

Healthcare

10

«Wir haben jeden Stein umgedreht»

Stefan Aebi, Vorsitzender der Geschäftsleitung UPD, spricht über die bevorstehende Verselbstständigung

18

Gemeinwirtschaftliche Leistungen

Das Thema GWL und deren Kostenermittlung stehen in Tarifverhandlungen zunehmend im Fokus.

20

«Wir müssen das Kostenbewusstsein der Mitarbeitenden stärken»

Dr. med. Robert Rhiner, CEO KSA, spricht über die Kostensenkungsmassnahmen in seinem Betrieb

Wenn Kosten und Erträge
auseinanderdriften

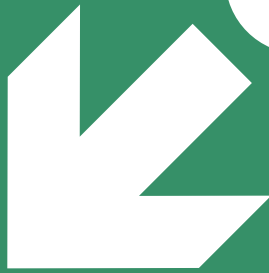


cutting through complexity

6

10

14



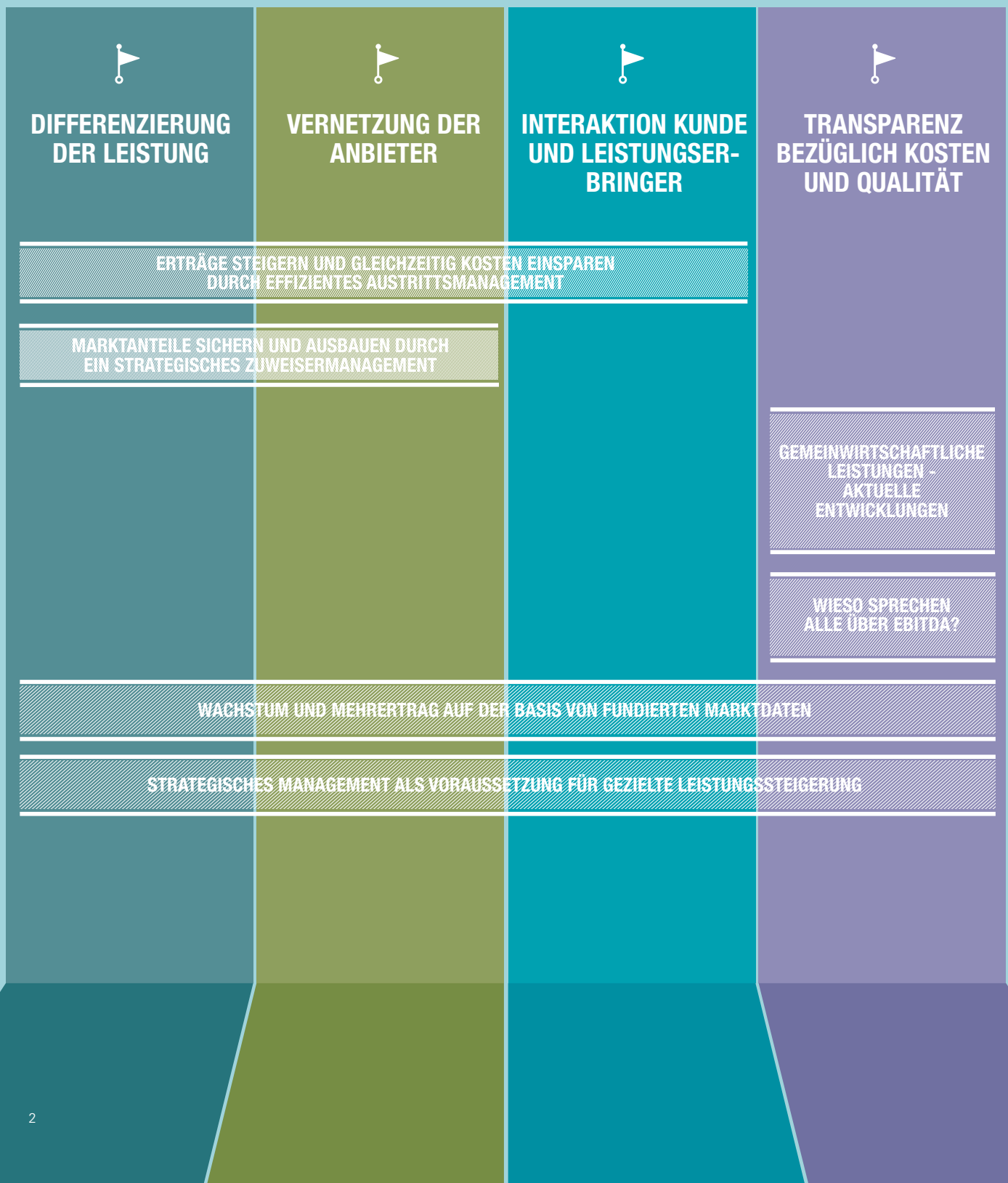
20

24

Clarity on Healthcare

	EDITORIAL		KAPITEL II
3	Wenn Kosten und Erträge auseinanderdriften		International
		28	Das Gesundheitssystem von Russland
4	KERNAUSSAGEN		KAPITEL III
			Analyse
	KAPITEL I		
	Schweiz	32	Förderquote – grosser Unterschied zwischen Ost und West
10	«Wir haben jeden Stein umgedreht» – Interview mit Stefan Aebi (Vorsitzender der Geschäftsleitung UPD)	34	Bauboom nach Investitionsstau – Millionen-schwere Investitionen in Spitalimmobilien
14	Erträge steigern und gleichzeitig Kosten einsparen durch effizientes Austrittsmanagement	36	PINBOARD
16	Marktanteile sichern und ausbauen durch ein strategisches Zuweisermanagement	37	IMPRESSUM & KONTAKTE
18	Gemeinwirtschaftliche Leistungen – Aktuelle Entwicklungen		
20	«Wir müssen das Kostenbewusstsein der Mitarbeitenden stärken» – Interview mit Dr. med. Robert Rhiner (CEO Kantonsspital Aarau)		
22	Wieso sprechen alle über EBITDA?		
24	Wachstum und Mehrertrag auf der Basis von fundierten Marktdaten		
26	Strategisches Management als Voraussetzung für gezielte Leistungssteigerung		

ROADMAP TO SPITAL 2022





André Zemp und Michael Herzog

Wenn Kosten und Erträge auseinanderdriften

Kommt Ihnen das bekannt vor: Der Personalaufwand steigt um 5.6%, der Ertrag aber lediglich um 1.8%? Beim Studium der Geschäftsberichte der Spitäler stellen wir zunehmend ein Missverhältnis zwischen Kosten- und Umsatzentwicklung fest. Wir schätzen, dass 2016 bereits gegen 50% der Spitäler mit einem Defizit abschliessen werden.

Der Paradigmenwechsel in der Spitalfinanzierung mit der Abgeltung von Preisen statt Kosten und der Subjekt- anstelle der Objektfinanzierung entfaltet zunehmend seine Wirkung. Viele Finanzverantwortliche stellen mit Konster- nation fest, dass sie auch im vierten Jahr nach Einführung von SwissDRG für das kommende Budget mit fast gleichen Baserates im OKP-Bereich rechnen müssen.

Dem gegenüber stehen viele Begehrlichkeiten auf der Personalseite. Hier spielen zahlreiche Faktoren zu Ungun- sten der Spitäler: Die Ressourcenknappheit in einzelnen Berufsgattungen wirkt kostentreibend; das Arbeitsgesetz führt zu Mehrbedarf an Stellen; die zunehmende Professionalisierung führt zu einer Erhöhung des Lohn- niveaus und zum Ausbau von nicht patientenbezogenen Funktionen. Wie entkommt man diesem Dilemma? Für viele Institutionen heisst hier das Zauberwort Wachstum. Insbesondere die Spitäler profitieren davon, dass der Gesundheitsmarkt dank Bevölkerungszuwachs, zunehmender Lebenserwartung und steigender Erwartungshaltung per se ein Wachstumsmarkt ist. Nur stellen auch hier verschiedene Spitäler fest, dass der Kampf um Patienten, beziehungsweise um die Ärzte mit anerkanntem Renommee markant zunimmt und sie von diesem Wachstum nur unterproportional profitieren oder sogar Markt- anteile verlieren. Dazu kommen die immer kürzere Aufent- haltsdauer sowie der technologische Fortschritt mit der Möglichkeit, zunehmend Leistungen ambulant statt stationär zu erbringen. Dies birgt die Gefahr, dass ein Wachstum in defizitären Bereichen erfolgt und somit pro investierten Franken statt Gewinn ein zusätzlicher Verlust generiert wird.

In diesem Sinn können auch die zahlreichen Kapazitäts- ausbauten, welche mit Neubauprojekten realisiert werden, ein Risiko und eine finanzielle Hypothek für die Zukunft darstellen. Irgendeinmal müssen diese Kredite zurückbe- zahlt werden und der Zinsendienst ist auch unter veränder- ten Rahmenbedingungen weiterhin zu leisten.

Die Grundlage zur Ergebnisverbesserung bilden Transparenz, kreative Lösungen und der positive Spirit, zusammen die Herausforderungen zu meistern. Die Beiträge unserer Spezialisten gehen dabei auf verschiedene Möglichkeiten ein und zeigen die wichtigsten Herausforderungen auf.

Wie sieht Ihr Programm zur Ergebnisverbesserung aus?


Michael Herzog

Sektorleiter Healthcare
Leiter Audit Healthcare

André Zemp

Leiter Advisory Healthcare





**«WICHTIG IST, DASS
ERGEBNISVERBESSERUNGS-
PROJEKTE UNTER EINBEZUG
ALLER FORMALEN UND
INFORMELLEN ENTSCHEIDUNGS-
TRÄGER DURCHGEFÜHRT
WERDEN.»**

Zusammen mit den Mitarbeitenden haben wir Massnahmen definiert, die so wenig Einfluss wie möglich auf die Leistungsqualität und die Versorgungssicherheit haben. Wichtig ist, dass die verschiedenen Interessen der Patienten, der Mitarbeitenden und des Unternehmens im Gleichgewicht gehalten werden.

STEFAN AEBI, VORSITZENDER DER GESCHÄFTSLEITUNG UPD



EFFIZIENTE PROZESSE IM SPITAL UND DIE STRATEGISCHE ZUSAMMENARBEIT MIT ZUWEISERN SENKEN KOSTEN UND SICHERN WEITERE MARKTANTEILE.

Ein effizientes Austrittsmanagement reduziert die Komplexität, spart damit Kosten und schafft Zufriedenheit im Betrieb sowie bei den Patienten. Zudem werden Möglichkeiten durch höhere Auslastung zu weiteren Erträgen geschaffen.

Ein strategisches Zuweisermanagement bietet den Vorteil, dass durch eine gute Zusammenarbeit der Gesamtprozess optimiert wird und gezielt Wachstumspotential ausgeschöpft werden kann.



A blurred photograph of two healthcare professionals, a woman in green scrubs and a man in white scrubs, walking in a modern hospital corridor. They are both looking down, possibly at a device or chart. The background shows a clean, brightly lit hallway with large windows and doors.

«DAS KOSTENBEWUSSTSEIN ALLER MITARBEITENDEN MUSS NOCH STÄRKER IN DEN VORDERGRUND RÜCKEN.»

Viele Mitarbeitende übersehen die Kosten, die neben der medizinischen Leistungserbringung noch anfallen, wie z.B. Miete. Durch gezielte Massnahmen wie Wirtschaftlichkeits- oder Deckungsbeitragsrechnungen kann dieses Bewusstsein geschärft werden, so dass alle Mitarbeitenden am gleichen Strick ziehen.

DR. MED. ROBERT RHINER, CEO KSA

«WIR HABEN JEDEN STEIN UMGEDREHT»

Stefan Aebi

im Interview mit André Zemp



KPMG sprach mit Stefan Aebi, Vorsitzender der Geschäftsleitung der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern (UPD), über die anstehende Verselbstständigung und die damit erforderlichen Ergebnisverbesserungen.



André
Zemp

KPMG: Die UPD gehören heute noch zur kantonalen Verwaltung des Kantons Bern und werden per 1. Januar 2017 verselbstständigt. Was bedeutet das konkret für Ihren Betrieb?

Stefan Aebi: Genau, die UPD wie auch die beiden anderen kantonalen Psychiatriebetriebe, Psychiatriezentrum Münsingen (PZM) und die Psychiatrischen Dienste Biel-Seeland-Berner Jura (PDBBJ), werden per 1. Januar 2017 verselbstständigt, basierend auf einem Beschluss des bernischen Grossen Rates aus dem Jahr 2013. Für den Betrieb bedeutet dies neben der höheren Selbstständigkeit, Flexibilität und grösserem unternehmerischem Gestaltungsspielraum auch

mehr (finanzielle) Verantwortung. Mit der Selbstständigkeit fallen neu Kosten für Leistungen an, die bisher vom Kanton erbracht wurden, so u.a. für Gebäudeaufwand, Informatikdienstleistungen, Salärauszahlung oder Versicherungen. Zur Kompensation dieser zusätzlichen Kosten und zur Bildung gewisser Reserven müssen Massnahmen auf der Ertrags- und Aufwandseite getroffen werden.

Was heisst dies in Zahlen?

Die Verselbstständigung erfordert für die UPD eine Ergebnisverbesserung von gut CHF 16 Millionen. Dies führt zu z.T. einschneidenden Massnahmen, die wir und auch der Regierungsrat jedoch als realisierbar erachten.

Dies sind markante Verbesserungen, die erzielt werden müssen. Wie sind Sie dabei vorgegangen?

Wir haben – bildlich gesprochen – jeden Stein im Betrieb umgedreht und analysiert. Dabei war uns wichtig,

das oberste Ziel nie aus den Augen zu verlieren: Die qualitativ hochstehende Versorgung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen im Versorgungsgebiet muss gewährleistet bleiben. Im Auftrag des Regierungsrats haben wir zusammen mit allen Direktionen und Kliniken sowie der Unterstützung von KPMG mit einem «bottom-up»-Ansatz eine ausgewogene Palette von Massnahmen erarbeitet. Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion (GEF) hat dieses «Fit-for-Future» genannte Projekt überprüft und als vernünftig und zielführend bewilligt. Wir sind der Meinung, dass die Gesamtheit der Massnahmen und der Erträge zwar grosse Herausforderungen an die Mitarbeitenden und den Betrieb stellt, aber insgesamt realisierbar ist, so dass wir ab 2017 nachhaltig eine ausgeglichene Erfolgsrechnung präsentieren können. Dahinter stehen auch die Geschäftsleitung, der Übergangsrat der UPD, die GEF und der Regierungsrat.

«KOMMUNIKATION IST DAS A UND O JEDES CHANGE-PROJEKTS.»

Stefan Aebi



Wo fanden Sie die Stellhebel dazu?

Auf der Ertragsseite waren es z.B. die Überprüfung und Anpassung von Tarifen, die Anpassung von stationärer Kapazität an die tatsächlichen Bedürfnisse oder die Einforderung von bisher ungenügend abgegoltenen gemeinwirtschaftlichen Leistungen beim Kanton. Bei der Kostenoptimierung haben wir ein Augenmerk auf die Prozessoptimierung bei innerbetrieblichen Abläufen oder auf Einsparungen bei Sachkosten für externe Dienstleistungen wie z.B. Transportkosten gerichtet. Wichtig war uns, dass die Massnahmen so wenig Einfluss wie möglich auf die Leistungsqualität und die Versorgungssicherheit haben und dass die Zufriedenheit der Mitarbeitenden aufrechterhalten wird. Man kann sagen, dass es ein Dreieck ist, welches im Gleichgewicht gehalten werden muss: das Interesse der Patienten, der Mitarbeitenden und des Unternehmens.

Die Anstrengungen zur Ergebnisverbesserung betreffen alle Mitarbeitenden. Wie stellen Sie sicher, dass diese auch realisiert werden können?

Die von den Mitarbeitenden und von KPMG aufgezeigten Möglichkeiten wurden in internen Klausuren mit der Geschäftsleitung intensiv diskutiert und bewertet. Wir als Geschäftsleitung haben dann die konkreten Massnahmen auf den Stufen Kliniken und Betrieb vereinbart und dem Übergangsrat UPD vorgestellt, der ebenfalls Input dazu gab.

Die Ergebnisverbesserung bedeutet ja auch Massnahmen auf der personellen Seite. Wie weit sind Ihre Mitarbeitenden orientiert?

Kommunikation ist das A und O jedes Change-Projekts. Wir haben seit

Beginn des Projekts im Herbst 2014 unsere Mitarbeitenden laufend an regelmässigen Mitarbeiterversammlungen und via Intranet stufengerecht über Ziele, Fortschritt und Ergebnisse auf dem Laufenden gehalten. Gleichzeitig mit der Medienkonferenz vom 21. August 2015 haben wir die Mitarbeitenden der UPD mittels der Medienmitteilung und eines Briefes mit zusätzlichen Erklärungen informiert. Zudem wurde ein Sounding Board mit Mitarbeitenden aller Bereiche und Berufsgruppen etabliert, mit welchem Ideen diskutiert sowie Stimmungen und Informationen einfach transportiert werden können. Für die Mitarbeitenden, die von einer Stellenaufhebung betroffen sind, greifen die Bestimmungen des Personalgesetzes der Personalverordnung des Kantons Bern. Primär werden die Stellen mit langer Vorankündigung aufgehoben und wir unterstützen die betroffenen Personen mit der Vermittlung von Stellen innerhalb der Kantonsverwaltung oder bei einem Outplacement. Unsere Mitarbeitenden sind – neben den Patientinnen und Patienten natürlich – unser höchstes Gut und wir setzen alles daran, dass die Massnahmen sozialverträglich ausgestaltet werden.

Was waren Ihre wichtigsten Erkenntnisse?

In jedem Betrieb hat es Potential auf der Ertrags- wie auch auf der Kosten- seite. Es ist ab und zu gut, wenn man Dritte beauftragt, sich das Ganze anzuschauen, da sie einen anderen Blick haben für Strukturen, die historisch gewachsen sind. Ganz wichtig ist zudem, dass ein solches Projekt nicht «top-down» im stillen Kämmerlein, sondern mit Einbezug möglichst vieler formaler und informeller Entscheidungsträger und Fachkräfte durchgeführt wird.

**«ES IST AB UND ZU GUT,
WENN MAN DRITTE BEAUFTRAGT,
SICH DAS GANZE ANZUSCHAUEN,
DA SIE EINEN ANDEREN BLICK
HABEN FÜR STRUKTUREN,
DIE HISTORISCH GEWACHSEN SIND.»**

Stefan Aebi



ERTRÄGE STEIGERN UND GLEICHZEITIG KOSTEN EINSPAREN DURCH EFFIZIENTES AUSTRITTSMANAGEMENT

Stefanie Ruckstuhl, Elvira Häusler
Advisory Healthcare



Stefanie
Ruckstuhl



Elvira
Häusler

Weshalb legen Flughäfen grössten Wert auf die effiziente Abfertigung von landenden und startenden Flugzeugen? Weil die Kapazitätsauslastung ein entscheidender Kostenfaktor ist. Mehr Flugzeuge dank effizienten Prozessen abzufertigen, bedeutet mehr Erträge aus zusätzlichen Flugbewegungen und Passagieren und weniger Kosten in teuren Terminals. Mit über 50 beteiligten Partnern, eine interdisziplinäre Herausforderung. Welche Parallelitäten lassen sich auf das Spital übertragen?

Was für Flughäfen die Abfertigung ist, ist in den Spitälern das Austrittsmanagement. Dieses ist oft zu wenig standardisiert und mangelhaft geplant. Austritte von Patienten finden über den ganzen Tag verteilt statt. Teilweise sind fixe Austrittszeiten definiert, allerdings werden diese in der Realität aus verschiedenen Gründen meist nicht eingehalten:

- Der Behandlungsprozess bei Standardeingriffen ist nicht definiert und der Austrittszeitpunkt bei Normalverlauf bereits während des Aufenthalts somit nicht bekannt,
- die Austrittsvisite findet zu einem verspäteten Zeitpunkt statt,
- der Austrittszeitpunkt wird zu kurzfristig kommuniziert. Sowohl für die Patienten als auch die Pflege verbleibt zu wenig Zeit für die Organisation,
- der Übertritt in die Nachsorge ist nicht organisiert, z.B. fehlende Kostengutsprache für die Rehabilitation, Organisation Spitexdienst,
- Angehörige können zum Austrittszeitpunkt den Patienten nicht abholen,
- aus Belegungs-, Personaleinsatz- oder administrativen Gründen erfolgt am Wochenende kein Austritt.

Sicher kennen Sie weitere Gründe, weshalb das Austrittsmanagement mehr individuell als standardisiert abläuft. Die finanziellen Konsequenzen sind in jedem Fall beachtlich und schlagen sowohl auf der Ertrags- als auch der Kostenseite durch. Findet beispielsweise ein Austritt erst am

Abend statt, kann das Bett gleichentags nicht mehr für einen neuen Patienten bereitgestellt werden. Das Bett kann dadurch nicht zweimal «verkauft» werden, was zu Einnahmeverlusten führt. Wenn keine zusätzlichen Patienten behandelt werden können, müssen Kapazitäten aufrechterhalten werden, welche z.B. durch eine Verdichtung der Aufenthalte reduziert werden könnten. Verspätete Austritte binden auch über den Tag hinweg unnötig Ressourcen. Der Tagesablauf in der Pflege wird unterbrochen, Mahlzeiten müssen zusätzlich bereitgestellt werden, eine Reinigungsequipe wird eingeplant usw. Unstrukturierte Austritte können zu Kapazitätsengpässen beim Eintrittsprozess führen: Patienten werden in einem freien Bett, aber auf der falschen Abteilung aufgenommen und später wieder verlegt oder Patienteneintritte werden gar auf spätere Daten verschoben. Diese Prozessineffizienzen kosten in der Summe viel Geld, belasten das komplexe System unnötig, führen zu vermeidbaren Ressourcenverschwendungen, und potentielle Mehrerträge lassen sich nicht realisieren.



Austrittsmanagementprozess



Quelle: KPMG AG

Ein effizientes Austrittsmanagement beginnt bereits vor (elektive Eingriffe) oder spätestens nach dem Eintritt (Notfall) des Patienten. Vor dem elektiven Eintritt bzw. nach Notfalleintritt wird so rasch als möglich das antizipierte Entlassungsdatum beziehungsweise die geplante Aufenthaltsdauer ermittelt und danach laufend überwacht. Dieses Datum dient nicht nur der Planung des medizinischen Behandlungsprozesses, sondern auch den Patienten und Angehörigen als Anhaltspunkt. Für jeden Patienten wird ein klinisches Kriterium definiert, welches grünes Licht für den Austritt gibt. Ausserdem ist die Verantwortung einem Mitarbeitenden zugeteilt, welcher alle Abläufe einleitet (Information an Patient und

Angehörige, Pflege, Hauswirtschaft, usw.). Die Abbildung stellt den Prozess vereinfacht dar: Erfahrungsgemäss fallen rund 80% aller Patienten in die Kategorie «einfacher Austritt» und können mit standardisierten Checklisten und Prozessen entlassen werden. Rund 20% aller Patienten zählen zu den «komplexen Austritten» oder Überweisungen und verlangen daher mehr Planung und Aufwand seitens des behandelnden Spitals.

Tipps, die Sie rasch umsetzen können:

- Erstellen Sie aus Ihrem ERP-System eine grafische Auswertung über die letzten 30 Tage mit den Uhrzeiten der Austritte.
- Kommunizieren Sie den wahrscheinlichen Entlassungszeitpunkt so

früh wie möglich.

- Planen Sie für 7 Tage, nicht nur für 5 Werkstage. Es gibt keinen Grund, warum Patienten nicht auch am Wochenende entlassen werden können (auch Angehörige sind dann meist flexibler).

Ein effizientes Austrittsmanagement spart Kosten, reduziert die Komplexität und schafft Sicherheit und Zufriedenheit auf allen Stufen. Wenn es Ihnen gelingt, zusätzliche Patienten zu akquirieren, können Sie mit gleicher Infrastruktur zusätzlichen Umsatz bzw. Deckungsbeitrag generieren. Denn: Was für den Flughafen von zentraler Bedeutung im Wettbewerb ist, trifft in gleichem Masse auch für Spitäler zu.

Marktanteile sichern und ausbauen durch ein strategisches Zuweisermanagement

Matthias Zannantonio

Advisory Healthcare

Romano Ricciardi

Advisory Healthcare

**Weshalb veranstalten Firmen
Kundenanlässe, pflegen
den persönlichen Kontakt,
tauschen sich über
aktuelle Themen und
Marktentwicklungen
aus und versorgen
Schlüsselkunden mit
nützlichen Informationen?
Weil die Kundenpflege ein
entscheidender Erfolgs-
faktor für künftige
Umsätze ist.**



**Matthias
Zannantonio**



**Romano
Ricciardi**

Was für Firmen die Kundenpflege darstellt, ist für Spitäler die Pflege ihrer Zuweiser. Diese entscheiden primär, ob ein Patient ins Spital A oder B geht. Die Mehrheit der Patienten vertraut bei der Wahl des Spitals beziehungsweise des behandelnden Arztes nach wie vor auf den Haus- oder Facharzt, auch wenn das persönliche Umfeld, Publikationen oder das Internet diese Wahl zunehmend beeinflussen.

Auf folgende Fragen fallen die Antworten der Spitäler oftmals sehr vage aus:

- Wer sind die Hauptzuweiser?
- Welche Umsätze generieren sie?
- Welche Patienten bringen sie (Grund-/Zusatzversicherte, Risikopatienten)?
- Wann erfolgte letztmals ein persönlicher Austausch mit den Hauptzuweisern, welcher über das Fachliche hinausging?
- Welche Zuweiser selektieren zwischen verschiedenen Spitälern und weshalb?
- Von welchen Serviceleistungen profitieren die Hauptzuweiser?

Erklärungen für das mangelnde Wissen und die fehlende Sensibilität sind zahlreich. Angefangen bei der Erfassung der Zuweiser im administrativen System: Erscheint der Hausarzt als Zuweiser eines Patienten, wenn dieser vor der stationären Behandlung in der Sprechstunde des leitenden Arztes war? Welche Daten können in einem Management-Informationssystem selektiert und verknüpft werden? Gründe für die fehlende Sensibilität liegen oft auch darin, dass der Notfall je nach Fachgebiet einen wesentlichen Anteil am Patientenaufkommen trägt.

Der Nutzen eines effektiven Zuweisermanagements liegt auf der Hand

- Höhere bzw. stabilere Patientenzahlen: Das Wissen über seine eigenen bzw. potentiellen neuen Zuweiser kann aktiv genutzt werden. Die Zusammenarbeit mit den Hauptzuweisern und Ärzten mit Wachstumspotential wird verbessert und intensiviert. Dies führt langfristig zu Sicherheit und höheren Fallzahlen.
- Ganzheitliche Prozesse: Stabile und verstärkte Beziehungen mit Zuweisern können für einen ganzheitlichen Prozessfluss genutzt und zu einer gemeinsamen diagnos-

tisch-therapeutischen Zusammenarbeit erweitert werden. Diese integrierte Versorgung führt zu einer Reduktion von Mehrfachuntersuchungen, schlankeren Prozessen und Kostensenkungen.

Für den Aufbau eines wirkungsvollen Zuweisermanagements sind in einem ersten Schritt vertiefte Kenntnisse notwendig. Grundsätzlich sollten drei Analysen mit folgenden Kernfragen durchgeführt werden:

- Welches sind unsere Zuweiser, eingeteilt in Kategorien? Was tragen sie zum unternehmerischen Erfolg bei?
- Welche Bedürfnisse haben unsere Zuweiser? Was ist für sie wichtig und entscheidend?
- Was bieten wir unseren Hauptzuweisern? Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit? Welche Vorteile hat ein Hauptzuweiser?

In einem zunehmend kompetitiveren Markt reicht aber das klassische Zuweisermanagement oft nicht mehr und innovativere Formen sind gefragt: Die Übernahme von Hausarzt- und Facharztpraxen, z.B. im Rahmen von Nachfolgeregelungen, die Gründung von ambulanten Gesundheitszentren im direkten Einzugsgebiet von Mitbewerbern oder Notfallpraxen an stark frequentierten Lagen sind

interessante Möglichkeiten, Zuweisungen zu sichern.

Zwei weitere praktische Tipps, die Sie rasch umsetzen können

- Wählen Sie drei Hauptzuweiser und drei Zuweiser mit unregelmässigen Patientenaufkommen aus. Bei Letzteren wissen Sie, dass diese Patienten auch anderen Spitälern zuweisen.
- Lernen Sie die Bedürfnisse und die Gründe für die Zuweisung/Nichtzuweisung in einem persönlichen Gespräch kennen. In einer entspannten Atmosphäre ist es einfacher, an wertvolle Informationen zu gelangen, und ein persönliches Treffen verbessert die Beziehung.¹

Den medizinischen Leistungserbringern sind die Bedeutung und der Nutzen des Zuweisermanagements durchaus bewusst, wie aus einer Umfrage der FHS Hochschule für Angewandte Wissenschaften St. Gallen hervorgeht. Allerdings beschränkt sich die Umsetzung auf vereinzelte Aktivitäten und erfolgt noch wenig koordiniert. Insbesondere ist eine Einbettung des Zuweisermanagements in die Unternehmensstrategie selten zu finden, was jedoch ein entscheidender Erfolgsfaktor wäre.²

Was es zu beachten gilt

Die externe Befragung von Zuweisern sichert Ihnen einen neutralen Spiegel über die Bedürfnisse und die Gründe von Zuweisungen bzw. Nicht-Zuweisungen. Für ein effektives Zuweisungsmanagement haben wir nicht nur die Instrumente, sondern auch die kreativen Ideen und Erfahrungen. Die externe Sicht führt zu einer verbesserten Sensibilität für das Thema bei Ihren Ärzten.



¹ Ricciardi, Romano: Innovative Geschäftsmodelle und Wettbewerbsvorteile für die stationäre Akutsomatik von Schweizer Spitälern

² Prof. Dr. Endl, Rainer / Napoli, Carlo: Zuweiserbarometer 2013 – Stand des Zuweiserbeziehungsmanagements in der Schweiz

GEMEINWIRTSCHAFTLICHE LEISTUNGEN

Aktuelle Entwicklung

Das Thema gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) und insbesondere deren Kostenermittlung stehen in Tarifverhandlungen und -festsetzungsverfahren zunehmend im Fokus. Damit folgt das Gesundheitswesen ähnlichen Entwicklungen, welche im Bereich der Stromwirtschaft vor einigen Jahren bereits für Diskussionen gesorgt haben. Die jüngsten Rechtsprechungen des Bundesverwaltungsgerichts bringen neue inhaltliche Erkenntnisse sowohl zu den Anforderungen an die Kostenermittlung wie auch -ausscheidung und machen deutlich, dass von Seiten der Spitäler eine sehr hohe Kostentransparenz gefordert wird.



Marc D. Widmer



Stefanie Ruckstuhl



Julia Finken

Entwicklung gemeinwirtschaftliche Leistungen

Das Thema «Abgeltung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen» gilt als ein zentrales Element in der Diskussion um die Verzerrung des Wettbewerbs unter den Spitälern. Bereits an der H+ Konferenz Rechnungswesen und Controlling im Mai 2014 wurde von verschiedenen Referenten festgehalten, dass GWL aufgrund der gesetzlichen Regelung kein abschliessend definierter Begriff sind und die Kantone weitgehend

frei darin sind, wie sie GWL definieren und in welchem Umfang sie diese an die Spitäler entrichten. H+ hat das Thema aufgenommen und im Mai 2014 einen REK Entscheid publiziert, in welchem die GWL in drei Kategorien unterteilt werden und auch definiert ist, wie welche Kategorie zu verbuchen ist (Umsetzungsfrist per 1.1.2015). Im Juli 2014 wurde ein weiterer REK-Entscheid publiziert, in welchem das Thema Forschung und universitäre Lehre weiter definiert wird und die Ermittlung der Kosten dafür geregelt ist (Umsetzungsfrist per 01.01.2018). Gesamtwirtschaftlich betrachtet bilden die Kosten für die Forschung und Lehre den grössten Teil der GWL. In verschiedenen Urteilen des Bundesverwaltungsgerichts (BVGer) in den vergangenen Monaten wurde immer

wieder die Abgeltung der GWL diskutiert. Erstmals ist nun im Rahmen des Urteils vom 24. April 2015 explizit festgehalten, dass die Ausscheidung der Kosten für Forschung und Lehre sowohl beim USZ als auch bei den Vergleichsspitälern in verschiedener Hinsicht nicht ausreichend transparent erfolgte. Dabei werden einzelne Sachverhalte spezifiziert, ohne jedoch abschliessend festzulegen, was das richtige Vorgehen in Sachen GWL wäre. Im Beschluss des BVGer werden die festgesetzten Tarife 2012 daher zurückgewiesen und eine erneute Durchführung des Tariffestsetzungsverfahrens durch den Kanton Zürich veranlasst.¹ Dieser Entscheid zeigt, dass bereits zum heutigen Zeitpunkt die Anforderungen an die Spitäler bezüglich Kostenermittlung und transpa-

¹ Bundesverwaltungsgericht, Urteil vom 24. April 2015, C-2255/2013, C-3621/2013

UNSERE BEURTEILUNG

Wir begrüßen die jüngste Entwicklung und verstärkte Definition in der Thematik. Es ist zu berücksichtigen, dass die unterschiedliche Finanzierungspraxis von GWL oder auch «weiteren» oder «sonstigen» Leistungen des Spitals durch den Kanton oder Dritte Auswirkungen auf die Wettbewerbsverzerrung hat. Insbesondere dann, wenn keine Transparenz in der Thematik besteht. Die Kantone sind weitgehend frei, was sie als gemeinwirtschaftliche Leistungen definieren und wie sie diese abgelden. Auch bei Leistungen, welche über sonstige Dritte finanziert werden, können individuelle Verträge abgeschlossen werden. Dies ist grundsätzlich nichts Schlechtes. Solange aber nicht genau definiert ist, was unter gemeinwirtschaftlichen Leistungen verstanden wird, wie und von wem diese finanziert werden und wie sie insbesondere bei Tarifverhandlungen auszuweisen sind, besteht aufgrund der Intransparenz ein Misstrauen insbesondere von Seiten der Tarifpartner gegenüber den Spitälern. Hierbei stellt sich auch die Frage, ob das bestehende ITAR_K-Modell als Informationsbasis genügt, oder ob dieses erweitert oder ergänzt werden muss, damit überhaupt Transparenz zwischen den Leistungserbringern und den Leistungsfinanzierern geschaffen werden kann.

WAS HEISST DAS FÜR DIE SPITÄLER?

Mit den aktuellen Entwicklungen kommt zunehmend Bewegung in die Thematik der GWL. Die Tarifpartner, allen voran die Versicherer, fordern von den Spitälern nun volle Kostentransparenz und nutzen den neuen Spielraum in Tarifverhandlungen. Entsprechend sind viele Spitäler heute schon mit Fragen der Kostenermittlung und -transparenz bezüglich GWL und explizit Forschung und Lehre konfrontiert, obschon diese Aspekte erst 2018 REKOLE®-prüfungsrelevant sein werden. Aufgrund unserer langjährigen Prüf- und Beratungserfahrung sowie unseres spezifischen Know-hows in der Thematik GWL empfehlen wir den Spitälern, proaktiv zu handeln. Das heisst, volle Kostentransparenz her und damit Vertrauen zu schaffen. Damit die Kostentransparenz hergestellt werden kann, benötigt es eine separierte Verbuchung der GWL auf Kostenträgerebene und eine saubere und fundierte Kostenermittlung dieser Leistungen. Des Weiteren dürfen keine Widersprüche in den Daten bestehen. Dazu gehört, dass z.B. bei Datenlieferungen für unterschiedliche Pflichtreportings die Zahlen zu plausibilisieren und miteinander abzustimmen sind. KPMG hat sich mit der Entwicklung intensiv auseinandergesetzt und verfügt über ein vertieftes Fachwissen in dieser komplexen Thematik. Unsere Erfahrung hilft, einen Konsens zu finden und ein möglichst einheitliches Vorgehen zu definieren, um mehr Vertrauen sowohl gegenüber den Tarifpartnern als auch gegenüber der Bevölkerung und damit schlussendlich den Steuerzahlern, herstellen zu können. Die jüngste Entwicklung geht in die richtige Richtung, es braucht aber weiterhin proaktives Handeln und auch Vorreiter von Seiten der Spitäler, um die Finanzierungsfragen klären zu können und zu einem Konsens mit den Tarifpartnern zu gelangen.

renter Ausscheidung der Kosten für GWL stark angestiegen sind. Das Urteil gibt nun bei Tarifverhandlungen einen neuen Schub, die ausgewiesenen Kosten zu hinterfragen.

Erkenntnisse aus der Rechtsprechung des BVGer und wden Beurteilungen durch H+

Die aktuelle Rechtsprechung des BVGer macht deutlich, dass die Ermittlung und Ausscheidung der Kosten für GWL einen direkten Einfluss auf die Tarifbildung für die OKP-pflichtigen Leistungen nimmt. Leistungen, welche als GWL definiert werden, müssten konsequenterweise erhoben und aus den OKP-relevanten Kosten ausgeschieden werden. Hierbei stellt sich aber grundsätzlich die Frage, inwiefern GWL einheitlich definiert werden können, welche Leistungen beinhaltet sind und letztendlich auch, wer für die Finanzierung dieser Leistungen aufkommt.

Hierbei stellen wir fest, dass noch grosse Unterschiede in der Definition und in der Finanzierungsfrage zwischen Leistungserbringern, Kantonen und auch Versicherungen bestehen. Für einige Leistungen hat das BVGer klar Stellung bezogen. So gilt beispielsweise, dass die Kosten der erteilten universitären Lehre unter der Berücksichtigung der Kuppelproduktion² auszuscheiden sind; die erhaltene Weiterbildung der Assistenzärzte hingegen sind OKP-relevante Kosten. Forschung gilt als gemeinwirtschaftliche Leistung, wobei der Begriff Forschung sowohl die universitären als auch die nicht-universitären Aktivitäten beinhaltet. Diese müssen erhoben und ausgeschieden werden. Die Kosten für die bisher oftmals als GWL finanzierten Notfallvorhalteleistungen sind vollumfänglich Bestandteil der OKP-relevanten Betriebskosten, die in Tarif-Benchmarks einfließen. Für die Kostenermittlung der GWL genügt eine ertragsbasierte Schätzung oder eine Kostenverbuchung in der Höhe des Beitrags nicht, da die Höhe der Finanzierungsbeiträge für die Kostenausscheidung nicht relevant ist. Für Forschung und Lehre sind die tatsächlichen Kosten realitätsnah zu ermitteln oder datenbasiert abzuschätzen. Ob die oftmals gewählte Methode für die Tätigkeitsanalyse in Form einer retrospektiven Selbsteinschätzung der Mitarbeitenden, geeignet ist, wurde vom Gericht nicht abschliessend beurteilt.

² Die Kuppelproduktion entspricht gemischten Tätigkeiten der Patientenversorgung und Aktivitäten der Lehre.



«Wir müssen das Kostenbewusstsein der Mitarbeitenden stärken»

Viele Spitäler stehen vor der Situation, dass die Erträge stagnieren oder höchstens leicht wachsen, während die Kosten stark ansteigen. Auch das Kantonsspital Aarau (KSA) ist von dieser Entwicklung betroffen. Dr. med. Robert Rhiner, CEO des KSA, spricht über die aktuelle Situation und die Kostensenkungsmassnahmen sowie über mögliche zukünftige Entwicklungen.



Michael Herzog



André Zemp



KPMG: Das KSA musste im Jahr 2014 rote Zahlen schreiben.

Was waren die Gründe dafür?

Robert Rhiner: Das stimmt, es erstaunt, dass ein Spital, welches seit 125 Jahren besteht, plötzlich beinahe CHF 31 Millionen Verlust macht. Dafür gibt es jedoch verschiedene Gründe: Den Hauptgrund sehe ich darin, dass in der Vergangenheit zu wenig Rückstellungen für das Tarifrisko gemacht wurden. Dies vor allem auch vor dem Hintergrund der neuen Spitalfinanzierung. Dazu kommen sehr hohe Personalkosten. Wir haben am KSA einen grossen Personalaufbau betrieben und den Bestand seit 2009 beinahe verdoppelt. Klar, haben wir einiges an Innovation betrieben, aber der Aufbau ist retrospektiv überdimensioniert. Ein weiteres Problem ist unsere alte Infrastruktur, die wir vom Kanton übernommen haben. Hier sind die möglichen Asbestvorkommen eine Herausforderung, da wir nicht genau wissen, wie viel noch vorhanden ist und saniert werden muss. Hinzu kommt die Campusstruktur mit über 50 Gebäuden, die uns vor eine grosse Koordinationsaufgabe stellt sowie höhere Kosten für Transport- und Logistikpersonal mit sich bringt.

Was war die Konsequenz des Verlustes für den Betrieb?

Wir haben die vorhandenen Reserven zum Teil aufgelöst. Zudem haben wir einen Personalstopp vollzogen und ich überprüfe persönlich jede Stelle, die wieder besetzt werden soll. Dies ist bei einem gewissen Turnover, den wir als grosser Ausbildungsbetrieb als normale Erscheinung haben, zwar etwas mühsam, aber so können wir sicherstellen, dass wir nur die Stellen besetzen, die auch wirklich gebraucht werden. Alle Abteilungen müssen sich zudem einer Deckungsbeitragsrechnung stellen, so dass wir sehen, wo wir Personal reduzieren können. Die Leistung darf darunter natürlich nicht leiden.

Haben diese Faktoren den Prozess für die Planung und Budgetierung verändert?

Bereits während des Budgetprozesses ist uns aufgefallen, dass wir den Personalbestand reduzieren müssen. Somit haben wir den Ist-Bestand im September für die Budgetierung übernommen und als Ziel für das Jahr gesetzt. Da im Sommer jedoch die Arbeitsbelastung zurückgeht, sind die Personalbestände im September auf dem tiefsten Stand, was eine nicht sehr realistische Budgetvorgabe auszeichnet. Aufgrund der Situation musste jedoch eine Entscheidung gefällt werden. Wir müssen auch noch stärker das Kostenbewusstsein unserer Mitarbeitenden schärfen. Viele sehen gar nicht, welche weiteren Kosten neben der tatsächlichen medizinischen Leistung entstehen. Die Ansprüche an die Ausstattung sind enorm, nur die Finanzierung wird nicht bedacht.

Gibt es noch weitere Massnahmen die Sie getroffen haben?

Unser Finanzchef hatte eine gute Idee: Er baut ein One-Sheet-Reporting für jede Abteilung auf, welches die Kosten-/Ertragssituation aufzeigt. Das Bewusstsein können wir dadurch ziemlich gut steuern. Des Weiteren haben wir neue Kaderarztverträge eingeführt mit einer Deckelung des Lohns. Chef- und leitende Ärzte werden noch immer leistungsorientiert honoriert, aber es gibt ein klares Maximum. Ein Knackpunkt ist jedoch, dass die Bettenbelegung im KSA zu tief ist. Dies ist klar ein Problem der Campusstruktur: Wenn ein Haus voll ist, können wir einen Patienten nicht einfach in einem anderen Haus unterbringen. Dies würde die Arbeit der Ärzte massiv erschweren. Meine Idee ist, dass wir ein Haus komplett schliessen und die Belegung der anderen erhöhen.

Gerne würden wir noch auf die Marktsituation des KSA kommen: Sie stehen zwischen den beiden Polen Universitätsspital Zürich und Inselspital Bern. Wie nehmen Sie diese Situation wahr? Findet ein Wettbewerb statt?

Der Kanton Aargau hatte im alten Spitalgesetz festgehalten, dass es ein Zentralspital gibt: das KSA.

Dementsprechend wurde dieses auch geplant, gebaut und ausgerüstet. Im neuen Gesetz ist dies so nicht mehr verankert, aber die Funktion des KSA bleibt weiterhin bestehen. Wir versorgen vor allem den Westaargau, inklusive des unteren Teils des Kantons Solothurn. Meine Bestrebung ist es, dass wir die Zusammenarbeit mit den uns nächsten Spitälern ausbauen. Mit anderen «Konkurrenten» stehen wir ebenfalls in aktiver Kooperation. Wettbewerb ist in meinen Augen nur sehr begrenzt möglich. Wir haben einen Auftrag vom Kanton, den es zu erfüllen gilt, und diese Leistungsaufträge sind eng miteinander verknüpft, so dass man diese nicht beliebig aufteilen und vergeben kann.

Könnten Sie sich vorstellen, dass in Zukunft nicht mehr nur über Kooperationen zusammengearbeitet wird, sondern dass Versorgungsregionen unter einer grossen Leitung funktionieren können?

Es ist visionär – wir werden es wahrscheinlich nicht mehr erleben – aber dies muss das Ziel sein. Die Schweiz hat einen föderalistischen Aufbau, der vor allem im Gesundheitswesen extrem zu spüren ist. Aber: Die Patienten sind auch nicht gewillt, in andere Regionen zu gehen, wenn es um ihre Behandlung geht. Die Idee war mal, die Zentren auszubauen und die regionale Betreuung einzuschränken, aber dies stösst auf Widerstand. Die Diskrepanz entsteht dann, wenn man direkt betroffen ist. Wenn ich vom Steuerzahler zum Leistungsbezüger wechsele, dann ändert sich die Perspektive betreffend Ansprüche.

Wo sehen Sie das KSA in 10 Jahren?

Das KSA sehe ich auch in 10 Jahren noch immer als Zentrumsspital der Region. Darauf arbeiten wir hin mit dem aktiven Auf- und Ausbau von Kooperationen. Wir wollen das Zentrum der Region bleiben und weiterhin über die Kantonsgrenze hinausschauen. Zudem sehe ich keine Notwendigkeit, alle möglichen medizinischen Disziplinen im Haus zu haben. Unser Anspruch ist: Wir machen nicht alles, aber was wir machen, machen wir gut.

Seit Einführung der neuen Spitalfinanzierung hat sich der finanzielle Erfolgsdruck auf die Spitäler signifikant erhöht. In der Diskussion über die notwendige (und gemäss Bundesverwaltungsgericht auch erlaubte) Profitabilität eines Spitals wird immer wieder die EBITDA-Marge genannt. Wieso ist diese Kennzahl so wichtig und was sagt sie überhaupt aus?

WIESO SPRECHEN ALLE ÜBER EBITDA?

Marc D. Widmer
Advisory Healthcare
Katja Sautter-Kirch
Stadtspital Waid, Zürich



Marc D. Widmer



Katja Sautter-Kirch

Was zeigt die EBITDA¹-Marge?

Die EBITDA-Marge (EBITDA/ Betriebsertrag) kann sowohl für die Einschätzung des operativen Erfolgs als auch für die Beurteilung der Finanzkraft einer Unternehmung verwendet werden. Um diese doppelte Aussage verstehen zu können, empfiehlt sich ein Blick auf die Erfolgsrechnung:

- Wenn man von den Erträgen eines Spitals den operativen Aufwand (Personal- und Sachkosten) abzieht, erhält man den EBITDA. Die Abschreibungen und die Höhe der Zinszahlungen, die je nach Investitionszyklus eines einzelnen Spitals stark schwanken können, sind auf Stufe EBITDA noch nicht berücksichtigt. Genau deshalb ist die

EBITDA-Marge zur Messung der operativen Profitabilität anstelle einer reinen Gewinnbetrachtung die geeignetere Kennzahl.

- Gleichzeitig muss der EBITDA hoch genug sein, um die Abschreibungen, die Zinsen und allfällige Steuern decken und dazu auch noch Gewinne erwirtschaften zu können. Aus dieser Optik heraus gibt die Höhe der EBITDA-Marge Rückschlüsse auf die finanzielle Stärke.

Die EBITDA-Marge aus Sicht der Kapitalgeber

Für die Kapitalgeber eines Spitals gibt die EBITDA-Marge verschiedene Anhaltspunkte. Mit der Darstellung der EBITDA-Marge über mehrere Jahre erhält man eine gute Indikation über die (nachhaltige) finanzielle Entwicklung eines Spitals. Der Vergleich mit der EBITDA-Marge anderer Spitäler zeigt, wo sich ein Spital in puncto operativer Profitabilität befindet. Insbesondere für Eigenkapitalgeber steht die operative Entwicklung im Fokus des Interesses und sie werden diesbezüglich detail-

lierte Fragen an den VR und die Geschäftsleitung stellen.

Die EBITDA-Marge ist abhängig von vielen Faktoren. Zu den wichtigsten Parametern zählen sicherlich das Leistungsangebot, der Auslastungsgrad, die Patientenstruktur und die Effizienz der Prozesse. Eine Auswertung der EBITDA-Margen aus dem Jahr 2013 hat ergeben², dass sowohl die Universitätsspitäler als auch kleinere Spitäler in ländlichen Regionen im Durchschnitt leicht tiefere Werte aufweisen. Bei diesen beiden Spitalgruppen lagen die EBITDA-Margen bei ca. 6%, während mittel-grosse Spitäler in den meisten Fällen eine Marge zwischen 6% und 10% ausweisen konnten.

Fremdkapitalinvestoren haben ihren primären Fokus darauf, ob ein Spital auch langfristig fähig ist, seinen Verpflichtungen nachzukommen, und der EBITDA dient somit der Einschätzung der finanziellen Tragbarkeit eines Kredits. In diesem Zusammenhang sind insbesondere die Kennzahlen Verschuldungsgrad

¹ EBITDA (Earnings before interest, taxes, depreciation and amortization): Gewinn vor Zinsen, Steuern, Abschreibungen auf Sachanlagen und Abschreibungen auf immaterielle Vermögensgegenstände», d.h. operativer Gewinn.

² Sautter-Kirch, Katja: Wie profitabel muss ein Spital sein? Die EBITDA-Marge als Kenngrösse zur langfristigen Finanzierung von Betrieb und Investitionen in öffentlichen und privaten Spitälern, Schriftenreihe der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik, Bd. 126, S. 21.



(verzinsliches Fremdkapital/EBITDA) und Zinsdeckungsgrad (EBITDA/Nettozinsaufwand) zu nennen. Eine Auswertung des Zinsdeckungsgrades bei börsennotierten Spitälern in Europa und den USA hat im Zeitraum von 2008 bis 2013³ eine Bandbreite des Faktors zwischen 2,5 und 10,7 ergeben. Der Durchschnitt lag bei 5,3.

Die EBITDA-Marge in der internen Unternehmenssteuerung

Für börsennotierte Spitäler ist die EBITDA-Marge schon seit langem eine wesentliche Kennzahl zur internen Unternehmenssteuerung. Spitalintern wird mithilfe der EBITDA-Marge die operative Leistungsfähigkeit einzelner Bereiche gemessen. Die Entwicklung der EBITDA-Marge ist ein wichtiger Parameter, mit dem der Erfolg strategischer und insbesondere operativer Massnahmen beurteilt werden kann. Daher kommt der EBITDA-Marge in jedem Businessplan eine zentrale Bedeutung zu.

Börsennotierte Spitalbetreiber, für die eine Finanzierung über Fremdkapital Normalität ist, verwenden Kennzahlen

wie den Zinsdeckungsgrad zur Steuerung ihrer Finanzierungsstruktur. Vom Management werden Sollwerte und Bandbreiten festgelegt, um sicherzustellen, dass das Unternehmen seinen Zahlungsverpflichtungen nachkommen kann und keine Liquiditätsengpässe zu befürchten sind. So hat beispielsweise das deutsche Rhön Klinikum als Sollwert für den Zinsdeckungsgrad einen Wert grösser 5 definiert. Im Jahr 2013 wies das Rhön Klinikum einen Ist-Wert von 7,23 aus und kann somit als konservativ finanziert angesehen werden. Zukünftig könnte die EBITDA-Marge spitalintern auch noch aus einem anderen Aspekt relevant werden, nämlich bei der Ausgestaltung einer erfolgsabhängigen Vergütung von Mitarbeitenden. Die EBITDA-Marge ist diesbezüglich auch eine häufig verwendete Grösse zur Messung des Unternehmenserfolgs.

Wie hoch muss die EBITDA-Marge sein?

Im Zusammenhang mit dem verstärkt einsetzenden Wettbewerb und dem Erfordernis, allfällige Investitionen

selbst finanzieren zu müssen, gewinnen Finanzkennzahlen wie die EBITDA-Marge auch für die öffentlichen Spitäler an Bedeutung. Insbesondere bei der Finanzierung von grossen Investitionen ist die Entwicklung der EBITDA-Marge für Kapitalgeber von zentraler Bedeutung. Es stellt sich daher die Frage, welchen EBITDA ein Spital im Durchschnitt erwirtschaften muss, um betriebsnotwendige Investitionen zeitgerecht tätigen zu können. In der Praxis ist die notwendige EBITDA-Marge von zahlreichen Faktoren abhängig. Dazu zählen die Höhe der Abschreibungen, die Art der Finanzierung, das Zinsumfeld und der minimal erforderliche Gewinn. Im Gegensatz zu (oft noch steuerbefreiten) öffentlichen Spitälern kommt bei gewinnorientierten Spitälern noch der Steueraufwand hinzu. Die Zielgrösse für öffentliche Spitäler sollte langfristig eine EBITDA-Marge von etwa 10% und bei privaten Spitalen von mindestens 11% betragen.⁴ Für eine nachhaltige Sicherung eines Spitals sollte die Rentabilität somit auf diese Zielgrössen ausgerichtet werden.

³ Ebenda, S. 68

⁴ Ebenda, S. 93ff.

Wachstum und Mehrertrag auf der Basis von fundierten Marktdaten

Eric Beer

Advisory Healthcare

Stefanie Schneuwly

Advisory Healthcare



Eric Beer



Stefanie Schneuwly

Was hat die Autobranche mit dem Spital gemeinsam? Ein Auto-produzent bzw. Autohändler kennt die gesamten Verkaufszahlen der Branche, die Aufteilung nach Preiskategorien, nach Abgaswerten, nach Funktionalität, nach Betriebsart usw.

Auch im Gesundheitswesen stehen den Spitälern detaillierte Daten zur Verfügung, so z.B. die Gesamtzahl aller behandelten Patienten in einem Kanton, aufgeschlüsselt nach DRG und/oder Spitalleistungsgruppen, unterteilt in Notfall- und Wahleintritte und Versicherungskategorien. In einzelnen Kantonen sind sogar Falldaten auf Postleitzahlebene verfügbar. Bei der Erstellung oder dem Review von Businessplänen stellt sich

Abb. 1: Datenanalyse

Ausarbeitung
Massnahmen pro
Fachgebiet

Datenanalyse,
Datenaufbereitung
und Marktanteils-
berechnung

Ausarbeitung
Wachstumsmöglichkeiten

Quelle: KPMG AG

Abb. 2: Die drei Phasen einer strategischen Portfolioanalyse

1. Markt-positionierung	2. Übersicht Disziplinen	3. Fachgebiets-strategien	4. Gesamt-betrachtung
<ul style="list-style-type: none"> • Herkunft der Patienten • Berechnung Marktanteile nach direktem Einzugsgebiet, SPLG, MDC, Gemeinden und Versicherungsklassen • Berechnung theoretisches Marktpotential 	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung Fallzahlen nach Disziplinen gesamthaft • Entwicklung Fallzahlen nach einzelnen Disziplinen 	<ul style="list-style-type: none"> • Übersicht direktes Einzugsgebiet und Rest • Theoretisches Potential, aufgeteilt in Fälle und CM • Entwicklungsprognose pro Fachgebiet • Wirtschaftliche Gesichtspunkte 	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung Wachstumsstrategie • Übersicht einzelne Fachgebiete und entsprechende Strategieformulierung

Quelle: KPMG AG

zuerst die Frage, welche konkreten Daten bzw. Schritte den Wachstumsstrategien zu Grunde liegen. Die Begründung, dass der Gesundheitsmarkt ein Wachstumsmarkt sei, mag eine Erklärung sein, reicht aber in einem sich intensivierenden Wettbewerb für die Zukunft nicht. Die Frage, wo überhaupt Wachstum stattfinden kann und soll, ist eine strategische Aufgabe, welche auf fundierten Marktdaten basieren soll.

Mit der Portfolioanalyse wird die Positionierung einzelner Leistungsbereiche im Markt- und Wettbewerbsumfeld erhoben. Mit anderen Worten: Es gilt Transparenz über Entwicklungsmöglichkeiten einzelner Fachbereiche/Kliniken sowie Wachstumspotentiale im Einzugsgebiet zu gewinnen und basierend darauf strategischen Anpassungsbedarf bezüglich des Leistungsportfolio zu formulieren und dieses wo nötig anzupassen.

Eine strategische Portfolioanalyse umfasst u.a. Analysen auf Stufe DRG, Spitalleistungsgruppen oder MDC. Dabei werden zuerst Marktanteile, unterteilt nach Notfälle/Wahleintritte und die daraus resultierenden Potentiale berechnet, um anschließend geeignete Strategien entwickeln zu können. Der Einbezug weiterer Indikatoren wie Versicherungsklasse oder Case Mix ermöglicht weitere ergänzende Aussagen. Nach einer ersten Phase der Datenanalyse und -aufbereitung sowie Marktanteilsberechnungen folgt die Ausarbeitung von Wachstumsmöglichkeiten unter Berücksichtigung der Mitbewerber. Die Ausarbeitung der Massnahmen pro Fachgebiet erfolgt in einer dritten Phase (Abb. 1).

Die Daten werden unter Einbezug der Fachbereichsverantwortlichen validiert, Wachstumsmöglichkeiten abgeleitet sowie Massnahmen

definiert. Durch die Prognose von Fallzahlentwicklungen pro Disziplin können konkrete Massnahmen zur Optimierung eingeleitet werden und fachgebietsübergreifende Vergleiche und Entwicklungsprognosen erstellt werden.

Eine fundierte strategische Portfolioanalyse liefert Ihnen daher die notwendige Zahlenbasis, um bewusst und gezielt Ihr Spital auf die zukünftigen Herausforderungen vorzubereiten und schlussendlich die Chancen zu erhöhen, in einem zunehmend umkämpfteren Wettbewerbsumfeld zu bestehen.

Wie wir Sie unterstützen können

Eine Portfolioanalyse erfolgt in vier Schritten (Abb. 2). Wir verfügen sowohl über die notwendigen Instrumente als auch das Verständnis für die Ableitung der richtigen Schlussfolgerungen für Ihre Strategie.

Strategisches Management als Voraussetzung für gezielte Leistungssteigerung

Gabriela Kern
Advisory Healthcare
Bernhard Lenz

Restructuring & Performance Services

Wie in der Automobilindustrie und im Maschinen- und Anlagenbau bereits vor Jahrzehnten geschehen, sind auch viele Gesundheitsorganisationen zunehmend bestrebt, einen hohen Grad an operativer Exzellenz zu erreichen – dies vor dem Hintergrund einer stetigen Forderung nach einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung bei gleichzeitig begrenztem Kostenwachstum. Dies allein genügt jedoch nicht, um einen nachhaltigen Wettbewerbsvorteil zu generieren. Erfolgversprechend ist die geschickte Kombination aus strategischen und operativen Managementaktivitäten, die gesellschaftliche Ziele nicht ausser Acht lassen.



Gabriela
Kern



Bernhard
Lenz

Operative Exzellenz steht vielerorts im Vordergrund

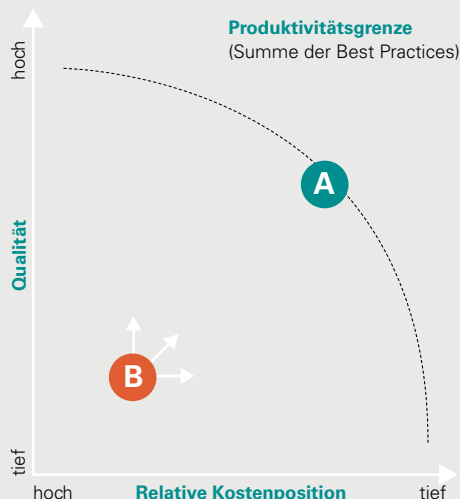
Selbst die Bewältigung von vorwiegend administrativen Tätigkeiten und Aktivitäten rund um den Jahresabschluss bereiten vielen Spitälern Schwierigkeiten, nicht zuletzt aufgrund

des Mangels an qualifiziertem Personal. Der Fokus liegt daher vielerorts auf operativen Optimierungsmassnahmen. Organisationen führen Benchmarking-Projekte durch, um einzelne Geschäftsbereiche oder ganze Unternehmen mit internen oder externen Richtwerten zu vergleichen und sich an der Best Practice zu orientieren. Austritts- und Zuweisermanagement werden optimiert, um die teure Infrastruktur gut auszulasten, Prozesse werden auf dem Weg zum Lean Hospital standardisiert und optimiert.

Die Notwendigkeit einer tragfähigen Strategie

Michael E. Porter¹ schreibt über die Tendenz von Managern, sich vorwiegend mit Techniken und Methoden zur Steigerung der operativen Exzellenz² auseinanderzusetzen. In diesem Zusammenhang führt Porter das Prinzip der Produktivitätsgrenze ein (siehe Abbildung).

Porters Prinzip der Produktivitätsgrenze



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Porter, M.E. What is Strategy? Harvard Business Review 1996; 74(6):61-78

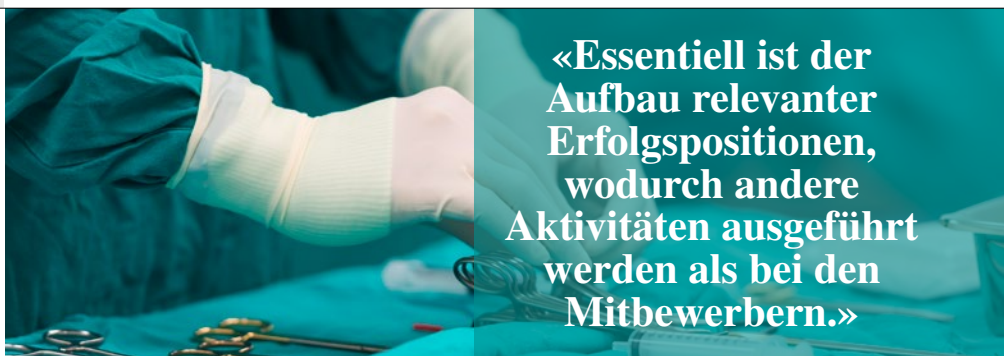
Kunden den maximalen Wert zu bestimmten Kosten. Durch die Optimierung der operativen Exzellenz bewegt sich ein Unternehmen in Richtung Produktivitätsgrenze («B» gem. Abbildung). Die Dynamik des Unternehmensumfeldes führt jedoch dazu, dass sich die Produktivitätsgrenze konstant nach aussen verschiebt.

Dies ist für die Sicherung der langfristigen Wettbewerbsfähigkeit jedoch nicht ausreichend, denn Best Practices sind schnell überholt und durch die Mitbewerber einfach zu kopieren. Eine Strategie ist jedoch nicht bloss eine Vorstellung der zukünftigen strategischen Position in Form einer Vision, sondern zusätzlich eine klare Definition und Priorisierung von strategischen Massnahmen, abgeleitet aus möglichen Entwicklungen des Spitalumfeldes. Die operative Exzellenz zielt darauf ab, einzelne Aktivitäten unter den Gesichtspunkten Qualität, Kosten und Zeit so effizient wie möglich zu

Eine Bewertung aus gesellschaftlicher Perspektive

Sowohl das Streben in Richtung Produktivitätsgrenze als auch die Umsetzung innovativer Strategien stellen eine unternehmerische Notwendigkeit dar. Man könnte nun entgegnen, dass das unternehmerische Handeln von Organisationen im Schweizer Gesundheitssystem aufgrund der starken Regulierung eingeschränkt und der Grundgedanke von Porter nicht 1:1 auf Gesundheitsorganisationen anwendbar sei. Der Gewinn aus gesellschaftlicher Perspektive ist jedoch nicht zu unterschätzen. Jedes Gesundheitssystem sollte bestrebt sein, den Patientennutzen zu maximieren. Der maximale Wert ergibt sich aus dem Verhältnis von Behandlungsergebnis zu den daraus resultierenden Kosten. Als Patienten sind wir zugleich Versicherungs- und Steuerzahler und verfolgen damit zwei Ziele gleichzeitig, nämlich die Verfügbarkeit einer qualitativ hochwertigen Gesundheits-

«Im Kern bedeutet operative Exzellenz, ähnliche Aktivitäten besser zu bewerkstelligen als die Mitbewerber.»³



«Essentiell ist der Aufbau relevanter Erfolgspositionen, wodurch andere Aktivitäten ausgeführt werden als bei den Mitbewerbern.»

Die Produktivitätsgrenze repräsentiert die Summe aller existierenden Best Practices, die zu einem bestimmten Zeitpunkt in einer Branche bekannt sind. Ein Unternehmen («A» gem. Abbildung), welches sich virtuell an der Produktivitätsgrenze befindet, generiert durch den Einsatz der besten Technologien, Humanressourcen und Managementtechniken für seine

gestalten. Die Strategieentwicklung und -umsetzung fokussiert sich auf Zukunftsbilder sowie die Definition geeigneter, zeitlich abgestimmter Massnahmen.

Operative und strategische Aktivitäten sind daher nie eine Frage von «entweder oder» – nur die Verbindung von beiden führt langfristig zu einer starken Wettbewerbsposition.

versorgung bei einem moderaten Kostenwachstum. Genau diese Ziele werden durch die konsequente Umsetzung von operativem und strategischem Management unterstützt. Geschäftsmodelle werden stetig hinterfragt und innoviert, um Kundenbedürfnisse maximal zu befriedigen – geleitet durch den Gedanken der operativen Exzellenz.

¹ Michael E. Porter, Professor für Wirtschaftswissenschaften am Institute for Strategy and Competitiveness an der Harvard Business School.

Eines seiner Spezialgebiete ist die Anwendung von Methoden der Unternehmensstrategie auf gesellschaftliche Fragestellungen wie sie beispielsweise in der Gestaltung eines effizienten und effektiven Gesundheitssystems auftauchen.

² Operational effectiveness

³ Porter, M.E. What is Strategy? Harvard Business Review 1996; 74(6):61-78



Für die Gesundheitsversorgung der Russischen Föderation tragen sowohl staatliche als auch private Institutionen die Verantwortung. Aktuell sind im Gesundheitssystem mehrheitlich staatliche Einrichtungen vertreten, gleichzeitig ist in den letzten Jahren der private medizinische Sektor stetig gewachsen. Obwohl die russische Verfassung eine kostenfreie medizinische Grundversorgung für die Bevölkerung garantiert, ist die gesundheitliche Versorgungslage kritisch. Trotz vieler Reformen in der Vergangenheit sind die staatlichen Finanzierungsleistungen nicht ausreichend. Nach Angaben des Ministeriums für Gesundheit betragen sie lediglich etwa «die Hälfte der notwendigen Finanzmittel».¹ So leidet das System bereits seit Jahren schwer an einer anhaltenden Stagnation und einem wachsenden Investitionsstau.

Zwischen notwendigen Reformen und anhaltender Stagnation – das Gesundheitssystem von Russland

Olaf Beckmann

KPMG AG, Berlin

Jörg Schulze

KPMG AG, Berlin



Geschichtliche Entwicklung des Gesundheitssystems

In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts entwickelte sich ein öffentliches System zur Versicherung von Handwerkern und Arbeitnehmern auf Basis von Krankenkassen. Parallel dazu wurde die medizinische Versorgung der Bevölkerung in ländlichen Regionen durch eine «Landmedizin»² sichergestellt, die zum Grossteil durch kommunale Haushalte finanziert wurde.

Beide Versorgungssysteme existierten parallel bis Ende der 1920er-Jahre und wurden erst im Zuge der sowjetischen Gesundheitsreformen schrittweise durch das staatliche medizinische Versorgungssystem ersetzt. In den folgenden Jahren wurde das Gesundheitssystem insgesamt umfangreich ausgebaut. Die ansteigende Zahl an Krankenhäusern und Krankenhausbetten sowie die Zunahme der Arztdichte trugen dazu bei, dass Anfang der 1970er-Jahre zehn Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP) ausschliesslich für Gesundheitsausgaben aufgewendet wurden. Damit war die Grenze des umfassenden Ausbaus erreicht. Kontinuierlich wurden in den vergangenen 30 Jahren weiterführende Reformen des Gesundheitssystems auf den Weg gebracht. In einem ersten bedeutenden Schritt wurde im Jahr 1993 die kostenfreie und ausschliesslich durch den Staat finanzierte Gesundheitsversorgung in ein Modell übertragen, das sich an der Sozialversicherung orientierte. Ziel war es, einen Wettbewerb zwischen Leistungsanbietern und Versicherern zu schaffen und durch neue Vergütungsformen für Leistungserbringer verstärkt wirtschaftliche Anreize zu setzen. Heute basiert das Gesundheitssystem auf einer kombinierten Finanzierung aus staatlichen Geldern und zusätzlichen Einnahmequellen, etwa den finanziellen Aufwendungen der Arbeitgeber für die medizinische Versicherung ihrer Angestellten. Mit der medizinischen Pflichtversicherung und der freiwilligen medizinischen Versicherung existieren zwei Möglichkeiten für die Bevölkerung, eine Krankenversicherung in Anspruch zu nehmen.

Die Krankenpflichtversicherung: Das Fundament des russischen Gesundheitssystems

Eine kostenfreie medizinische Grundversorgung ist russischen Staatsbürgern im Rahmen der Krankenpflichtversicherung garantiert. Auf Grundlage des verfassungsmässigen Rechts der Bürger auf medizinische Versorgung garantiert die staatliche medizinische Pflichtversicherung den freien Zugang zu ärztlichen Leistungen. Das Versicherungssystem basiert wesentlich auf dem Solidaritätsprinzip. So orientiert sich die Höhe des Versicherungsbeitrags am jeweiligen Einkommen des Versicherten, gleichzeitig werden im Versorgungsfall allen Versicherten, unabhängig von ihrer individuellen Beitragshöhe, die notwendigen medizinischen Leistungen gewährt.³ Die Finanzierung dieses Pflichtversicherungssystems erfolgt aus Steuern und Beiträgen der Versicherten. Die notwendigen finanziellen Mittel für die nicht erwerbstätige Bevölkerung werden aus den Haushalten der Regionen zur Verfügung gestellt, während die Versicherungsbeiträge für die Erwerbstätigen durch die Arbeitgeber geleistet werden. Dabei wird die Höhe der entsprechenden Beitragssätze auf föderaler Ebene beschlossen. Seit dem Jahr 2001 führen die Arbeitgeber ihre Beiträge zur medizinischen Pflichtversicherung zusammen mit den Beiträgen für die Renten- und die soziale Versicherung in einer einheitlichen sozialen Steuer ab. Die insgesamt aufgebrachten Finanzmittel für die Pflichtversicherung, die entweder aus Versicherungsbeiträgen stammen oder die die Haushalte der Regionen zur Verfügung stellen, werden anschliessend in einem föderalen «Fonds für medizinische Pflichtversicherung» gebündelt. Mithilfe dieses nicht gewinnorientierten Fonds, der durch das Ministerium des Gesundheitswesens verwaltet wird, soll eine Finanzierungsstabilität des Pflichtversicherungssystems und eine «zielgerichtete Verwendung der finanziellen Mittel»⁴ erreicht werden. Dem Staat ist es zudem auf diese Weise möglich, das Pflichtversiche-

rungssystem zu regulieren. Der Leistungsumfang, der der Bevölkerung in der Krankenpflichtversicherung kostenfrei zur Verfügung gestellt wird, wird über ein staatliches Programm festgelegt, das aus Haushaltsmitteln aller Bereiche und aus den Beitragseinnahmen der medizinischen Pflichtversicherung finanziert wird. So deckt die Pflichtversicherung die Notfallhilfe, eine ambulante Versorgung, Versorgungsmedikamente und die Diagnose und Behandlung von Krankheiten zuhause oder in Polikliniken ab. Auch die Behandlung im Krankenhaus wird durch die Pflichtversicherung sichergestellt.⁵ Jeder Bürger, der in der Versicherung registriert ist, hat über eine individuelle Versicherungsnummer die Möglichkeit, unabhängig von seinem Wohnort, eine kostenlose medizinische Versorgung auf russischem Staatsgebiet zu erhalten. Eine Notfallbehandlung ist grundsätzlich für alle russischen Staatsbürger möglich, unabhängig davon, ob sie einen Krankenversicherungsschutz haben oder nicht. Medizinische Leistungen, die den kostenfreien Umfang der Pflichtversicherung überschreiten, werden von privaten Gesundheitseinrichtungen gegen Bezahlung angeboten. Nach aktuellen Umfragen haben bereits rund 35 Prozent der Bevölkerung eine entgeltliche medizinische Leistung in Anspruch genommen.⁶

Die freiwillige medizinische Versicherung: Option für Besserverdienende

Parallel zur Krankenpflichtversicherung kann gegen Bezahlung auch eine freiwillige Krankenversicherung abgeschlossen werden. So wird auf Basis eines vertraglich geregelten Versicherungsschutzes insbesondere der besser verdienenden Bevölkerung eine Versorgung garantiert, deren Umfang über die Pflichtversicherung hinausgeht. Zwar hat die Versicherung auf freiwilliger Basis den Status einer freiwilligen Zusatzversicherung in Ergänzung zur Pflichtversicherung, allerdings ermöglicht sie den Versicherten eine Vollversicherung auf



deutlich höherem Niveau. Immer mehr Versicherungsgesellschaften bieten entsprechende Versicherungspakete an. Während in den vergangenen Jahren die Versicherer die Zusammenarbeit mit Unternehmen oder anderen Institutionen präferierten und ihre Versicherungsangebote am speziellen Leistungsumfang einer bestimmten medizinischen Einrichtung orientierten, wurden in den vergangenen zehn Jahren auch zunehmend Versicherungsprogramme für Privatpersonen aufgelegt. Damit ist die Wahlfreiheit der freiwillig versicherten Personen nicht mehr eingeschränkt und die Versicherten sind nicht mehr an bestimmte ambulante Einrichtungen gebunden.

Lange Wartezeiten und Ineffizienz: systembedingte Reformen zwingend nötig

Nachdem das russische Gesundheitssystem in den 1990er-Jahren – infolge des wirtschaftlichen Niedergangs und staatlicher Ausgabenkürzungen um ein Drittel – fast vor dem vollständigen Zusammenbruch stand, konnte erst im Jahr 2006 das ursprüngliche Niveau wieder erreicht werden. Seitdem versucht die Regierung über Umstrukturierungen und eine Gesundheitsreform das System dauerhaft zu stabilisieren. Bisher bleiben durchschlagende Erfolge allerdings aus. Im Gegenteil: Die durch die Verfassung gesicherte kostenlose medizinische Versorgung der Bevölkerung ist kaum noch möglich. Aufgrund der hohen Nachfrage reichen die behördlich festgelegten Quoten für eine kostenfreie

Behandlung nicht mehr aus. Die Folge sind lange Wartezeiten. Da rund 80 Prozent der staatlichen Gesundheitseinrichtungen über regionale oder städtische Budgets finanziert werden, denen Ressourcen fehlen, ist das Niveau der Gesundheitsversorgung generell niedrig. Zudem nimmt die staatliche medizinische Pflichtversicherung durch die weit verbreitete Schwarzarbeit zu wenig Beiträge ein. Da viele Erwerbstätige auch nur einen Teil ihres Lohns auf offiziellem Weg beziehen, sind auch die Versicherungsbeiträge nur sehr gering. Die freiwillige Krankenversicherung wird daher zunehmend von wohlhabenden Menschen abgeschlossen, die es sich finanziell leisten können, Privatkliniken aufzusuchen. Alle anderen Patienten müssen dagegen die langen Wartezeiten der staatlichen Krankenhäuser in Kauf nehmen.⁷

Auf diese Weise hat sich in Russland in den letzten Jahren eine Zweiklassenmedizin herausgebildet. Die niedrigen Einkommen des medizinischen Personals sorgen zusätzlich dafür, dass ein System der faktischen Zuzahlung durch die Patienten entstanden ist. Allein im Jahr 2013 ist der Anteil der Menschen, die für ihre Behandlung zahlten, um 12 Prozent gestiegen. So ist die eigentlich kostenfreie ärztliche Behandlung kaum noch existent.⁸ Obwohl Russland durch das Recht auf

kostenfreie medizinische Grundversorgung im internationalen Vergleich eine der höchsten Dichten an Krankenhausbetten und Ärzten pro 1.000 Einwohner aufweist, lag der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) im Jahr 2012 mit lediglich 6,2 Prozent deutlich unter der deutschen Vergleichszahl von 11,3 Prozent und dem OECD-Durchschnitt von 9,3 Prozent.⁹ Gleichzeitig haben andere Industrieländer mit vergleichbaren Gesundheitsergebnissen oft 30 bis 40 Prozent weniger Ausgaben.¹⁰ So ist aus heutiger Sicht das russische Gesundheitssystem, das sich in seiner Konstitution und Struktur seit der Sowjetzeit kaum verändert hat, ineffizient und damit dringend reformbedürftig.

Die aktuellen politischen Reformbemühungen richten sich daher darauf, sowohl eine technologische als auch eine organisatorische und finanzielle Modernisierung des Gesundheitssystems zu erreichen.¹¹ Ziel ist es, ab dem Jahr 2015 die technische und verwaltungsmässige Effizienz der staatlichen Gesundheitsversorgung so zu steigern, dass eine weitgehende Finanzierung durch die Einnahmen der gesetzlichen Krankenpflichtversicherung möglich ist (Abbildung 1 und 2). Um dieses Ziel zu erreichen, werden erhebliche Geldmittel investiert, da bisher nur ein geringer Anteil der bereitgestellten Gesundheitsausgaben durch die gesetzliche Pflichtversicherung gedeckt werden kann.



Abb. 1: Umfang der Ausgaben und Struktur der Gesundheitsfinanzierung durch die russische Regierung
(Angaben in Milliarden Rubel)

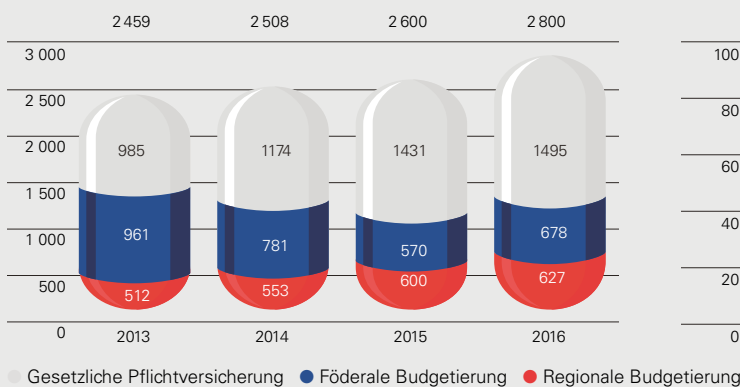
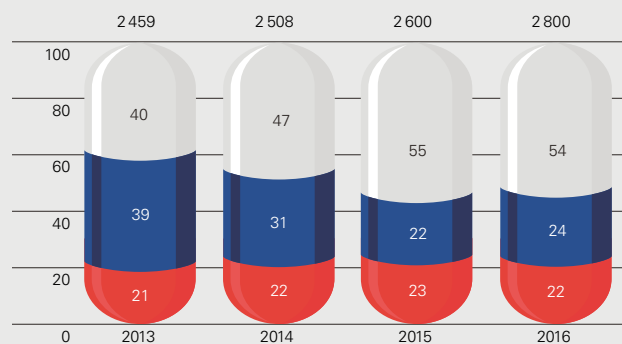


Abb. 2: Aufbau der Gesundheitsfinanzierung durch die russische Regierung 2013 bis 2016
(Angaben in Prozent)



Quelle: KPMG in Russland

¹ IOM, International Organization for Migration (2014): Länder-informationsblatt, Russische Föderation, Berlin, S. 8

² Andreeva, E./Borchardt, G./Räbiger, J./Volodin, Y. (2001): Glossar Gesundheitswesen, Berlin, S. 24

³ Ebenda, S. 24/25

⁴ Ebenda, S. 26

⁵ IOM, International Organization for Migration (2014): Länderinformationsblatt, Russische Föderation, Berlin, S. 8

⁶ Ebenda, S. 9

⁷ Dornblüth, G. (2014): Versorgungssystem: Lieber gesund bleiben, Zweiklassenmedizin in Russland, Deutschlandradio, abrufbar unter: www.deutschlandradiokultur.de/versorgungssystem-lieber-gesund-bleiben.979.de.print?dram:article_id=295644, letzter Zugriff: 18.09.2014

⁸ Auswärtiges Amt (2014): Außen- und Europapolitik, Länderinformationen, Russische Föderation, Innenpolitik, abrufbar unter: www.auswaertiges-amt.de/DE/Aussenpolitik/Laender/Laenderinfos/RussischeFoederation/Innenpolitik_node.html, letzter Zugriff: 18.09.2014

⁹ OECD, Organization for Economic Co-operation and Development (2013): Health at a Glance 2013: OECD Indicators, S. 157

¹⁰ European Observatory on Health Systems and Policies (2011): Russian Federation, Health system review. In: Health Systems in Transition 13 (7), S. 21

¹¹ Müller, R./Klingholz, R. (2014): Russland neu gezählt, Was die jüngsten Zensusergebnisse über Russlands Bevölkerungsentwicklung verraten, Discussion Paper 15, Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung, Berlin, S. 15

KENNZAHLEN VORGESTELLT: FÖRDERQUOTE – GROSSER UNTERSCHIED ZWISCHEN OST UND WEST

Stefan Friedrich

KPMG AG, Berlin

Christopher Karwetzky

KPMG AG, Dresden

Susanne Flad

KPMG AG, München

Um die Qualität der Versorgung und die Unternehmenssubstanz aufrechtzuerhalten, müssen Krankenhäuser regelmässig in neues Anlagevermögen investieren. Neue Geräte müssen angeschafft, bestehende Infrastruktur muss erneuert werden. Durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) beschloss der Gesetzgeber im Jahr 1972 die duale Krankenhausfinanzierung, die die Kosten im Krankenhaus aufteilt. Die Investitionskosten werden im Rahmen der öffentlichen Förderung durch die Bundesländer getragen, die Krankenkassen finanzieren die laufenden Betriebskosten. Somit ist – zumindest in der Theorie – für sämtliche Kosten gesorgt. Im Jahr 1991 lagen die öffentlichen Fördermittelausgaben bei 3,6 Milliarden Euro. Seither sind sie jedoch kontinuierlich zurückgegangen und lagen im Jahr 2011 nur noch bei 2,7 Milliarden Euro. Das entspricht einem preisbereinigten Rückgang von rund 50 Prozent. Die Förderquote – als Verhältnis von Sonderposten aus Fördermitteln nach dem KHG zu Gesamtkapital – stellt dar, in welchem Umfang die Infrastruktur des Kranken-

hauses gefördert wird. Eine hohe Förderquote weist darauf hin, dass das Krankenhaus vergleichsweise umfangreich KHG-Mittel erhalten hat, während eine niedrige Förderquote tendenziell einen nicht bedienten Förderbedarf aufzeigt.

Dabei ist die Interpretation der Förderquote immer im Zusammenhang mit dem Anlagenabnutzungsgrad und der Investitionsquote, gegebenenfalls auch mit der Zinsaufwandsquote, durchzuführen. Die durchschnittliche Förderquote über alle analysierten Krankenhäuser beträgt 27,4 Prozent. Es drängt sich in diesem Zusammenhang die Frage auf, ob sämtliche Krankenhäuser Deutschlands in ähnlichem Masse unter dem Rückgang der Fördermittel leiden oder ob die in der KPMG Datenbank Krankenhaus 300® erfassten Finanzdaten strukturelle Unterschiede erkennen lassen.

Die Förderquote ist je nach Bundesland sehr unterschiedlich

Wird die Förderquote der Krankenhäuser nach Bundesländern unterschieden, fallen erhebliche

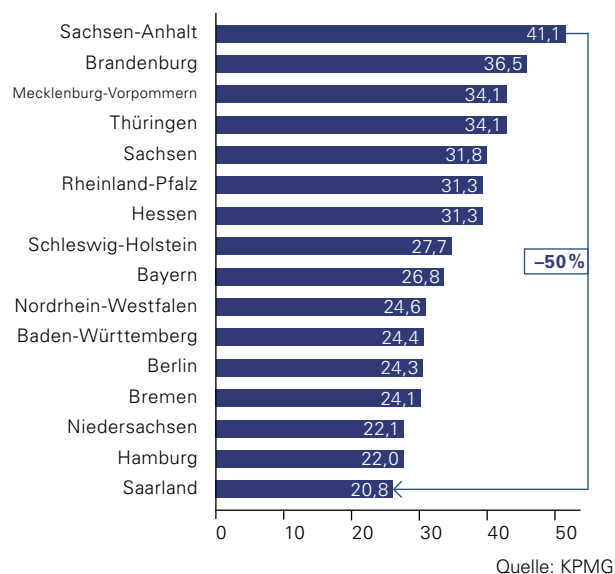
Abweichungen auf. Die Analyse zeigt, dass insbesondere die Krankenhäuser in den neuen Bundesländern über vergleichsweise hohe Förderquoten verfügen, während Krankenhäuser in den alten Bundesländern tendenziell geringe Förderquoten aufweisen. (Abbildung 1)

Analyse der Bilanzdaten bestätigt im Wesentlichen die Förderpolitik der Bundesländer

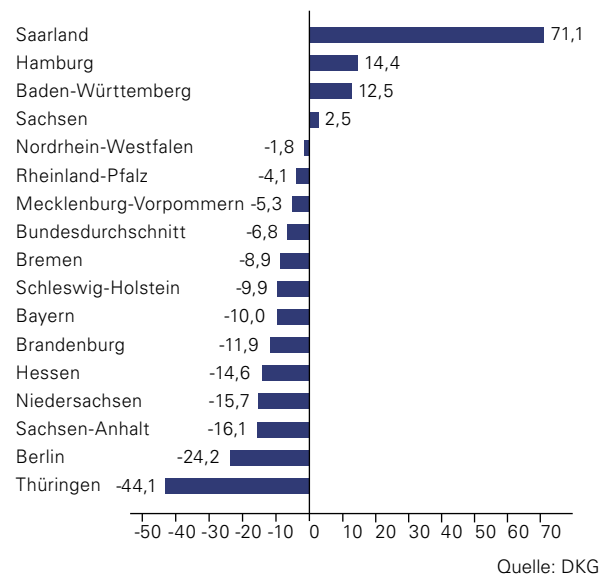
Allein zwischen 2009 und 2011 ist die Höhe der neu bewilligten Fördermittel bundesweit um weitere 7 Prozent zurückgegangen. Auf Ebene der Bundesländer zeigt sich hierbei eine sehr heterogene Entwicklung. Während die bewilligten Fördermittel in zwölf Bundesländern teils deutlich zurückgingen, konnten immerhin vier Bundesländer einen Anstieg der Krankenhausförderung verzeichnen (Abbildung 2). Zu den wenigen Gewinnern gehörten im Wesentlichen jene Bundesländer, die bislang über besonders niedrige Förderquoten verfügten. Hierzu gehören das Saarland (+71,1 Prozent), Hamburg (+14,4 Prozent) und Baden-Württem-

Abb. 1: Förderquoten auf Bundeslandebene

(Angaben in Prozent)

**Abb. 2: Veränderung der Fördermittel in den jeweiligen Bundesländern von 2009 bis 2011**

(Angaben in Prozent)



berg (+12,5 Prozent). Die grössten Rückgänge verzeichneten die im deutschen Vergleich relativ gut aufgestellten neuen Bundesländer, allen voran Thüringen. Gleichwohl lässt sich feststellen, dass auch die Förderung der ohnehin unterdurchschnittlich geförderten Krankenhäuser Niedersachsens und Berlins nochmals gekürzt wurde.

Private Krankenhäuser im Vergleich zu anderen Trägern weniger gefördert

Der Trägervergleich zeigt, dass öffentliche und freigemeinnützige Kranken-

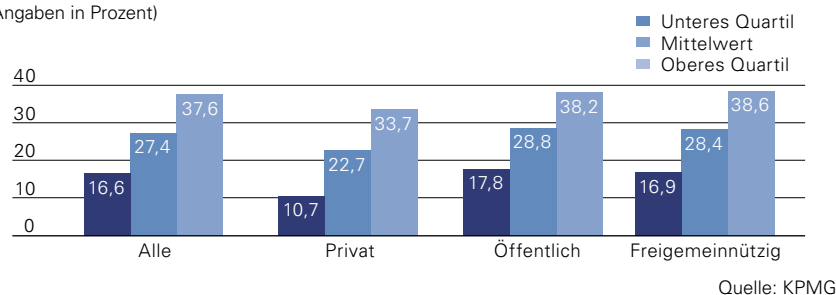
häuser eine vergleichbare Förderquote zwischen 28 und 29 Prozent aufweisen. Private Träger liegen bei knapp 23 Prozent (Abbildung 3). Eine mögliche Erklärung für die niedrigere Förderquote bei den privaten Krankenhäusern kann natürlich darin liegen, dass sie weniger Fördergelder als ihre öffentlichen Mitbewerber erhalten. Eine weitere Erklärung wäre aber auch, dass sie grössere finanzielle Spielräume besitzen, um eigenmittelfinanzierte Investitionen zu tätigen.

Zunahme der Fördergelder bislang nicht in Sicht

Nach Angaben der Deutschen Krankenhausgesellschaft besteht ein Investitionsstau von circa 50 Milliarden Euro. Die angespannte Situation der Länderhaushalte erschwert derzeit die zwingend notwendige Aufstockung der Krankenhausinvestitionsförderung. Bereits heute müssen Krankenhäuser einen Grossteil ihrer Investitionen aus dem operativen Ergebnis beziehungsweise über Kredite finanzieren. Fehlende Investitionsförderung kann somit mittelfristig zur Existenzbedrohung werden.¹

Abb. 3: Förderquote nach Trägerschaften

(Angaben in Prozent)



¹ Umfragen der AG Krankenhauswesen der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG); Statistisches Bundesamt; Deutsche Krankenhausgesellschaft; KPMG, eigene Berechnungen

BAUBOOM NACH INVESTITIONSSTAU – MILLIONENSCHWERE INVESTITIONEN IN SPITALIMMOBILIEN

Julia Finken
Advisory Healthcare



Julia Finken

In der Schweizer Spitallandschaft besteht ein erheblicher Investitionsstau mit grossen kantonalen Unterschieden – je nachdem, wo vor der Einführung von SwissDRG noch investiert wurde. Der Nachholbedarf zeigt sich nun in Grossbauprojekten, die in den nächsten Jahren in der ganzen Schweiz realisiert werden.

Die Studie der Credit Suisse (CS) zum Gesundheitswesen 2013 diagnostizierte einen grossen Investitionsstau bei den Schweizer Spitalimmobilien, der in den folgenden 5 bis 15 Jahren zu einem «Projektboom» und Investitionsvolumen von ca. CHF 9 Milliarden führen werde.¹

Tatsächlich investieren und bauen die Schweizer Spitäler (und Kantone) aktuell um die Wette.

Zahlreiche Bauprojekte in der Schweizer Spitallandschaft

Das Kantonsspital Aarau (KSA) plant ein «Masterplan»-Neubauprojekt mit geschätzten Kosten von rund CHF 230 Millionen allein für die erste Bauetappe in den ersten fünf Jahren.² Die St. Galler Spitäler planen ein Generationenprojekt, das zunächst Neubauten und Renovationen an den Standorten Kantonsspital St. Gallen, Altstätten, Grabs, Linth und Wattwil vorsieht, mit in der Summe über CHF 800 Millionen.³ Weiter ist für den Neubau des Ostschweizer Kinderspitals bereits ein Darlehen des Kantons von CHF 125 Millionen gesprochen worden und weitere Bauvorhaben sind an den übrigen Standorten in St. Gallen vorgesehen. Im Spital Limmattal wurden zwischenzeitlich die

Arbeiten am CHF 270 Millionen schweren Neubau begonnen und auch im Emmental werden CHF 130 Millionen in Bauvorhaben investiert.⁴ Die Liste kann beliebig weitergeführt werden. Aber nicht nur Akutspitäler bauen, auch Rehabilitationskliniken realisieren jetzt und in den kommenden Jahren umfangreiche Bauprojekte. Eines der grössten Bauvorhaben wird aktuell in der SUVA-Rehaklinik Bellikon mit einem Investitionsvolumen von geschätzt CHF 250 Millionen realisiert.

Die Bauvorhaben sind oft längst überfällig, da in den vergangenen Jahren zu wenig in Spitalimmobilien investiert wurde. Gemäss der CS-Studie hatten sich 2011 die Investitionen für Um- und Neubauten in Spitälern gegenüber 1995 nur um 8 Prozent erhöht, während die Ausgaben für Spitalleistungen fast um das Doppelte gestiegen waren.⁵ Um effiziente

¹ Credit Suisse (2013), Gesundheitswesen Schweiz 2013. Der Spitalmarkt im Wandel, S. 36.

² Kantonsspital Aarau AG (2014), KSA-Masterplan: bauen für die Zukunft

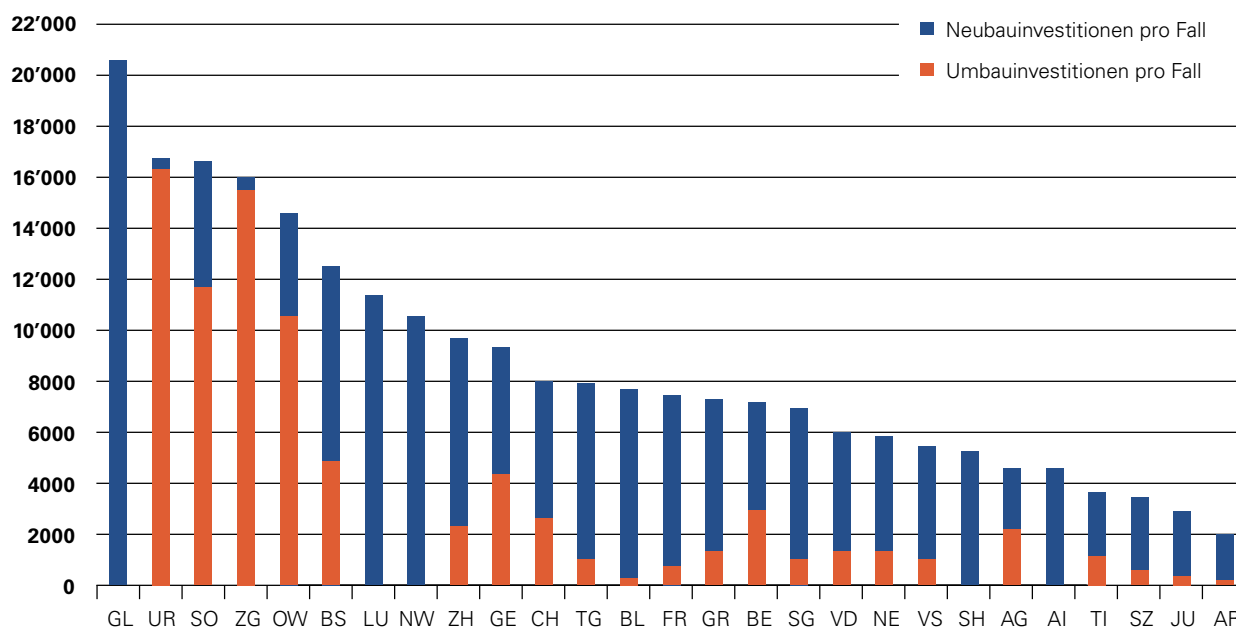
³ <http://www.zukunftgesundheitsg.ch>

⁴ Limmattaler Zeitung, (7. Mai 2015), Der Spitalneubau wächst in den Himmel; Regionalspital Emmental (2014), Finanzierung Bauvorhaben am Standort Burgdorf.

⁵ Credit Suisse (2013), Gesundheitswesen Schweiz 2013. Der Spitalmarkt im Wandel, S. 34.

Bauinvestitionen in Allgemeinspitäler 1994–2011 nach Kanton

Summe der Jahre 1994–2011 nach Neubau und Umbau pro Hospitalisierung im Jahre 2011



Quelle: Credit Suisse (2013), Gesundheitswesen Schweiz 2013. Der Spitalmarkt im Wandel, S.35.

Prozessabläufe und optimale Rahmenbedingungen für die Patientenversorgung unter Einsatz neuer Technologien zu gewährleisten, ist eine funktionelle Infrastruktur von zentraler Bedeutung. Gleichzeitig werden mit den Bauvorhaben vielerorts die bestehenden Kapazitäten für das erwartete Wachstum erweitert.

Kantonale Unterschiede bei Investitionsbedarf und Finanzierungsmodellen

Sowohl der Zustand der Spitalimmobilien und der daraus abgeleitete Investitionsstau, die Beteiligung der Kantone als auch die Finanzierungsformen variieren zwischen den Kantonen erheblich. Die obenstehende Grafik aus der CS-Studie verdeutlicht die kantonalen Unterschiede bezüglich Bauinvestitionen vor der KVG-Revision 2012 anhand der Kennzahl Neu- oder Umbauinvestitionen pro Fall. In den Kantonen Glarus, Uri, Zug, Obwalden und Solothurn hat der Kanton schon vor der Einführung der neuen Spitalfinanzierung in die Spitalinfrastruktur investiert. Am geringsten fällt die Investitionsquote pro Fall in der Westschweiz, im Tessin, in St. Gallen und im Aargau aus.

Entsprechend zeigt sich dies in der aktuellen Projektlage: Ein Grossteil der Investitionen in Bauvorhaben wird in der Nord- und Ostschweiz getätigt. Nun stellt sich die Frage: Wie werden diese finanziert?

Unter SwissDRG sind die Anlagenutzungskosten und somit alle Kosten für jeglichen Investitionsbedarf prinzipiell mit der Baserate abgegolten. Für 2012 gab es noch einen Zuschlag von etwa 10 Prozent, seither sind die Abgeltungen Verhandlungssache. SwissDRG erhebt seit 2014 die Anlagenutzungskosten. Mit der neuen Spitalfinanzierungslogik hängt der Investitionsspielraum für das einzelne Spital also insbesondere auch vom generierten Umsatz ab. Vielfach sind die Spitäler aufgrund ihrer Ertragsituation nicht in der Lage, solche Investitionen bereits selber zu finanzieren. Oft wird daher bei öffentlichen Spitätern auch auf den Kanton als Eigentümer zurückgegriffen. So übernimmt der Kanton wie z.B. bei den Solothurner Spitätern oder im Kanton St. Gallen die Rolle des Bauherrn, oder die Bauvorhaben werden via Kreditvergabe seitens des Kantons finanziert. Die Finanzierung

des Bauvorhabens im Spital Emmental oder auch bei den Spitätern Limmattal und GZO Spital Wetzikon wird hingegen über öffentlich aufgelegte Anleihen abgewickelt.

Finanzierung von künftigen Investitionen

Aufgrund der unterschiedlichen Ausgangslagen der in der Vergangenheit getätigten Investitionen in den öffentlichen Spitätern, sind die Spitäler mit zum Teil sehr unterschiedlichen Vorzeichen in das SwissDRG-System gestartet. Jetzt wird dies entsprechend (vielerorts mit kantonaler Unterstützung) nachgeholt. Für die Zukunft ist der Auftrag jedoch für alle Spitäler – öffentlich und privat – klar: Für die Amortisation der Investitionskosten müssen die Betten gefüllt und entsprechende Erträge erwirtschaftet werden. Damit dies gelingt und für künftige Finanzierungspartner planbar ist, braucht es heute mehr denn je eine solide Businessplanung mit realistischen Zielen und langfristigen Strategien.

Clarity on

Publikationen online

Die «Clarity on»-Serie von KPMG Schweiz bietet ein weites Spektrum an Studien, Analysen und Insights. Weiterführende Informationen finden Sie unter: kpmg.ch/clarity-on

Aktuelle Ausgaben



Clarity on **Performance of Swiss Private Banks**



Clarity on **Compliance**



Clarity on **Business Reporting**



Clarity on **Cyber Security**



Clarity on **Commodities Trading**



Clarity on **The Future of Swiss Private Banking**



Clarity on **Swiss Taxes**



Clarity on **Healthcare**

🔗 **Clarity on**
kpmg.ch/clarity-on

KPMG Knowledge App

Die iPad-App «Knowledge» bietet schnellen Zugang zum Wissen der KPMG Spezialisten – jetzt noch kompakter und spezifisch auf Ihre Bedürfnisse abstimmbare.



🔗 **KPMG Knowledge App**
kpmg.ch/knowledge

IMPRESSUM & KONTAKTE

Für weitere Informationen
bezüglich **Clarity on Healthcare**
wenden Sie sich bitte an:

Michael Herzog

Sektorleiter Healthcare
Leiter Audit Healthcare
Telefon +41 58 249 40 68
michaelherzog@kpmg.com

André Zemp

Leiter Advisory Healthcare
Telefon +41 58 249 28 98
azemp@kpmg.com

Valérie Reymond-Benetazzo

Leiterin Healthcare Romandie
Telefon +41 58 249 55 18
vreymond@kpmg.com

Marc Dominic Widmer

Senior Manager
Telefon +41 58 249 41 24
mwidmer@kpmg.com

Herausgeber

KPMG AG
Badenerstrasse 172
Postfach 1872
CH-8026 Zürich

Bestellungen/Anschriftenänderung

Christa Erne
Telefon +41 58 249 29 70
cerne@kpmg.com

Konzept und Redaktion

Mareva Freites Lecerf &
Isabelle Maag, KPMG AG

Design

konkret, Baldegg

Print

GfK PrintCenter, Hergiswil

Pictures

Daniel Hager
Shutterstock
Universitäre Psychiatrische Dienste Bern

**Artikel dürfen nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers und unter Angabe der Quelle, «Clarity on Healthcare von KPMG», erneut veröffentlicht werden**

Die hierin enthaltenen Informationen sind allgemeiner Natur und beziehen sich daher nicht auf die Umstände einzelner Personen oder Rechtsträger. Obwohl wir uns bemühen, genaue und aktuelle Informationen zu liefern, besteht keine Gewähr dafür, dass diese die Situation zum Zeitpunkt der Herausgabe oder eine künftige Situation akkurat widerspiegeln. Die genannten Informationen sollten nicht ohne eingehende Abklärungen und professionelle Beratung als Entscheidungs- oder Handlungsgrundlage dienen.

© 2015 KPMG AG ist eine Konzerngesellschaft der KPMG Holding AG und Mitglied des KPMG Netzwerks unabhängiger Mitgliedsfirmen, der KPMG International Cooperative («KPMG International»), einer juristischen Person schweizerischen Rechts. Alle Rechte vorbehalten.

