



Sehr geehrte Damen und Herren,

die 2. Ausgabe des W&P-HealthCareSupport ist unsere Reaktion auf zahlreiche Zuschriften, die uns mit der Bitte erreichten, diesen Anfang 2011 gestarteten Informationsservice fortzusetzen.

Die inhaltlichen Anmerkungen haben wir versucht zu berücksichtigen und freuen uns, Ihnen erneut abwechslungsreiche, interessante Beiträge bieten zu können.

Wir hoffen weiterhin, dass Ihnen diese Lektüre inhaltlichen Mehrwert bietet und wünschen Ihnen beruflichen Aktivitäten viel Erfolg.

Gustl F. Thum, Leiter Marketing/PR



ES IST ZEIT FÜR EIN EVIDENZBASIERTES MANAGEMENT IM KRANKENHAUS

Das DRG-System ist nach seiner erstmals im Jahre 2004 verpflichteten Anwendung seinen Kinderschuhen entwachsen. Die möglicherweise nicht aufwandsadäquate Vergütung für einzelne Fallgruppen war bereits bei der Einführung Gegenstand unzähliger Beiträge in der Fachpresse. Interessanterweise sind diese Schlagwörter nun wieder verstärkt in den einschlägigen Fachmedien zu finden: Vergütung von teuren Medikamenten, Anreizwirkung der Vergütung von Kurz- und Langliegern, die Auswirkungen auf die medizinische Qualität, den Einfluss von absoluten Strukturgrößen (Anzahl Betten, Fälle usw.) auf ein Krankenhaus und die aufwandsgerechte Kalkulation von seltenen und kostenintensiven Fällen. Dieses sind alles bereits vielfach aufgegriffene Stichworte, die im Folgenden – mit einem etwas anderen Ansatz – betrachtet werden sollen.

Die möglichen Kalkulationsschwierigkeiten von seltenen und kostenintensiven Fällen können an einem anschaulichen Beispiel verdeutlicht werden: Im DRG - Katalog 2010 werden 43 DRGs auf Basis von weniger als 50 Fällen kalkuliert und vergütet. Diese weisen ein \emptyset rel. Gewicht von 14,3 auf. Bei der Betrachtung aller zurückliegenden Kataloge fällt auf,



AUS MEINER SICHT...



Größe oder Stärke?

Um groß oder noch größer zu werden, muß man wachsen. Aber wo, wie und in welchem Ausmaß wachsen? Bei Menge, Preis, Ertrag, Rendite, Cash-flow, Marktanteil, also wo? Wie? Durch organisches Wachstum, Akquisition, Verdrängung, Partizipation, Innovation, Internationalisierung, etc.? Wie stark, in welchem Ausmaß - welches Wachstum ist finanziell und organisatorisch, unter Risikoaspekten verkraftbar?

Viele Fragen, keine pauschal gültigen Antworten, denn Wachstumsstrategien sind immer marktspezifisch und unternehmensindividuell. Leider ist jedoch festzustellen, dass im Rahmen einer Wachstumseuphorie die vorgenannten Fragen nicht konsequent gestellt und beantwortet werden. Die Folge davon ist häufig, dass die negativen Folgen des Wachstums die positiven Wachstumseffekte relativieren oder gar überkompensieren.

Letztlich ist Wachstum auch nur Mittel zum Zweck - um Wettbewerbsfähigkeit, Zukunftsfähigkeit und Ertragskraft zu verbessern. Dies bedeutet aus Wachstum muß Stärke resultieren - nicht mehr und nicht weniger.

Ich wünsche Ihnen die passende Wachstumsstrategie, die Ihr Unternehmen nachhaltig stärkt.

Ihr
Prof. Dr. Norbert Wieselhuber



dass ein eindeutiger statistischer Zusammenhang zwischen einer geringen Anzahl an Fällen als Kalkulationsbasis und einem hohen relativen Gewicht existiert. Entscheidend ist aber, ob die Grundlagen bzw. Rahmenbedingungen der Kostenkalkulation vergleichbar sind. Die Möglichkeit einer eingeschränkten Vergleichbarkeit nimmt mit einer abnehmenden Anzahl an Kalkulationsteilnehmern für eine bestimmte Fallgruppe zwangsläufig ab.

Dies ist auch einer der Gründe warum strategische Entscheidungen auf der Basis einer ausschließlichen Kosten-Erlös-Betrachtung für Fallgruppen mit sehr geringen Fallzahlen nicht zielführend sind. Synergieeffekte auf andere

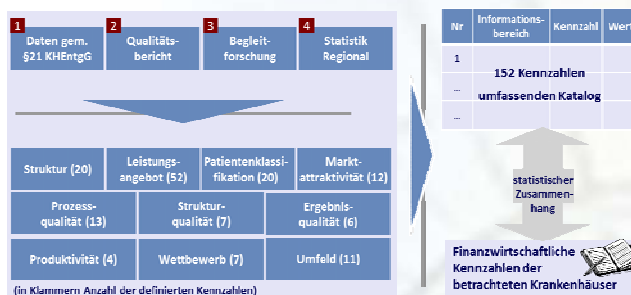


Abbildung: Datenquellen je Krankenhaus und die daraus resultierenden Informationsbereiche

Leistungen sind ebenso zu berücksichtigen, wie auch beispielsweise die bessere Auslastung von Infrastruktur oder der Aufbau von medizinischer Reputation. Diese Effekte können lediglich bei einer Betrachtung des gesamten Leistungsspektrums zusammen mit dem wirtschaftlichen Ergebnis berücksichtigt werden, d.h. bei einer „Totalbetrachtung“.

Dies kann in Anlehnung an ein Evidence based Management (EbM) erfolgen. Was für die Medizin gilt, sollte auch für Managemententscheidungen gelten. Das tägliche Handeln basiert vor allem auf altbewährten Arbeitsweisen und Erfahrungen. Es wird selten neu überdacht und überprüft. Bei EbM handelt es sich zum einen um die kritische Hinterfragung bestehender Konzepte und Instrumente. Neue Erkenntnisse werden aufbereitet und als Basis für die Entwicklung neuer Handlungsoptionen verwendet. Wie auch in der Medizin stellt sich dabei die Frage nach dem „Goldstandard“, also ob es statistisch signifikante Zusammenhänge zwischen Ursachen und Wirkungen gibt. Sie dient vor allem dafür, neues Wissen zu generieren und alte Entscheidungen und Praktiken neu zu überdenken.

Die angesprochenen, in der Fachpresse aufgegriffenen, Kritikpunkte lassen sich quantifizieren und anhand der medizinischen Leistungsdaten vergleichbar darstellen.

Es wurden die medizinischen Leistungsdaten gem. § 21 KHEntg von 36 „vergleichbaren“ Krankenhäusern für eine statistische Analyse berücksichtigt. Nach einer umfassenden Recherche von Studien zu den Stichworten wurde ein Katalog mit 152 Kennzahlen auf der Basis von medizi-

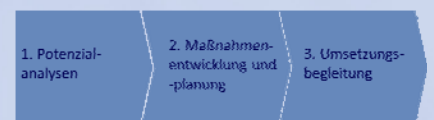
HEALTH CARE NEWS

POTENZIALANALYSEN

Die Vorgabe einer ausreichenden Zielrentabilität ist Bestandteil des jährlichen Planungsprozesses in Krankenhäusern. Die Erreichung der Zielrentabilität ist notwendig, um die Investitionsfähigkeit sicherzustellen.

Die angestrebte Zielrendite erfordert einen Beitrag aller Fachabteilungen. In der Regel findet aber eine „Quersubventionierung“ innerhalb eines Krankenhauses statt. Derartige Strukturen haben sich vielfach in der Vergangenheit verfestigt und werden bereits als gegeben hingenommen.

Zumeist liegen die Problemfelder intern und es ist die Aufgabe der Unternehmensleitung sicherzustellen die Strukturen zu schaffen, dass sämtliche Kliniken ihren Beitrag zur Erreichung der Zielrentabilität leisten.



W&P unterstützt Kliniken und ihre Entscheidungsträger bei der Identifizierung von Potenzialen zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit.

Durch ein transparentes Erfolgscontrolling und professionelles Projektmanagement können diese dann gemeinsam mit den Mitarbeitern nachhaltig realisiert werden.



nischen Leistungsdaten und öffentlich zugänglichen Vergleichsdaten je betrachtetes Krankenhaus und je Kalenderjahr definiert. Als finanzwirtschaftliche Zielgröße wurden die Umsatzrentabilität und die Cash-flow-basierte Einnahmenüberschussquote der Krankenhäuser berücksichtigt.

Im Einzelnen konnten dabei signifikante Beobachtungen gemacht werden:

- Für die Krankenhäuser der Datenbasis konnte festgestellt werden, dass solche Krankenhäuser, deren medizinische Leistungen mit einem überdurchschnittlich hohen Ressourcenverbrauch verbunden sind, eine unterdurchschnittliche wirtschaftliche Lage aufweisen.
- Ist allerdings der Ressourcenverbrauch durch operative Eingriffe induziert, konnte ein positiver Einfluss auf die wirtschaftliche Lage ermittelt werden.
- Allerdings weist auch eine starke Streuung der medizinischen Schwere der Patientenfälle auf eine unterdurchschnittliche wirtschaftliche Lage hin.
- Eine Fachabteilung mit geringer Fallzahl bzw. eine ungleiche Verteilung der Fallzahlen in den einzelnen Fachabteilungen hat ebenfalls einen negativen Effekt auf die wirtschaftliche Lage.
- Ein überdurchschnittlich hoher Anteil an Fällen, die vor der unteren Grenzverweildauer der jeweiligen DRG entlassen werden, hat ebenfalls einen negativen Einfluss auf die wirtschaftliche Lage. Umgekehrt hat ein hoher Anteil an Langliegern keine statistisch signifikante Auswirkung auf die wirtschaftliche Lage.
- Auffällig ist, dass mit Ausnahme einer Kennzahl, die den Anteil der Fälle quantifiziert, die vor der unteren Grenzverweildauer entlassen werden, für keine weitere Kennzahl aus dem Bereich der Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität ein Zusammenhang mit den beiden finanzwirtschaftlichen Kennzahlen ermittelt werden konnte.
- Für die betrachteten Krankenhäuser konnte ebenso kein signifikant Zusammenhang zwischen absoluten Strukturkennzahlen, welche die Größe eines Krankenhauses beschreiben (beispielsweise Anzahl Fälle, Anzahl Fachabteilungen usw.), und der wirtschaftlichen Lage ermittelt werden. Die vielfach aufgestellte Hypothese, nach der die Größe eines Krankenhauses Einfluss auf dessen wirtschaftliche Lage hat, konnte mit den vorliegenden Daten nicht bestätigt werden.

Die Transparenz über das wirtschaftliche Ergebnis einzelner kostenintensiver Fälle ist notwendig und ist mit den entsprechenden Methoden herzustellen. Der Einfluss dieser Fallgruppen, mit den Rückkopplungs-

W&P IN DEN MEDIEN

ZIVILDIENTST

- ABSCHIED OHNE SCHRECKEN

Die Aussetzung der Wehrpflicht zum 1. Juli 2011 bedeutet auch das Aus für den Zivildienst.



Diese stellt für Krankenhäuser eine große Herausforderung dar, denn etwa 13.400 Zivildienststellen entfallen, die es zu kompensieren gilt. In einer Studie wurden mögliche Auswirkungen auf die Patientenversorgung und die wirtschaftliche Lage berechnet und qualitativ bewertet.

In Abhängigkeit einer erfolgreichen Umsetzung des Bundesfreiwilligendienstes – hier wurden drei Szenarien unterstellt – belaufen sich die Mehrbelastungen für die Krankenhäuser je Patient zwischen 1,7 und 4 Euro.

Die Möglichkeiten des Bundesfreiwilligendienstes (BFD) müssen in Zukunft aktiv genutzt werden, denn es werden weniger Freiwillige als Zivildienstleistende zur Verfügung stehen. Die Planbarkeit für die Einrichtungen wird gegenüber dem Zivildienst abnehmen.

Aus diesem Grunde werden die geleisteten Tätigkeiten im Rahmen des BFD einen echten sozialen Mehrwert darstellen, denn: Tendenziell handelt es sich dabei um „Add-On“ Tätigkeiten.

Bei Interesse am Artikel, bitte Email an thum@wieselhuber.de



effekten bei einer quantitativen Anpassung dieser Fallgruppen, ist zu berücksichtigen.

Auch wenn die dargestellte empirische Untersuchung nicht als repräsentativ angesehen werden kann, sollten die Ergebnisse Anlass für eine kritische Reflektion sein und in Anlehnung an ein EbM die eigene Strategie bzw. die Planung kritisch zu überprüfen: In welchen Bereichen halten die Strategie und die medizinische Ausrichtung einer empirischen Überprüfung stand? Gibt es im medizinischen Leistungsangebot begründet – ergänzend zu den extern vorgegebenen Rahmenbedingungen – Ursachen für die wirtschaftliche Lage eines Krankenhauses?

Das „Management“ eines Krankenhauses wird zunehmend komplexer. Sich kontinuierlich verändernde Rahmenbedingungen erfordern auch eine kontinuierliche Anpassung des Managements. In einem Verdrängungswettbewerb reicht es nicht mehr aus „ein“ medizinisches Leistungsangebot zu vorzuhalten. Nur das „regional richtige“ Leistungsangebot in den richtigen Kostenstrukturen sichert den langfristigen Bestand eines Krankenhauses.

Autor: Dr. Frank Schmitz, Leiter Health Care



W&P-UNTERNEHMER-FORUM 2011 „UNTERNEHMENSARCHITEKTEN“

In turbulenten Zeiten mit teilweise radikalen Umbrüchen auf den globalen Kapital-, Finanz- und Produktmärkten, sehnen sich die Menschen nach Strukturen und Prozessen, die Stabilität, Solidität und Nachhaltigkeit kennzeichnen. Die Architektur kann hier als Metapher dienen, die dieser Sehnsucht Form gibt.



Mit unserem Unternehmer-Forum 2011 „Unternehmensarchitekten“ am 27. Oktober 2011 wollen wir einige der herausragenden Unternehmensarchitekten der deutschen Wirtschaft präsentieren.

Es referieren u.a. Dr. Dr. P. Bettermann (Freudenberg-Gruppe), D. Schnabel (Helm AG), Dr. W. Wolf (Bitburger Braugruppe), H.-G. Härter (ZF Friedrichshafen AG), Prof. Dr. W. Hermann (TU München). In einer abendlichen Podiumsdiskussion wird die Themenstellung „Komplexe Aufgaben perfekt und kreativ lösen“ von namhaften Persönlichkeiten aus Architektur, Sport, Militär und Medizin besprochen.

Nähere Informationen zur Veranstaltung am 27. Oktober 2011 finden Sie unter www.wieselhuber.de/de/veranstaltungen.

W&P NEWS

9. BANKER'S CLUB

Auch in diesem Jahr lud W&P wiederum die Sanierungsverantwortlichen Vorstände der größten deutschen Kreditinstitute zum zweitägigen Gedankenaustausch auf Schloß Bensberg ein. Das mittlerweile zum 9. Mal stattfindende Gipfeltreffen deutscher Banker wurde durch den namhaften Neurologen und Bestseller-Autor Prof. Hüther aus Göttingen zum Thema „Den Übergang meistern: von der Ressourcennutzung zur Potenzialfaltung“ eingeleitet und am zweiten Tag durch Dr. Labes mit dem Trendthema „Bionik – wie Unternehmen von der Natur lernen können“ abgeschlossen.



SOMMERLOUNGE 2011

Auf Initiative von W&P lud die sogenannte Junge Gruppe der CSU-Landtagsfraktion Mitte Juli zur SommerLounge 2011 in die Arkaden des Bayerischen Landtages ein.

In entspannter Atmosphäre kamen mehr als 350 junge Entscheidungsträger aus Politik, Wirtschaft, Wissenschaft und Kultur zum ungezwungenen Gedankenaustausch. W&P trat als Sponsor des Events auf.





OPS 9-20: ERLÖSE AB 2012 SICHERN DURCH DOKUMENTATION HOCHAUFWENDIGER PFLEGE

Seit Einführung des Fallkostenpauschalsystems in Deutschland wird Kritik laut, dass die zu Grunde liegenden Kataloge ausschließlich ärztliche Leistungen enthalten. Pflegerische Aufwände hingegen würden im Rahmen der Abrechnung nicht oder nur unzureichend berücksichtigt werden. Gleichzeitig verzichten Krankenhäuser seit Jahren einen stetigen Abbau von Vollzeitstellen in der Pflege.



Um diesem Verlauf entgegenzuwirken und als Reaktion deutschlandweiter Proteste gegen den Personalabbau wurde auf gesundheitspolitischer Ebene ein Aktionsbündnis zur Förderung der Pflege initiiert. Dieses ist als Sofortmaßnahme im Krankenhausentgeltgesetz verankert und sah vor, in den Jahren 2009 bis 2011 bis zu 17.000 zusätzliche Vollzeitstellen in der Pflege aufzubauen und zu 90 Prozent durch die Krankenkassen zu finanzieren. Nach Ablauf des Förderprogrammes im Jahre 2012 soll eine Anschlussfinanzierung der Stellen über das DRG-System erfolgen und die finanziellen Mittel gezielt dort hinfließen, wo hochaufwendige Pflege erbracht wird.

Seit Januar 2010 können Krankenhäuser die Leistungen von pflegerisch hochaufwendigen Patienten über einen eigenen Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) kodieren und in die Fallkostenkalkulation einbringen. Im Rahmen der Entwicklung wurden drei unterschiedliche OPS 9-20 Codes definiert, die je nach Altersstufe des Patienten zum Tragen kommen. Die drei Codes gliedern sich wie folgt:

Bezeichnung	Altersstufe
OPS 9-200 Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	Ab Beginn des 19. Lebensjahres
OPS 9-201 Hochaufwendige Pflege von Kindern und Jugendlichen	Ab Beginn des 7. bis Ende des 18. Lebensjahres
OPS 9-202 Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern	Ab Beginn des 2. bis Ende des 6. Lebensjahres

Abbildung 1: Übersicht der OPS 9-20 Codes

Innerhalb des OPS 9-20 gibt es verschiedene Abstufungen, die sich nach einem Punktesystem richten. Diese Punkte werden für den Patienten über ein ausgelagertes Instrument generiert, welches als Pflegekomplexmaßnahmenscore (PKMS) bezeichnet wird. Der PKMS besteht aus einer Kombination von Gründen für Hochaufwendigkeit und pflegerische Maßnahmen, aufgeteilt in die fünf Leistungsbereiche Körperpflege, Ernährung, Ausscheidung, Bewegung/Mobilisation und Kommunikation. Für jeden Tag der Verweildauer können in diesen Leistungsbereichen pro Patient maximal 13 Punkte erreicht werden. Entscheidend ist jedoch

W&P-PUBLIKATION

W&P UNTERNEHMERPANEL - UNTERNEHMER-MARKEN PRÄGEN MÄRKTE

Man kennt sie eher aus dem Konsumgüterbereich, auf Grund der unmittelbaren Begegnung mit der Marke wie bspw. Brandt Zwieback, Veltins, Bogner, bulthaup oder Miele. Aber auch in konsumfernen Märkten, den B2B Branchen, haben Marken wie Viessmann, Kärcher, Karl Storz oder Braun einen hohen Stellenwert für Absatzmittler, Käufer und Verwender. Auch der Handel - zum Beispiel Otto, Fielmann, Schlecker, Berner - und Dienstleister wie Dussmann, Ferchau, Käfer, Klett oder Holtzbrinck werden von der Marke geprägt. Hinter diesen stehen Menschen, die mit ihrem Namen für Leistungen, Auftreten und Verhalten gegenüber Kunden, Lieferanten, Kapitalgebern und Mitarbeitern stehen. Doch welche Besonderheiten, Herausforderungen und Wechselwirkungen ergeben sich aus der Identität zwischen Person und Marke? Erstmals hat Dr. Wieselhuber & Partner (W&P) mit dem Unternehmer-Panel „Unternehmer prägen Marken“ bei führenden Familienunternehmen nachgefragt – und die Befragten sind sich einig: Markenmanagement bei Unternehmer-Marken ist absolute Chefsache.



Bei Interesse an der Studie wenden Sie sich bitte an thum@wieselhuber.de



die Aufwandspunktzahl am Ende der Verweildauer. Ab einer insgesamt erreichten Punktzahl von 43 erfolgt die Einstufung des Patienten in den entsprechenden OPS 9-20. Die höchste OPS Stufe beginnt ab 158 Punkten. Die Erreichung der PKMS Punkten ist immer abhängig von Gründen für Hochaufwendigkeit in Kombination mit bestimmten Maßnahmenpaketen.

Dabei spielt die Häufigkeit der täglich erbrachten pflegerischen Maßnahmen eine entscheidende Rolle. Eine detaillierte Dokumentation der Gründe für Hochaufwendigkeit und der entsprechend erbrachten pflegerischen Leistungen ist also in jedem Fall erforderlich.

Relevanz

Angestrebte Ziele der Pflege OPS Einführung sind zum einen die Schaffung und die nachhaltige Finanzierung von Vollzeitstellen im Pflegebereich. Zum anderen soll ein Paradigmenwechsel in der Betrachtung und Finanzierung des Berufsstandes der Pflege in deutschen Krankenhäusern erfolgen: Vom vielfach bezeichneten „Kostenfaktor“ hin zum Erlösfaktor. Fakt ist, dass der OPS 9-20 zusammen mit seinem ausgelagerten Dokumentationsinstrument – dem PKMS – im DRG-Katalog bleiben wird und die Notwendigkeit der Kodierung bestehen bleibt. Damit wird der aktuelle Handlungsbedarf für die Kliniken deutlich.

Wie konkret die monetären Auswirkungen ab 2012 für die einzelnen Häuser sein werden, ist derzeit noch offen. Auch ist bisher unklar, ob eine Erlöswirksamkeit durch die Implementierung in den Fallpauschalenkatalog oder über Zusatzentgelte erfolgen wird. Offizielle Angaben diesbezüglich werden Ende dieses Jahres erwartet. Laut § 4 Absatz 10 KHEntG haben die Vertragsparteien auf der Bundesebene das DRG-Institut zu beauftragen, ab dem Jahr 2012 die bis dahin hausindividuellen Budgetbestandteile (gemäß Pflegeförderprogramm) zielgerichtet im Rahmen der DRG-Vergütung den Bereichen zuzuordnen, die einen erhöhten pflegerischen Aufwand aufweisen. Dieses ist mit einer lückenlosen Dokumentation der pflegerischen Leistungen von ausgewiesenen PKMS-Patienten darzustellen.

Die Höhe der Erlöse wird sich wahrscheinlich nach der erreichten Anzahl der PKMS-Aufwandspunkte bzw. nach der erreichten OPS 9-20 Stufe und der Altersklasse der Patienten richten. Zur Verdeutlichung soll die Abbildung 2 dienen. Anders als vielfach diskutiert ist für eine Erlösrelevanz ab 2012 bereits eine differenzierte PKMS-Dokumentation des aktuell laufenden Jahres vonnöten. Werden die Leistungen erst in 2012 erhoben und eingereicht, ist mit Abschlägen zu rechnen. Kann nicht nachgewiesen werden, dass die Leistungen bereits in 2011 Bestandteil der Behandlungen waren, betrachten die Kostenträger diese als Mehrleistungen. Wird der zusätzliche Betrag für Neuein-

W&P IN DEN MEDIEN

TRANSPARENZ FÜR MEHR WIRTSCHAFTLICHKEIT

Voraussetzung für die Entwicklung des medizinischen Leistungsangebotes am Beispiel der Blutstammzelltherapie



Die Refinanzierung der Infrastruktur - insbesondere bei kostenintensiven Behandlungen - wird auch für Universitätskliniken ein immer wichtigeres Thema. Daher müssen kostenintensive Leistungen nicht nur auf ihre Wirtschaftlichkeit hin überprüft, sondern auch die wirtschaftlich notwendigen Auslastungsgrade ermittelt werden.

Diese Grundlage ist der erste Schritt in der Formulierung einer strategischen Entwicklung des medizinischen Leistungsspektrums. Sofern die notwendige Auslastung nicht realistisch erzielt werden kann, ist über die Abgabe der Leistung an umliegende Einrichtungen nachzudenken. Am Beispiel der Blutstammzellherstellung wird dies im Folgenden anhand der Prozesskostenbetrachtung dargestellt und die Nutzenpotenziale aufgezeigt. Transparenz ist hierbei eine Grundvoraussetzung, um im Sinne einer strategischen Entwicklung des medizinischen Leistungsspektrums die Leistungen auszubauen, welche zukünftig wirtschaftlich zu erbringen sind.

Bei Interesse am gesamten Artikel wenden Sie sich bitte an thum@wieselhuber.de



stellungen, Personalaufstockungen oder neuer Arbeitsorganisationsmaßnahmen nicht umgesetzt, so ist der Anteil gemäß § 4 KHEntgG entsprechend zurückzuzahlen.

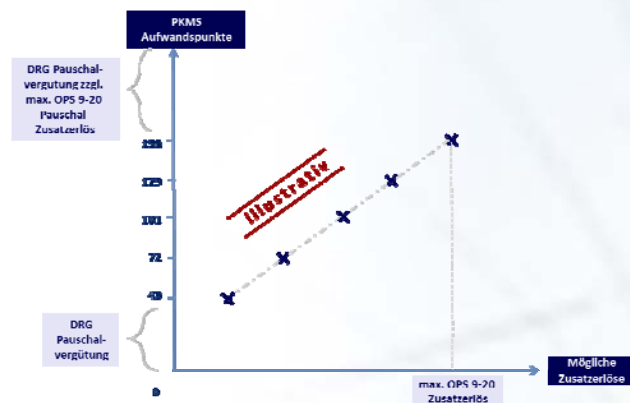


Abbildung 2: Verhältnis von PKMS Aufwandspunkten und möglichen Erlösen

Derzeit gibt es noch keine bundesweite Statistik über die tatsächliche Anzahl der PKMS relevanten Patienten. Rückmeldungen von Kliniken und Befragungen von Pflegedirektoren und Medizincontrollern zufolge können jedoch zwischen 0,5% und 2,5% der Patienten mit dem PKMS kodiert werden. Ausgehend von den Patientenzahlen des Jahres 2009 wären das in Deutschland etwa zwischen 91.000 und 455.000 Fälle. Kliniken sind grundsätzlich angehalten, die zukünftigen inhaltlichen und strukturellen Entwicklungen bezüglich Pflege OPS zu verfolgen, da es offizielle Angaben seitens des Deutschen Pflgerates und InEKs zur Erlösrelevanz geben wird und sich Geltungsbereiche des PKMS möglicherweise zugunsten weiterer Patientenklentels verändern werden.

Vor dem Hintergrund steigender Patientenzahlen und zunehmender Fallschwere ist die Einführung eines eigenen Pflege OPS mit Erlöswirksamkeit im DRG System grundsätzlich zu begrüßen. Krankenhäuser mit der entsprechenden pflegerisch hochaufwendigen Patientenklentel sind in jedem Fall aufgefordert, ihre Leistungen baldmöglichst nach PKMS zu kodieren, um sich die entsprechenden Mehrerlöse zu sichern. Die Komplexität des Scores führt vielfach zu Missverständnissen, Fehlinterpretationen und unzureichender bzw. fehlerhafter Kodierung. Differenzierte Informationsveranstaltungen für Führungskräfte aus dem kaufmännischen und pflegerischen Bereich, sowie strukturierte Schulungen auf Multiplikatoren- bzw. Anwenderebene sind unvermeidlich, um eine fachgerechte interne Umsetzung des Scores zu gewährleisten.

Zusammenfassend lautet die Empfehlung: Alle Häuser mit PKMS-relevanten Patienten sollten baldmöglichst mit einer fachlich korrekten PKMS Dokumentation beginnen, um sich die entsprechenden Mehrerlöse zu sichern.

Autorin: Lisa Peters, Beraterin Health Care

W&P NEWS

NEUER NEWSLETTER RESTRUCTURING & FINANCE

Nicht nur das wirtschaftliche und politische Umfeld, auch die Anforderungen an Layout und Struktur sind einem laufenden Wandel unterworfen. Im achten Jahr unseres bisherigen Newsletters "Sanierung und Insolvenz" tragen wir diesen Anforderungen durch eine ganzheitliche Neugestaltung Rechnung und freuen uns, Ihnen den aktuellen Newsletter "Restructuring & Finance" vorstellen zu dürfen.



Inhalte sind u.a.

- Die letzte Krise war die schlimmste
- Anforderungen an das Geschäftsmodell der Zukunft
- Krisenherd Krankenhaus
- Internationale Finanzierung
- Debt-to-Equity-Swaps aus Sicht der Banken
- Standard-Mezzanine als Hemmschuh der erfolgreichen Unternehmenssanierung?
- Begebung einer Anleihe über die Börse
- Landesbürgschaften
- Erfahrungsbericht des Kreditmediators Deutschland
- Anfechtbarkeit von Sanierungsbeiträgen der öffentlichen Hand

Den gesamten R&F-Newsletter finden zum Download unter http://www.wieselhuber.de/lib/public/files/WP_Restructuring_Finance_2011.pdf



RECHTSSICHERHEIT BEI DER GRÜNDUNG UND DEM BETRIEB VON PRIVATKLINIKEN DURCH PLANKRANKENHÄUSER

Mit Beschluss vom 21.04.2011 (III ZR 114/10) und vom 23.08.2011 (I ZR 155/10) hat der Bundesgerichtshof (BGH) entschieden, dass Plankrankenhäuser grundsätzlich berechtigt sind, als Alleingesellschafter eine Privatklinik GmbH zu betreiben. Gleichzeitig wurde klargestellt, dass diese Privatklinik auch dann nicht den Bestimmungen des Krankenhausentgeltrechts unterliegt, wenn die Patienten mit Hilfe der apparativen Ausstattung und unter Einsatz von Ärzten des Plankrankenhauses behandelt werden.



Damit hat der BGH festgestellt, dass eine Privatklinik, die nicht in den Krankenhausplan aufgenommen und somit nicht zur stationären Versorgung von gesetzlich versicherten Patienten zugelassen ist, berechtigt ist, ihre Preise in den Grenzen der §§ 134, 138 BGB (Sittenwidrigkeit) frei zu bestimmen und höher abzurechnen, als es nach dem Krankenhausentgeltrecht zulässig wäre. Die lange währende Unsicherheit hinsichtlich der Ausgestaltung und Organisation von Privatkliniken, die als Tochtergesellschaft eines Plankrankenhauses gegründet werden, ist somit beseitigt.

Der PKV-Verband hatte dieses Vorgehen von Plankrankenhäusern seit geraumer Zeit hart bekämpft und behauptet, durch diese sog. Ausgründungen werde das Krankenhausentgeltrecht rechtsmißbräuchlich umgangen. Zahlreiche Träger von Privatkliniken wurden vom PKV-Verband verklagt. Die privaten Versicherungen weigerten sich regelmäßig, ihren Versicherungsnehmern die Differenz zu dem Entgelt zu erstatten, dessen Abrechnung nach dem Krankenhausentgeltgesetz zulässig gewesen wäre und empfahlen diesen sogar, die Rechnungen nicht zu bezahlen oder unterstützten sie in Gerichtsverfahren gegen die Privatkliniken. Die Privatkliniken mussten ihre Forderungen dann entweder abschreiben oder im Wege des Inkassos eintreiben.

Diesem Vorgehen hat der BGH nun eine Absage erteilt und festgestellt, dass es keine gesetzliche Regelung gibt, die eine Gründung von Privatkliniken durch Plankrankenhausträger verbietet. Da Privatkliniken regelmäßig nicht gefördert würden und deshalb auf einer anderen wirtschaftlichen Grundlage zu kalkulieren hätten als Plankrankenhäuser, sei es auch legitim, dass sie ihre Preise frei bestimmen dürften. Voraussetzung sei, dass die Privatklinik personell, räumlich und organisatorisch eigenständig ist. Die Mitnutzung der Infrastruktur und Ressourcen des Plankrankenhauses durch die Privatklinik beeinflusse diese rechtliche Selbständigkeit der Privatklinik nicht. Ein Krankenhaus müsse in der La-

W&P IN DEN MEDIEN

LIEFERANTENKREDITE SIND OFT DIE GÜNSTIGERE BANK

Die Industrie boomt und freut sich über steigende Absatzzahlen. Doch für viele Unternehmen steht damit auch eine entscheidende Frage im Raum: Wie soll dieser Wachstumsschub finanziert werden? Die Krisenjahre haben Spuren in den Bilanzen hinterlassen, eine Kreditausweitung ist oft teuer. Mit einem Kredit beim Lieferanten können Wachstumshürden in der Finanzierung bestens überwunden werden.



Es gehört in Deutschland immer noch zum guten Ton, Skontierungsbedingungen einzufordern und im Rahmen der Kontofristen zu bezahlen - teils sind es versteckte Rabatte. Doch dabei lassen sich Unternehmen erhebliche Finanzierungspotenziale entgehen. Dass es auch anders geht, zeigen beispielsweise die großen Handelsketten: Sie arbeiten häufig mit negativem Working Capital. Das heißt, die Abverkaufszeiten ihrer Produkte sind deutlich geringer als die Lieferantenziele - teilweise liegen Zahlungsziele über 100 Tage. Effekt: Eine hohe Cash-Position, die dazu führt, dass aus der Innenfinanzierung heraus das Wachstum bewältigt wird.

Bei Interesse am gesamten Artikel wenden Sie sich bitte an thum@wieselhuber.de



ge sein, jederzeit die ausreichende medizinische und pflegerische Versorgung der Patienten zu gewährleisten. Diese Leistungen müssten aber nicht vollständig von „eigenem“ Personal und mit „eigenen“ Apparaturen erbracht werden. Notwendig sei lediglich, dass diese Leistungen auf „rechtlich sicherer Grundlage“ jederzeit abrufbar seien. Dies sei im Übrigen schon Voraussetzung für den Erhalt der für den Betrieb einer Privatklinik erforderlichen Konzession nach § 30 Gewerbeordnung.

Ein Ergebnisabführungsvertrag sei in diesem Zusammenhang ebenso unschädlich wie die Tatsache, dass der Geschäftsführer der Privatklinik gleichzeitig im Plankrankenhaus angestellt ist. Auch der Hinweis auf die Gefahr einer Steuerung von Privatpatienten in die „teurere Privatklinik“ durch entsprechende Hinweise der Ärzte überzeugte den BGH nicht. Die Ärzte seien verpflichtet, die Patienten darauf hinzuweisen, dass die Kosten für die Behandlung ggf. nicht von der Versicherung übernommen würden. Zu beachten ist allerdings, dass das Plankrankenhaus seinen durch den Krankenhausplan zugewiesenen Versorgungsauftrag weiterhin erfüllen muss und nach dem legislativen Vorbild auch Selbstzahler und Privatpatienten behandeln muss.

Im Ergebnis hat der BGH klargestellt, dass es Aufgabe der Aufsichtsbehörde ist, zu prüfen, ob die Leistungsbeziehungen zwischen dem Plankrankenhaus und der "ausgegründeten" Privatklinik in räumlicher, personeller und organisatorischer Hinsicht klar genug abgegrenzt sind, damit es nicht zu einer Quersubventionierung der Privatklinik mit öffentlichen Fördergeldern kommt. Es gehe hingegen nicht an, dass der PKV-Verband auf dem zivilrechtlichen Wege über den Gedanken einer „Umgehung“ der ordnungspolitischen Zielvorstellungen des Gesetzgebers eine Privatklinik vergütungsrechtlich in ein Plankrankenhaus umfunktioniert.

Die Entscheidungen sind zu begrüßen, da sie die Rechtsbeziehungen der Beteiligten ins rechte Licht rücken. Solange die genannten Voraussetzungen erfüllt werden

- vertraglich abgesicherte rechtliche, personelle und organisatorische Eigenständigkeit der Privatklinik
- dauerhafte Erfüllung des zugewiesenen Versorgungsauftrags durch das Plankrankenhaus
- Aufklärung des Patienten über die zusätzlichen Kosten sowie Wahlfreiheit

ist gegen diese Modelle nichts einzuwenden. Dem Versuch des PKV-Verbandes, sich in die Rechtsbeziehungen zwischen Privatklinik und Patienten einzumischen, ist damit vorerst eine Absage erteilt worden.

*Autorin: Dr. Dominique Jaeger, Fachanwältin für Medizinrecht,
M&P - Dr. Matzen & Partner*

W&P IN DEN MEDIEN

MIT NEUEM AUTO AM START— W&P UNTERSTÜTZT AKM

W&P hat ein neues Fahrzeug für die Stiftung Ambulantes Kinderhospiz München (AKM) als einer der Hauptsponsoren mitfinanziert. Im Rahmen eines Sommerfestes wurde jetzt das Auto seitens der Sponsoren an das Gründerehepaar Bronner übergeben. Das AKM wurde 2004 gegründet, um Familien mit schwerst- oder unheilbar kranken Kindern umfassend und qualifiziert helfen zu können: Ohnmachtsgefühle, die Sorgen um das Wohlbefinden des erkrankten Kindes, das Gefühl, die Geschwisterkinder zu vernachlässigen - die psychische Belastung aller Familienmitglieder durch diese Situation kann zur Zerreißprobe werden.



Mittlerweile verfügt der Dienst über einen festen Stamm von sogenannten „Familienbegleitern“, die für das direkte Umfeld des erkrankten Kindes als Ansprechpartner fungieren. Sie versuchen Geborgenheit und Wohlbefinden zurückzugeben und Ängste zu lindern.

„Beeindruckend, mit welcher intensiven persönlichen Zuwendung die Mitarbeiter der Stiftung den jeweiligen Familien die ohnehin belastende Situation zu erleichtern versuchen.“, so Gustl F. Thum, Leiter Marketing/PR, der W&P bei der Übergabe des Autos an die Stiftung vertrat.



Dr. Wisselhuber & Partner (W&P) ist eine unabhängige, branchenübergreifende Top-Management-Beratung für Familienunternehmen sowie öffentliche Institutionen. Im Fokus der Beratungsleistung stehen die unternehmerischen Gestaltungsfelder Strategie und Innovation, Führung und Organisation, Marketing und Vertrieb, Produktentstehung und Supply Chain, sowie die nachhaltige Beseitigung von Unternehmenskrisen durch Restrukturierung und Finance. Mit Büros in München, Düsseldorf und Hamburg bietet Dr. Wisselhuber & Partner seinen Kunden umfassendes Branchen- und Methoden-Know-how und zeichnet sich vor allem durch seine Kompetenz im Spannungsfeld von Familie, Management und Unternehmen aus.

Als unabhängige Top-Management-Beratung vertreten wir einzig und allein die Interessen unserer Auftraggeber zum Nutzen des Unternehmens und seiner Stakeholder. Wir wollen nicht überraschen, sondern geprägt von Branchenkenntnissen, Methoden-Know-how und langjähriger Praxiserfahrung überzeugen. Und dies jederzeit objektiv und eigenständig.

Unser Anspruch ist es, Wachstums- und Wettbewerbsfähigkeit, Ertragskraft und Unternehmenswert unserer Auftraggeber nachhaltig sowie dauerhaft zu steigern.

STRATEGIE & INNOVATION

ORGANISATION & FÜHRUNG

MARKETING & VERTRIEB

PRODUKTENTSTEHUNG

SUPPLY CHAIN MANAGEMENT

RESTRUCTURING & FINANCE



Dr. Wisselhuber & Partner GmbH

Unternehmensberatung

info@wieselhuber.de

www.wieselhuber.de