	Todesfälle im Krankenhaus oder bis 30 Tage nach Entlassung	Todesfälle trotz geringem Risiko	Todesfälle nach möglichem Operationsfehler	Todesfälle unter Patienten, die palliativ versorgt wurden (in Prozent)
Aintree University Hospital NHS Foundation Trust	100	100	n/a	116	1.41	102	38
Airdale NHS Foundation Trust	82	82	n/a	97	0.50	76	17
Ashford and St Peter's Hospitals NHS Foundation Trust	82	83	n/a	94	0.64	95	23
Barking, Havering and Redbridge University Hospitals NHS Trust	101	101	–	97	0.61	105	10
Barnet and Chase Farm Hospitals NHS Trust	92	92	1 ^	86	0.47	68	15
Barnsley Hospital NHS Foundation Trust	111	111	n/a	104	0.88	113	13
Barts Health NHS Trust	93	93	3 ^	80	0.64	94	18
Basildon and Thurrock University Hospitals NHS Foundation Trust	107	107	n/a	112	0.86	112	20
Bedford Hospital NHS Trust	104	104	n/a	110	0.43	128	17
Blackpool Teaching Hospitals NHS Foundation Trust	113	113	n/a	117	0.81	135	8
Bolton NHS Foundation Trust	100	100	n/a	104	0.46	108	15
Bradford Teaching Hospitals NHS Foundation Trust	98	98	n/a	99	0.49	94	12
Brighton and Sussex University Hospitals NHS Trust	94	95	1 v	97	1.00	79	10
Buckinghamshire Healthcare NHS Trust	109	108	–	110	0.35	111	32

■ Mehr Fälle als zu erwarten
 ■ Weniger Fälle als zu erwarten

^ Klinik des Trägers mit höherer HSMR-Anzahl
 v Klinik des Trägers mit geringerer HSMR-Anzahl
 – Kliniken des Trägers weisen sowohl höhere als auch geringere HSMR-Zahlen auf

Monitoring Framework der Care Quality Commission – der unabhängigen Regulierungsbehörde für alle Gesundheitsversorgungs- und Sozialbetreuungsdienste in England. Eine Untersuchung der Patientensicherheit in englischen Krankenhäusern, die der international angesehene Experte Prof. Don Berwick im Jahr 2013 durchführte, erwähnt im Abschlussbericht die Bedeutung der Todesraten zur Feststellung schwerer Leistungsmängel.

Genauigkeit

Ein entscheidender Punkt bei Dr Fosters Ansatz ist die Transparenz. Es gibt keine Blackbox-Methoden. Stattdessen werden Einzelheiten über Indikatoren und Datenquellen veröffentlicht, um es Dritten zu ermöglichen, die Ergebnisse von Dr Foster zu reproduzieren und ihre Auslegung zu hinterfragen. Das ist ein wesentlicher Beitrag zur Verbesserung der Leistungsmessung sowie zum Aufbau von Vertrauen bei Krankenhausärzten.

Dr Foster erhält von Krankenhäusern rohe, nicht risikoangepasste Krankenhausdaten, das heißt, Daten, die nicht für den Leistungsvergleich mit anderen Krankenhausdaten vorbereitet wurden. Bei der formellen Datenverarbeitung bereinigt Dr Foster diese Daten und verarbeitet sie zu einem vergleichbaren Datenset. Die Aufbereitung erfolgt monatlich. So hat das Unternehmen die besten Chancen, Sonderfälle unter den Krankenhäusern festzustellen.

Um es einfach auszudrücken: HSMR-Informationen mit anderen zu teilen, ist unerlässlich und am wirkungsvollsten, wenn man gleichzeitig die Ergebnisse anderer Messungen mit in Betracht zieht. Das klingt vielleicht offensichtlich, es gibt jedoch immer noch Kontroversen darüber. Dr Foster hat seine Ansichten klargestellt: Die Unterstellung, eine Methode der Qualitätsmessung im Gesundheitswesen sei besser als eine andere, ist irrefüh-

rend und nicht nützlich. Diese Position vertritt das Unternehmen auch in seinem Bericht „Mortality measurement: the case in favour“, der im Jahr 2014 veröffentlicht wurde. Sind Todesraten allein also ausreichend, um die Qualität eines Krankenhauses zu beurteilen? Keinesfalls, Dr Foster akzeptiert das. Aber sind sie wichtig? Unbedingt.

Gegenwärtig stehen der Öffentlichkeit für alle englischen NHS-Krankenhäuser Messgrößen zur Verfügung, zu denen detailliertere Informationen über einzelne Behandlungsprobleme erhältlich sind. Das ist ein bedeutender Sieg der Transparenz. Dr Foster hat dieses Angebot entwickelt und wird es fortschrittsorientiert auf internationaler Ebene reproduzieren. ■



Dr. Keith Schlagbauer

Nach seinem Studium der Medizin in Kapstadt, Südafrika, war Dr. Keith Schlagbauer ab dem Jahr 2000 in verschiedenen Positionen im Gesundheitswesen tätig. Seit 2013 ist er bei Dr Foster zuständig für die Geschäftsentwicklung in Deutschland und auf anderen Märkten inklusive dem Mittleren Osten.



Dr. Katrina Herren

Die promovierte Medizinerin mit dem Schwerpunkt Notfallmedizin begann ihre berufliche Karriere zunächst als Ärztin an verschiedenen staatlichen Kliniken in London und Nordwest-England. Nach verschiedenen Stationen im Gesundheitswesen mit stärker administrativen Aufgaben wechselte Katrina Herren 2004 zu Dr Foster. Als klinische Direktorin (International) ist sie verantwortlich für alle Aktivitäten außerhalb des Vereinigten Königreichs. Ihr besonderes Augenmerk gilt der Patientensicherheit sowie der Umsetzung aller gewonnenen Erkenntnisse in steigende Qualität, Erreichbarkeit und Zugänglichkeit im Gesundheitswesen.



Roger Taylor

Als einer der Gründer von Dr Foster arbeitet Roger Taylor als Consultant für das Unternehmen und ist unter anderem für Öffentlichkeitsarbeit, einschließlich der Publikation des Hospital Guide zuständig. Er ist Autor eines Buches über Reformen in der staatlichen Gesundheitsversorgung und war vor Kurzem für zwölf Monate als Berater im Qualitätsausschuss tätig, in den er vom staatlichen britischen Gesundheitswesen berufen worden war.

Der Patient im Mittelpunkt

Mit Frank Gotthardt, Vorstandsvorsitzender der CompuGroup Medical AG, Berlin, sprach Clara Kozak, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, München

Beim Thema Benchmarking und Transparenz spielt die Digitalisierung eine große Rolle. Wie bewerten Sie die Position Deutschlands im Vergleich zu anderen Ländern im Hinblick auf den Digitalisierungsfortschritt im Gesundheitswesen?

Wenn wir über Benchmarking und Transparenz im Gesundheitswesen sprechen, dann sollten wir zunächst festhalten, dass es in erster Linie immer um Versorgungsqualität und das Heben von Effizienzpotenzialen geht. Das Gesundheitswesen lässt sich aufgrund seines Charakters einer allgemeinen Daseinsfürsorge und vor dem Hintergrund seiner volkswirtschaftlichen Dimension nur schwer mit anderen Märkten vergleichen. Insofern haben Benchmarking und Transparenz noch eine andere Zielsetzung als bei einer rein ökonomischen Betrachtung. Es geht darum, die medizinische Versorgung weiter zu verbessern, Innovationen schneller in die Regelversorgung zu bringen und den Menschen eine vernünftige Basis für mehr Eigenverantwortung zu liefern. Das alles kostet Geld, muss aber in der Gesamtbetrachtung nicht teurer sein, wenn man es richtig angeht. Und genau hier spielt die Digitalisierung eine entscheidende Rolle. Kommunikation schneller und sicherer zu machen, Informationen dort unmittelbar bereitzustellen, wo sie im Behandlungsprozess benötigt werden und dabei administrative Aufwände auf ein absolutes Minimum zu reduzieren, das ist ohne moderne IT-Infrastruktur schlicht nicht möglich.

Da sind andere Länder in der Umsetzung sehr viel weiter als wir, übrigens häufig mit unseren in Deutschland entwickelten Produkten. Das Bundesministerium für Gesundheit

sieht uns selbst im hinteren Drittel in Europa. Mit den Anstrengungen der Bundesregierung, nicht zuletzt mit dem von Gesundheitsminister Gröhe vorgelegten E-Health-Gesetzentwurf, wird deutlich, dass die Politik das aber nicht nur erkannt hat, sondern auch gegensteuern will. Die Tatsache, dass sie gegen mögliche anhaltende Widerstände in einzelnen Bereichen des Gesundheitswesens mit drohenden Sanktionen vorzugehen bereit ist, zeigt auch, dass sie es ernst meint.

Die CompuGroup Medical AG arbeitet sowohl mit Krankenhäusern als auch Arztpraxen, Apotheken und Laboren. Wie sind diese aktuell miteinander vernetzt? Wo sehen Sie den Trend?

Lassen Sie mich das anmerken: In Ihrer Frage fehlen die Versicherten und die Patienten. Ich sage das deshalb, weil Vernetzung ja kein Selbstzweck ist, sondern letztlich immer der medizinischen Versorgung des Patienten dienen muss, sei es bei Vorsorge, Pflege oder Therapie. Auch er muss also Teil dieser Vernetzung werden.

Trotzdem ist die Antwort nicht ganz leicht. Einerseits muss man nüchtern feststellen, dass es eine flächendeckende Vernetzung in Deutschland schlicht nicht gibt und man damit weder den modernen Formen der Arbeitsteilung noch der Lebensrealität, zu der unter anderem auch die Mobilität der Menschen zählt, nicht gerecht wird. Übrigens verhindert oder zumindest erschwert das auch eine auf breiter Datenlage basierende Versorgungsforschung, wie sie allseits zu Recht gefordert wird.

Andererseits gibt es zahlreiche Versorgungsinselformen, auf denen beispielsweise Ärzte heute schon miteinander

vernetzt sind. Wenn man – um nur ein Beispiel zu nennen – an das Gesunde Kinzigtal denkt, ein Netz, in dem einiges von dem, was möglich ist, bereits heute, lokal begrenzt, umgesetzt ist und dort zu ganz erheblichen Verbesserungen in beinahe allen Bereichen der ärztlichen Versorgung führt, dann wird umso deutlicher, wie dringend wir die flächendeckende Vernetzung brauchen. Um die Versorgung zu verbessern, aber auch, um dieses Niveau dauerhaft finanzierbar zu halten.

Ein klarer Trend geht dabei auch in die Richtung der von mir schon angesprochenen Beteiligung der Versicherten und Patienten. Sie wollen besser informiert sein und sie haben auch ein Recht darauf. Gesundheits-Apps sind ein Beleg dafür, können aber am Ende des Tages eine umfassende medizinische Dokumentation in der Hand des Patienten nur ergänzen. Elektronische Patientenakten, die unter höchsten Datenschutzbestimmungen in der Verfügungsgewalt der Patienten liegen und von ihnen selbst den sie behandelnden Ärzten zu jeder Zeit und an jedem Ort sektorenbergreifend verfügbar gemacht werden können, sind dringend erforderlich. Das erfährt übrigens auch bei unseren Gesundheitspolitikern große Zustimmung.

Das neue E-Health-Gesetz hat viele Befürworter, aber auch viele Gegner. Wo sehen Sie aktuell Defizite und welche Entwicklungen werden E-Health in Zukunft entscheidend prägen?

Die Defizite hatte ich schon angesprochen. Meines Erachtens haben drei wesentliche Faktoren maßgeblichen Einfluss auf die künftige Entwicklung:

1. Das Nutzerverhalten von Versicherten und Patienten

Die Menschen sind hoch mobil und ihre Umwelt ist geprägt von digitalen Angeboten, ganz gleich, ob das ihr Kommunikationsverhalten, ihr Kauf-

verhalten online oder etwa ihre Bankgeschäfte betrifft. Gleichsam leben viele Menschen heute bewusster und gesundheitsorientierter. Das hat zur Folge, dass sie sich mehr und besser informieren wollen und gleichzeitig Herr ihrer Daten sein wollen. Fast 400.000 auf dem Markt befindliche Gesundheits-Apps werden heute schon genutzt. Es muss uns gelingen, das Sinnvolle in unsere medizinische Versorgung einzubinden und nutzbar zu machen für eine gute Versorgung. Die Menschen wollen das.

2. Die Finanzierbarkeit unseres Gesundheitssystems

Auch und gerade vor dem Hintergrund der altersbezogenen demografischen Entwicklung spielt die Finanzierbarkeit eine entscheidende Rolle. Das ist ja in vielen Bereichen ein häufig bemühtes Argument. Nirgends ist es aber relevanter als in der Versorgung der Menschen – gerade in der gesundheitlichen Versorgung. Dazu wird der Druck, bei besser werdender Versorgung gleichzeitig effizienter zu werden, wachsen.

3. Der geografische Faktor der Demografie

Medizinische Versorgung überall in Deutschland, auch im ländlichen Raum und dünner besiedelten Gebieten außerhalb der großen Städte, sicherzustellen, kann über unterschiedliche Maßnahmen erfolgen. Dazu gehören sicher auch Ansiedlungsanreize für Ärzte oder andere Incentives. Einen großen Beitrag kann und muss aber auch Telemedizin spielen. Telemedizin kann und will den sozialen Charakter des Arzt-Patienten-Verhältnisses nicht ersetzen. Sie kann aber gerade im spezialfachärztlichen Bereich helfen, Versorgung sicherzustellen, und eine große Rolle bei der Unterstützung und medizinischen Überwachung von Patienten mit chronischen Volkskrankheiten, wie zum Beispiel Diabetes, spielen. Auch hier ist die Voraussetzung eine gut funktionierende Infrastruktur, über die Daten ausgetauscht werden können und die eine vertrauliche Kommunikation zulässt.

Es liegt somit auf der Hand, dass die durch das E-Health-Gesetz gewollten Veränderungen ein Muss sind.

Hinzu kommt ein weiterer wichtiger Aspekt. Im Gesundheitswesen gibt es enorm viele Detailregelungen, die leider viel Markt und damit marktgetriebene Innovation und Effizienzsteigerung aus dem System heraushalten. Auf keinen Fall darf Digital Health in ihrer Dynamik und ihrer enormen Wirkkraft durch egoistische Interessenkämpfe mancher Stakeholder ausgebremst werden. Auch hier muss das E-Health-Gesetz für Klarheit sorgen.

Wo ist der unmittelbare Nutzen Ihrer Softwaresysteme für Anwender/Patienten und was sind die meistgefragten Tools bei den jeweiligen Akteuren der Gesundheitswirtschaft?

Der Patient steht im Mittelpunkt der Gesundheitsversorgung, für ihn wird sie ja organisiert. Gleichzeitig besteht ein hohes Bedürfnis an Information und Eigenverantwortung. Die Zeiten, in denen man zum Arzt ging, Rezepte und Überweisungen in lateinischer Sprache für den Patienten weitestgehend ein Mysterium darstellten und man davon ausging, alle machten schon das Richtige, sind vorbei. Der Patient möchte heute als informierter Kunde wahrgenommen werden und verstehen, was mit ihm passiert. Ihm die eigenen Daten vollständig und elektronisch nutzbar zur Hand zu geben, ist deshalb eine geradezu selbstverständliche Konsequenz.

Ein Beispiel zeigt aber den ganz praktischen Nutzen. Viele Medikamente und Wirkstoffe sind heute auf dem Markt frei erhältlich und werden gekauft. Bisher waren Beipackzettel einzige Informationsquelle über Unverträglichkeiten und Nebenwirkungen. Wenn wir aber dem Einzelnen über unsere App „Meine Apotheke“ die Möglichkeit einräumen, vor gefährlichen, sogenannten unerwünschten Arzneimittelwirkungen zu warnen und vor der Einnahme Rücksprache mit einem Arzt zu empfeh-



len, dann ist das nicht nur komfortabel, sondern es kann Leben retten. Nach Angaben der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft werden vier Prozent der Patienten in der Inneren Medizin allein wegen gefährlicher Nebenwirkungen oder Wechselwirkungen aufgenommen – in Deutschland rund 88.000 jedes Jahr. Das führt zu Kosten von 400 Millionen Euro jährlich. Noch schlimmer sind die vielen Tausend Patienten, die daran in jedem Jahr unnötigerweise sterben.

Deswegen sind solche IT-Programme kein Nice-to-Have, sondern eine Antwort auf ein reales Problem.

Ärzte wie auch Patienten befürchten Datenschutzrisiken für Patienten bei einer zunehmenden Rolle der IT im Gesundheitsbereich. Wo sehen Sie Vor- und Nachteile?

Zunächst muss man feststellen, dass Datenschutz kein Thema der Digitalisierung ist. Datenschutz gilt genauso für alles Bedruckte, was vertrauliche Daten enthält. Insofern gibt es in dieser Diskussion immer eine gewisse Schiefelage und es lohnt sich schon die Überlegung, ob nach höchsten Vorgaben verschlüsselte Daten nicht sicherer sind als Karteikärtchen in Aktenordnern.

Aber keine Frage, Datenschutz ist ein ganz wichtiges Thema und die Frage, wie das informationelle Selbstbestimmungsrecht der Patienten gewahrt wird, ist mitentscheidend dafür, was letztlich im deutschen Gesundheitswesen umsetzbar ist.

Genau aus diesem Grund bauen wir ja gerade eine hochsichere Telematik-Infrastruktur auf, die alle Schutzanforderungen an ein solches Netz – beispielsweise durch das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik – erfüllt. Kein anderes Netz in Deutschland erfüllt übrigens diese extrem hohen Anforderungen.

Aber auch die Anwendungen und Lösungen, die Daten über dieses Netz

transportieren, müssen gleichermaßen sicher sein. Deshalb legen wir auf dieses Thema auch einen entscheidenden Schwerpunkt und haben Lösungen entwickelt, mit denen nicht nur die Verschlüsselung selbst sicher ist. Wir haben darüber hinaus Vorkehrungen getroffen, die es jedem Dritten unmöglich machen, auf fremde Gesundheitsdaten ohne Einwilligung des Patienten zuzugreifen. So gibt es bei unseren Servern beispielsweise keine Administratoren, die ein verloren gegangenes Passwort ersetzen könnten. Damit wird unbefugter Zugriff, die Möglichkeit von Erpressung oder kriminelles Verhalten nicht nur erschwert, sondern auch technisch unmöglich gemacht.

Datensicherheit ist wichtigste Voraussetzung für das Vertrauen von Patienten und Leistungserbringern gleichermaßen und damit auch unsere Geschäftsgrundlage. ■



Frank Gotthardt

Sofort nach dem Studium der Informatik in Bonn wurde Frank Gotthardt Unternehmer. Als Diplom-Informatiker wurde er gleichsam ein Pionier der IT im Gesundheitswesen. Er ist Vorstandsvorsitzender der CompuGroup Medical AG. Das in Koblenz ansässige E-Health-Unternehmen hat er aus dem Nichts heraus aufgebaut und führt und prägt es seit seinen Anfängen. Heute vertrauen 400.000 Kunden in 42 Ländern den Produkten und Services der CompuGroup Medical AG. Frank Gotthardt ist außerdem Landesvorsitzender des Wirtschaftsrats in Rheinland-Pfalz, Mitglied im Bundesvorstand und Vorsitzender der Bundesfachkommission Digital Health. Privat unterstützt Frank Gotthardt die Deutsche Knochenmarkspende, Entwicklungshilfeprojekte und zahlreiche wohltätige regionale Einrichtungen. Er ist Förderer des traditionsreichen Eishockeyclubs „Kölner Haie“.

Krankenhausfinanzierung: Strategie und Management entscheidend

Mit Jörg Moltrecht, Vorstandsmitglied der Bank für Kirche und Diakonie eG – KD-Bank, Dortmund, sprach Clara Kozak, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, München

Das Ziel der Bank für Kirche und Diakonie eG – KD-Bank ist nicht primär die Gewinnmaximierung, sondern die wirtschaftliche Förderung der Mitglieder und Kunden. Wie schafft man es mit einer solch ethischen Firmenphilosophie im harten Bankenalltag zu bestehen?

Der Förderauftrag für Kirche und Diakonie ist uns in die Wiege gelegt, wir leben seit 90 Jahren sehr gut damit. Ein klar definiertes Geschäftsmodell sowie Mitglieder und Gremien, die sich nicht an der kurzfristigen Renditemaximierung, sondern an einer nachhaltig erfolgreichen Entwicklung unserer Genossenschaft orientieren und uns Handlungsspielräume lassen, sind nach unserer Einschätzung im harten Bankenalltag ein großer Vorteil. Gute Werte bei Kundenbefragungen und Wettbewerbsvergleichen bestätigen diese These regelmäßig.

Als evangelische Kirchenbank setzen Sie einen Nachhaltigkeitsfilter ein. Was beinhaltet er und wie misst eine ethisch handelnde Bank die Performance und Erfolge? Wie lassen sich Ökonomie und Ethik vereinbaren? Werden spezielle Anlageklassen ausgespart beziehungsweise werden gezielt Fokuse gesetzt?

Der Nachhaltigkeitsfilter ist für die Bank für Kirche und Diakonie ein wichtiger strategischer Baustein. Als Spezialbank für Kirche und Diakonie unterscheiden wir uns auf vielen Ebenen von klassischen Kreditinstituten. In diesem Kontext wird häufig vergessen, dass wir die Kreditvergabe auf den kirchlich-sozialen Bereich, Wohnungsbaugenossenschaften und den privaten Wohnungsbau spezialisiert haben. Unser Fokus liegt im Bereich der Sozialwirtschaft, alle anderen

Branchen schließen wir im Kreditgeschäft aus.

Der Nachhaltigkeitsfilter für unsere Eigenanlagen ist ein Instrument, um Ökonomie und Ethik zu verknüpfen. Mit dem Filter wollen wir den verantwortungsbewussten Umgang mit den anvertrauten Vermögenswerten unserer Mitglieder und Kunden systematisieren und nachhaltige Aspekte bei der Geldanlage gleichberechtigt zu den klassischen Zielen der Vermögensanlage – Rendite, Sicherheit und Liquidität – berücksichtigen.

Wir kombinieren dabei einen sogenannten Best-in-Class-Ansatz mit Ausschlusskriterien. Das Best-in-Class-Prinzip sorgt dafür, dass wir in die Unternehmen investieren, die sich innerhalb ihrer Branche ethisch vorbildlich verhalten. An Unternehmen aus Branchen, die als besonders kritisch angesehen werden, stellt der Filter erhöhte Ansprüche. Die Ausschlusskriterien sorgen dafür, dass die Bank in bestimmte Unternehmen und Länder gar nicht investiert.

Nach inzwischen sieben Jahren Erfahrung mit dem Filter können wir sagen, der Einsatz ethisch-nachhaltiger Kriterien bei der Steuerung der Eigenanlagen hat auch quantitative Ergebnisse für die Bank geliefert. Der Filter war durch den Ausschluss von vielen amerikanischen Investmentbanken und einigen südeuropäischen Staaten auch ein Grund, warum die Bank in der weltweiten Finanzkrise sehr gut bestehen und ihren Mitgliedern kontinuierlich eine Dividende von sieben Prozent ausschütten konnte.

Das ist nicht nur die subjektive Einschätzung der Bank. Die Ergebnisse vieler wissenschaftlicher Studien belegen: Investoren, die ethisch-nachhaltige Kriterien berücksichtigen, haben

keinen Performance-Nachteil gegenüber konventionellen Anlegern. Zu diesem Ergebnis ist auch die Universität Kassel im vergangenen Jahr bei einer Metastudie gekommen, in der 35 empirische Studien zum Erfolg nachhaltiger Investments ausgewertet wurden.

Welche Besonderheiten treten insbesondere im Bereich der Finanzierung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft auf? Wie schätzen Sie die künftige Förderung von Investitionen durch die öffentliche Hand ein? Für wie relevant halten Sie alternative Finanzierungsquellen (Finanzinvestoren, Fonds und so fort)?

Die Finanzierung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft ist in hohem Maße reguliert. Grundsätzlich sind im Krankenhausbereich alle investiven Kosten von der öffentlichen Hand zu übernehmen. Tatsächlich stehen für erforderliche Investitionen jedoch weder öffentliche Mittel noch Eigenmittel in ausreichendem Maße zur Verfügung. In der Folge ist über Jahre ein erheblicher Investitionsstau bei den Krankenhäusern aufgelaufen.

Dass sich die öffentliche Investitionsförderung für Krankenhäuser deutlich verbessern wird, ist angesichts knapper Haushalte der Länder und mit Blick auf die Schuldenbremse wohl nicht zu erwarten. Vor diesem Hintergrund kommt der Bankfinanzierung von Investitionsmaßnahmen eine immer höhere Bedeutung zu.

Verstärkt wird diese Entwicklung durch die Umstellung der Investitionsfinanzierung auf leistungsorientierte Investitionspauschalen. Mit der Baupauschale wurde beispielsweise in Nordrhein-Westfalen ein grundlegender Systemwechsel vollzogen. Der Krankenhausträger trifft Investitionsentscheidungen eigenverantwortlich und kann die Pauschale zur Refinanzierung von Investitionskrediten verwenden.

Dementsprechend nimmt die Anzahl von Kreditanfragen der Krankenhausträger und das angefragte Finanzierungsvolumen merklich zu. Als Spezialfinanzierer für die Sozialwirtschaft stehen wir für diese Anfragen weiterhin mit klassischen Darlehensfinanzierungen zur Verfügung. Für große Investitionsmaßnahmen organisieren wir Konsortialfinanzierungen mit geeigneten Bankpartnern und bleiben dabei immer erster Ansprechpartner für unsere Kunden. Für die bedarfsgerechte Finanzierung von Medizintechnik gehören Leasing und Mietkauf heute zu unserem Tagesgeschäft.

Welche Voraussetzungen muss beispielsweise ein Krankenhaus erfüllen, um für Sie als Kreditgeber attraktiv zu sein? Welche Bedeutung haben eine dezidierte Unternehmensplanung und eine leistungsfähige Unternehmenssteuerung in diesem Zusammenhang?

Im Mittelpunkt jeder Kreditprüfung stehen die Bonität des Kreditnehmers sowie die Wirtschaftlichkeit des Finanzierungsprojekts.

- Das Krankenhausmanagement kann eine Kreditentscheidung positiv beeinflussen, wenn es die Unternehmensstrategie transparent und nachvollziehbar darlegt. Fragen, die dabei eine Rolle spielen, sind unter anderem:
- Wie wird die aktuelle und zukünftige Position des Krankenhauses auf Basis einer Markt- und Umfeldanalyse eingeschätzt?
 - Mit welcher Strategie geht das Unternehmen in die Zukunft?
 - Welche Maßnahmen und Investitionsentscheidungen werden daraus abgeleitet?
 - Wie erfolgen die Umsetzung der Maßnahmen und die Steuerung von Prozessen?

Erwartete Auswirkungen der Strategieumsetzung werden optimal im Rahmen einer integrierten Ertrags-, Investitions- und Liquiditätsplanung dargestellt. Sie sollte mehrere Jahre umfassen und verschiedene Szenarien, idealerweise Best, Middle und Worst Case, beinhalten.

Die Krankenhausimmobilie als Kreditsicherheit spielt aufgrund der kaum gegebenen Drittverwendungsmöglichkeit eine untergeordnete Rolle. Hier steht die Unternehmensbewertung auf Basis der Marktsituation und Unter-

nehmensstrategie im Fokus. Wir führen mit unseren Kunden regelmäßige Strategiegelgespräche und werden frühzeitig über anstehende Investitionsmaßnahmen informiert. So können wir unsere Erfahrungen aus Geschäftsbeziehungen zu 150 Krankenhausträgern mit in die Maßnahmenplanung einbringen. Die zeitnahe Einbindung der Bank in die Investitionsentscheidung hilft, offene Punkte zu klären und den Prozess zu beschleunigen.

Wir unterstützen Krankenhausträger mit unserem Finanzierungsleitfaden für Krankenhäuser. Der Leitfaden verleiht Beratungsgesprächen Struktur und hilft, alle wesentlichen Gesichtspunkte zu berücksichtigen.

Welche Kennzahlen und Indikatoren nutzen Sie, um erfolgversprechende Investitionen in der Gesundheitswirtschaft zu identifizieren?

Neben klassischen Ratingkennzahlen wie Eigenkapitalquote, Cashflow und Umsatzrendite kommen bei der Bonitätsanalyse im Krankenhausbereich zusätzliche medizinökonomische Kennzahlen zum Einsatz. Wir untersuchen für das jeweilige Krankenhaus unter anderem den Case Mix-Index, den Auslastungsgrad und die durchschnittliche Verweildauer, aber auch Anteile ambulanter Erlöse oder Wahlleistungserlöse. Besondere Relevanz haben auch Personal- und Belastungskennzahlen wie Personalkosten je Case Mix-Punkt oder Case Mix-Punkt je Vollkraft im ärztlichen Dienst.

Im Rahmen unseres Krankenhaus-Datenpools können wir aktuell für jede Kennzahl den Vergleich zu 273 anderen Krankenhäusern herstellen. Besondere Stärken oder Entwicklungsfelder werden sichtbar. Die so gewonnenen Erkenntnisse dienen dazu, den Dialog mit dem Krankenhausmanagement zu intensivieren und unsere Einschätzung zur Managementqualität zu schärfen. Nicht zuletzt können wir durch diese intensive betriebswirtschaftliche Analyse frühzeitig Handlungsempfehlungen geben.

Wie wichtig ist die Abgrenzung zwischen Erweiterungs- und Modernisierungsinvestitionen und Investitionen zum Substanzerhalt (Aufholung Investitionsstau)?



Jörg Moltrecht

Seinen beruflichen Werdegang begann Jörg Moltrecht mit einer Ausbildung bei der Nordhypo-Bank AG in Hamburg. Er studierte Betriebswirtschaftslehre an der Universität Hamburg. Bei der Dresdner Bank sammelte er praktische Erfahrungen im kommerziellen Firmenkundengeschäft. Anschließend wechselte er zur Sparkasse Rhein Neckar Nord und wurde dort zum stellvertretenden Vorstandsmitglied. Seit 2009 ist Jörg Moltrecht Vorstandsmitglied der Bank für Kirche und Diakonie eG und verantwortet das Anlage- und Kreditgeschäft mit institutionellen Kunden.

Entscheidend ist aus unserer Sicht, dass jede Investitionsentscheidung an der Unternehmensstrategie ausgerichtet und für sich wirtschaftlich ist.

Neben richtigen Investitionen für eine zeitgemäße und bedarfsgerechte Leistungserbringung, zum Beispiel durch moderne Medizintechnik, darf der Substanzerhalt keinesfalls zu kurz kommen. Gerade im Bereich der energieintensiven Gebäudetechnik sehen wir in älteren Gebäudestrukturen häufig deutlichen Nachholbedarf und erhebliche Einsparpotenziale. Hier arbeiten wir mit professionellen Partnern, die durch eine ganzheitliche Gebäudeanalyse einen Maßnahmenmix für die Versorgungsbereiche wie Heizung, Lüftung, Klima und Beleuchtung erarbeiten. Dabei generierte Einsparungen dienen zur Amortisation erforderlicher Investitionen, auf Wunsch mit Einspargarantie. ■

Gesundheitszustand und Anzahl der Arztbesuche – eine statistische Betrachtung

Autor: Prof. Dr. Volker Penter, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Berlin

Stellt man die Frage nach dem Gesundheitszustand der Bevölkerung eines Landes, dann erhält man viele Antworten. Es gibt keinen einheitlichen Index, der den Gesundheitszustand repräsentiert. Gemessen wird viel. So zum Beispiel die statistische Lebensdauer der Bevölkerung, der gefühlte Gesundheitszustand, die Beweglichkeit im Alter, die Anzahl der Arztbesuche, die Höhe der Gesundheitsausgaben und vieles mehr. An dieser Stelle soll nicht spekuliert werden, welche dieser Kennzahlen den Gesundheitszustand der Bevölkerung am besten widerspiegelt. Vielmehr sollen drei interessante Kennzahlen auf ihren statistischen Zusammenhang hin untersucht werden.

Da ist zum einen die statistische Lebensdauer. Es ist bekannt, dass die statistische Lebensdauer etwas darüber aussagt, wie gesund die Bevölkerung eines Staates lebt, sich ernährt, wie gut sie im Falle von Krankheiten behandelt werden kann, aber auch, ob die Bevölkerung lange Zeit ohne einen Krieg leben konnte. Gesundheitszustand und Lebensdauer stehen also im engen Zusammenhang. Es ist allgemeine Erfahrung: Wer lange gelebt hat, muss lange gesund gewesen sein. Ausnahmen bestätigen wie immer die Regel.

Eine weitere interessante Größe ist der gefühlte Gesundheitszustand der Bevölkerung. Viele Länder machen hierzu Umfragen. Die OECD hat in ihrem Gesundheitsreport 2013¹ die

Umfragewerte der OECD-Staaten zur Kennzahl „Erwachsene (15 Jahre und älter), die ihren Gesundheitszustand als gut einschätzen“ verglichen. Am besten schneiden die USA ab. Fast 90 Prozent der Befragten antworten dort, dass sie ihren Gesundheitszustand als gut einschätzen. Am schlechtesten fühlen sich die Japaner. Hier sind nach eigenem Empfinden nur 30 Prozent der Befragten gesund. In Deutschland sind es immerhin fast zwei Drittel, die ihren Gesundheitszustand als gut einschätzen.

Schließlich soll noch die Anzahl der Arztbesuche betrachtet werden. Landläufig geht man ja davon aus, dass man den Arzt dann aufsucht, wenn man krank ist. Ein wichtiger anderer Grund einen Arzt aufzusuchen ist die Vermeidung von Krankheiten. Das Stichwort ist Prävention. Sicher kann man sich aber darauf einigen, dass ein Arztbesuch nur dann stattfinden sollte, wenn er dazu beiträgt, unseren Gesundheitszustand zu erhalten oder zu verbessern. Das ist schon deshalb sinnvoll, weil es nur eine begrenzte Anzahl an Ärzten gibt.

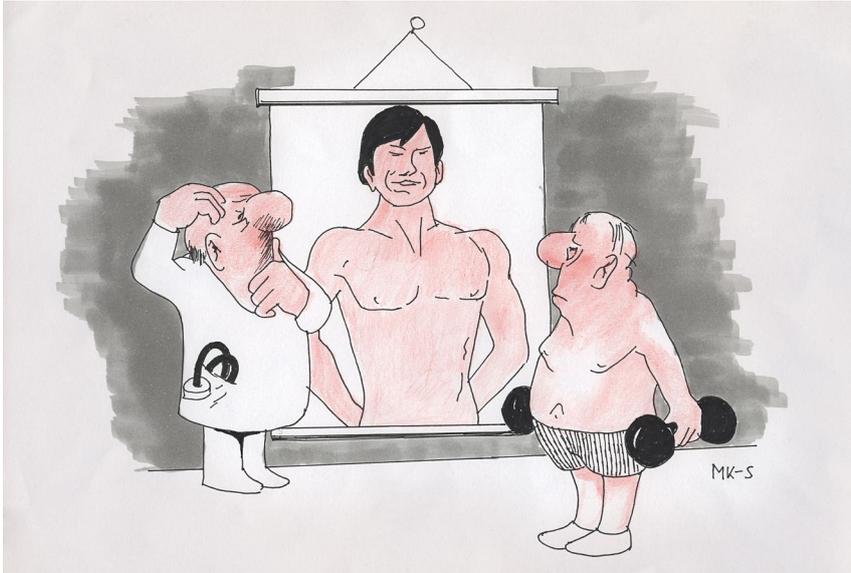
Interessant wird es, wenn man diese drei Kennzahlen ins Verhältnis setzt. Die nebenstehende Tabelle gibt eine Übersicht für die wirtschaftlich stärksten 20 OECD-Staaten², für die im OECD-Gesundheitsreport 2013 Angaben zu allen drei Kennzahlen vorliegen (Abbildung 16).

Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem gefühlten Gesundheitszustand und der statistischen Lebensdauer? In den USA leben die Menschen im Durchschnitt vier Jahre kürzer als in Japan. Überhaupt leben die Japaner statistisch betrachtet fast am längsten. Sie werden nur übertroffen von den Schweizern, die sich überwiegend auch ziemlich gesund fühlen; über 80 Prozent der Schweizer schätzen ihren Gesundheitszustand als gut ein. Bildet man den Korrelationskoeffizienten zwischen dem gefühlten

Abbildung 16
Kennzahlen gefühlter Gesundheitszustand, Anzahl der Arztbesuche, statistische Lebensdauer und Bruttoinlandsprodukt pro Einwohner im Jahr 2009 in ausgewählten OECD-Ländern

Quelle: OECD, 2009

Land	Gefühlter Gesundheitszustand	Anzahl der Arztbesuche	Statistische Lebensdauer	BIP pro Einwohner
Australien	85,4	6,7	82,0	39.918
Österreich	69,4	6,9	81,1	38.814
Belgien	73,6	7,4	80,5	36.300
Kanada	88,2	7,4	81,0	37.808
Dänemark	71,0	4,6	79,9	37.680
Finnland	69,1	4,2	80,6	35.229
Frankreich	67,6	6,8	82,2	33.373
Deutschland	64,8	9,7	80,8	36.332
Island	77,8	6,1	82,4	36.647
Irland	83,4	3,8	80,6	39.562
Japan	30,0	13,1	82,7	32.018
Luxemburg	72,6	6,6	81,1	84.848
Niederlande	76,4	6,6	81,3	40.804
Neuseeland	89,3	3,7	81,2	29.149
Norwegen	73,3	5,2	81,4	54.568
Spanien	75,3	7,4	82,4	32.247
Schweden	79,9	3,0	81,9	37.155
Schweiz	81,3	4,0	82,8	44.840
Großbritannien	77,5	5,0	81,1	35.151
USA	89,5	4,1	78,7	45.674



Ich gehe davon aus, dass wir das Problem mithilfe von Benchmarking lösen werden.

Zeichnung: Dr. med. M. Krause-Sternberg

Gesundheitszustand und der statistischen Lebensdauer für die betrachteten 20 Staaten, so kommt man auf einen Wert von 0,32, das ist eine schwache Korrelation. Anders gesagt: Zwischen dem gefühlten Gesundheitszustand und der statistischen Lebensdauer besteht nur ein geringer Zusammenhang. Das eine hat wenig mit dem anderen zu tun.

Ähnlich verhält es sich mit dem Verhältnis von Anzahl der Arztbesuche zur statistischen Lebensdauer. Der Korrelationskoeffizient beträgt ebenfalls 0,32. Es scheint also so zu sein, dass die Anzahl der Arztbesuche wenig Einfluss auf die statistische Lebensdauer hat. Unterstellt man, dass das Ziel eines Gesundheitssystems die bestmögliche Gesundheit der Menschen sein sollte, dann muss man auch darüber nachdenken, wie das am besten erreichbar ist. Die möglichst hohe Frequenz an Arztbesuchen allein ist jedenfalls nicht der Schlüssel zum Erfolg.

Das Verhältnis von gefühltem Gesundheitszustand – der wie beschrieben wenig mit der statistischen Lebensdauer zu tun hat – und der Anzahl der Arztbesuche unterliegt jedoch bei den 20 untersuchten Staaten einer starken Korrelation von 0,76. Es scheint also so zu sein, dass sich die Menschen dann häufig zum Arzt begeben, wenn sie ihren Gesundheitszustand subjektiv als nicht gut einschätzen. Die Japaner gehen mehr als dreimal so oft zum Arzt wie die US-

Amerikaner, die Deutschen immerhin fast zweieinhalbmal so oft. Falls einem die Lebenseinstellung der US-Amerikaner zu optimistisch erscheint, immerhin leben sie ja vier Jahre kürzer als die Japaner, dann kann man auch auf die Schweizer verweisen. Sie gehen genauso selten zum Arzt wie die US-Amerikaner, werden aber im Durchschnitt sogar noch etwas älter als die Japaner.

Statistisch betrachtet gibt es also kaum einen Zusammenhang zwischen der Anzahl der Arztbesuche und der statistischen Lebensdauer. Es gibt aber einen starken Zusammenhang zwischen der Anzahl der Arztbesuche und dem gefühlten Gesundheitszustand. Während die erste Aussage verblüfft, scheint die zweite Aussage logisch. Wenn ich mich schlecht fühle, gehe ich zum Arzt, fühle ich mich gut, dann eben nicht. Beide Aussagen zusammen zeigen aber ein Problem. Es gibt Länder mit hoher statistischer Lebensdauer, in denen die Menschen vergleichsweise wenig zum Arzt gehen und sich gesund fühlen und es gibt Länder mit ebenfalls hoher statistischer Lebensdauer, in denen die Menschen oft zum Arzt gehen und sich dennoch vergleichsweise ungesund fühlen. Hier stellt sich die Frage: Was machen Australien, Irland, Kanada, Schweden und die Schweiz anders als Belgien, Deutschland, Japan oder Spanien? Im Übrigen zeigt die Umfrage, dass die Anzahl der Arztbesuche weniger

von der Höhe der Gesundheitsausgaben abhängt. Zwischen den Gesundheitsausgaben pro Einwohner und der Anzahl der Arztbesuche besteht nahezu kein Zusammenhang (Korrelation 0,23). Sie ist vielmehr eine Frage der optimalen Nutzung der knappen Ressource Arzt. Infolge der demografischen Entwicklung müssen sich in Zukunft immer weniger Ärzte um immer mehr Menschen kümmern. Es ist also wichtig, Konzepte zu finden, wie man die ärztliche Leistung optimal nutzt, um den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu verbessern. Und dafür ist es sicher lohnenswert, von Ländern wie Australien, Irland, Kanada, Schweden und der Schweiz zu lernen. ■

1 OECD Gesundheitsreport 2013 „Health at a Glance“, http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2013_health_glance-2013-en, letzter Aufruf am 11. April 2015

2 Gemessen am Bruttoinlandsprodukt pro Einwohner im Jahr 2009



Prof. Dr. Volker Penter
Partner, Head of
Health Care, KPMG AG
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
T +49 30 2068-4740
vpenter@kpmg.com

Neues aus dem Gesundheitswesen

STEUERN

Umsatzsteuerfreiheit privater Krankenhausbetreiber BFH-Urteil vom 23.10.2014, V R 20/14

Nach einer Entscheidung des V. Senats des Bundesfinanzhofs (BFH) kann sich ein Unternehmer, der eine private Krankenanstalt betreibt, auf die Umsatzsteuerfreiheit nach Artikel 132 Absatz 1 Buchstabe b der Mehrwertsteuersystemrichtlinie (MwStSystRL) berufen. Ein Ausschluss von der Steuerbefreiung nach § 4 Nr. 14 Buchstabe b Satz 2 Doppelbuchstabe aa Umsatzsteuergesetz (UStG) in Verbindung mit §§ 108, 109 Sozialgesetzbuch V (SGB V) sei dagegen aufgrund des Bedarfsvorbehalts unionrechtswidrig.

In dem vom BFH zu beurteilenden Streitfall ging es um eine Klinik für Psychotherapie, die Patienten mit psychischen Krankheitserscheinungen behandelte. Die Leistungen umfassten zudem Krankenpflege, Versorgung mit Arzneimitteln sowie Unterkunft in Einzelzimmern und Verpflegung.

Diese Entscheidung hat große Bedeutung für Betreiber privater Krankenhäuser. Nach nationalem Recht sind Behandlungsleistungen von Krankenhäusern nur umsatzsteuerfrei, wenn es sich um eine Hochschulklinik, ein in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommenes Krankenhaus (sogenanntes Plankrankenhaus) oder um ein Krankenhaus handelt, das über einen Versorgungsvertrag mit den Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen verfügt.

Das nationale Recht knüpft dabei unter anderem an sozialversicherungsrechtliche Regelungen an, die vorschreiben, dass gesetzliche Krankenkassen eine Krankenhausbehandlung nur durch sogenannte zugelassene Krankenhäuser erbringen lassen dürfen. Handelt es sich weder um eine Hochschulklinik noch ein Plankrankenhaus, liegt eine Zulassung im nationalen umsatzsteuerlichen Sinn nur vor, wenn das Krankenhaus einen Versorgungsvertrag mit den Kassenverbänden abgeschlossen hat. Der Abschluss von Versorgungsverträgen wiederum ist sozialversicherungsrechtlich nur zulässig, wenn sie für eine bedarfsgerechte Krankenhausbehandlung der Versicherten erforderlich sind.

Dieser sozialversicherungsrechtliche Bedarfsvorbehalt ist nach dem Urteil des BFH nicht vereinbar mit den verbindlichen Vorgaben der Mehrwertsteuersystemrichtlinie, an die sich die nationalen Gesetzgeber halten müssen. Die Mehrwertsteuersystemrichtlinie enthält keine Befugnis zur Kontingentierung von Steuerbefreiungen im Heilbehandlungsbereich zugunsten bestimmter Unternehmer nach Maßgabe der Bedarfslage. Eine Einschränkung zulasten privater Krankenhäuser steht damit nicht im Einklang mit dem vom Europäischen Gerichtshof (EuGH) betonten Erfordernis, Gleichbehand-

lung sicherzustellen und die gleichen Dienstleistungen in vergleichbaren Situationen von der Steuer zu befreien.

Will sich ein Betreiber eines Privatkrankenhauses auf die Umsatzsteuerfreiheit nach der Mehrwertsteuersystemrichtlinie berufen, obwohl er keinen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, muss er nach Ansicht des BFH jedoch über eine sogenannte Anerkennung verfügen. Sie liegt beispielsweise vor, wenn er in erheblichem Umfang (im Urteilsfall: 35 Prozent) gesetzlich Versicherte mit Anspruch auf Kostenerstattung nach § 13 SGB V und darüber hinaus auch Beihilfeberechtigte mit Kostenerstattungsanspruch behandelt. Insofern bedarf jeder Einzelfall einer gesonderten Würdigung, um die umsatzsteuerliche Privilegierung erreichen zu können. ■



Dr. Thorsten Helm
Partner, Gesundheitswirtschaft, Tax,
KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
T +49 621 4267-427
thelm@kpmg.com



Claudia Sippel
Senior Manager, Public Service, Health Care,
KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
T +49 711 9060-41604
csippel@kpmg.com

Service

VERANSTALTUNGEN MIT KPMG-BETEILIGUNG

Kongress

18. Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit

10.–12. Juni 2015, Berlin

Der Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit hat sich zum bedeutendsten Branchentreffen in Deutschland entwickelt. Jedes Jahr treffen sich hier die wichtigsten Entscheider aus Politik, Verbänden, Versicherungen, Wissenschaft, Medizin und Pflege. Im Jahr 2015, fast zwei Jahre nach der Bundestagswahl, blickt der Kongress auf die Liste der Vorhaben aus dem Koalitionsvertrag. Die Branchenvertreter diskutieren hierzu wichtige Meilensteine wie etwa das Versorgungsstärkungsgesetz, die Pflegestärkungsgesetze I und II, das Präventionsgesetz, die Qualitätsoffensive und die große Krankenhausfinanzierungsreform. Prof. Dr. Volker Penter, Head of Health Care bei KPMG, nimmt im Rahmen der Veranstaltung an der Diskussion zum Thema „Wandel ohne Ende: erst die Sanierung, dann die Modernisierung“ teil.

Kongress

11. Gesundheitswirtschaftskongress

16./17. September 2015, Hamburg

KPMG ist auch in diesem Jahr Partner des Gesundheitswirtschaftskongresses in Hamburg. Die Veranstaltung dient dem Austausch zwischen Unternehmen und Managern der Gesundheitswirtschaft und greift aktuelle Themen auf, die diesen Wirtschaftszweig in der Zukunft bestimmen werden. Dazu zählen insbesondere die Forderungen nach mehr Qualitäts- und Kostentransparenz, die Zukunft neuer Geschäftsmodelle und Finanzierungswege, die Möglichkeiten telemedizinischer Anwendungen, neue Wege bei der Personalgewinnung sowie die Entwicklung der Bereiche Prävention und Rehabilitation.

Kongress

14. Europäischer Gesundheitskongress

30. September/1. Oktober 2015, München

Im Fokus des zweitägigen Kongresses steht in diesem Jahr das Thema „Ökonomisierung?!“. In diesem Zusammenhang diskutieren die Entscheider aus den Bereichen Krankenhaus, Rehabilitation, Krankenversicherungen, Politik und anderen Bereichen der Gesundheitswirtschaft unter anderem, ob die Ökonomisierung im Gesundheitswesen bereits Auswirkungen zeigt und inwieweit in der Zukunft auch anderen Aspekten eine relevante Bedeutung zukommt. Dabei stehen die Folgen für Patienten genauso im Fokus wie die Konsequenzen für die Versorgungslandschaft.

Weitere Informationen zu allen genannten Veranstaltungen:

Clara Kozak

T +49 89 9282-1319

ckozak@kpmg.com

PUBLIKATIONEN

Jetzt im Handel: Kompendium Krankenhaus-Rechnungswesen

Prof. Dr. Volker Penter, Dr. Bernd Siefert,
2., aktualisierte und erweiterte Auflage, Kulmbach 2015,
ISBN 978-3-944002-92-7

Das erstmals im Jahr 2010 erschienene Fachbuch Kompendium Krankenhaus-Rechnungswesen liegt nun in der vollständig überarbeiteten zweiten, aktualisierten und erweiterten Auflage vor. Dabei stellen die Herausgeber, Prof. Dr. Volker Penter und Dr. Bernd Siefert, beide in leitender Funktion in der Gesundheitswirtschaft bei der KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, erneut aktuelle und praxisnahe Informationen zu den Besonderheiten der externen Rechnungslegung im Krankenhaus in den Mittelpunkt.

Seit dem Erscheinen der ersten Auflage im Jahr 2010 ist in der deutschen Krankenhauslandschaft viel passiert. Stichworte sind Pauschalisiertes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP), Investitionspauschalen, MDK-Rückstellungen, Beihilferecht, Bilanzierung von Fördermitteln in Universitätskliniken, steigende Personal- und Sachkosten, alternative Finanzierungsquellen, Qualität, Compliance, persönliche Leistungserbringung, hohe Haftpflichtprämien, Besteuerung des wirtschaftlichen Geschäftsbetriebs und vieles mehr. Bei vielen dieser Themen geht es auch um Rechnungslegung. Jede Veränderung des Finanzierungssystems erfordert eine Anpassung von Rechnungslegungsroutinen. Die strengeren Kontrollen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) bedingen eine Verbesserung des Abrechnungssystems.

Immer komplizierter werdende rechtliche Voraussetzungen, beispielsweise im Zusammenhang mit kommunalen Fördermitteln, steuerlichen Implikationen, aber auch der Abrechnung ärztlicher Leistungen fordern das Rechnungswesen enorm. Abschlüsse sollen immer schneller erstellt, geprüft und veröffentlicht werden. Ganz neue Einrichtungen interessieren sich für Krankenhausabschlüsse, darunter zum Beispiel Banken und Private Equity-Gesellschaften.

In der zweiten Auflage des Buches Kompendium Krankenhaus-Rechnungswesen werden neben einer Aktualisierung aller Inhalte der ersten Auflage wichtige neue Themen adressiert. Genannt werden sollen die zusätzlich eingefügten Kapitel Bilanzpolitik und Bilanzanalyse, Aufsichtsrat im Krankenhaus, Krisenmanagement und Krisenkommunikation, Ziele und Grundlagen des Beihilferechts sowie die deutlich erweiterten Ausführungen zu Risiko- und Compliance Management, Interne Revision und Drittmittelförderung.



Wir sprechen mit dem Gesundheitsbarometer Leserinnen und Leser gleichermaßen an. Genauso bemühen wir uns, in unseren Aussagen wo immer möglich die männliche und weibliche Form gleichberechtigt zu verwenden. Sollten wir dennoch an der einen oder anderen Stelle darauf verzichten, so ist das allein der besseren Lesbarkeit geschuldet. In keinem Fall verbinden wir damit eine Wertung.

Impressum

Herausgeber

KPMG AG
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
Klingelhöferstraße 18
10785 Berlin

Redaktion



Prof. Dr. Volker Penter (V.i.S.d.P.)
Partner, Leiter Gesundheitswirtschaft
T +49 30 2068-4740
vpenter@kpmg.com



Stefan Friedrich
Senior Manager, Gesundheitswirtschaft
T +49 89 9282-1942
sfriedrich@kpmg.com



Jörg Schulze
Manager, Gesundheitswirtschaft
T +49 30 2068-2796
joergschulze@kpmg.com



Clara Kozak
Sector Manager, Gesundheitswirtschaft
T +49 89 9282-1319
ckozak@kpmg.com

Anmeldungen/Abmeldungen/Anschriftenänderungen für die Printausgabe Gesundheitsbarometer

Clara Kozak
T +49 89 9282-1319
F +49 1802 11991-4398
ckozak@kpmg.com

Weitere Informationen

www.kpmg.de/gesundheit

ISSN (Print) 2364-3145
ISSN (Online) 2364-3153

Das Gesundheitsbarometer noch schneller abonnieren:
einfach den QR-Code scannen und das Formular für das
Abonnement von Print- oder Onlineexemplar ausfüllen.



www.kpmg.de

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. Die Ansichten und Meinungen in Gastbeiträgen sind die des Interviewten bzw. Verfassers und entsprechen nicht unbedingt den Ansichten und Meinungen von KPMG in Deutschland.

© 2015 KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, ein Mitglied des KPMG-Netzwerks unabhängiger Mitgliedsfirmen, die KPMG International Cooperative („KPMG International“), einer juristischen Person schweizerischen Rechts, angeschlossen sind. Alle Rechte vorbehalten. Der Name KPMG, das Logo und „cutting through complexity“ sind eingetragene Markenzeichen von KPMG International.