

Die Zukunft der Krankenhaus- finanzierung in Deutschland

Herausforderungen und Handlungsempfehlungen für Player
im Gesundheitsmarkt

Die Zukunft der Krankenhaus- finanzierung in Deutschland

Herausforderungen und Handlungsempfehlungen für Player
im Gesundheitsmarkt

Inhalt

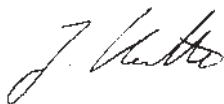
Grußwort	3
Vorbemerkung	4
A. Executive Summary/Handlungsempfehlungen	5
B. Status quo der Finanzierung von Investitionen in Krankenhäusern und geplante Veränderungen	7
Exkurs: Erfahrungen mit der regionalen Monistik in Nordrhein-Westfalen	12
1. Grundlagen der regionalen Monistik in NRW	13
2. Ergebnisse der Befragung	14
C. Fremd- und Eigenkapitalfinanzierung im Überblick – Welche Instrumente eingesetzt werden können	17
1. Finanzierungsformen im Überblick	18
2. Eignung ausgewählter Finanzierungsinstrumente	20
3. Ranking der Beurteilungskriterien zur Auswahl von Finanzierungsinstrumenten	22
D. Spezielle Finanzierungsinstrumente	24
1. Fundraising und Stiftungen	25
2. Public Private Partnership (PPP)	27
3. Technologiepartnerschaften	31
4. Factoring	33
Autoren	
- Lehrstuhl BWL V, Universität Bayreuth	36
- Roland Berger Strategy Consultants, Competence Center Pharma & Healthcare	37
- Ansprechpartner: Roland Berger Strategy Consultants	38
- Studienteam: Roland Berger Strategy Consultants	39

Grußwort

Der Befund ist nicht neu: Deutsche Krankenhäuser müssen in der Finanzierung von Investitionen neue Wege gehen. Die öffentlichen Fördermittel reichen nicht aus, um notwendige Investitionen zu tätigen. In einem gemeinsamen Kraftakt gilt es, sowohl gesetzliche Rahmenbedingungen der dualen Krankenhausfinanzierung zu modifizieren als auch die Zusammenarbeit von verschiedenen Akteuren in der Gesundheitswirtschaft zu intensivieren.

Als im Krankenhausbereich engagiertes Beratungsunternehmen hat uns interessiert, wie und in welchem Umfang die Akteure bereits heute von alternativen Instrumenten Gebrauch machen und welche Voraussetzungen zu erfüllen sind, damit diese Instrumente noch stärker akzeptiert werden. Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden Krankenhäuser, deren Landesgesellschaften, Planungsbehörden, Banken, Medizintechnik- und Bauunternehmen befragt. Die Zusammenschau der unterschiedlichen Sichtweisen auf aktuelle Aspekte der Finanzierung von Investitionen in Krankenhäusern führt zu mehr Transparenz in der derzeitigen Situation. Auf Basis dieser Einschätzungen haben wir konkrete Handlungsempfehlungen für die unterschiedlichen Teilnehmer abgeleitet.

Wir möchten Ihnen damit Anregungen geben, die Ihnen bei der Bewältigung der aktuellen Herausforderungen helfen können und freuen uns über Ihre Rückmeldungen zur Studie.



Dr. Joachim Kartte

Vorbemerkung

Krankenhäuser stellen nach Angaben des Statistischen Bundesamts mit ihren 64,6 Milliarden Euro Umsatz (2007) den größten Einzelausgabenposten im deutschen Gesundheitssystem dar. Als Erbringer von hochkomplexen, kapitalintensiven Dienstleistungen müssen auch sie wie jedes andere Wirtschaftsunternehmen Investitionen tätigen. Diese Investitionen sind kurz-, mittel- und langfristig zu planen und zu finanzieren, wobei es klare gesetzliche Grundlagen gibt. In Zeiten leerer öffentlicher Kassen müssen alle Akteure umdenken und neue Wege beschreiten.

Der Lehrstuhl für Betriebswirtschaft von Prof. Schlüchtermann an der Universität Bayreuth und Roland Berger Strategy Consultants haben deshalb gemeinsam die vorliegende Studie erstellt. Sie zeigt, wie diese neuen Wege aussehen könnten und welche Handlungsempfehlungen sich daraus für Krankenhäuser und andere Akteure ableiten. Über eine umfangreiche Erhebung sind die Einschätzungen und Prognosen der Branchenexperten – Krankenhäuser, Banken und andere Finanzdienstleister, Krankenhausgesellschaften, Planungsbehörden, Technologie- und Bauunternehmen – in die Studie eingeflossen.

Die Studie geht von der Annahme aus, dass das Finanzierungsverhalten deutscher Krankenhäuser in Zukunft vielfältiger sein wird als bislang. Es gibt zwar viele gute Argumente dafür, dass "mehr Geld in das System" gehört – das würde bedeuten, dass man zusätzliche Steuermittel, Beitragseinnahmen oder Selbstbehalte einsetzen würde, um den derzeit nicht durch öffentliche Zuschüsse gedeckten Finanzierungsbedarfen zu entsprechen. In Zeiten einer globalen Wirtschaftskrise kann unseres Erachtens das Augenmerk aber nicht allein auf solche "Hilferufe" gerichtet werden. Angesichts der Finanzierungsrealitäten ist jeder Leistungserbringer im deutschen Gesundheitswesen aufgefordert, seine Investitionsstrategien neu zu durchdenken und dabei auch innovative Finanzierungsformen in Betracht zu ziehen. Geschieht dies nicht, laufen Einzelakteure Gefahr, technologisch den Anschluss zu verlieren, spürbare Wettbewerbsnachteile zu erlangen und damit gegebenenfalls die eigene Zukunftsfähigkeit zu gefährden.



Oliver Rong
Roland Berger Strategy Consultants



Prof. Dr. Jörg Schlüchtermann
Universität Bayreuth

A. Executive Summary/Handlungsempfehlungen

Seit vielen Jahren steigen die Aufwendungen von Krankenhäusern stärker als ihre Erträge. Ebenfalls seit Jahren sinken die Investitionsfördermittel gemessen am Bruttoinlandsprodukt, sodass ein Investitionsstau von bis zu 50 Milliarden Euro aufgelaufen ist¹⁾. Vor diesem Hintergrund soll die vorliegende Studie

- > einen Überblick über die aktuelle Diskussion zur Umstellung der dualen Krankenhausfinanzierung und über alternative Finanzierungsinstrumente geben
- > die Einschätzung der Anbieter und Anwender zu diesen alternativen Finanzierungsinstrumenten empirisch ermitteln
- > Handlungsempfehlungen für verschiedene Akteure im Gesundheitsmarkt zur Bewältigung der Herausforderungen auführen

Für die verschiedenen Stakeholder ergeben sich folgende Schlussfolgerungen und Empfehlungen:

Politik: Derzeit herrscht bei den Beteiligten große Unzufriedenheit über den Status quo der dualen Krankenhausfinanzierung – sie ist nicht mehr darstellbar und muss weiterentwickelt werden. Das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) bildet dafür eine gute Grundlage. Der Reformansatz einer regionalen Monistik in Nordrhein-Westfalen wird größtenteils sehr positiv bewertet; die Monistik ist der richtige Weg, um Krankenhäuser in ihren Investitionsentscheidungen autonomer werden zu lassen. Details, insbesondere die Ausgestaltung der Investitionspauschale, sind zu klären. Trotz Monistik ist es Aufgabe der Planungsbehörden, für die Zukunft eine flächendeckende stationäre Versorgung sicherzustellen.

Krankenhäuser: Sie sind mehr denn je dazu angehalten, Investitionen aus eigener Kraft zu tätigen. Operative Überschüsse und eine Offenheit gegenüber innovativen Finanzierungsinstrumenten sind dafür absolut erforderlich. Krankenhäuser sind unter strengen wirtschaftlichen Kriterien zu führen. Dazu gehört auch das Management des Finanzmittelbedarfs. Sie sollten den Kontakt mit Banken und anderen Anbietern von alternativen Finanzierungsinstrumenten intensivieren, um Details des Krankenhausgeschäfts zu klären und gemeinsam maßgeschneiderte Lösungen zu erarbeiten. Auswahl und Einsatz dieser Instrumente sind an die jeweilige Situation vor Ort anzupassen.

1) Quelle: Deutsche Krankenhausgesellschaft, Positionspapier vom August 2009

Anbieter von Finanzierungsinstrumenten (Banken, Medizintechnik- und Bauunternehmen): Der hohe Investitionsmittelbedarf im deutschen Krankenhauswesen und der gleichzeitige Rückgang der öffentlichen Fördermittel bieten Chancen zur Vermarktung verschiedener Instrumente. Dabei gilt: Nur wer das Krankenhausgeschäft und seine Rahmenbedingungen kennt, kann seine Produkte in diesem Markt platzieren. Die Transparenz über Produkte muss erhöht werden und die Produkte müssen die spezifischen Branchenanforderungen abbilden. Positive Referenzen würden die Kaufentscheidung von Krankenhäusern und deren Trägern bzw. Eigentümern erleichtern.

B. Status quo der Finanzierung von Investitionen in Krankenhäusern und geplante Veränderungen

Zusammenfassung

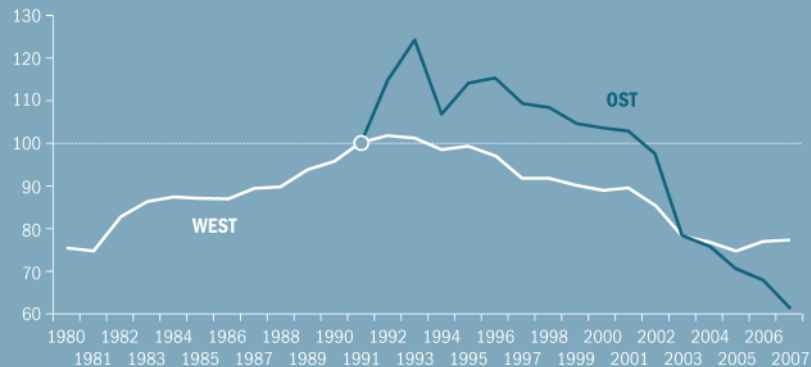
- > Die duale Krankenhausfinanzierung in Deutschland steckt in der Krise. Bei den Beteiligten herrscht große Unzufriedenheit über den Status quo.
- > Die Einführung der Fallpauschalen (Diagnosis-Related Groups, DRGs) hat den Investitionsbedarf erhöht: Krankenhäuser müssen investieren, um ihre Leistungen betriebskostenoptimal erbringen zu können.
- > Ein Übergang von der Dualistik zur Monistik führt nach Ansicht der befragten Krankenhausgesellschaften zu einer verbesserten Fördermittelvergabe. Krankenhäuser würden, so die übereinstimmende Meinung, eine höhere Investitionsautonomie sinnvoll nutzen. In der Folge könnten die Wettbewerbsfähigkeit, die Versorgungsqualität und die Patientenzufriedenheit erhöht und moderne Technik schneller eingeführt werden.
- > Der Reformansatz einer regionalen Monistik in Nordrhein-Westfalen wird größtenteils sehr positiv aufgenommen.
- > Sowohl für die bereits heute praktizierte Monistik in NRW als auch für künftige weitere Modelle gilt: Eine veränderte Mittelvergabe allein kann den Investitionsstau nicht auflösen, auch das Mittelvolumen muss steigen.
- > Derzeit ist nicht damit zu rechnen, dass aus öffentlichen Quellen zusätzliche Investitionsmittel bereitgestellt werden. Krankenhäuser sind deshalb mehr denn je gefordert, erforderliche Investitionen aus eigener Kraft zu tätigen.

Über die Vor- und Nachteile der dualen Krankenhausfinanzierung in Deutschland wird seit ihrer Einführung im Jahr 1972 kontrovers diskutiert. Die seit etwa 15 Jahren rückläufigen öffentlichen Fördermittel für Investitionen in Anlagegüter mit längeren Nutzungsdauern sind inzwischen auf einem Niveau angekommen, das viele Beteiligte als besorgniserregend einstufen (vgl. Abb. B.1). Dies resultiert insbesondere aus dem sehr schnellen technischen Fortschritt in diesem Wirtschaftssegment. Angaben zur Höhe des "Investitionsstaus" variieren je nach Berechnungsmethodik stark – die Deutsche Krankenhausgesellschaft etwa beziffert ihn auf bis zu 50 Milliarden Euro²⁾. Unabhängig von der Berechnungsmethodik und damit der genauen Zahl ergibt allein der grundsätzliche Befund einen hohen Handlungsdruck.

2) Positionspapier der DKG vom August 2009

Abbildung B.1: Entwicklung der öffentlichen Fördermittel

Entwicklung der KHG-Fördermittel [1991 = 100]



Quelle: Deutsche Krankenhausgesellschaft

Krankenhäuser agieren seit vielen Jahren in einer Konstellation permanenter finanzieller Bedrohung: Die Kosten steigen, während die Erlöse konstant bleiben. Auswege aus diesem Dilemma bieten nur zielgerichtete Investitionen, die strukturelle Weiterentwicklungsoptionen erschließen. Die Herausforderung für die Krankenhäuser liegt also nicht mehr allein darin, ihre operative Effizienz und Qualität zu sichern, sondern zusätzlich darin, Investitionsmittel zu beschaffen (vgl. Abb. B.2).

Abbildung B.2: Hauptherausforderungen der Krankenhäuser

Quelle: Roland Berger

In den vergangenen zehn Jahren hat sich die Trägerstruktur von Krankenhäusern deutlich verschoben. Der Marktanteil privater Krankenhausträger ist stark gestiegen, die Anteile freigemeinnütziger und insbesondere öffentlicher Krankenhäuser entsprechend zurückgegangen. Diese Privatisierungswelle wird sich nach Einschätzung der privaten Krankenhausbetreiber in den nächsten Jahren beschleunigen, denn angesichts der Lage der öffentlichen Kassen werden öffentliche Eigentümer weniger Investitionsmittel bereitstellen können. Falls diese nicht aus alternativen Quellen fließen, sinkt die Wettbewerbsfähigkeit öffentlicher Krankenhäuser durch auflaufende Investitionsstaus.

Der Gesetzgeber hat auf Bundesebene begonnen, auf diese Probleme zu reagieren. Das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) hat einen Entwicklungsauftrag an die Selbstverwaltung erteilt, die Krankenhausfinanzierung in Richtung einer Monistik auszubauen. Mittelfristig sollen Investitionsmittel und Betriebskosten nicht mehr separat vergeben werden (Dualistik), sondern die neuen Investitionspauschalen sollen leistungsbezogen an die Fallpauschalen (DRG) gekoppelt sein. Bis Ende 2009 sind die Länder zusammen mit dem Bund gefordert, Kriterien und Grundsätze zu entwickeln, um einen Investitionsfallwert zu ermitteln (§ 10 KHRG). Die Investitionspauschalen werden nach derzeitigem Stand ab 2012 eingeführt.

Gerade in dieser Situation erscheint es geboten, die Einschätzung von Experten aus der Praxis einzuholen, um ein möglichst vollständiges Meinungsbild über die Vor- und Nachteile verschiedener Alternativen der Finanzierung von Investitionen einzuholen. Stellvertretend für die Krankenhäuser haben wir deshalb deren Landeskrankengesellschaften sowie die Planungsbehörden der Bundesländer befragt. Von den jeweils 16 befragten Organisationen nahmen 6 Planungsbehörden und 5 Landeskrankengesellschaften teil.

Beide Seiten bestätigen, dass sich der Investitionsmittelbedarf der Krankenhäuser insbesondere seit der Einführung des DRG-Systems im Jahr 2003 erhöht hat. Erwartungsgemäß schätzen die Krankengesellschaften (KHG) dieses Problem als gravierender ein als die Planungsbehörden (PB), die am besten über die Stagnation beziehungsweise den Rückgang der staatlichen Fördermittel informiert sind und somit indirekt den Investitionsstau bestätigen (Abb. B.3.). Zudem schätzen die Planungsbehörden den Anstieg des Mittelbedarfs mit 56 Prozent stärker ein als die Krankengesellschaften (45 Prozent).

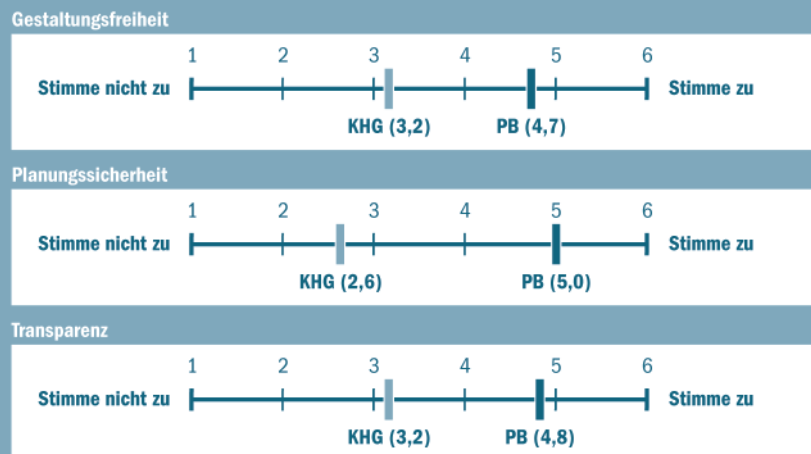
Abbildung B.3: Veränderung des Investitionsmittelbedarfs seit DRG-Einführung



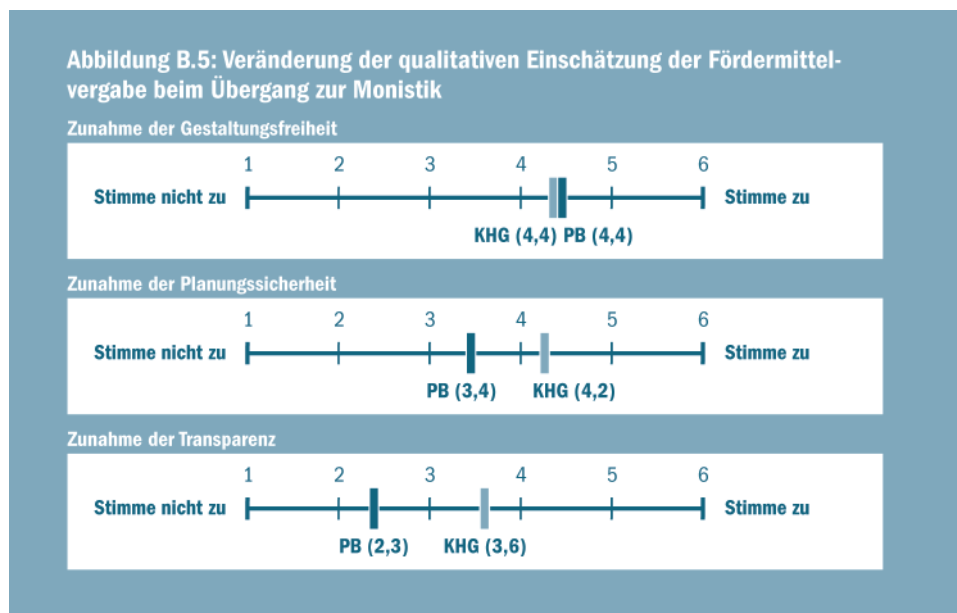
Relativ große Übereinstimmungen ergaben sich auf die Frage, welcher Anteil der Investitionen von Krankenhäusern nicht über öffentliche Fördermittel abgedeckt wird: Diesen Anteil bezifferten die Befragten mit circa 40 Prozent. Krankenhäuser investieren also bereits heute in erheblichem Umfang außerhalb der Dualistik. Diese Ergebnisse zeigen nochmals, dass Krankenhäuser dringend Alternativen zur staatlichen Investitionsfinanzierung benötigen. Von beiden Seiten überwiegend verneint wurde die Frage, ob Krankenhäuser einfacher Gelder bewilligt bekommen sollten, wenn sie sich in einer finanziellen Notlage befinden.

Die qualitative Einschätzung der Fördermittelvergabe fiel erwartungsgemäß auf den beiden Seiten unterschiedlich aus: Planungsbehörden bewerteten die Gestaltungsfreiheit, Planungssicherheit und Transparenz des derzeitigen Systems besser als die Krankenhausgesellschaften (Abb. B.4).

Abbildung B.4: Qualitative Einschätzung der Fördermittelvergabe



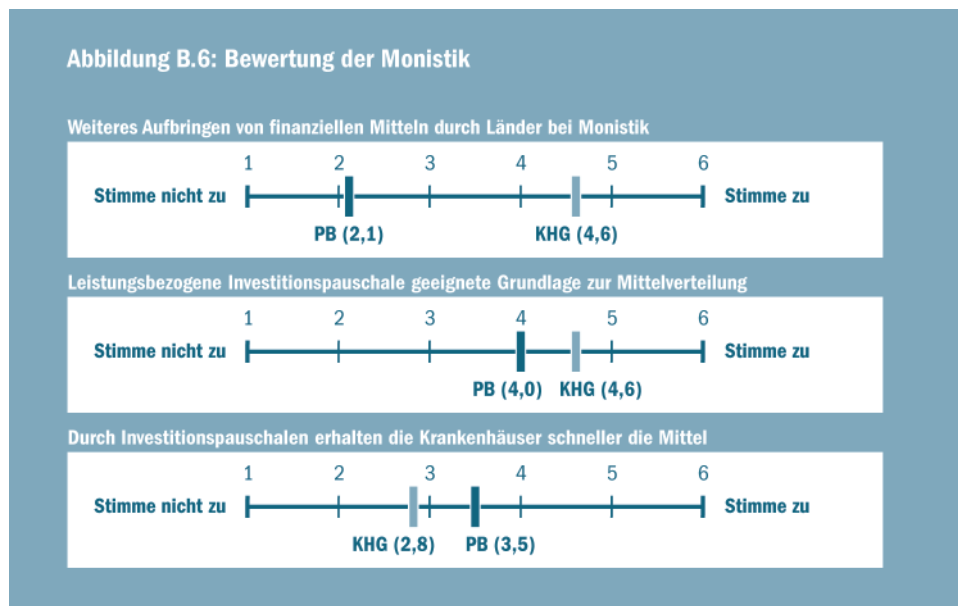
In der qualitativen Einschätzung der Fördermittelvergabe durch die Krankenhausgesellschaften zeigt sich einmal mehr die bekannte Schwäche der dualen Finanzierung: Investitionen sind der Kernbereich unternehmerischen Handelns, dessen Freiräume durch das gegenwärtige System eingeschränkt werden. Noch deutlicher wird dies durch die Einschätzungen der Organisationen bezüglich der Veränderung der Kriterien beim Übergang von der Dualistik zur Monistik (Abb. B.5).



Während die Erwartungen der beiden Seiten zur Gestaltungsfreiheit sehr eng beieinander liegen, zeigen sich die Krankenhausgesellschaften im Hinblick auf Planungssicherheit und Transparenz optimistischer als die Planungsbehörden. Diese Antworten korrespondieren naturgemäß mit den obigen zur Einschätzung der aktuellen Lage: Die Krankenhausesseite sieht der Monistik tendenziell zuversichtlich entgegen.

Das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) hat die Tür zur Monistik einen Spalt breit geöffnet. Nach Ansicht der Krankenhausgesellschaften sind die Länder auch im Fall einer monistischen Finanzierung nicht aus der finanziellen Pflicht zu entlassen (vgl. Abb. B.6) – die Planungsbehörden sehen das anders. Beide Institutionen stimmen der Aussage zu, dass Krankenhäuser durch Investitionspauschalen Investitionshoheit erlangen und Investitionsentscheidungen unabhängig von den Finanzierungsrestriktionen der Bundesländer treffen können.

Beide Seiten glauben auch, dass die an der erbrachten medizinischen Leistung bemessene Investitionspauschale eine geeignete Grundlage zur Verteilung der Mittel ist. Skepsis besteht bezüglich der Veränderung des zeitlichen Bezugs von Investitionsmitteln. Entgegen der Einschätzung in der Literatur, dass Krankenhäuser durch eine leistungsbezogene Investitionspauschale im Vergleich zur jetzigen Investitionsförderung schneller Mittel für Investitionen erhalten werden, gehen die befragten Institutionen davon aus, dass es hier keine Änderung geben wird. Dies ist widersprüchlich, da die Investitionspauschalen direkt an die Leistungsentwicklung geknüpft sind.



Klar ist allerdings, dass ohne ausreichende Fördermittel auch die Monistik keine perfekte Lösung ist. Sollte sich an dieser Situation nichts ändern, werden die Krankenhäuser in Zukunft mehr denn je dazu gezwungen sein, erforderliche Investitionen aus eigener Kraft zu tätigen.

Exkurs: Erfahrungen mit der regionalen Monistik in Nordrhein-Westfalen

Neben den Aktivitäten des Bundes bezüglich des KHRG gibt es auch Initiativen auf Länderebene. Als erstes Bundesland hat Nordrhein-Westfalen (NRW) zum 1. Januar 2008 das Fördermittelrecht für Krankenhäuser in Richtung einer Komplettpauschalierung der Mittel geändert.

Im Vergleich zu anderen Bundesländern gibt es in NRW einen deutlich höheren Anteil an freigemeinnützigen Trägern, die selbst in Bau- und Gerätesubstanz investieren. Dennoch hat wohl auch die permanente Kritik an der Fördermittelpolitik des Landes zu diesem Testfall einer regionalen Monistik geführt. Es ist zu erwarten, dass andere Bundesländer dem Beispiel folgen werden. Empirische Befunde zu den Erfahrungen mit diesen "Modellversuchen", die für die künftigen Diskussionen dringend benötigt werden, gibt es bislang jedoch nicht.

Um diese Lücke zu schließen, haben wir im Rahmen der vorliegenden Studie im Sinne einer repräsentativen Stichprobe 13 ausgewählte Krankenhäuser (in Bezug auf Größe, Träger, Standort) in NRW befragt, deren Antworten wiederum Tendenzen bezüglich der Einschätzung des "Monistik-Feldversuchs" ausweisen sollen.

1. Grundlagen der regionalen Monistik in NRW

Vor der gesetzlichen Novellierung durch das Krankenhausgestaltungsgesetz (KHGG) vom 11.12.2007 bestand in NRW ebenso wie in den meisten anderen Bundesländern eine Trennung in Einzel- und Pauschalförderung. Als erstes Bundesland nahm NRW eine Gesetzesänderung vor, die eine komplette Pauschalierung der Fördermittel vorschreibt: Nordrhein-Westfalen kommt damit der vielfach geäußerten Forderung nach, die Einzelförderung abzuschaffen, und stellt komplett auf Pauschalen um. Nun werden die Fördermittel entweder als Baupauschale oder als Jahrespauschale gewährt. Die Baupauschale ersetzt die alte Einzelförderung und umfasst Mittel für Neubau, Umbau, Erweiterungsbau einschließlich der für den Betrieb notwendigen Anlagegüter sowie deren Ersatz mit einer Nutzungsdauer von über 15 Jahren. Die Jahrespauschale ersetzt die alte Pauschalförderung (Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter mit durchschnittlicher Nutzungsdauer zwischen 3 und 15 Jahren).

Die Baupauschale, die jährlich zum 1. Juli ausgezahlt wird, und die Jahrespauschale, welche die Krankenhäuser viermal jährlich erhalten, setzen sich aus dem **Fallwertbetrag**, dem **Tageswertbetrag**, dem **Budgetbetrag** und dem **Ausbildungsbetrag** zusammen.

> Bemessungsgrundlage des Fallwertbetrags sind die effektiven Bewertungsrelationen der Fallpauschalen (Casemixpunkte = Anzahl und Fall schwere der behandelten Patienten)

- > Der Tageswertbetrag berechnet sich nach den voll- und teilstationären Berechnungstagen
- > Der Budgetbetrag basiert auf den abgerechneten Zusatzentgelten
- > Bemessungsgrundlage des Ausbildungsbetrags ist die Anzahl der Ausbildungsplätze

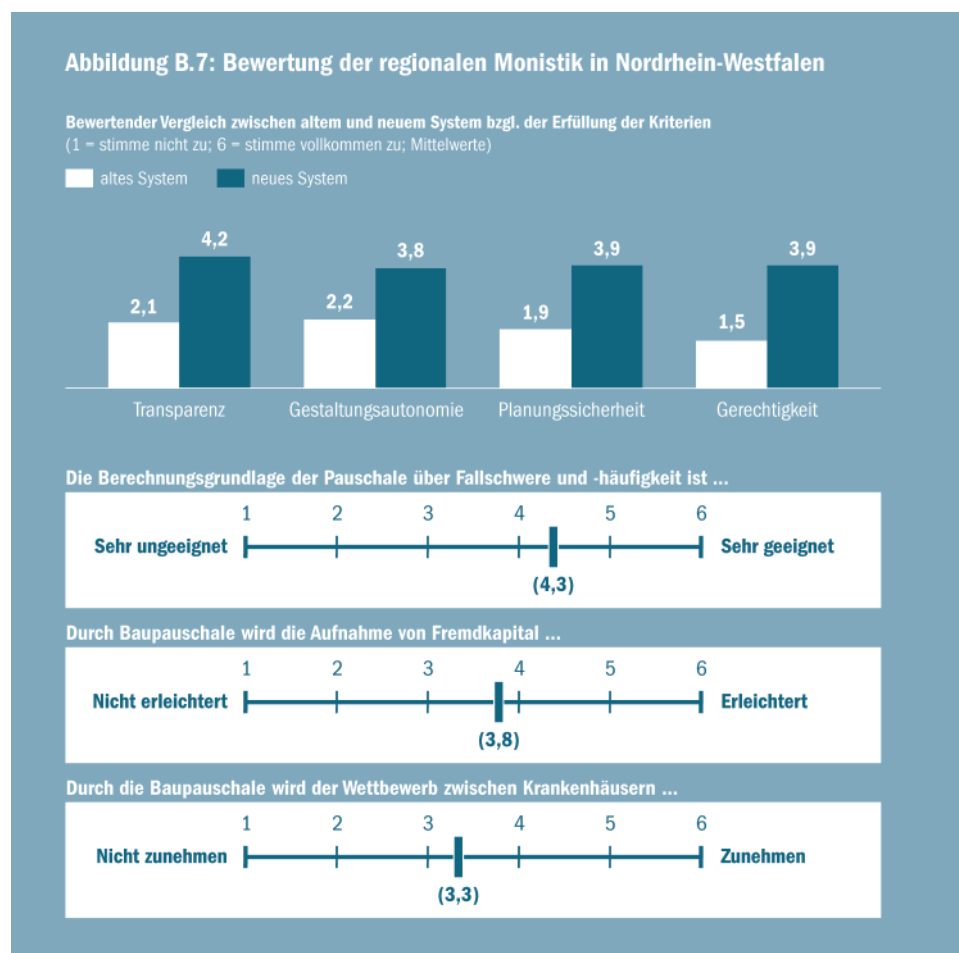
Die Berechnung der Förderung für das Jahr 2009 erfolgt auf Basis der jeweiligen Bemessungsmaßstäbe des Jahres 2007. Das KHGG NRW gibt für die Baupauschale eine Übergangsfrist für die Jahre 2008 bis 2011 vor. Während dieser Übergangsfrist tritt ein rechnerischer Betrag an die Stelle des Haushaltsansatzes, anhand dessen eine Förderreihenfolge festgelegt wird. Das Verhältnis zwischen dem Bilanzausweis der bisherigen Förderung und der Baupauschale für das Jahr 2008 ergibt die Förderkennziffer, welche für die Förderreihenfolge maßgebend ist. Je niedriger diese ausfällt – je geringer also die Förderung in den letzten Jahren im Verhältnis zur derzeitigen Leistungserbringung war –, desto eher erhält das Krankenhaus die Baupauschale. Der Haushaltsansatz verhindert eine "Flucht in die Leistung", da eine Erhöhung der Leistungsvergütung durch Mehrleistungen den Fallwert verringert und somit haushaltsneutral ist. Eine vollkommene Neuheit vor dem Hintergrund der Entscheidungsfreiheit ist die Kreditfinanzierung: Wenn ihre Planungen die Kreditgeber überzeugen, können die Krankenhäuser mit der Pauschale Kredite finanzieren. Darin wird die Chance gesehen, kurzfristig anfallende Investitionen zu tätigen und den Investitionsstau abzubauen.

2. Ergebnisse der Befragung

Im Rahmen der Befragung gaben die Krankenhäuser Auskunft über ihre Erfahrungen mit dem alten und dem neuen System und beurteilten beide im Vergleich (Abb. B.7). Die Ergebnisse im Überblick:

- > 75 Prozent der Krankenhäuser in der Stichprobe haben Einzelförderung erhalten – ein Anteil, der deutlich über dem Landesdurchschnitt liegt.
- > Insgesamt bestand eine hohe Unzufriedenheit mit dem alten System der Trennung in Einzel- und Pauschalförderung.
- > Das neue System beurteilen die Befragten in allen Bewertungsbereichen (Transparenz, Gestaltungsautonomie, Gerechtigkeit und Planungssicherheit) tendenziell besser als das alte.
- > 62 Prozent der Krankenhäuser aus der Stichprobe erhalten bereits eine Förderung über die Baupauschale.

- > Tendenziell halten die Befragten die Schwere und Häufigkeit der Fälle für eher geeignet, die Pauschale zu berechnen; als alternative Berechnungsgrundlage führten sie die Kalkulation von gesonderten investiven Relativgewichten, das Alter des Krankenhauses oder die bisherige Förderung auf, um eine flächendeckende Versorgung gewährleisten zu können.
- > Die Fremdkapitalaufnahme wird durch den Einsatz der Baupauschale nach Einschätzungen der Krankenhäuser nur etwas erleichtert.
- > 76 Prozent der Krankenhäuser glauben, dass die Einführung der Bau- und Jahrespauschalen nicht zu einem Abbau des Investitionsstaus führen wird.
- > Die Auswirkungen auf den Wettbewerb schätzen die Befragten sehr unterschiedlich ein, tendenziell erwarten sie jedoch keine Wettbewerbszunahme.



Eine der wohl entscheidenden Fragen im Rahmen des Modellversuchs in NRW lautet: Können die pauschalierten Fördermittel die Fremdkapitalaufnahme für die Krankenhäuser erleichtern? Wenn Banken die Pauschalen als kapitaldienstfähig einstufen und den Kliniken in der Folge mehr Fremdkapital überlassen als zuvor, könnte die Politik auf einen Investitionsboom hoffen. Die Ergebnisse der Befragung zeigen jedoch, dass dieses Thema eher nüchtern betrachtet wird. Letztlich bleiben berechtigte Zweifel, ob eine solche erleichterte Kreditaufnahme realisierbar ist.

Die Erhebung zeigt eindeutig die Skepsis der beteiligten Krankenhäuser: Zwar glauben sie, dass die Freiheitsgrade im neuen System ansteigen werden. Sie erwarten aber nicht, dass das insgesamt gewährte Fördervolumen zunehmen wird. Insofern ist klar festzustellen, dass das neue System in erster Linie dazu führt, dass die Mittel nach einer anderen Methodik verteilt werden. Das zentrale Problem der unzureichenden Höhe der Finanzmittel bleibt somit bestehen. Weiterhin müssen die Krankenhäuser alternative Wege suchen, um Investitionsmittel zu erhalten.

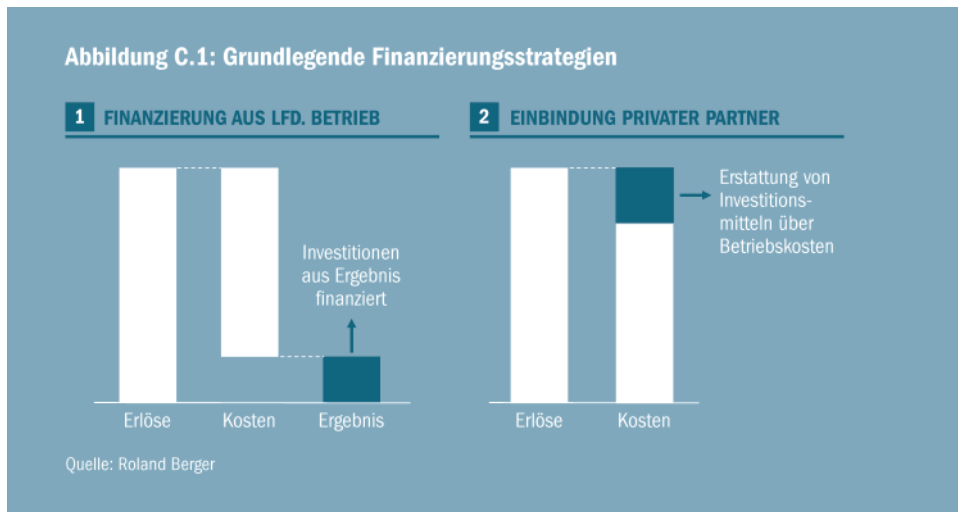
C. Fremd- und Eigenkapitalfinanzierung im Überblick – Welche Instrumente eingesetzt werden können

Zusammenfassung

- > Krankenhäuser müssen in Zukunft verstärkt aus eigener Kraft Investitionen abdecken. Dazu sind operative Überschüsse erforderlich.
- > Von vielen prinzipiell zur Verfügung stehenden Finanzierungsinstrumenten werden derzeit vorrangig das Bankdarlehen und das Gesellschafterdarlehen angewandt.
- > Die Bedeutung von Leasing bei kleineren und von Projektfinanzierung bei größeren Investitionen wird zunehmen.
- > Risikokapital/Private Equity sehen die Befragten in diesem Segment der Gesundheitswirtschaft als eher ungeeignet an.
- > Krankenhäuser müssen unter streng wirtschaftlichen Prinzipien geführt werden, um die Voraussetzungen für die Finanzierung ihrer Vorhaben zu erfüllen.
- > Die Kommunikation zwischen Kreditgeber und -nehmer muss intensiviert werden – bereits heute, aber auch in Zukunft sind plausible und valide Business Pläne vorzulegen, in denen sich die Investitionen widerspiegeln.

Die Ergebnisse aus Kapitel B. zeigen, dass es nicht ausreicht, an einer tradierten Finanzierungsstrategie festzuhalten, bei der nur sporadisch und in geringem Umfang aktiv Fremd- oder Eigenkapital akquiriert wird. Um den Anforderungen des technischen Fortschritts finanziell zu genügen und im Wettbewerb zu bestehen, müssen Krankenhäuser sich aktiv um alternative Möglichkeiten zur Kapitalbeschaffung bemühen. Grundsätzlich lassen sich zwei Strategien identifizieren, mithilfe derer sie den nicht durch öffentliche Mittel finanzierten Investitionsbedarf decken können (vgl. Abb. C.1):

- > Strategie 1: Die Investitionen werden zins- und abschreibungswirksam aus den erzielten operativen Betriebsergebnissen gedeckt.
- > Strategie 2: Die Investitionen werden über den externen Bezug von Dritten kostenwirksam verrechnet.



Unter den befragten Experten sowohl auf Banken- wie auf der Krankenseite herrschte große Einigkeit, dass Krankenhäuser neue Wege finden müssen, Investitionskapital zu beschaffen. Im Folgenden gibt Abschnitt 1 zunächst einen Überblick über alternative Finanzierungsvarianten. Abschnitt 2 hinterfragt anschließend, welche Kriterien für Entscheidungsträger bei der Auswahl von Finanzierungsinstrumenten eine Rolle spielen.

1. Finanzierungsformen im Überblick

Finanzierungsformen lassen sich in zwei Dimensionen einteilen. Nach der sogenannten **Rechtsstellung des Kapitalgebers** wird in **Eigen- und Fremdfinanzierung** unterschieden; die Frage der **Mittelherkunft** führt zur Differenzierung in **Innen- und Außenfinanzierung**. Die kombinierte Anwendung beider Dimensionen ermöglicht eine fast geschlossene Darstellung sämtlicher Finanzierungsvarianten (Abb. C.2).

Zusätzlich gibt es bestimmte Mischvarianten, die nicht komplett eindeutig einem dieser vier Felder zuzuordnen sind. Dazu zählen beispielsweise der Verkauf von Vermögensgegenständen oder das Leasing, zu dem es viele unterschiedliche Ausgestaltungsvarianten gibt. Ähnlich verhält es sich mit sogenannten mezzaninen Finanzierungen wie Genussscheinen oder Nachrangdarlehen, die eine Mischung aus Eigen- und Fremdkapital darstellen.

Abbildung C.2: Finanzierungsvarianten

RECHTSSTELLUNG DES KAPITALGEBERS	KAPITALHERKUNFT	
	Außenfinanzierung	Innenfinanzierung
Eigenfinanzierung (hier nur ohne Börsengang)	<ul style="list-style-type: none"> > Private Equity/Venture Capital > Gesellschaftereinlage 	<ul style="list-style-type: none"> > Gewinnthesaurierung
Fremdfinanzierung	<ul style="list-style-type: none"> > Langfristige/kurzfristige Kreditfinanzierung > Schuldscheindarlehen > Kreditsubstitute (bspw. Factoring) 	<ul style="list-style-type: none"> > Rückstellungen

Quelle: Roland Berger

Das Spektrum der Finanzierungsinstrumente, die deutsche Krankenhäuser bislang einsetzen, ist begrenzt. In den meisten Fällen stehen die staatlichen Investitionsfördermittel im Mittelpunkt, ergänzend dazu decken sie kurzfristige Kapitalbedarfe über einen Kontokorrentkredit. Es gibt aber auch schon Leasing, Projektfinanzierungen oder langfristige Bankkredite in durchaus nennenswertem Umfang.

Im Rahmen dieser Studie haben wir Experten aus Banken und Krankenhäusern befragt, wie sie diese und weitere alternative Finanzierungsformen einschätzen. Die Abhängigkeit von der Trägerschaft der Krankenhäuser ist dabei ein wichtiger Aspekt: Privaten Krankenhäusern (insbesondere Krankenhausketten) steht grundsätzlich ein größeres Spektrum von Instrumenten zur Verfügung als öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäusern. Im Rahmen der Befragung haben wir daher nur solche Instrumente berücksichtigt, die den meisten Krankenhäusern in freigemeinnütziger oder öffentlicher Trägerschaft prinzipiell auch offenstehen. Alternativen wie der Börsengang, die mehr oder weniger unabdingbar mit einer privaten Trägerschaft verbunden sind, wurden nicht berücksichtigt.

Aus Bankensicht sollten Krankenhäuser eine aktive Investitionspolitik betreiben, um die eigene Wettbewerbsfähigkeit zu verbessern. Die Krankenhäuser selbst sehen das ähnlich und nennen als Zielrichtung für Investitionen neue Geschäftsfelder, neue Produkte sowie Expansion und Markterschließung.

Beide Arten von Institutionen sind mehrheitlich davon überzeugt, dass Krankenhäuser sich nicht nur auf die Zusammenarbeit mit einer Hausbank konzentrieren, sondern stets mit mehreren Banken gleichzeitig Geschäftsbeziehungen unterhalten sollten.

Zumindest Teilsegmente des Bankenmarktes schätzen den Krankenhaussektor aufgrund seiner vergleichsweise Stabilität und Konjunkturunabhängigkeit auch als attraktiven Markt ein, der allerdings besondere Herausforderungen mit sich bringt. Diese liegen insbesondere in der Tradition der dualen Finanzierung und den daraus resultierenden Akzeptanzproblemen anderer Formen der Außenfinanzierung auf der Seite der Krankenhäuser, die bewirken, dass diese bisher nur zögerlich auf alternative Finanzierungsinstrumente zurückgreifen. Nur wenn Banken das Geschäftsmodell Krankenhaus verstehen, werden die Krankenhäuser sie als Partner akzeptieren.

2. Eignung ausgewählter Finanzierungsinstrumente

Die Frage nach der Eignung ausgewählter Finanzierungsinstrumente ergab folgendes Ranking aus Sicht der Krankenhäuser und aus Sicht der Banken (Abb. C.3):

Abbildung C.3: Ranking der Finanzierungsinstrumente nach Eignung

AUS SICHT DER KRANKENHÄUSER	FINANZIERUNGSSINSTRUMENT	AUS SICHT DER BANKEN	ÜBEREINSTIMMUNG
1	Bankdarlehen	1	✓
2	Gesellschafterdarlehen	9	
3	Projektfinanzierung	6	
4	Gewinnthesaurierung	4	✓
5	Financial Leasing	2	
6	Gesellschaftereinlage	10	
7	Operate Leasing	3	
8	Schuldscheindarlehen	5	
9	Factoring	7	
10	Anleihen	8	
11	Typische stille Beteiligung	11	✓
12	Genussrechtskapital	12	✓
13	Risikokapital/Private Equity	13	✓

geeignet (oben) / *ungeeignet* (unten)

Hohe Übereinstimmung zeigt sich bei der einfachsten Form der Fremdkapitalaufnahme: dem klassischen Bankdarlehen. Fortgeschrittene Formen wie Schuldscheindarlehen und Anleihen weisen zumeist Mindestvolumina auf, die ihre Eignung aus Sicht vieler Beteiligter einschränken. Leasing erhält ebenfalls von beiden Seiten hohe Zustimmungswerte – aufseiten der Banken fallen diese noch leicht höher aus als bei den Krankenhäusern. Auch die Gewinnthesaurierung im Sinne der Mittelansammlung und Zuführung zur Rücklage erhält naturgemäß von beiden Parteien hohe Eignungswerte.

Weitere Übereinstimmungen gibt es darin, welche Instrumente hier nicht geeignet sind:

- > Bei Risikokapital und Private Equity führen die Befragten über die mangelnde Eignung hinaus erhebliche branchenspezifische Akzeptanzprobleme ins Feld, die einer Nutzung entgegenstehen. Dies resultiert nach ihrer Einschätzung nicht nur aus dem fehlenden Know-how der Investoren, sondern auch aus Renditevorgaben, die im Krankenhausbereich nicht nachhaltig zu erzielen sind.
- > Auch die hybriden Instrumente (Mischung von Fremd- und Eigenkapital) wie Genussrechte oder typische stille Beteiligungen sehen die Befragten als weniger geeignet an, ohne sie jedoch völlig auszuschließen.

Der organisierte Forderungsverkauf (Factoring) wird in Kapitel D.4 gesondert behandelt.

Bemerkenswerte Unterschiede in der Einschätzung der Experten zeigen sich bei den Formen, bei denen der Träger sich über das bestehende Maß hinaus finanziell engagiert: entweder als Fremdkapitalgeber in Form eines Gesellschafterdarlehens oder in der bewährten Form als Eigenkapitalgeber in Form von zusätzlichen Gesellschaftereinlagen. Aus leicht nachvollziehbaren Gründen sehen die Krankenhäuser in beiden Formen gut bis sehr gut geeignete Wege, zusätzliche investive Mittel zu akquirieren. Dabei geben sie dem Darlehen sogar noch den Vorzug.

Bei der Diskussion um die Eignung alternativer Finanzierungsinstrumente müssen Anlass und Volumen der Finanzierung berücksichtigt werden. Auf die Frage, welche Finanzierungsinstrumente für unterschiedliche Größenordnungen und Objekte gewählt oder empfohlen werden (laufender Liquiditätsbedarf, kleinere oder größere Erhaltungs- und Ersatzinvestitionen, größere Erweiterungsinvestitionen, Gründung eines Medizinischen Versorgungszentrums [MVZ], Kauf eines Krankenhauses), zeigt sich einmal mehr die Dominanz des Bankkredits als sehr universelles Instrument. Bei größeren Investitionssummen setzen die Befragten ergänzend am ehesten auf Projektfinanzierungen.

Neben der Einschätzung des Status quo baten wir die Experten auch um eine Prognose der künftigen Entwicklung. Dabei zeigte sich, dass sie keine grundlegenden Verschiebungen erwarten. Das größte Potenzial für eine weitergehende Inanspruchnahme sehen sie beim Leasing und bei der Projektfinanzierung, mezzanine Instrumente scheinen aber ebenfalls zumindest nicht undenkbar zu sein.

3. Ranking der Beurteilungskriterien zur Auswahl von Finanzierungsinstrumenten

Finanzierungsinstrumente sollten anhand von unterschiedlichen Kriterien ausgewählt werden. Das wichtigste Kriterium sind die Kapitalkosten – also die mit dem Instrument verbundenen Konditionen, die sich aus Zinssätzen, Laufzeiten und Tilgungsmodalitäten ergeben. Sie haben einen direkten Einfluss auf die Rentabilität des Finanzierungsobjektes und damit auf den Gewinn sowie die Finanzkraft und den Verschuldungsgrad des investierenden Krankenhauses. Darüber hinaus spielen folgende Kriterien eine Rolle:

- > **Publizität:** Alle Instrumente der Außenfinanzierung erfordern es sowohl vor Vertragsbeginn als auch während der Laufzeit, detaillierte Informationen an Externe preiszugeben. Einige Produkte setzen sogar eine Veröffentlichung voraus (z.B. in Form eines externen Ratings).
- > **Unabhängigkeit:** Je nach Instrument und dessen Zugehörigkeit zur Eigen- und Fremdfinanzierung ergeben sich Auswirkungen auf die unternehmerische Freiheit. Mehrheitsverhältnisse können sich verschieben und/oder Mitspracherechte müssen eingeräumt werden.
- > **Sicherheiten:** Die Fremdkapitalaufnahme wird eingeschränkt, wenn nicht im erforderlichen Umfang Kreditsicherungen gestellt werden. Aus der Perspektive der Banken bleibt häufig nichts anderes übrig, als den zukünftigen Cashflow als Sicherheit heranzuziehen.
- > **Flexibilität:** Instrumente unterscheiden sich auch hinsichtlich der Rückzahlungsmöglichkeiten, der Zinssätze, der Tilgungsfreiheiten und der Finanzierungsvolumina.
- > **Produkttransparenz:** Finanzmarktprodukte weisen eine unterschiedliche Produkttransparenz, Mindestvolumina und Zugangsvoraussetzungen auf.

Abbildung C.4: Ranking der Kriterien zur Auswahl der Finanzierungsinstrumente

AUS SICHT DER KRANKENHÄUSER	KRITERIEN	AUS SICHT DER BANKEN	ÜBEREINSTIMMUNG
relevant			
1	Kapitalkosten	1	✓
2	Publizität	3	✓
3	Unabhängigkeit	4	✓
4	Sicherheit	5	✓
5	Flexibilität	6	✓
6	Produkthandhabung	2	
weniger relevant			

Publizität und Unabhängigkeit erhalten nach den Kapitalkosten die höchsten Wertungen (Abb. C.4). Krankenhäuser sehen die steigende Bedeutung von Ratings im Zuge der Basel-II-Reform als Bedrohung an. Aus Bankensicht müssen Krankenhäuser unter streng wirtschaftlichen Prinzipien geführt werden, um die Voraussetzungen zur Finanzierung ihrer Vorhaben durch Banken zu erfüllen. Generell gilt: Selbst wenn Krankenhaus und Bank bereits lange zusammenarbeiten, müssen sie die Kommunikation intensivieren. Heute und in Zukunft sind plausible und valide Business Pläne vorzulegen, in denen sich die Investitionen widerspiegeln. Die Krankenhäuser benötigen qualifiziertes Personal, das den kurz-, mittel- und langfristigen Investitionsbedarf in Abhängigkeit von der Unternehmensstrategie ausweisen muss. Unterschiedlich sind die Angaben zum Kriterium der Produkthandhabung. Hierbei ist es allerdings ein gutes Zeichen, dass die Banken die Produkttransparenz als relevantes Auswahlkriterium anführen, denn nur durch die Produkttransparenz werden Vor- und Nachteile von Finanzierungsinstrumenten deutlich.

D. Spezielle Finanzierungsinstrumente

Zusammenfassung

- > Durch Fundraising lassen sich zusätzliche Finanzmittel generieren. Zeitpunkt und Höhe der Spenden sind nicht exakt planbar. Fundraising muss professionell gemanagt werden und bindet auch die Geschäftsführung.
- > Das Konstrukt Public Private Partnership (PPP) hat sich hierzulande bisher nicht durchgesetzt. Private Anbieter sollten deshalb ihre Leistungen und die damit verbundenen Vorteile stärker als bisher publik machen, um unter anderem psychologische Hemmnisse zu lösen. Es gilt, maßgeschneiderte Lösungen anzubieten. Die komplexe Handhabung von PPP sollte ferner durch rechtliche und konzeptionelle Standardisierung vereinfacht werden.
- > Für kleine und mittlere Krankenhäuser könnten Technologiepartnerschaften deutliche wirtschaftliche Vorteile bringen. Kliniken können mit solchen Partnerschaften trotz Investitionsstau die Ausstattung mit neuester Medizintechnik sichern. Voraussetzung ist, dass die Partnerschaft eine Optimierung der Personal- und Sachkosten ermöglicht.
- > Anbieter von Factoring müssen hohe Flexibilität zu akzeptablen Konditionen bieten. Factoring ist als Finanzierungsform dann praktikabel, wenn sie klare Vorteile gegenüber der Kontokorrentfinanzierung bietet und rechtliche Unsicherheiten abschließend geklärt sind.

Die Experteninterviews, deren Ergebnisse in Kapitel C erläutert sind, beziehen sich auf die gesamte Bandbreite möglicher Finanzierungsinstrumente. Darüber hinaus haben wir weitere Experten zu speziellen Instrumenten befragt. Deren Auswahl orientiert sich zum einen an einschlägigen Veröffentlichungen aus der Fachpresse; zum anderen gibt es auch Instrumente wie Fundraising oder Technologiepartnerschaften, die über das gängige Spektrum der Bank- und Kapitalmarktprodukte hinausgehen. Auch wenn sie sich nicht zu den klassischen Finanzierungsformen zählen lassen, dienen sie doch quasi identischen Zielen: Investitionsgüter zu beschaffen oder dies zu ermöglichen.

Ein weiterer Aspekt für die Auswahl dieser weiteren Finanzierungsinstrumente war ein internationaler Vergleich: Bei fast allen aufgeführten Instrumenten liegt Deutschland im Nutzungsverhalten gegenüber anderen Ländern zurück.

Gründe dafür liegen sicher in den komplexen gesetzlichen Rahmenbedingungen, die mitunter der föderalen Struktur geschuldet sind. Möglicherweise sind diese Instrumente aber auch nur zu wenig bekannt. Im Folgenden diskutieren wir Fundraising und Stiftungen, Public Private Partnership (PPP), Technologiepartnerschaften und Factoring.

1. Fundraising und Stiftungen

Ausgangspunkt der Diskussionen über die Spendenakquisition von Krankenhäusern ist häufig das Vorbild USA. Dort hat die Überlassung von teilweise hohen Geldsummen an Einrichtungen des Gesundheitswesens eine lange Tradition und ist für die finanzielle Grundkonstellation vieler Krankenhäuser von großer Bedeutung. In den letzten Jahren hat das Thema auch in Deutschland an Aufmerksamkeit gewonnen. Einige Krankenhäuser haben begonnen, professionelle Fundraising-Stellen einzurichten oder Stiftungen zu gründen, um zusätzliche Mittel zu akquirieren. Beispiele sind die Charité Berlin, die Universitätskliniken Essen, Hamburg, Heidelberg, Göttingen und Hannover; aber auch viele kommunale Krankenhäuser haben bereits erste Schritte unternommen, um ein professionelles Fundraising aufzubauen.

Im Gegensatz zum Sponsoring geht es beim Fundraising darum, Ressourcen (meist finanzielle Mittel, aber auch Sach- oder Dienstleistungen) ohne Gegenleistung zur Verfügung zu stellen. Beim Sponsoring wird dagegen eine marktadäquate Gegenleistung vereinbart. Auch dies wäre im Krankenhausbereich möglich, soll im Rahmen dieser Studie aber nicht betrachtet werden. Spenden werden ohne marktadäquate Gegenleistung erbracht (Ausnahmen wie Namensgebungen sind davon unberührt). Die Kunst des Fundraisings besteht aber darin, die Verwendung der Gelder und die Kommunikationsaktivitäten dennoch konsequent auf die Bedürfnisse der Spender auszurichten. So sollte die Verwendung der Mittel klar definiert und detailliert beschrieben werden können.

Die Schätzungen zur Größe des Fundraising-Marktes in Deutschland schwanken zwischen 3 und 7 Milliarden Euro pro Jahr³⁾. Obwohl das Spendenaufkommen in den letzten Jahren stagniert, steigt die Zahl der Organisationen, die Spenden einwerben, sodass von einem Verdrängungswettbewerb gesprochen werden muss. Trotz dieser schwierigen Marktlage haben Krankenhäuser eine gute Ausgangsposition, weil der Förderzweck grundsätzlich einen großen Einfluss auf den Spendenerfolg hat und die Themen "Fürsorge für Kranke" oder "Hilfe für Kinder" sehr viele Menschen ansprechen. Ein weiterer Vorteil der Krankenhäuser gegenüber anderen Organisationen ist,

3) Quelle: Deutscher Fundraising Verband e.V.

dass potenzielle Spender häufig als Patienten oder Angehörige bereits mit einer Klinik in Kontakt stehen. So ist ein persönlicher Bezug vorhanden, auf dem der Fundraiser mit einem professionellen Konzept aufbauen kann.

Die Nachfrageseite auf dem deutschen Fundraising-Markt wird zusätzlich durch Organisationen in der Rechtsform der Stiftung erhöht. Stiftungen eignen sich besonders gut als Vehikel für professionelles Fundraising. Im Jahr 2007 hat der deutsche Gesetzgeber mit dem Gesetz zur Stärkung des bürgerschaftlichen Engagements (BGBl. I, S. 2332) die Rahmenbedingungen für die steuerliche Förderung von Stiftungen verändert und damit einen Gründungsboom ausgelöst. Wesentliches Merkmal einer Stiftung als Organisationsform ist, dass private Vermögenswerte in den Dienst der Allgemeinheit gestellt werden. Im Unterschied zum Verein als Mitgliederorganisation mit Clubcharakter werden die Leistungen bei Stiftungen in der Regel nicht von und für die Mitglieder erbracht, sondern dienen einem gemeinnützigen Zweck. Ein Ziel von Fundraising kann dabei sein, das Stiftungskapital aufzubauen, das später mit seinen Erträgen zu einer nachhaltigen Finanzierungsgrundlage für das Krankenhaus erwächst.

Übereinstimmend mit der Literatur nannten die Experten in den Interviews die erforderliche Professionalität als zentrale Voraussetzung für erfolgreiche Fundraising-Aktivitäten. Die weiteren Ergebnisse der Befragung:

- > Ausgangspunkt für systematisches Fundraising sind eine Grundsatzentscheidung der Geschäftsführung sowie deren aktive Kommunikation nach innen und außen. Zudem ist es erforderlich, dass sich der Vorstand/die Unternehmensführung von der Konzepterstellung bis zur kontinuierlichen Umsetzung und Ausführung am Fundraising-Prozess beteiligt.
- > Der Fundraiser sollte nach Maßgabe der Unternehmensführung ein auf das Krankenhaus abgestimmtes Fundraising-Konzept entwerfen, das sämtliche Geschäftsfelder berücksichtigt. Falls nötig, sollte das Krankenhaus mit einer externen Fundraising-Agentur kooperieren.
- > Die persönliche Kontaktaufnahme und das gezielte Gespräch mit den potenziellen Großspendern sollte die Unternehmensleitung übernehmen.
- > Bevor das Fundraising-Konzept nach außen getragen wird, muss das Management durch gezielte interne Kommunikation sicherstellen, dass die Mitarbeiter es unterstützen. Denn sie stehen in direktem Kontakt zu den Patienten und deren Angehörigen als potenziellen Spendern.
- > Grundvoraussetzung für den Erfolg von Fundraising sind ein zielgerichtetes Marketingkonzept sowie eine funktionierende Presse- und Öffentlichkeitsarbeit.

- > Fundraising muss strategisch ausgerichtet sein mit einem Planungshorizont von größer als drei Jahren, damit sich Erfolg oder Misserfolg eines Fundraising-Konzepts bewerten lassen.
- > Die Öffentlichkeit darf das Fundraising auf keinen Fall als letzten Ausweg eines Krankenhauses vor der Insolvenz interpretieren.
- > Bei der Planung der Fundraising-Aktivitäten ist zu beachten, dass das Spendenaufkommen regional unterschiedlich ist.
- > Ein Blick in die USA gibt eine erste Übersicht über die Möglichkeiten des Fundraisings. Eine Nachahmung ist jedoch nicht empfehlenswert, da die Methoden und die Verhältnisse in den USA teilweise nicht auf die deutschen Verhältnisse übertragbar sind.

Abschließend kann festgehalten werden, dass sich durch Fundraising zusätzliche (außerbudgetäre) Finanzmittel generieren lassen. Eine zuverlässige Einnahmequelle ist es jedoch nicht, da Höhe und Zeitpunkt der Spenden nicht sicher planbar sind. Planungssicherheit ist erst dann gegeben, wenn beispielsweise ein bereits angehäuften Stiftungskapital zu einem konstanten Ertragsstrom führt. Es ist davon auszugehen, dass immer mehr Institutionen im deutschen Gesundheitswesen versuchen werden, mit professionell durchgeführtem Fundraising zusätzliche Mittel zu erlangen. Die Ergebnisse der Experteninterviews können bei der Konzeption und Umsetzung hilfreich sein.

2. Public Private Partnership (PPP)

Public Private Partnership (PPP) – im Deutschen immer häufiger als Öffentlich-Private Partnerschaft (ÖPP) übersetzt – ist der Sammelbegriff für Kooperationsformen zwischen dem öffentlichen Sektor und der Privatwirtschaft. Der Wissenschaftsrat sieht in PPP eine alternative Beschaffungsvariante, bei der ein privater Partner im Rahmen einer neuen Form der Organisation und Finanzierung umfassend eingebunden wird. Die öffentliche Einflussnahme bleibt dabei erhalten. Die Partner bilden eine langfristige, vertraglich geregelte Zusammenarbeit, die zu gegenseitiger Abhängigkeit führt.

Es existieren vielfältige Modelle von PPP. Das bekannteste ist das sogenannte Betreibermodell, dessen elementares Merkmal die Lebenszyklusorientierung ist: Die Kooperation besteht während aller Phasen eines Projekts, von der Planung über den Bau bzw. die Errichtung und den Betrieb bis hin zum möglichen Transfer an den öffentlichen Mitstreiter. Damit kann PPP die in der dualen Finanzierung kritisierte Trennung von Investitionsentscheidung und Betriebsverantwortung beseitigen.

Neben dem Betreibermodell gibt es noch weitere Ausprägungen, die sich in ihrem Umfang unterscheiden – bis hin zu solchen, die nur für den Bau oder die Finanzierung der Projekte gedacht sind. Im Fokus steht dabei die angestrebte Leistung, wobei die beiden Seiten im Zeitverlauf Veränderungen abstimmen können und generell die Ausgestaltung individuell vertraglich regeln.

Kompatible strategische Ziele beider Partner sind wesentliche Erfolgsfaktoren für solche Kooperationen. Für Krankenhäuser gehört dazu, dass sie Zugang zu finanziellen Ressourcen haben, den Investitionsstau umgehen, externes Know-how nutzen sowie Effizienz- und Rationalisierungspotenziale realisieren können. Private Partner erhoffen sich eine langfristige Gewinnerzielung. Weiterhin spielen die Aufteilung des Risikos sowie der Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten zwischen dem öffentlichen und dem privaten Partner eine wichtige Rolle. Zusammen mit gesetzlichen und untergesetzlichen Vorgaben wirken diese Punkte jedoch auch als Hemmschuh bei der Umsetzung von PPP-Projekten. Weitere heikle Aspekte sind die Erschließung von ausreichenden Finanzquellen, die Sicherung von Refinanzierungsquellen, die Überleitung von vorhandenem Personal und die extreme Komplexität großvolumiger Projekte.

Dass jedoch auch in Deutschland die politische Unterstützung für PPP wächst, zeigen unter anderem die Einrichtung sogenannter Task Forces und das im November 2008 gegründete Unternehmen ÖPP Deutschland AG – selbst eine öffentlich-private Initiative. Hierfür übernahmen das Bundesministerium der Finanzen sowie das Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung die Federführung.

In den letzten zehn Jahren verbreiteten sich PPP in Deutschland zunehmend vor allem auf Gemeindeebene bei Schulen, Sport- und Freizeiteinrichtungen sowie Verwaltungsgebäuden. Auf Bundesebene konzentrieren sich die PPP-Projekte auf die Verkehrsinfrastruktur (Beispiel: Toll Collect). Die Verteilung über das Bundesgebiet ist relativ heterogen und nimmt unter den öffentlichen Infrastrukturmaßnahmen bislang noch eine eher untergeordnete Rolle ein. Bayern, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen bilden den Schwerpunkt, wohingegen in Sachsen, Thüringen und Sachsen-Anhalt kaum PPP-Aktivitäten zu finden sind.

Im deutschen Krankenhaussektor hat das Konzept der PPP bislang kaum Anwendung gefunden. Damit liegt Deutschland zum Beispiel weit hinter Großbritannien zurück, das bei der Implementierung dieses Instruments im europäischen Raum führend ist. Die große Divergenz zwischen beiden Ländern mag auf den ersten Blick verwunderlich erscheinen – beide sind

EU-Mitgliedsstaaten mit ähnlichen PPP-relevanten Rechtsvorschriften. In Vereinigtem Königreich jedoch akzeptierte und förderte die Politik das Konzept sehr viel früher als hierzulande, unter anderem aufgrund der dort herrschenden Unterversorgung.

Warum spielt PPP im deutschen Krankenhausesektor noch immer eine untergeordnete Rolle? Was muss getan werden, damit sich dies ändert? Dies fragten wir Vertreter privater Anbieter und deutscher Krankenhäuser.

Gründe und Handlungsbedarf aus Sicht der Anbieter:

- > Deutschland verfügt im internationalen Vergleich über eine relativ gute Versorgungsstruktur; die Effizienzpotenziale in der Bestandssituation sind daher geringer. Im deutschen Krankenhausesektor bieten sich deshalb nur groß angelegte, hochkomplexe Projekte an, deren Kostenreduktionspotenzial jedoch vergleichsweise niedrig ist. Als Mindestvolumen für Projekte nannten die Experten einen Umfang von 20 bis 50 Millionen Euro. Der Umfang treibt auch die Komplexität der Projekte. Die Anbieter halten es für möglich, jede Leistung bis auf die medizinische Kernleistung (Primärleistung) zu übernehmen.
- > Die Politik fürchtet den Verlust ihrer Entscheidungsmacht, während die Öffentlichkeit sich um die öffentliche Gesundheitsversorgung sorgt. Hier ist positive Aufklärungsarbeit zu leisten.
- > Die öffentliche Hand ist häufig nicht bereit, die mit einem PPP-Projekt verbundenen Zahlungsströme über die gesamte Vertragslaufzeit hinweg durch eine Gewährträgerhaftung, Bürgschaft oder sonstige Sicherungsleistungen abzusichern. Diese Sicherheiten sind allerdings unabdingbar, um ein verbindliches Angebot zu kalkulieren und zu konzipieren.
- > Die duale Finanzierung, die zwischen Investitions- und Betriebskosten trennt, erschwert das ganzheitliche Konzept PPP, in dessen Planung beide Kosten einfließen. Das komplexe gesetzliche Regelwerk erhöht die Transaktionskosten sowohl für die öffentliche als auch für die private Seite oft so extrem, dass die errechneten Einsparungen überkompensiert und damit andere Vorgehensweisen wie etwa die Privatisierung attraktiver erscheinen. Hier könnte eine adäquate Ausdifferenzierung der Monistik helfen, die die Selbstverwaltung in den kommenden Monaten ausarbeiten soll.

Gründe und Handlungsbedarf aus Sicht der Krankenhäuser:

- > Potenzielle Einsatzgebiete für PPP liegen in medizinischen Tertiärprozessen, in denen bereits Vergaben an private Partner bestehen. Dagegen sehen die Experten aktuell noch erhebliche Kompetenzdefizite, die gegen eine Einbindung privater Partner in patientennähere Bereiche sprechen.
- > Die Befragten legen großen Wert darauf, dass die vor- und nachvertragliche Einflussnahme auf die Qualität, Quantität und den Preis der privaten Leistung gewährleistet ist. Trotz des Abhängigkeitsverhältnisses wollen sie ihre Mitspracherechte erhalten. Bei der Baufunktion müssen Krankenhäuser die Möglichkeit haben, auf die Anforderungen des dynamischen Markts kurzfristig zu reagieren; eine feste Vorausplanung für 15 bis 20 Jahre ist häufig unrealistisch. Bei der Finanzierungsfunktion sind Kredite, sofern sie noch gewährt werden, aufgrund öffentlicher Bürgschaften oder der Anwendung von öffentlichen Finanzierungsbedingungen kostengünstiger. Viele PPP-Projekte scheitern bereits während der Vertragsgestaltung daran, dass öffentliche Krankenhäuser nicht bereit sind, einen Teil des wirtschaftlichen Risikos zu übernehmen. Ist dies vorhersehbar, sollten keine Ressourcen in die Auseinandersetzung mit dem Thema PPP investiert werden.
- > Um die Wirtschaftlichkeit des Projekts berechnen zu können, müssen das Leistungsvolumen vorab festgelegt und die erwarteten Finanzströme geschätzt werden. Dies ist häufig eine große Herausforderung für die Krankenhäuser, die nicht über entsprechend speziell qualifiziertes Personal verfügen.
- > Bisher gibt es kaum positive PPP-Beispiele und -Erfahrungen aus dem Krankenhausbau und -betrieb. Dies führt zu psychologischen Barrieren bei den eher risikoavers eingestellten Akteuren. Ein nachahmenswertes Beispiel könnte hier zu einem "Dammbruch" führen. Gegebenenfalls sollten sich die PPP-Anbieter zusammenschließen und einen Referenzfall schaffen. Aufgrund der Komplexität der Rahmenbedingungen jedoch wird das Konzept PPP im Krankenhaussektor nicht dieselbe Rolle übernehmen können wie in anderen Bereichen des öffentlichen Hochbaus.

Abschließend kann festgehalten werden, dass sich das Konstrukt PPP in Deutschland noch nicht durchgesetzt hat. Es ist Aufgabe der privaten Anbieter, ihre Leistungen stärker als bisher in der Öffentlichkeit zu vertreten und die damit verbundenen Vorteile publik zu machen, um unter anderem psychologische Hemmnisse zu lösen. Um maßgeschneiderte Lösungen anbieten zu können, benötigen sie ein detailliertes Branchenwissen. Solche Lösungen sollten beispielsweise auch die Übernahme und Weiterbeschäftigung von Krankenhauspersonal aus den tertiären Bereichen beinhalten. Ferner würde eine rechtliche und konzeptionelle Standardisierung dazu beitragen, die komplexe Handhabung von PPP zu vereinfachen.

3. Technologiepartnerschaften

Technologiepartnerschaften werden beispielsweise zwischen einem Krankenhaus und einem Gerätehersteller vereinbart und stellen eine innovative Möglichkeit für das Krankenhaus dar, seine medizinischen Geräte auf dem jeweils neuesten Stand zu halten. Konzeptionell sind Technologiepartnerschaften, deren Laufzeit zwischen zehn und fünfzehn Jahren liegt, die konsequente Weiterentwicklung des Leasings: Das Technologieunternehmen stellt die Geräte zur Verfügung und übernimmt ein individuell zu vereinbarendes Bündel aus Service-Dienstleistungen rund um die Geräte. Der Technologiepartner erstellt und erneuert regelmäßig die Geräte, installiert eigenständig Software-Updates, führt Prüfungs- und Instandsetzungsarbeiten durch, schult das Personal und übernimmt gegebenenfalls auch die Bewirtschaftung der Geräte. Die Kombination aus Neugeräten und Serviceleistungen soll eine hohe Verfügbarkeit der Technik auf optimalem Technologieniveau sicherstellen.

Im Gegenzug bezahlt das Krankenhaus eine monatliche Gebühr, die in der Regel fixe und variable Bestandteile hat und immer eine Mischung aus Gerätekosten und Servicegebühr ist. Der Unterschied zum Leasing liegt in der Anpassungsgeschwindigkeit an den technischen Fortschritt. Beim Kauf und bei vielen Leasing-Konstruktionen ist der Käufer an ein bestimmtes Gerät gebunden. Bei Technologiepartnerschaften entscheiden die Partner flexibel, ob der nächste Technologiesprung sinnvoll ist. Falls diese Entscheidung positiv ausfällt, erhöhen sich allerdings in aller Regel auch die Zahlungen.

Technologiepartnerschaften sind in Deutschland derzeit noch nicht weit verbreitet. Nach Expertenschätzungen haben weniger als 5 Prozent der Krankenhäuser entsprechende Verträge abgeschlossen. Das Potenzial solcher Vereinbarungen hängt von den Vor- und Nachteilen ab, die sie für die beiden Vertragsparteien haben. Aus der Sicht der Industrie liegen die Vorteile eindeutig in der höheren Kundenbindung und den dadurch sinkenden Vertriebskosten. Das Besondere einer solchen Partnerschaft ist aber, dass nicht nur Geräte überlassen und gewartet werden, sondern dass der Technologiepartner Unterstützungsleistungen für die Prozesse anbietet, die mit dem Gerät in Verbindung stehen. Damit beeinflusst er möglicherweise das Leistungsgeschehen des Krankenhauses, was für ihn Chance und Risiko zugleich ist: Einerseits erwirbt er zusätzliches Know-how über den praktischen Einsatz der eigenen Geräte. Andererseits steht er in der Verantwortung, zuvor geschätzte Einsparpotenziale auch zu realisieren. Liegt die letztendliche Verantwortung für die Prozessdurchführung beim Krankenhaus und sind die Möglichkeiten der Einflussnahme sehr begrenzt, kann dies mitunter sehr schwierig werden.

Die Befragung führte darüber hinaus zu folgenden Ergebnissen:

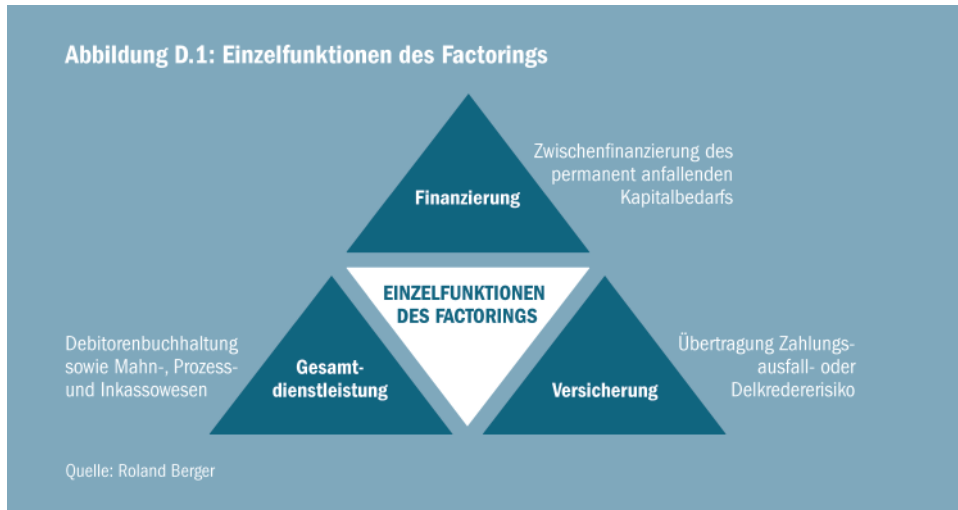
- > Beim Einsatz neuer Technologien gilt es, die Prozessgestaltung partnerschaftlich zu meistern. Aus der Perspektive der Krankenhäuser bestehen häufig nachvollziehbare Vorbehalte dagegen, der Industrie Einflussmöglichkeiten auf das prozessuale Leistungsgeschehen, möglicherweise sogar auf die Behandlungspfade einzuräumen. Diese Vorbehalte lassen sich nur überwinden, wenn die Technologieunternehmen ihnen durch die Partnerschaft einen echten Mehrwert bieten können – in Form von Zeiteinsparungen, höheren Patientenzahlen oder geringen Verbrauchskosten. Entsprechende Verbesserungen lassen sich im Idealfall im Sinne einer Gesundheitsinnovationsbewertung (Health Technology Assessment, HTA) transparent ausweisen.
- > Eine Veränderung der dualen Finanzierung sollte den Zusatzaufwand einer separaten Berechnung von Investitionskosten und Betriebskosten vermeiden, die bisher als Bestandteil der Gebühren zu kalkulieren sind.
- > Beide Partner können eine Bilanzverkürzung erreichen, wenn sie spezielle Finanzierungsgesellschaften zwischenschalten, welche die strategische Medizingerätepartnerschaft vertraglich als langfristige Kooperation zwischen Krankenhaus bzw. Krankenhausverbund und Medizingerätehersteller regeln.
- > Welche Einsparungen durch Technologiepartnerschaften möglich sind, hängt von der Beschaffenheit des medizintechnischen Anlagenbestandes ab. Hohe Einsparpotenziale lassen sich erzielen, wenn die Medizintechnik vergleichsweise veraltet ist und Prozesse an neue Geräte angepasst werden können. Bei Krankenhäusern, die ihre Prozesse bereits zu einem gewissen Teil standardisiert haben, lassen sich die Einsparpotenziale relativ einfacher generieren. Der Gerätehersteller ist vertraglich für Einsparpotenziale bei der Gerätenutzung mitverantwortlich zu machen.
- > Technologiepartnerschaften sind für die Krankenhäuser eine Chance, Behandlungsprozesse mit professioneller Hilfe neu zu definieren.
- > In der Regel sollte ein bestimmter Fremdherstelleranteil als Prozentsatz an Geräten vereinbart werden, für den Medizingeräte anderer Hersteller gekauft werden müssen. Dies ermöglicht eine gewisse Unabhängigkeit und die Abdeckung des ganzen Therapiespektrums.
- > Aus Marketinggründen ist es für die Hersteller besonders wichtig, Referenzen vorzuweisen. Sie können ein Krankenhaus, dessen Medizingerätekosten seit Beginn der Partnerschaft um einen zweistelligen Prozentwert gesenkt werden konnten, gut als Referenz für ihren Vertrieb nutzen.

Es zeigt sich, dass das Konstrukt der Technologiepartnerschaften aus Anwendersicht nichts anderes ist als eine besondere Form des Outsourcing. Wie bei allen Outsourcing-Entscheidungen gilt es auch hier, unterschiedliche Aspekte abzuwägen. Den Vorteilen einer Fokussierung auf die eigenen Kernkompetenzen und einer dadurch entstehenden Komplexitätsreduktion stehen die Nachteile einer höheren Abhängigkeit gegenüber. Wer die Technologie- und Gerätekompetenz aktiv bei sich behalten möchte, wird sich tendenziell eher gegen solche Partnerschaften entscheiden. Gerade für kleine und mittlere Krankenhäuser könnten Technologiepartnerschaften aber den Vorteil einer höheren Technologiekompetenz bieten. Kliniken können über solche Partnerschaft trotz Investitionsstau die Ausstattung mit der neuesten Medizintechnik sicherstellen. Voraussetzung ist, dass die Partnerschaft eine Optimierung der Personal- und Sachkosten ermöglicht und damit die operative Leistungsfähigkeit des Krankenhauses bzw. der Klinik sichert.

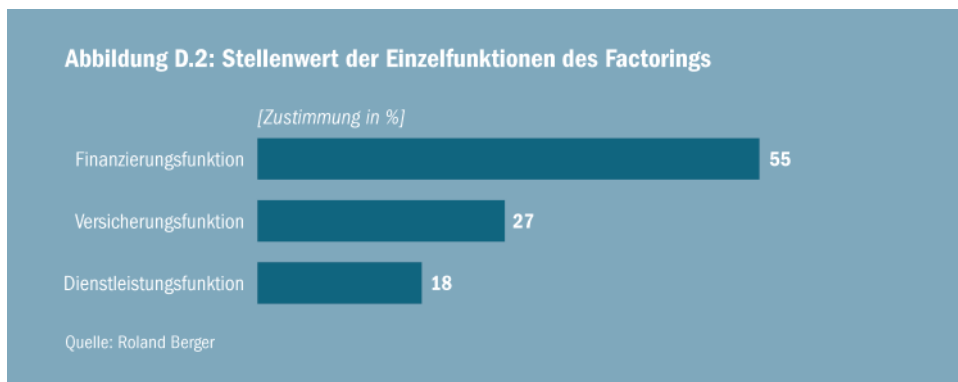
4. Factoring

Factoring bezeichnet den Ankauf von Forderungen aus Waren- und Dienstleistungsgeschäften auf Basis längerfristiger Verträge. Dabei geht in der einfachsten Form die Forderung von einem Unternehmen auf ein anderes, den Factor, über. Dieser Factor zahlt nach Abzug eines Sicherheitsbetrags den Rechnungsbetrag sofort an das Unternehmen (Kunde des Factors) aus. Durch die Bilanzverkürzung wird die Eigenkapitalquote erhöht, die für Rating und Kreditverhandlungen mit Banken eine Hauptkennzahl darstellt. Factoring kann daher ein sinnvoller Baustein des kurzfristigen Cash Managements sein, der sich auf langfristig zu finanzierende Investitionen auswirkt. Ein Bedarf an Factoring-Dienstleistungen besteht vor allem dadurch, dass Krankenkassen stationäre Leistungen häufig nicht fristgerecht bezahlen. Gemäß den Erhebungen des Deutschen Krankenhausinstituts e.V. (DKI) waren davon im Jahr 2005 fast 60 Prozent der Krankenhäuser in erheblichem Umfang betroffen.

Im Mittelpunkt des Factorings stehen die drei Funktionen Finanzierung, Versicherung und Gesamtdienstleistung (Abb. D.1), die auch unabhängig von einander eingekauft werden können. In vielen Fällen ergeben sich aber gerade durch die Kombination aller drei Funktionen Synergieeffekte. Wird das Ausfallrisiko nicht übertragen, spricht man von unechtem Factoring.



Die Expertenbefragung ergab folgende Einschätzung bezüglich des Stellenwerts der Einzelfunktionen:



Demnach schreiben die Experten der Finanzierungsfunktion mit Finanzierungseffekt derzeit die größte Bedeutung zu, obgleich offensichtlich auch die Übernahme des Zahlungsausfallsrisikos relevant ist.

Darüber hinaus führte die Befragung zu folgenden Ergebnissen:

- > Krankenhäuser müssen ein eigenes, effektives und effizientes Forderungsmanagement betreiben, bevor sie auf Factoring zurückgreifen.
- > Der Verkauf von Forderungen lohnt sich aufgrund des administrativen Aufwands erst ab einem Volumen von 4 bis 5 Millionen Euro. Andere Aussagen beziffern die kritische Marke des Forderungsvolumens auf 20 Prozent des Umsatzes.
- > Je besser die Zahlungsmoral der Krankenkassen ist, desto geringer ist der Bedarf an Factoring. Es empfiehlt sich, in den Budgetverhandlungen Zahlungsmodalitäten einschließlich Zinsen zu vereinbaren. Denn Factoring kann das Geschäftsverhältnis mit den Krankenkassen stören.
- > Factoring ist eine Alternative zum Kontokorrentkredit – mit dem Vorteil, dass die sonstigen Kreditlinien nicht belastet werden.
- > Es gibt nur wenige Anbieter von Factoring für Krankenhäuser, die die Anforderungen im Gesundheitswesen voll erfüllen.
- > Auf Anbieterseite besteht ein großes Interesse daran, Kunden im Krankenhausbereich zu akquirieren. Sie kontaktieren die Krankenhäuser mehrfach und bieten primär unechtes Factoring an (ohne Übertragung des Zahlungsausfallrisikos an den Factor). Die Konditionen, die sie dafür anbieten, sind zu teuer.
- > Aufseiten der Krankenhäuser bestehen aufgrund intransparenter Angebote und Rahmenbedingungen noch immer Unklarheiten in rechtlicher und informationeller Hinsicht. Speziell beim echten Factoring sind datenschutzrechtliche Auflagen ungewiss (Anonymisierung der Behandlungsfälle). Ferner sind beim einzelfallbasierten Forderungsmanagement, etwa bei gerichtlichen Streitfällen, Standardisierungen anzustreben.

Abschließend kann festgehalten werden: Factoring-Dienstleister müssen hohe Flexibilität zu akzeptablen Konditionen bieten und dabei insbesondere die oben aufgeführten Punkte berücksichtigen. Factoring ist eine praktikable Finanzierungsform für die Zukunft, wenn entsprechende Angebote zu klaren Vorteilen gegenüber der Kontokorrentfinanzierung führen und rechtliche Unsicherheiten abschließend geklärt sind.

Lehrstuhl BWL V, Universität Bayreuth



Univ.-Prof. Dr. Jörg Schlüchtermann

Jörg Schlüchtermann ist seit Oktober 1996 Ordinarius für Betriebswirtschaftslehre und Inhaber des Lehrstuhls für Produktionswirtschaft und Industriebetriebslehre an der Universität Bayreuth. Er ist Mitinitiator und Leiter des bundesweit ersten Vollzeitstudiengangs Gesundheitsökonomie an der Universität Bayreuth. Seine Forschungsschwerpunkte im Bereich des Krankenhausmanagements konzentrieren sich auf die Suche nach leistungsfähigen Führungsstrukturen, mit denen effiziente Wertschöpfungsprozesse organisiert werden können.



Diplom-Gesundheitsökonomin Monika Albrecht

Monika Albrecht ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Produktionswirtschaft und Industriebetriebslehre. Sie hat an der Universität Bayreuth Gesundheitsökonomie und Produktionswirtschaft studiert. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen Krankenhausmanagement und Krankenhausprivatisierung.



Diplom-Volkswirtin Angela Schubert

Angela Schubert ist seit Dezember 2008 Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Produktionswirtschaft und Industriebetriebslehre. Sie hat an der Universität Bayreuth Volkswirtschaftslehre mit Schwerpunkt Gesundheitsökonomie studiert. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen Krankenhausmanagement und Health Technology Assessment.

An der Studiererstellung waren folgende Studierende beteiligt: Michael Bierl, Florian Krupp, Moritz May, Katja Neidhardt, Jessica Paulus, Marlena Portnicki, Julia Rösger, Martina Wagner, Janina Welcker

Roland Berger Strategy Consultants, Competence Center Pharma & Healthcare

Das Competence Center "Pharma & Healthcare" von Roland Berger Strategy Consultants ist für alle Akteure des Gesundheitswesens beratend tätig und verfügt somit über einen neutralen Gesamtüberblick über den aktuellen Stand und die weiteren Entwicklungen im Gesundheitswesen. Wir sind beratend tätig für:

- > Gesundheitspolitik (Ministerien/Verbände)
- > Leistungserbringer
- > Kostenträger
- > Pharmaunternehmen
- > Medizintechnikunternehmen

Roland Berger verfügt über eine langjährige und thematisch breite Beratungserfahrung in Krankenhäusern aller Versorgungsstufen vom Grund- und Regelversorger bis zum Universitätsklinikum. Thematisch unterstützen wir unsere Kunden im Krankenhausbereich bei Themenstellungen wie:

- > Strategie/strategische Neuausrichtung (Portfolioentwicklung, Fusionen, Kooperationen, Make-or-Buy-Entscheidungen/In-/Outsourcing, PPP bzw. Wertschöpfungspartnerschaften, Marketing/Vertrieb und Einweiser-/Kundenbindung/Key Account Management)
- > Optimierung von medizinischen und administrativen Kernprozessen von der stationären Versorgung über Ambulanzen bis hin zu OP und Intensiv, inkl. der medizinischen Dienstleister wie Radiologie, Labore und Pathologie
- > Neuaufstellung der nicht-medizinischen Servicebereiche (von Catering über Reinigung bis hin zum technischen Facility Management und der Sterilisation)
- > Sachkostenoptimierung (Standardisierung und ganzheitliches Warengruppenmanagement)

Eine vertiefende Darstellung unserer Arbeit sowie eine Übersicht über unsere Experten und Veröffentlichungen finden Sie auf unserer Internetseite www.rolandberger.com (Expertise > Industries > Healthcare bzw. Pharmaceuticals)

Ansprechpartner: Roland Berger Strategy Consultants



Dr. Joachim Kartte

Partner und Leiter des Competence Centers Pharma & Healthcare

Joachim_Kartte@de.rolandberger.com

Tel.: +49 30 39927-3475



Oliver Rong

Partner im Competence Center Pharma & Healthcare,
Leiter des Bereichs Leistungserbringer

Oliver_Rong@de.rolandberger.com

Tel.: +49 30 39927-3474

Studienteam: Roland Berger Strategy Consultants



Stefan David

Roland Berger Strategy Consultants

Stefan_David@de.rolandberger.com



Dr. Christian Raible

Roland Berger Strategy Consultants

Christian_Raible@de.rolandberger.com



Dr. Jan Schaefer

Roland Berger Strategy Consultants

Jan_Schaefer@de.rolandberger.com



Andreas Kutschker

Roland Berger Strategy Consultants

Andreas_Kutschker@de.rolandberger.com

Amsterdam
Bahrain
Barcelona
Beijing
Berlin
Brussels
Bucharest
Budapest
Casablanca
Chicago
Detroit
Düsseldorf
Frankfurt
Hamburg
Hong Kong
Istanbul
Kyiv
Lisbon
London
Madrid
Milan
Moscow
Munich
New York
Paris
Prague
Riga
Rome
São Paulo
Shanghai
Stuttgart
Tokyo
Vienna
Warsaw
Zagreb
Zurich