

Leicht gekürzte Fassung



## Gesundheitspolitisches Kolloquium

# Krankenhäuser oder kranke Häuser? Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser: Ergebnisse aus dem Krankenhaus Rating Report 2013

22. Januar 2014

*Dr. Boris Augurzky*



# AGENDA

**Bestandsaufnahme**

**Ausblick**

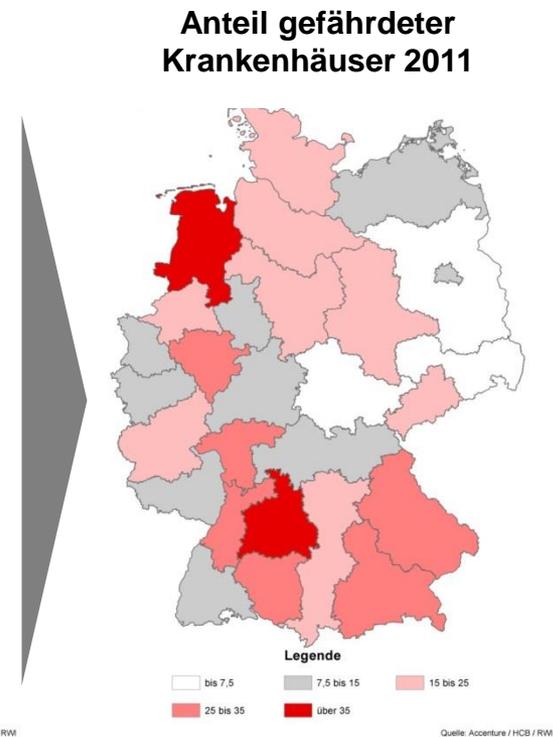
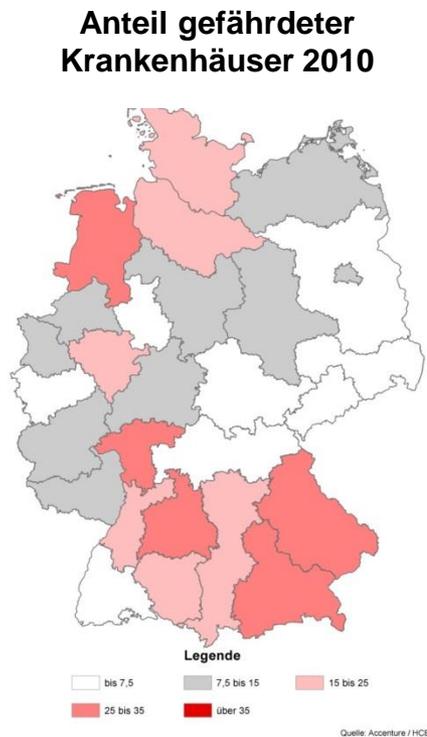
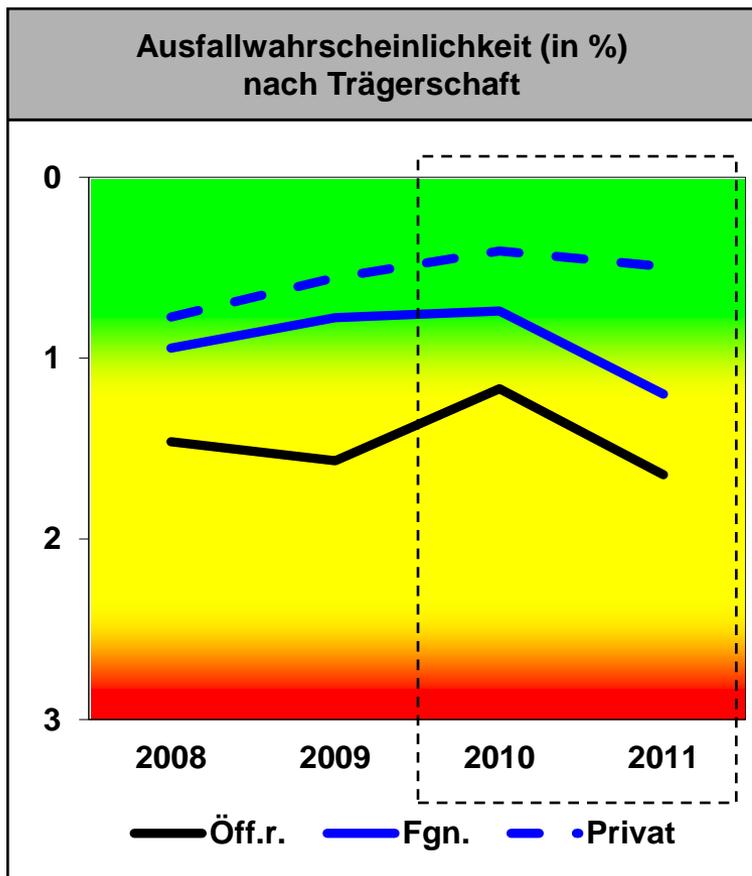
**Auffälligkeiten**

**Was machen andere?**

**Was macht Bremen?**

# Generell Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser 2011

## In keiner Region Verbesserung der Lage



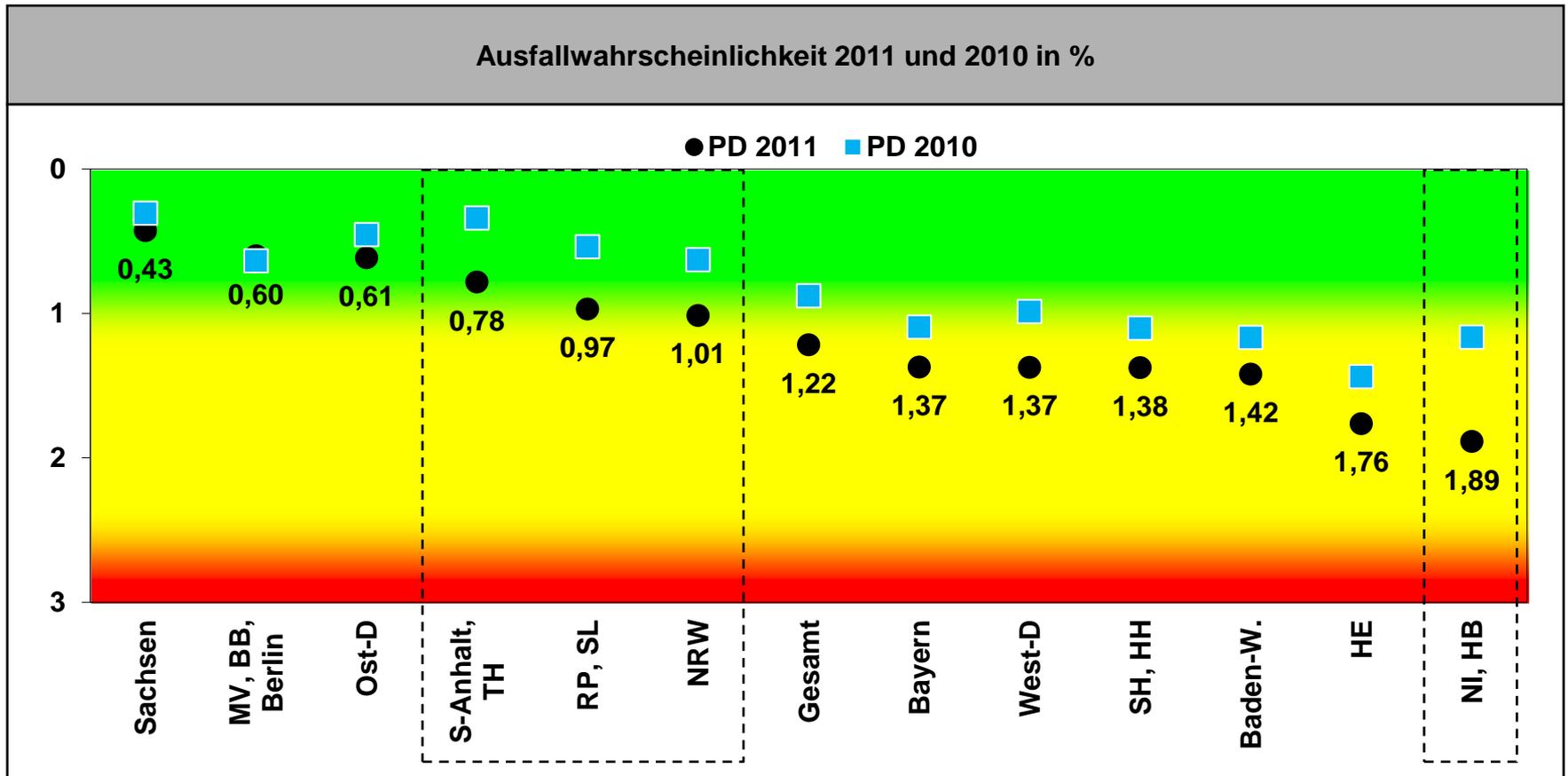
### Weitere Zuspitzung 2012

Anmerkung: Anteil gefährdet = Anteil im roten Bereich zzgl. 50% des Anteils im gelben Bereich.

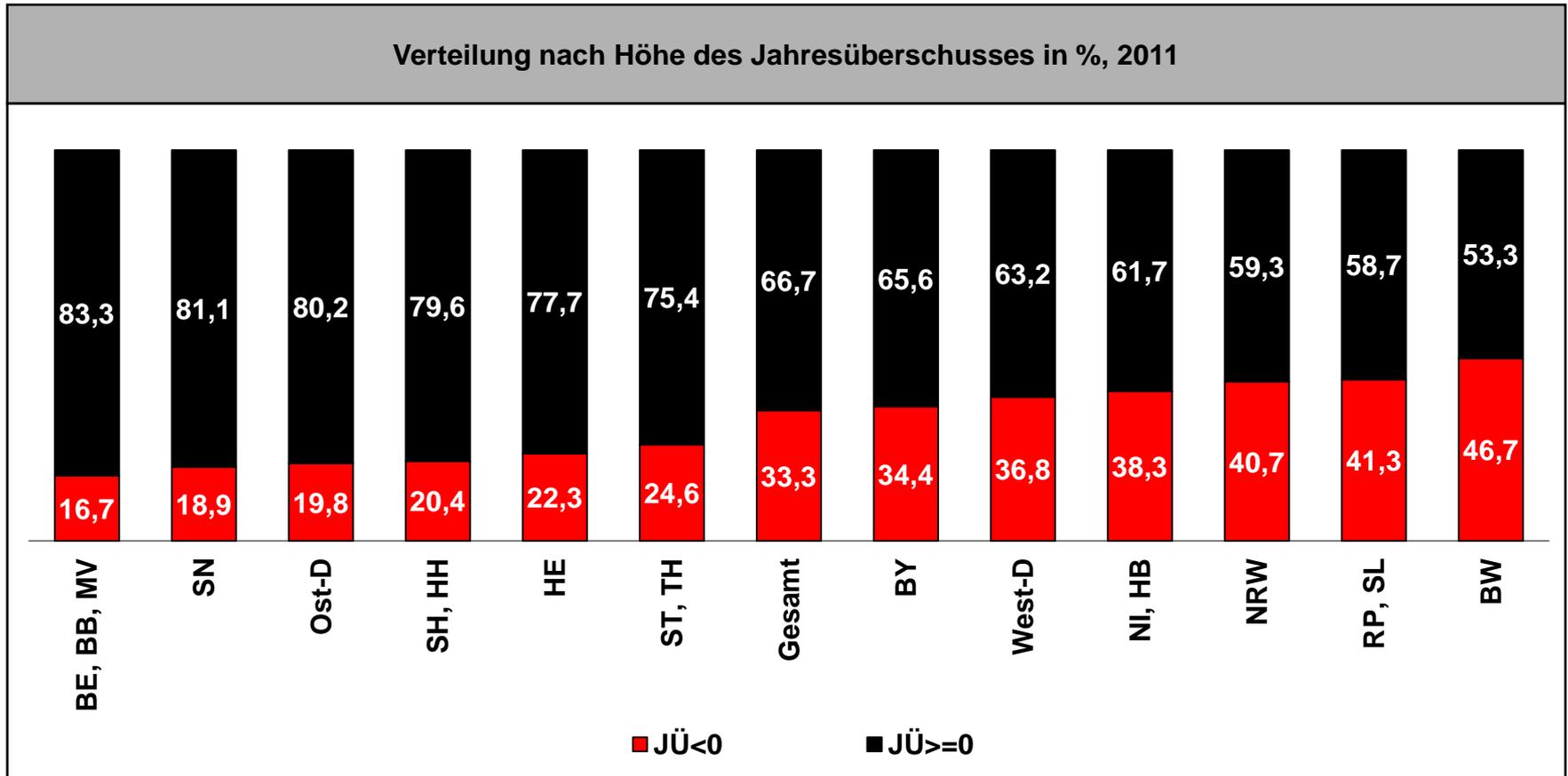
Quelle: Krankenhaus Rating Report 2013; DKI Krankenhausbarometer 2013

Gesundheitspolitisches Kolloquium 2014

# Verschlechterung besonders in Sachsen-Anhalt/Thüringen, Rheinland-Pfalz/Saarland, NRW, Niedersachsen/Bremen



# Große regionale Unterschiede im Anteil der Krankenhäuser mit einem Jahresverlust 2011



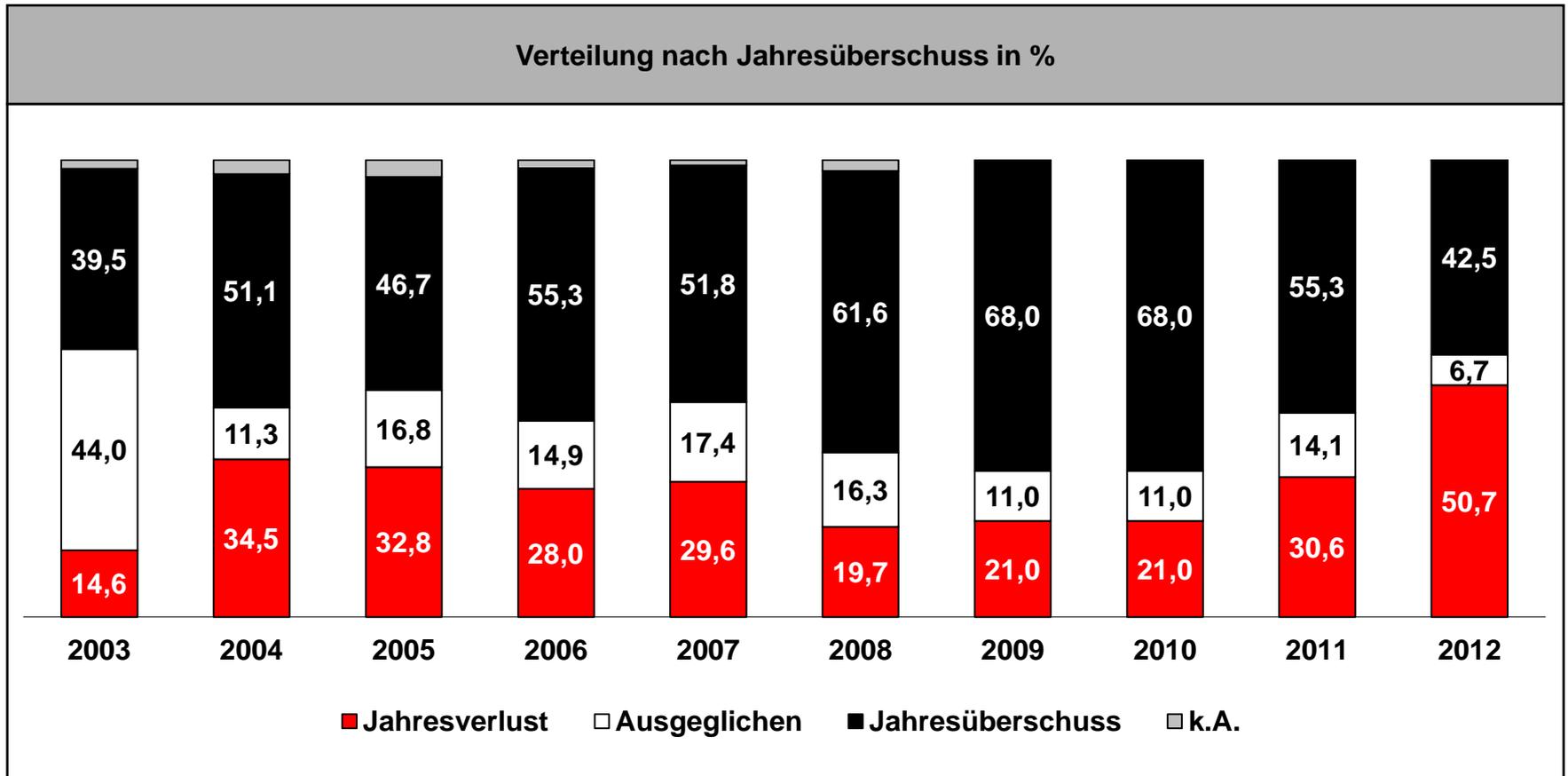
Anmerkung: EAT

Quelle: Krankenhaus Rating Report 2013

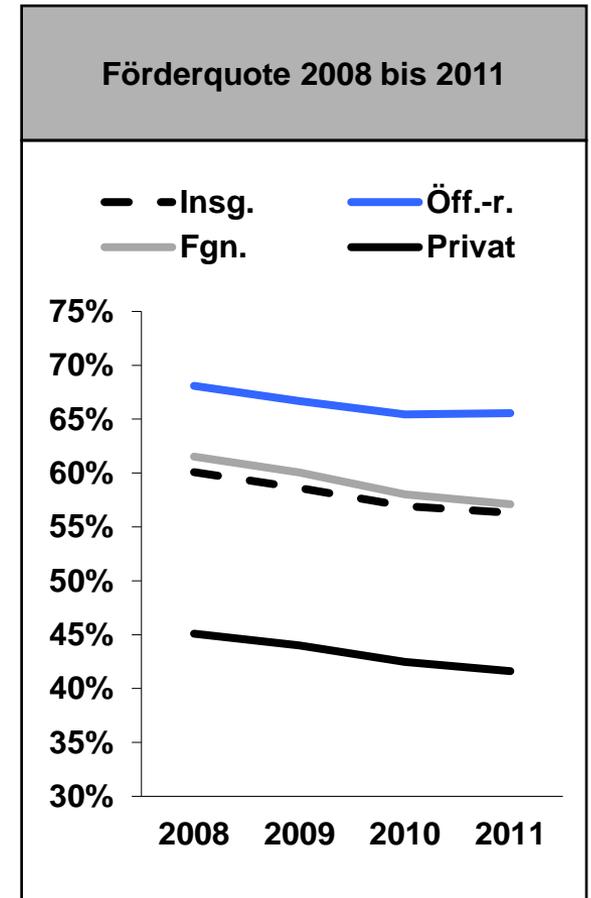
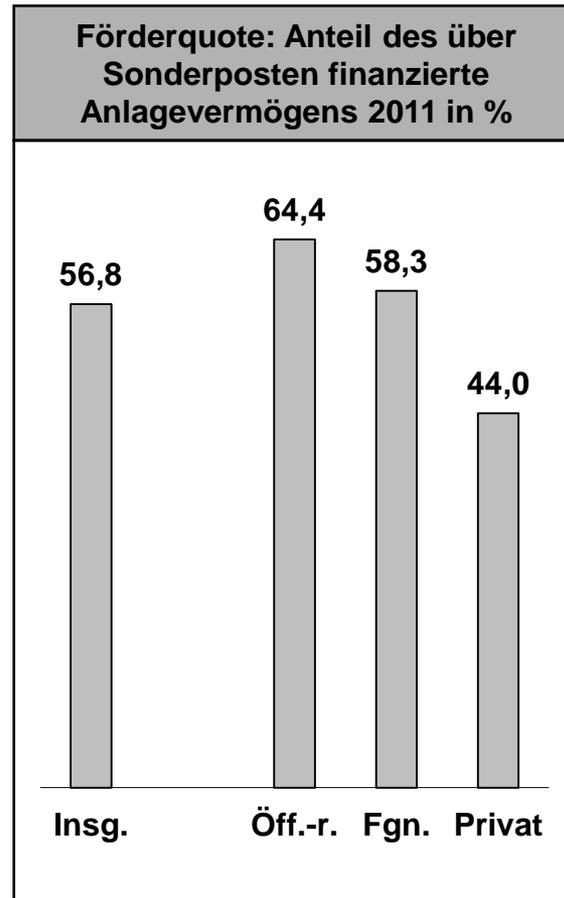
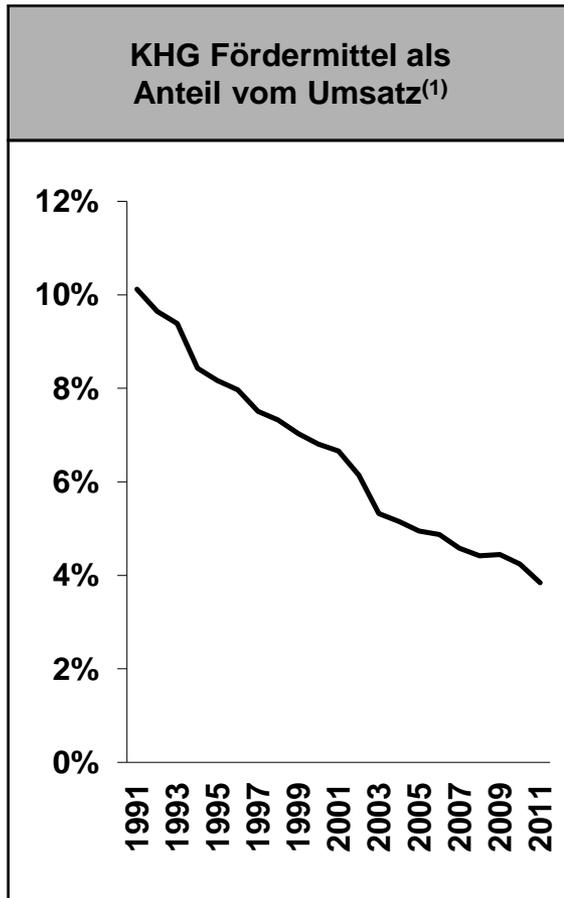
Gesundheitspolitisches Kolloquium 2014

# DKI-Krankenhausbarometer: 2012 nochmals deutlich mehr Krankenhäuser mit einem Jahresverlust

## Verteilung nach Jahresüberschuss in %

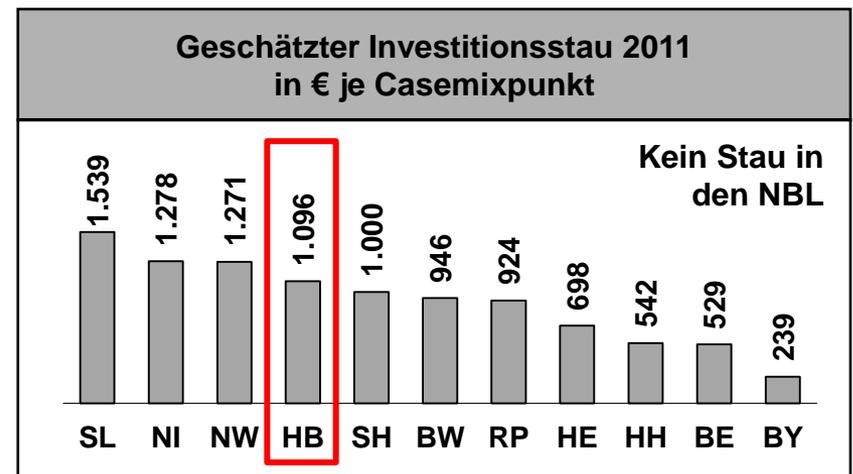
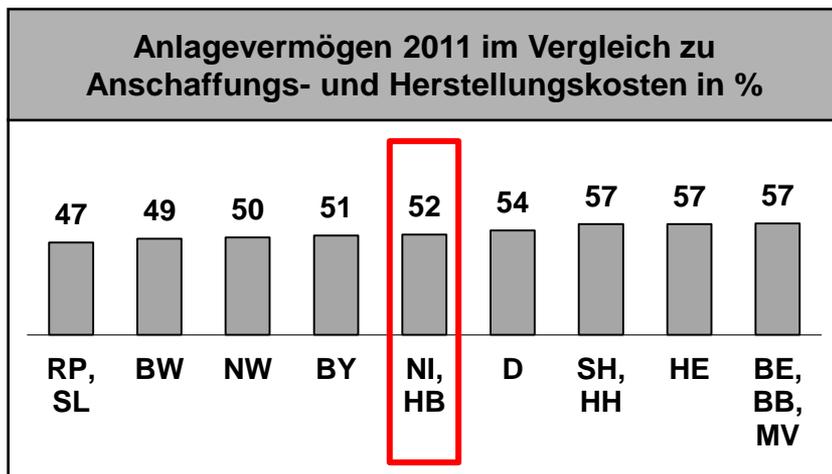
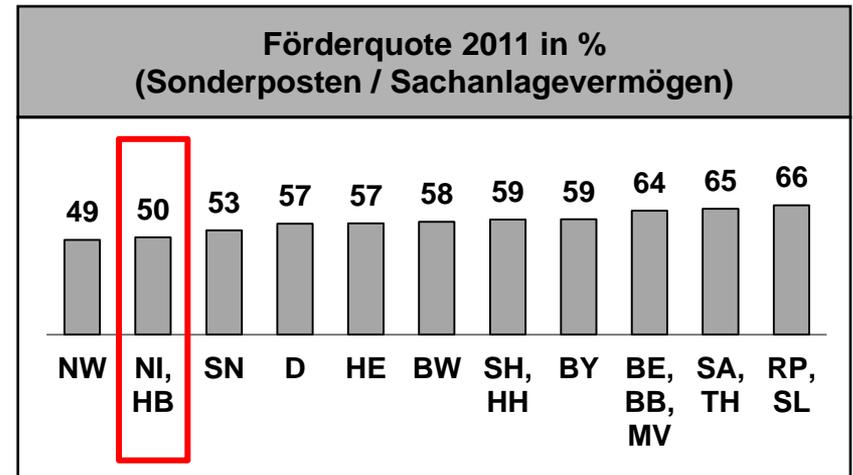
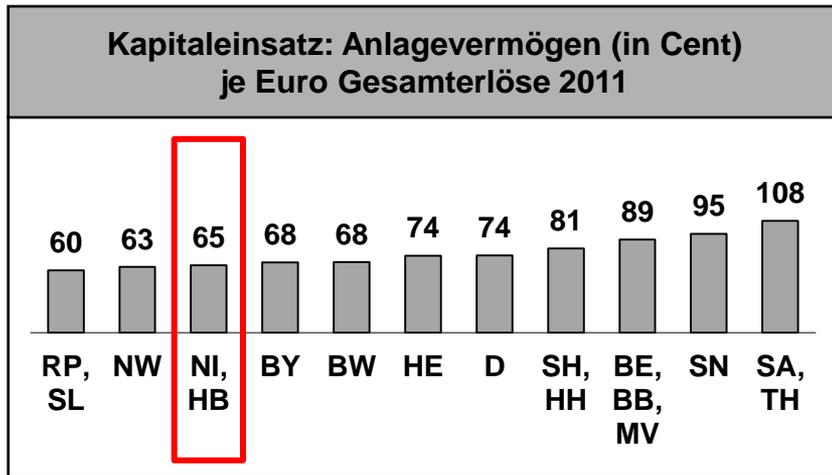


# Hinzu kommt sinkende Förderquote in vergangenen Jahren

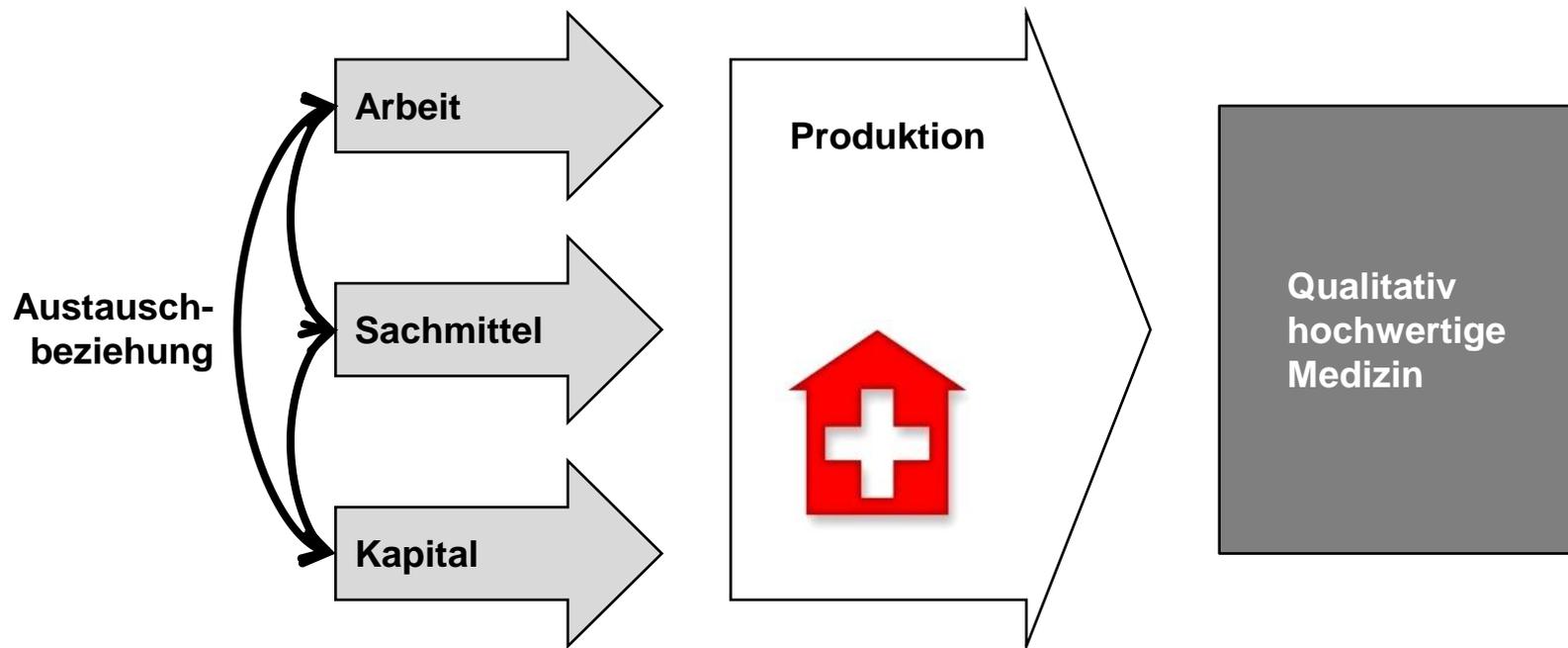


(1) Ohne Universitätskliniken, Umsatz hier definiert als Umsatz zzgl. KHG-Mittel (wie in einer monistischen Finanzierung)  
 Anmerkung: Berechnung über das „fusionierte“ Krankenhaus; Förderquote definiert als Anteil der Sonderposten am Sachanlagevermögen.  
 Quelle: Krankenhaus Rating Report 2013; DKG (2012)  
 Gesundheitspolitisches Kolloquium 2014

# Krankenhäuser in Niedersachsen-Bremen 2011 unterkapitalisiert

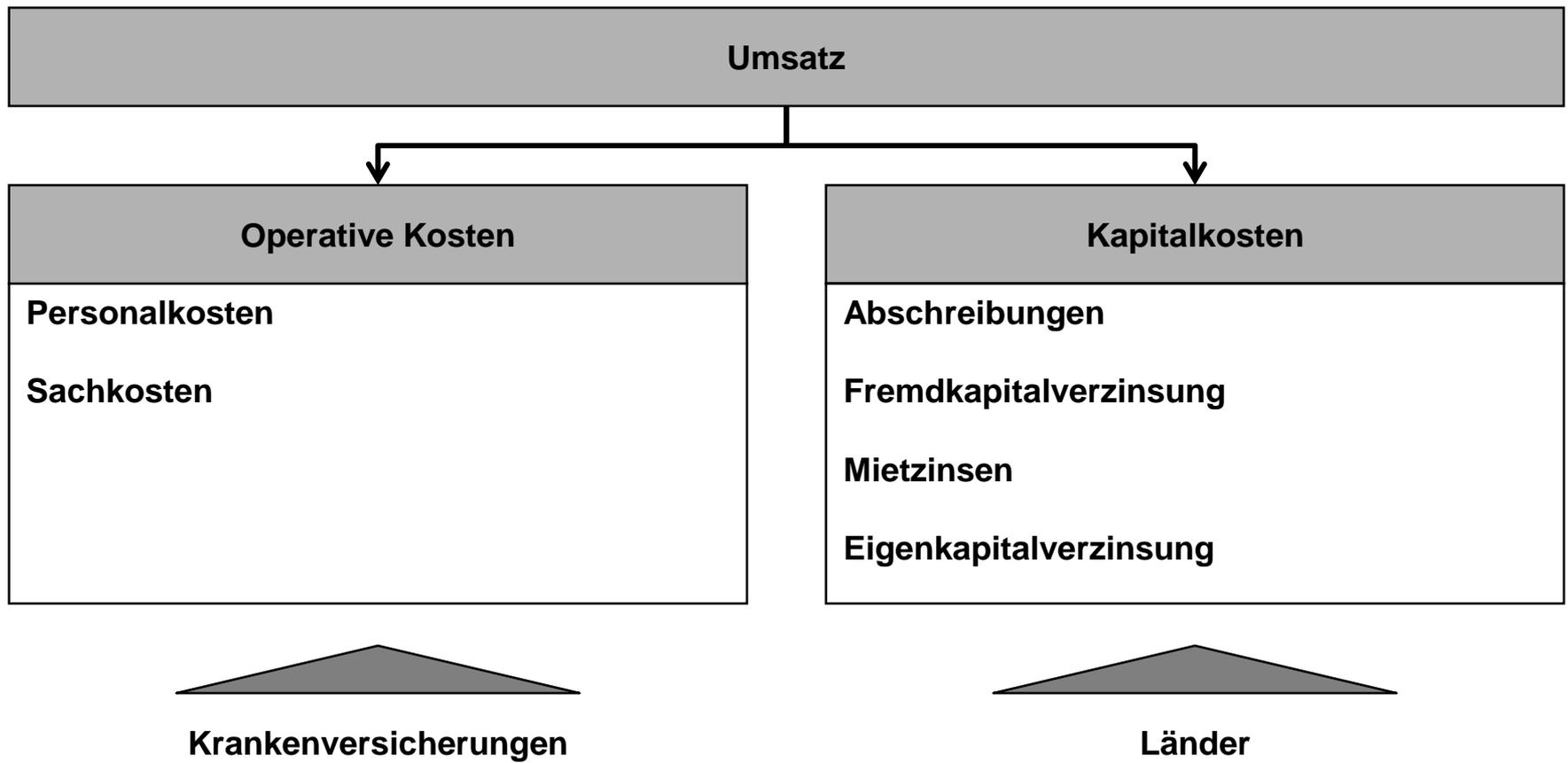


# Arbeit, Sachmittel und Kapital nötig, um qualitativ hochwertige Medizin anbieten zu können



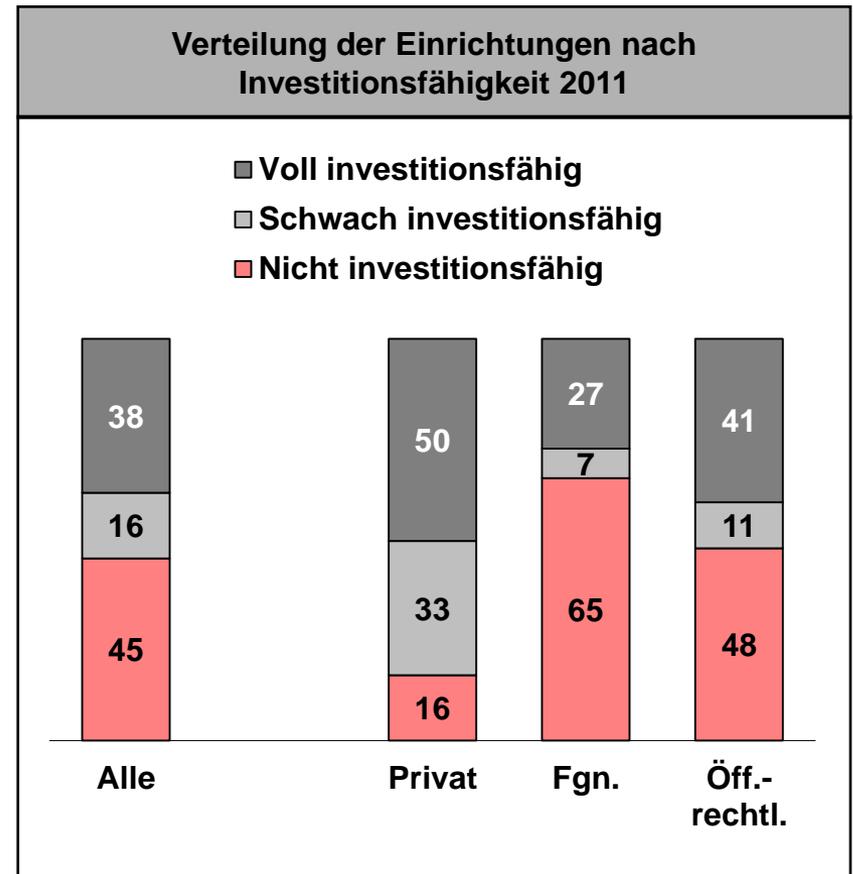
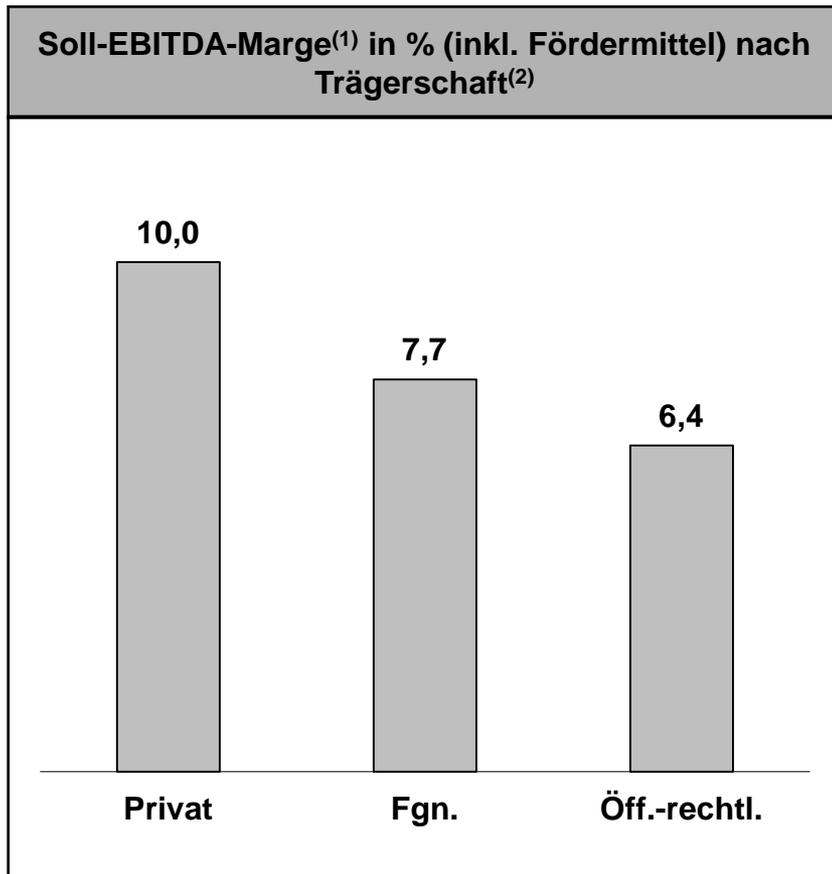
**Arbeit, Sachmittel und Kapital jedoch nicht kostenlos zu haben**

# Wie viel Ertrag<sup>(1)</sup> muss aus dem operativen Geschäft übrig bleiben, um Kapitalkosten finanzieren zu können ... ... und damit nachhaltig sein zu können?



(1) EBITDA  
Quelle: Krankenhaus Rating Report 2013  
Gesundheitspolitisches Kolloquium 2014

# 45% der Krankenhäuser 2011 nicht ausreichend investitionsfähig



(1) Ertrag aus dem operativen Geschäft

(2) Unterschiede in der Finanzierungsstruktur und den Eigenkapitalkosten führen zu unterschiedlich hohen Soll-Mindestmargen

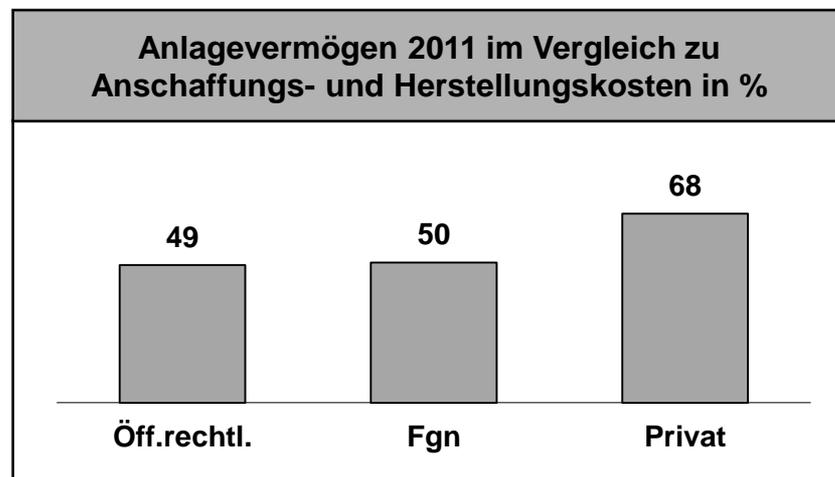
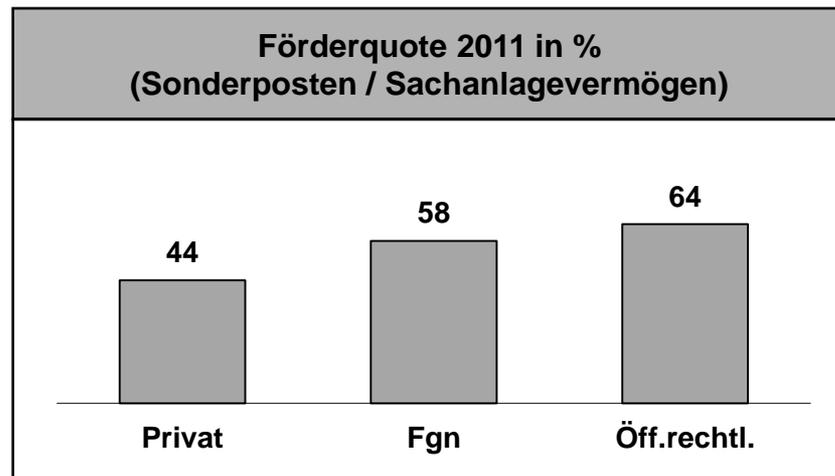
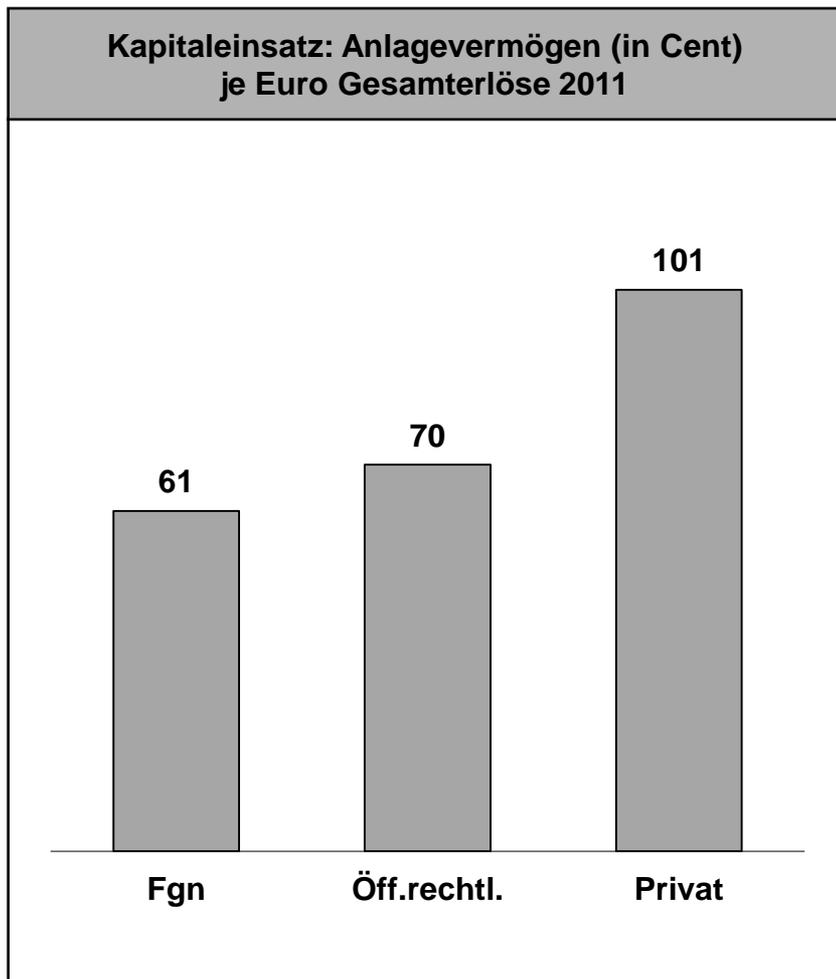
Anmerkung: Voll investitionsfähig bei Erreichen der Soll-EBITDA-Marge, schwach inv. bei Erreichen einer abgeschwächten Soll-EBITDA-Marge.

Quelle: Krankenhaus Rating Report 2013

Gesundheitspolitisches Kolloquium 2014

# Was machen die Privaten anders? Einsatz von Kapital

## Vor allem nicht-private Krankenhäuser unterkapitalisiert



# AGENDA

**Bestandsaufnahme**

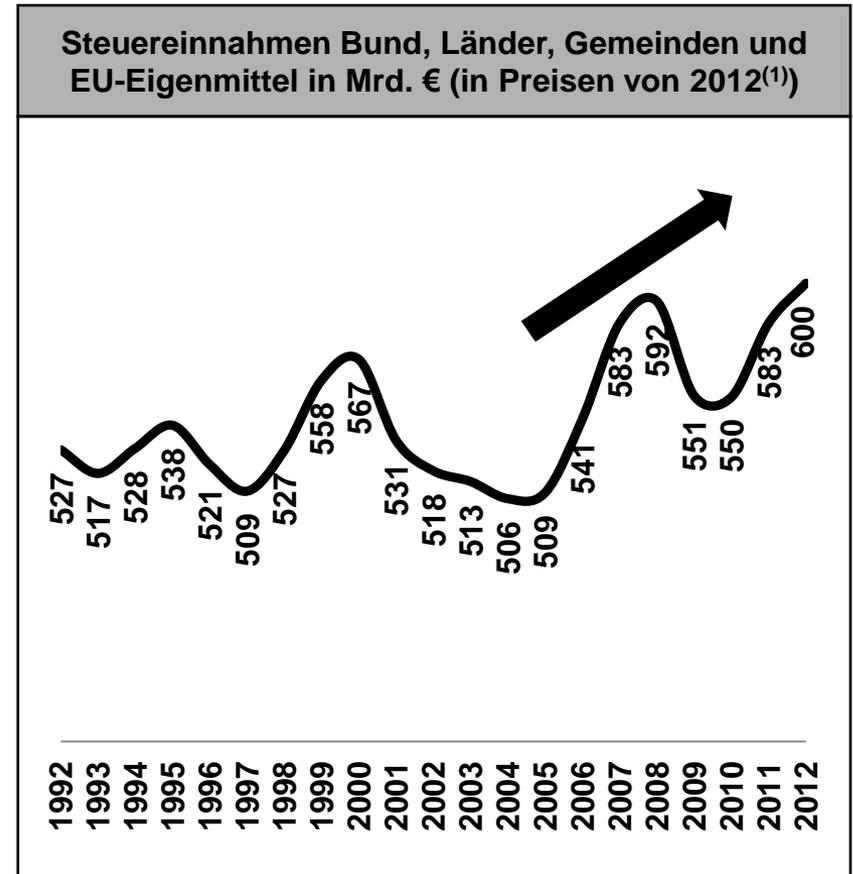
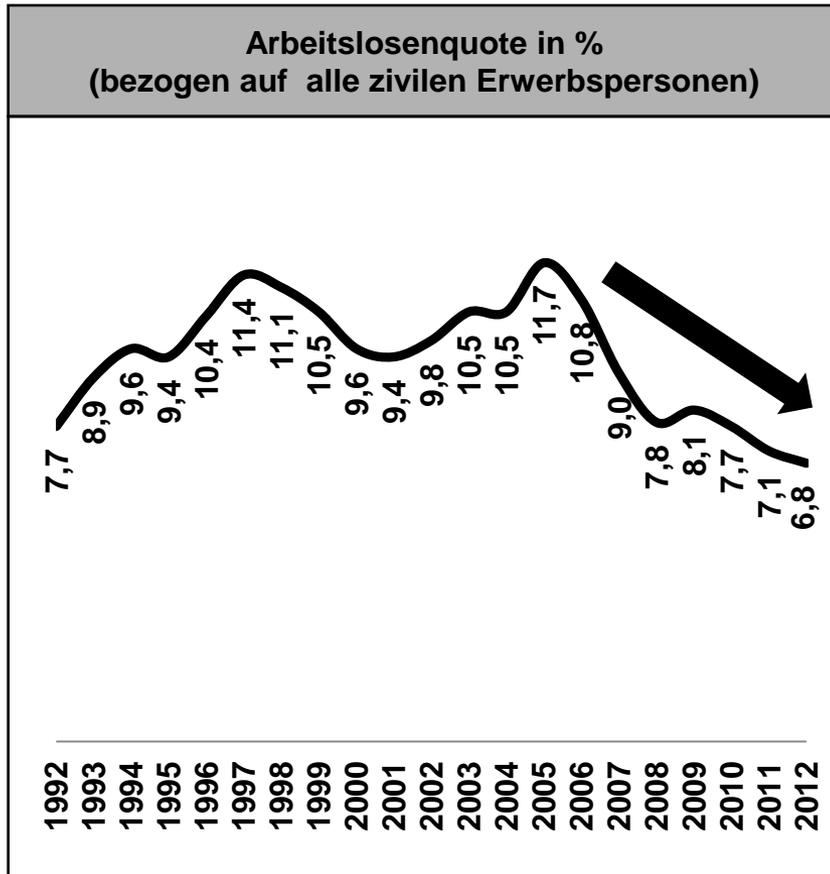
**Ausblick**

**Auffälligkeiten**

**Was machen andere?**

**Was macht Bremen?**

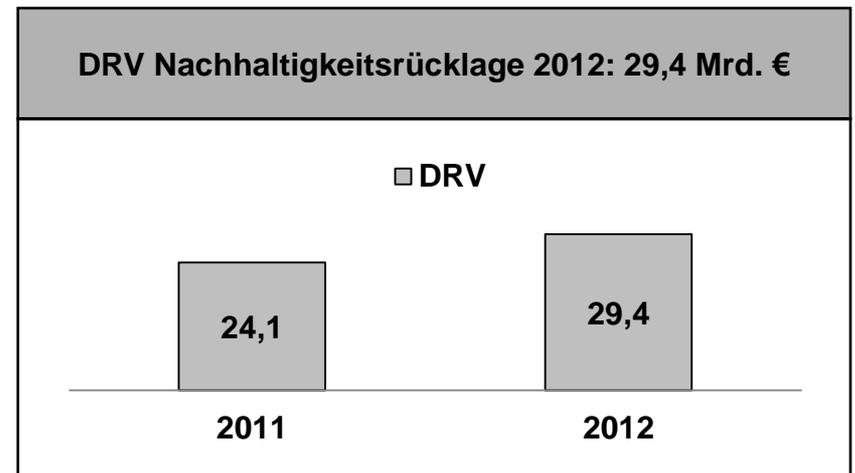
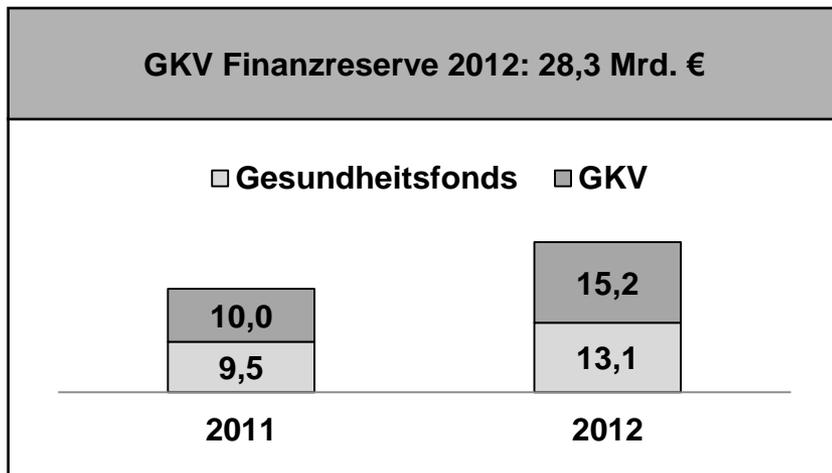
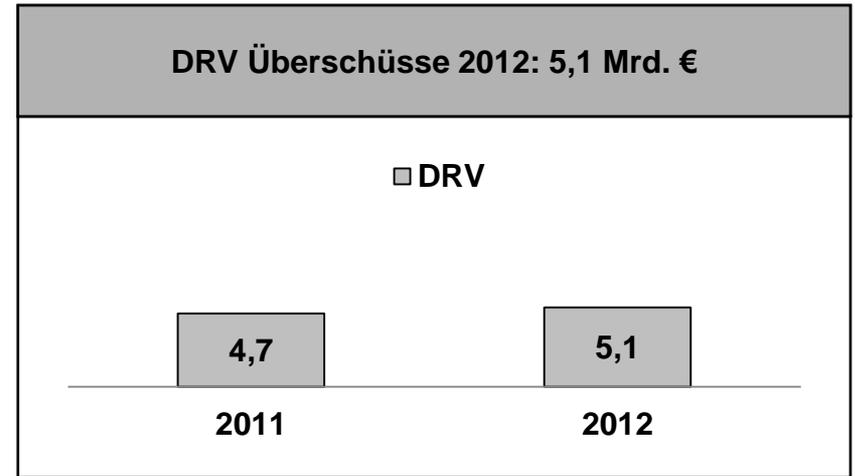
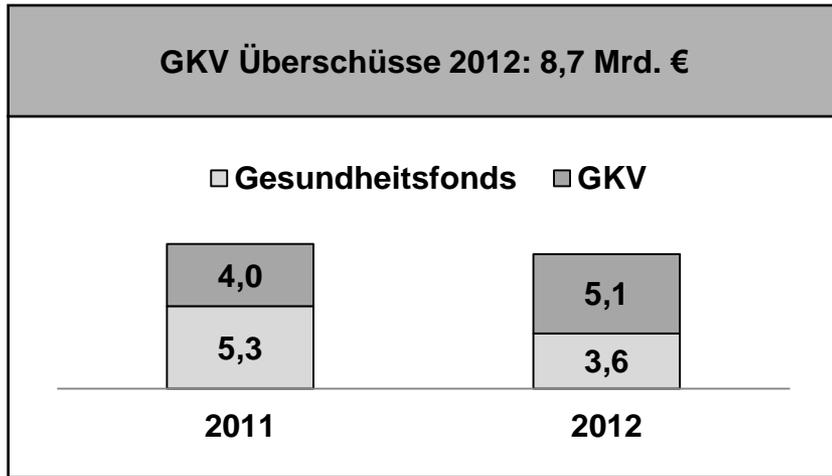
# Arbeitslosenquote 2012 auf niedrigem Niveau, Steuereinnahmen auf Rekordniveau



(1) Mit Verbraucherpreisindex deflationiert

Quelle: RWI; Agentur für Arbeit; BMF

# Sozialversicherungen mit hoher Finanzreserve 2012: 28 Mrd. € GKV und 29 Mrd. € DRV

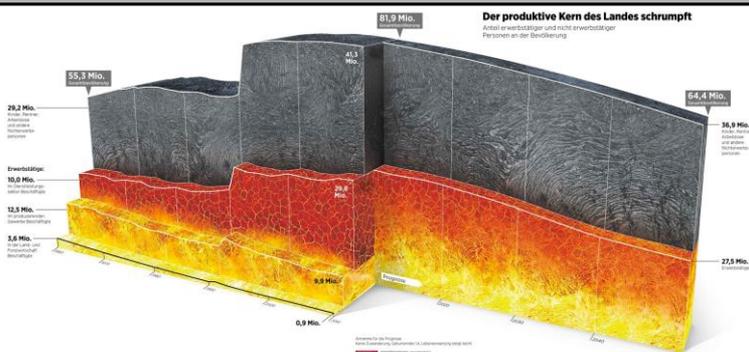


# Spielraum für finanzielle Hilfen für Krankenhäuser derzeit gut, aber Ausblick schlecht

1

## Demografie:

Der produktive Kern der deutschen Volkswirtschaft schrumpft



2

**Euro-Krise:** Noch keine überzeugende Lösung für die anhaltende Krise des Euro-Raums

Problem: mangelnde Wettbewerbsfähigkeit der Krisenländer und **Wechselkursanpassungen nicht möglich**

Daher

- **Lohnniveau** ↘ bzw. **Produktivität** ↗ im Krisenland<sup>(1)</sup>
- **Migration Arbeitnehmer** von Krisenland zu starken Ländern
- **Transferzahlungen** von starken Ländern zu Krisenland

→ **Weniger finanzielle Hilfen für Krankenhäuser**

3

**Schuldenbremse** reduziert politischen Wettbewerb um Verteilung von Wahlgeschenken

## Politischer Wettbewerb

- Anbieter: Parteien
- Produkte: Wahlprogramme
- Kunden: Wähler

**Ziel: Stimmenmaximierung**

## Nebeneffekte

- Zufriedene Wähler
- Schulden

**Schuldenbremse Bund ab 2016:**

Nettokreditaufnahme p.a. < 0,35% des BIP

**Schuldenbremse Länder ab 2020:**

Keine jährliche Nettokreditaufnahme

**Dämpfung des politischen Wettbewerbs um Verteilung von Wahlgeschenken**

(1) Oder Erhöhung Lohnniveau und Reduktion Produktivität in starken Ländern; würde aber aus Starken Schwache machen, umgekehrt sinnvoller

Quelle: Handelsblatt vom 2.4.2011; Krankenhaus Rating Report 2013

Gesundheitspolitisches Kolloquium 2014

# Vorschlag des japanischen Finanzministers für Deutschland nicht brauchbar



## Japan: Finanzminister fordert Pflegebedürftige zum schnellen Sterben auf

Japans Finanzminister Taro Aso hat nach Medienberichten bei einem Treffen des Rates für die Reform der Sozialversicherung in Tokio drastische Reformvorschläge geäußert: So appellierte er an Pflegebedürftige, möglichst bald aus dem Leben zu scheiden, um die Sozialversicherung zu entlasten.

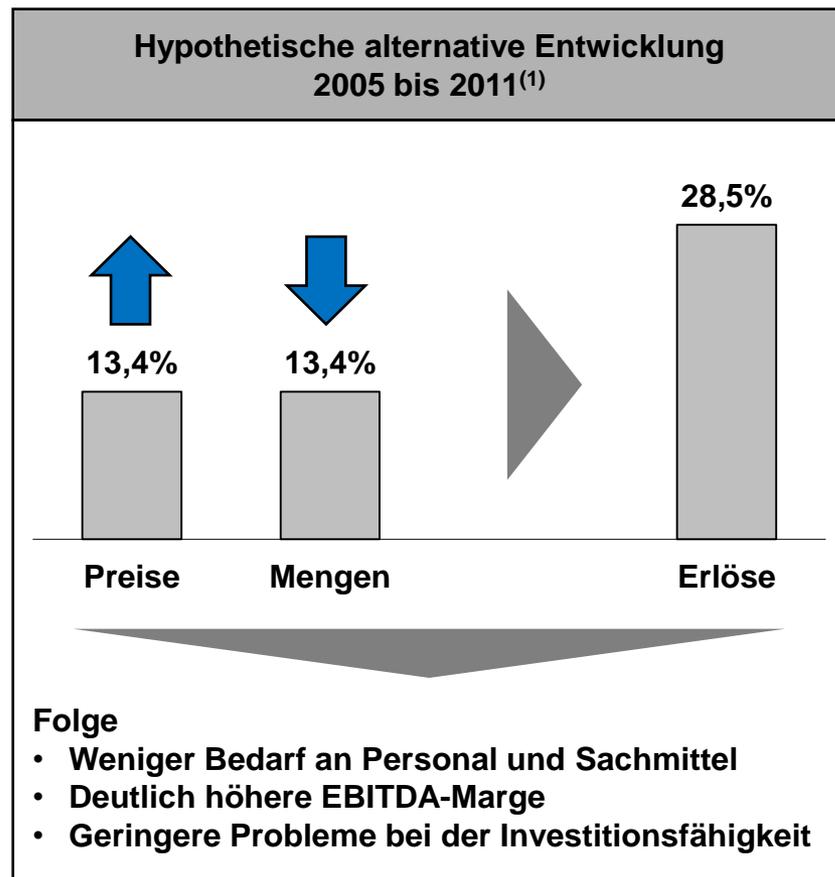
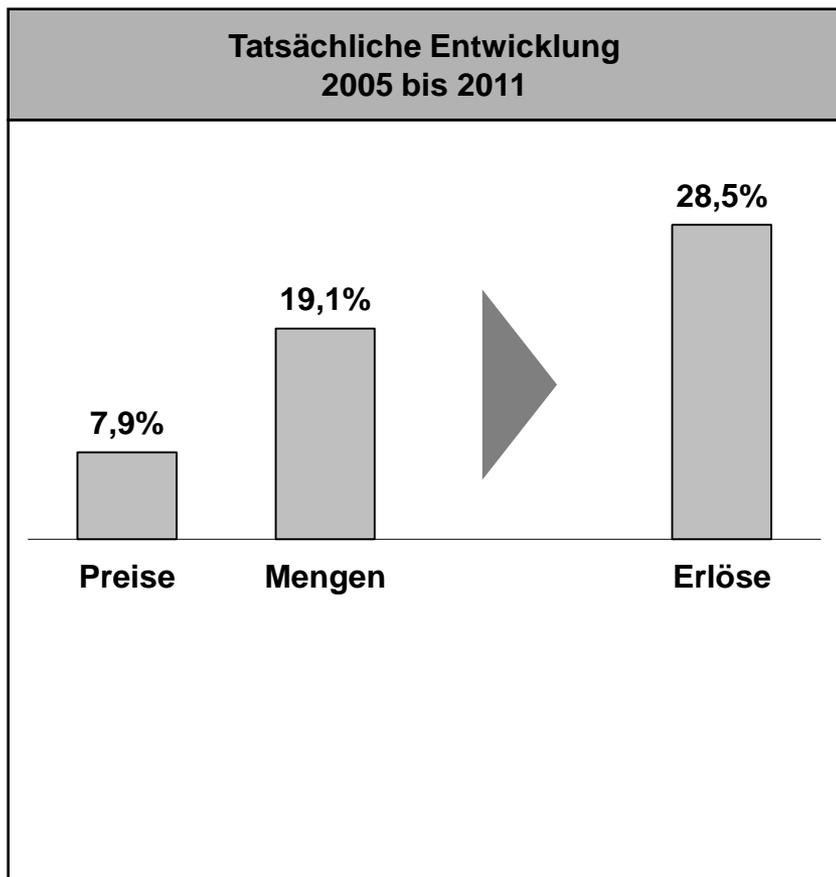
Meldung vom 22.1.2013

**Andere Wege müssen gefunden werden**

# Handlungsempfehlungen

- 1 Anpassungen am Vergütungssystem für Krankenhäuser:  
**„Qualität statt Menge“**
- 2 Optimierung der Versorgungsstrukturen in einigen Regionen Deutschlands: **Spezialisierung, Schwerpunkte, größere Einheiten, Verbünde**
- 3 Eigenverantwortung auf Kreis- und Gemeindeebene v.a. bei kommunalen Krankenhäusern: **Stärkung der wirtschaftlichen Freiheit der Krankenhäuser**

# Machen wir uns im Krankenhaus zu viel Arbeit? Tausche Mengen gegen Preise und alles wird besser?



**Bei alternativer Entwicklung win-win zwischen Krankenhäuser und Krankenkassen möglich**

(1) Ein um 30% geringerer Anstieg des Casemix

Quelle: hcb / RWI

# Anreize zur Mengenausweitung im DRG-System und beim Patienten angelegt

## Mengendynamik

- DRG-System setzt bei Anbietern **Anreize zur Mengenausweitung**
- Krankenversicherung setzt bei Patienten **Anreize zur Übernachtfrage**
- Gleichgerichtete Interessen von Anbietern und Nachfragern: möglichst umfangreiches Angebot an medizinischen Leistungen zu Lasten der Beitragszahler

## Nachteile

- Beitragszahler zahlen zu viel
- Patienten erhalten auch Leistungen mit nur geringem oder keinem medizinischen Nutzen
- Anbieter arbeiten zu viel, insbesondere zu hoher Personal- und Kapitalbedarf
- großer **Druck auf Beitragszahler und auf Krankenhäuser**

Effektive **Bremse der Nachfrage**: anzusetzen bei Anbietern und Nachfragern

# Politische Handlungsoptionen

## Schaffung von **Anreizen zur Veränderung von Versorgungsstrukturen**

- **Monistik**: schafft Interessensgleichheit, Alternative: **Investitionspauschalen**
- **Zertifikatehandel**: bricht lokale Strukturen auf (Kapazitätsreduktion wird belohnt)
- „**Residualmonistik**“: Kassen füllen auf, erhalten im Gegenzug Rechte
- **Investitionsfonds** mit Bundesmitteln: zur Einleitung von Veränderungen auf der lokalen Ebene („wer zahlt, bestimmt“):  
Bsp.: 600 Mill. € Zinsvergünstigung → über 15 Mrd. € Fremdkapital finanzierbar

## Weiterentwicklung des **Vergütungssystems**

- Ziel: Ökonomischer Anreiz = medizinischer Nutzen
- Vergütung an **Indikations- und Ergebnisqualität** knüpfen

Schaffung einer stärkeren **Vernetzung und Spezialisierung**, insbesondere auch elektronische Vernetzung

## **Versorgungssicherheit** gewährleisten

- In den Regionen mit derzeit wirtschaftlichen Problemen nur selten ein Thema
- Neugestaltung und Zentralisierung der **Notfallversorgung**
- Integrierte **Gesundheitszentren** auf dem Land: von Prävention über ambulant, stationär, Reha und Pflege

# AGENDA

**Bestandsaufnahme**

**Ausblick**

**Auffälligkeiten**

**Was machen andere?**

**Was macht Bremen?**

# Schwierigkeiten öffentlich-rechtlicher Kliniken vor allem in Kreisen mit hohem Einkommensniveau

Copyright bei medhochzwei Verlag

Anmerkung: Viel Einkommen: Einkommen über Medianeinkommen, Wenig Einkommen: Einkommen unter Medianeinkommen; es handelt sich dabei um das durchschnittliche Netto-Haushaltseinkommen der Bürger eines Kreises

Quelle: Krankenhaus Rating Report 2013; BBSR (2012)

Gesundheitspolitisches Kolloquium 2014

# **Ketten im Prinzip besser als Solisten**

**Allein Bildung einer Kette jedoch nicht ausreichend,  
nötig außerdem volle Durchgriffsrechte auf Holdingebene**

Copyright bei medhochzwei Verlag

# Stärker spezialisierte Krankenhäuser mit signifikant niedriger Ausfallwahrscheinlichkeit

Copyright bei medhochzwei Verlag

Anmerkung: klein: weniger als 150 Betten, mittelgroß: 150 bis 400 Betten, groß: über 400 Betten. Einteilung der Spezialisierung nach gering, mittel, hoch mittels 33% und 66%-Quantilen der Verteilung.

Quelle: Krankenhaus Rating Report 2013

Gesundheitspolitisches Kolloquium 2014

# **Ländliche Krankenhäuser schneiden zwar nicht schlechter ab als städtische Aber kleine Häuser signifikant schlechter als große**

**Copyright bei medhochzwei Verlag**

Anmerkung: klein: weniger als 150 Betten, mittelgroß: 150 bis 400 Betten, groß: über 400 Betten.

Quelle: Krankenhaus Rating Report 2013

Gesundheitspolitisches Kolloquium 2014

# Hohe Prozessrationalität und Gruppenverhalten des Managements korrelieren signifikant positiv mit Rating

Copyright bei medhochzwei Verlag

(1) Art der Informationssammlung und Verlässlichkeit der auf den Informationen basierenden Analysen zur Unterstützung von Entscheidungsprozessen

(2) Soziale Integration, Häufigkeit und Qualität des Austauschs innerhalb der Gruppe, Zusammenarbeit

Anmerkung: Einteilung in die Kategorien Hoch und Niedrig nach Median

Quelle: Krankenhaus Rating Report 2013; laufendes Forschungsprojekt zur Zusammenarbeit in Leitungsgremien von Prof. Dr. Ludwig Kuntz und Michael Wittlar  
am Seminar für Allgemeine BWL und Management im Gesundheitswesen der Universität zu Köln

# AGENDA

**Bestandsaufnahme**

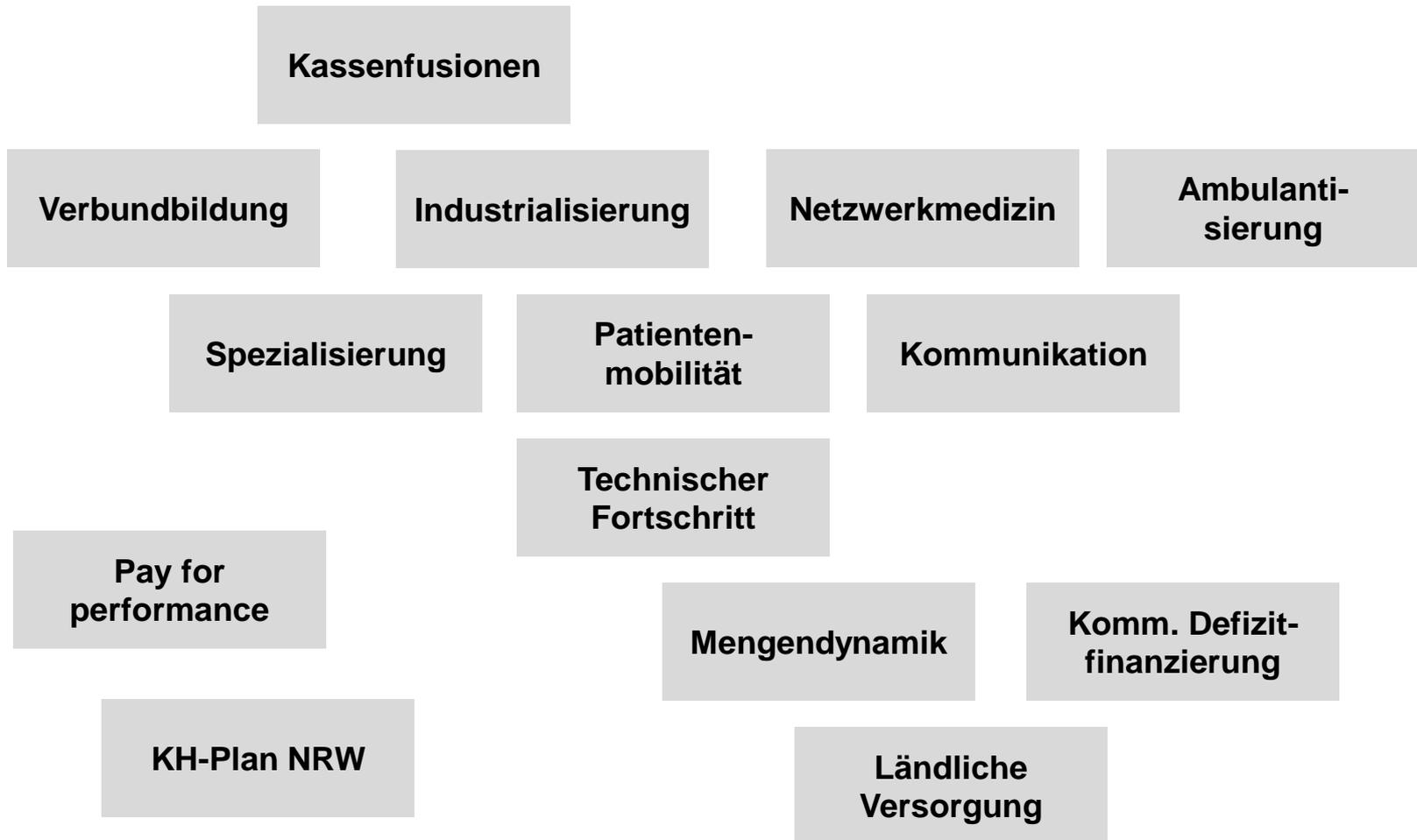
**Ausblick**

**Auffälligkeiten**

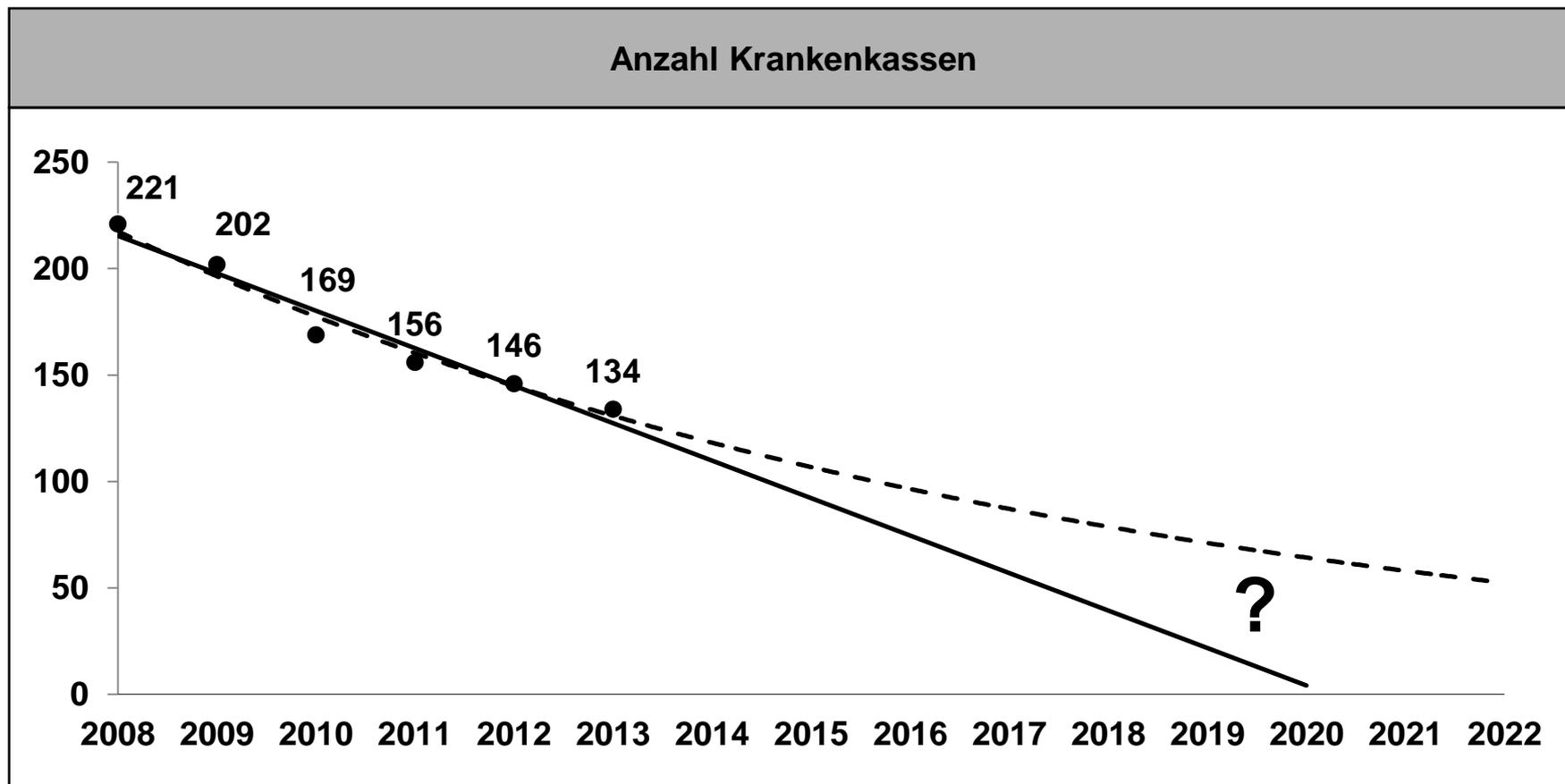
**Was machen andere?**

**Was macht Bremen?**

# Trends

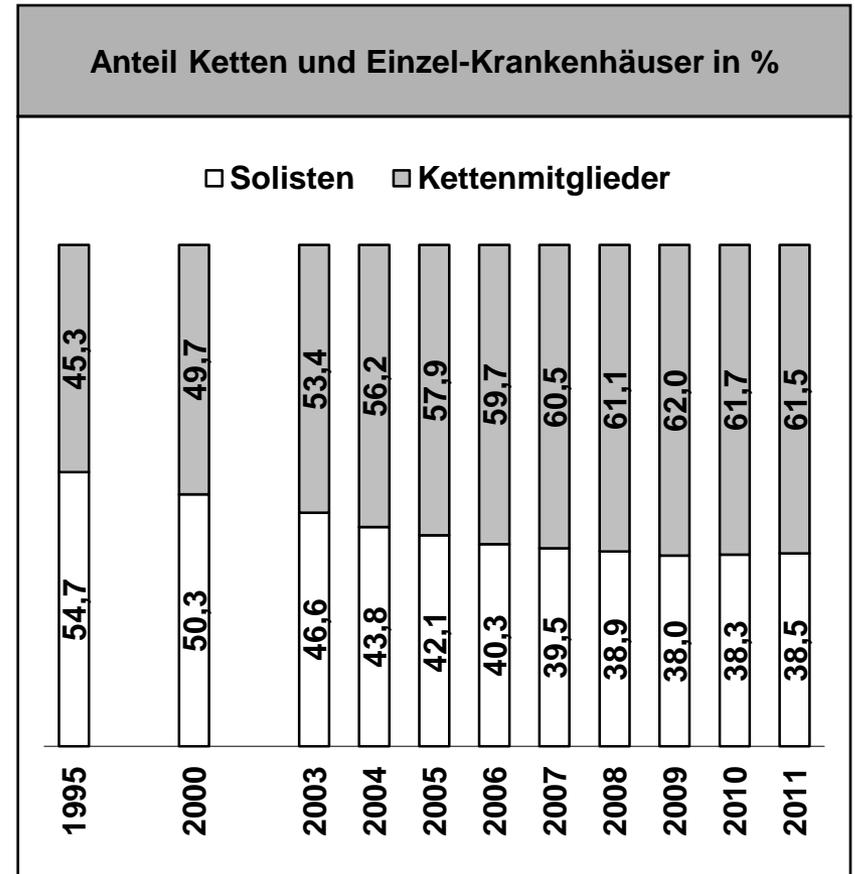
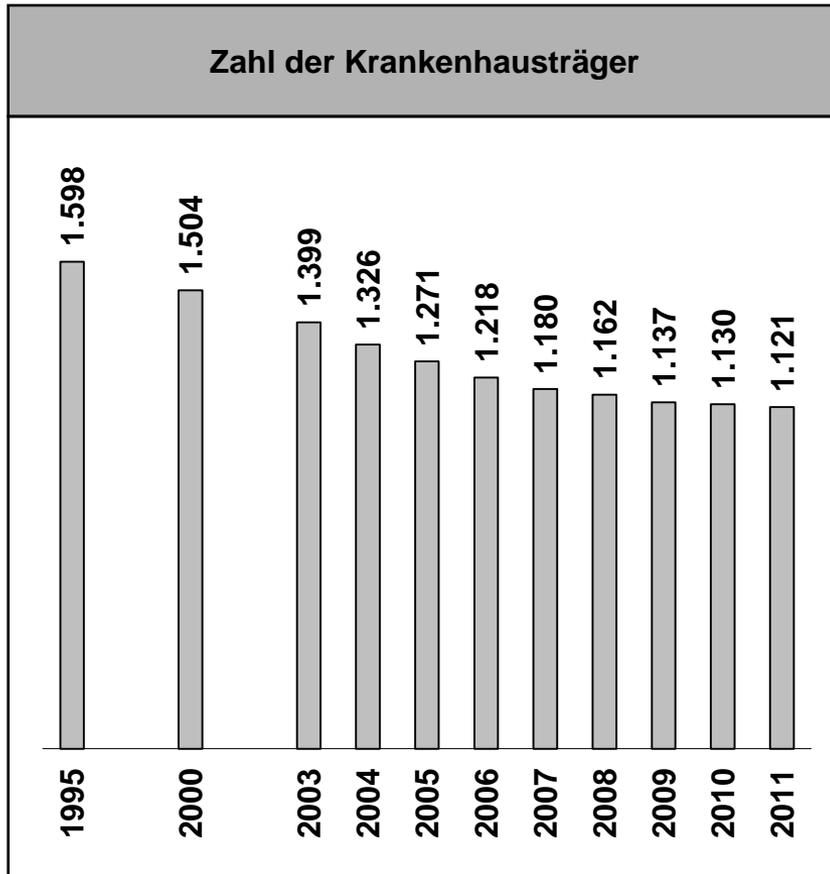


# Wie viele Kassen werden übrig bleiben? 50 oder 5?



# Schrumpfende Zahl an Krankenhausträgern

## Immer weniger Solisten



# Bildung von Großverbänden schreitet voran

## Großverbände

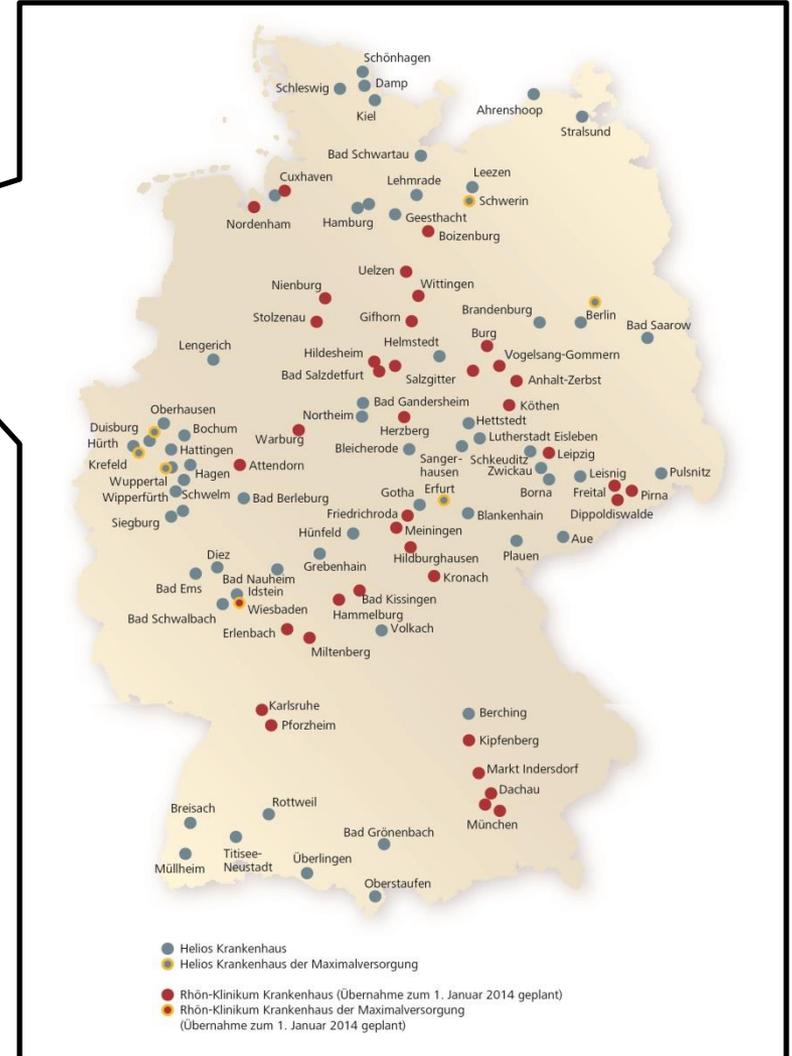
**Erwerb von 43 Standorten der Rhön-Klinikum AG durch Helios 2013:** Bildung eines nationalen Netzwerks

**Kommunalholding in Hessen:** Durchgriffsrechte und Investitionsentscheidungen in der Holding, kein politischer Einfluss auf operatives Geschäft

**Großverbund im Bistum Essen:** Umsatzvolumen von rund 800 Mill. €, Anzahl Betten über 6.000

**Agaplesion erwirbt proDiako:** Umsatzvolumen von 1 Mrd. €

**KUV:** Integrierte Versorgung Akut-Reha im Bereich **BG-Kliniken:** Umsatzvolumen über 1 Mrd. €



## „Mich nervt dieses Kleinklein“

Rhön-Klinikum-Patriarch Eugen Münch über seinen Krankenhaus-Deal, Netzwerkmedizin und unfähige Politiker

INTERVIEW: KLAUS OTT  
UND UWE RITZER

Nach oben“ weisen sie bei der Rhön Klinikum AG in Bad Neustadt jedem den Weg, der zu Eugen Münch will. Das ist nicht nur geografisch gemeint, auch wenn das Büro des Aufsichtsratsvorsitzenden und Firmengründers hoch über der Stadt angesiedelt ist. „Nach oben“ beinhaltet auch Symbolik. Denn obwohl Eugen Münch und seine Frau nur 12,5 Prozent der Aktien des Klinikkonzerns halten, ist der Aufsichtsratschef der Patriarch im Unternehmen. Wie sich gerade beim Verkauf des Großteils der Rhön-Kliniken an die Fresenius-Tochter Helios zeigt.

### MONTAGSINTERVIEW

**SZ: Herr Münch, viele Kliniken sind Sanierungsfälle. Was läuft falsch? Zu viel Geräte, zu wenig Fürsorge?**

Eugen Münch: Auch wenn der Vergleich vielen nicht gefallen wird – nehmen Sie mal ein Auto. Da ist die Fehleranalyse heute so kompliziert, das macht kein Monteur mehr, sondern der Computer.

**Mehr Computer, weniger Menschen, soll das die Zukunft sein?**

In der Medizin ist es so: Der Mensch macht die Untersuchung, der Apparat unterstützt ihn. Das Teure dabei, ja fast unbezahlbar, ist die menschliche Leistung. Also muss man fragen: Was kann der Arzt besser als die Technik? Und umgekehrt.

Mir würde es reichen, wenn er mir erklärt was er macht, ich ihm die Hand geben und in die Augen schauen kann. Wenn er viermal am Tag an meinem Bett säße, würde ich ihn fragen: Haben Sie nichts zu tun?

**Wie viele der 2000 Krankenhäuser in Deutschland braucht es denn noch?**

Wenn die Krankenhäuser richtig betrieben werden, ist jedes fünfte überflüssig. Das klassische Kreis Krankenhaus oder die Uniklinik in jetziger Form wird es in 20 Jahren nicht mehr geben. Das System stimmt nicht mehr. Ein Beispiel: An der Uniklinik Marburg-Gießen liegen nach meiner Einschätzung 30 Prozent Patienten, die medizinisch gesehen dort gar nicht hingehören.

**Von einem Krankenhaus kann man doch nicht auf alle schließen.**

Gleichzeitig liegen in Umlandkrankenhäusern Patienten, die in die Uniklinik gehören. Wir müssen die Möglichkeiten der Ambulanz voll ausschöpfen, mit hoher Diagnose-Qualität. Dann können wir Patienten besser zuordnen und ihnen ersparen, in die falschen Krankenhäuser geschickt zu werden, wo sie dann frustriert sind.

**Und bevor das große Kliniksterben beginnt, verkaufen Sie schnell die meisten Ihrer Rhön-Kliniken für drei Milliarden Euro an den Fresenius-Konzern.**

Für den Verkauf ist der Vorstand verantwortlich. Die Rhön Klinikum AG besteht ja weiter, an fünf Standorten mit zehn Kliniken. Ich werde in der Firma aktiv bleiben. Sie bekommt eine neue Struktur und eine andere Ausrichtung, da gestalte ich mit.



# Welche Leistungserbringer werden am Ende dabei sein? (Selektive Stichprobe<sup>(1)</sup>)

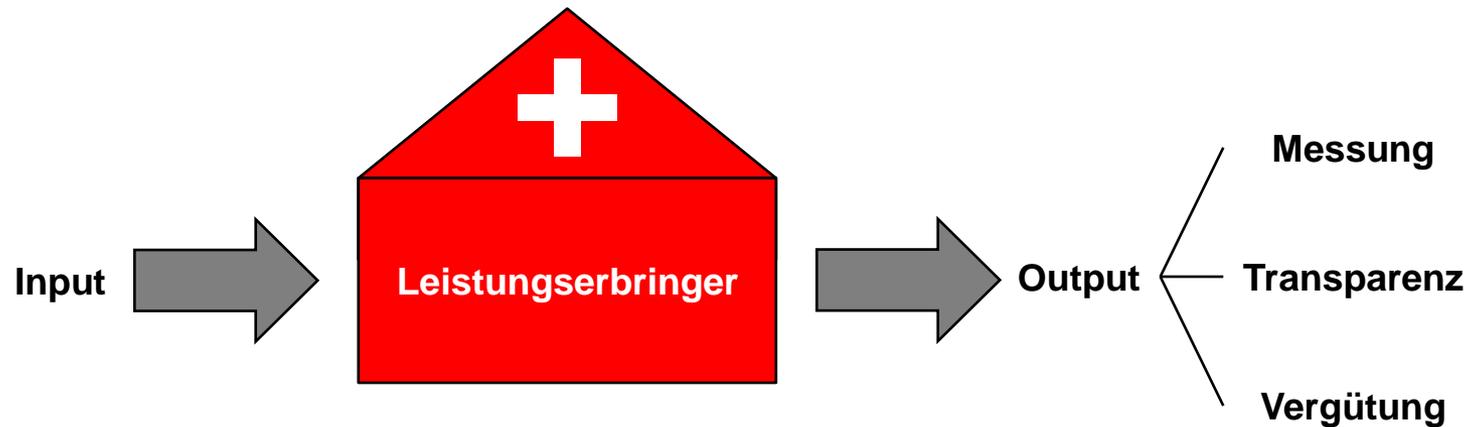
# Name	Träger	Umsatz 2011	EBITDA-Marge 2011	EK-Quote 2011	Sopo-Quote 2011	FK-Quote + Rest 2011
1 HELIOS Kliniken	privat	2.669	13,9%	44,7%	23,6%	31,7%
2 RHÖN-KLINIKUM	privat	2.629	13,5%	50,3%	23,2%	26,5%
3 Asklepios Kliniken	privat	2.557	8,5%	31,2%	52,9%	15,9%
4 Sana Kliniken	privat	1.629	9,3%	29,5%	26,0%	44,5%
5 Vivantes Netzwerk für Gesundheit	komm	866	2,6%	34,1%	46,6%	19,3%
6 St. Franziskus Stiftung	fgn	624	7,4%			
7 Johanniter	fgn	620	10,0%	23,5%	37,8%	38,8%
8 Städtische Klinikum München	komm	577	-8,2%	5,7%	40,1%	54,2%
9 Alexianer	fgn	527	9,8%	31,0%	32,0%	37,1%
10 Agaplesion	fgn	520	4,3%	35,0%	32,8%	32,2%
11 Damp Gruppe	privat	502	6,9%			
12 MediClin	privat	494	5,6%	49,3%	27,7%	23,0%
13 Gesundheit Nord	komm	492	2,1%	7,0%	23,5%	69,5%
14 KRH Klinikum Region Hannover	komm	473	1,5%	8,5%	41,0%	50,4%
15 Marienhaus Kranken- und Pflegegesellschaft	fgn	446	2,3%	40,6%	31,5%	27,9%
16 Barmherzige Brüder	fgn	437	4,6%	27,5%	26,0%	46,5%
17 SRH Kliniken	privat	402	8,2%	25,2%	26,2%	48,6%
18 AMEOS Kliniken	privat	396	12,6%			
19 Regionale Klinik Holding RKH	komm	390	1,8%			
20 Gemeinn. G'ft d. Franziskanerinnen zu Olpe	fgn	386	4,0%	29,8%	30,3%	39,9%
21 Deutsche Malteser	fgn	372	17,3%	33,2%	31,2%	35,6%
22 Paracelsus Kliniken	privat	331	5,1%	4,2%	36,8%	59,0%
23 Region. Gesundheitsholding Heilbronn-Franken	komm	326	3,9%	20,1%	39,5%	40,3%

(1) Stichprobe selektiv, abhängig von Größe und Verfügbarkeit der Jahresabschlüsse

Quelle: hcb; HPS Research

Gesundheitspolitisches Kolloquium 2014

# Es zählt, was hinten rauskommt: Ergebnisqualität wird Maßstab für Steuerung und Vergütung im Gesundheitswesen



Risikoadjustierte und sektorenübergreifende Qualitätsmessung

# Mobilität älterer Menschen nimmt zu

## Exoskelett, fahrerloser Pkw, GPS-Schuhe mit Navi, Googles Datenbrille



**Exoskelett-Gehhilfen: Das Aus für den Rollator?**

Exoskelett mit pneumatischen Muskeln



**Googles Zukunftsbrille:** Noch im Entwicklungsstadium. Aber mit diesem Stück "Wearable Technology" hat sich der Internetgigant eine Menge vorgenommen: **In der Brille stecken ein starker Prozessor, viel Speicherkapazität, Kamera, Mikro-fon, GPS, WLAN, Bluetooth und ein Akku.**

### Selbststeuernde Pkws



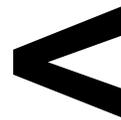
**Für Demenzkranke** haben Schuhhersteller Aetrex Worldwide und das Unternehmen GTX Corp **GPS-Schuhe** entwickelt

# Smart technologies verändern auch Gesundheitswesen

## Messung von Input und Output, Steuerungsassistentz, ...



Ihr **Handy** verfügt heute über **mehr Computerleistung als die gesamte NASA 1969**, als sie zwei Astronauten auf den Mond brachte



Die Sony **PlayStation von heute**, die rund 300\$ kostet, hat die Leistungsfähigkeit eines militärischen **Supercomputers aus dem Jahr 1997**, der viele Millionen \$ kostete

# Überraschende neue Produkte bis 2030?

## Technik

- **Kontakt zum Arzt über Wandbildschirm** zu Hause
- Badezimmer mit **Sensoren**, die Krebszellen entdecken, Jahre bevor sich ein Tumor bildet
- **Überprüfung von Unregelmäßigkeiten** (Herzschlag, Atmung usw.) über Kleidung: „wenn Sie sich anziehen, gehen Sie online“

## Züchtung von Kopien körpereigener Organe

- 2008: Erfolgreiche Züchtung eines schlagenden Mäuseherzes
- Regeneration von verlorenen Gliedmaßen (Beispiel Salamander)

## Stammzellentherapie

- Heilung von **Diabetes, Herzkrankheiten, Alzheimer, Parkinson, Krebs?**
- Hilfe für **Schlaganfallopfer?**
- Wiederherstellung von **Rückenmark?**

## Gentherapie

- Heilung einiger **Erbkrankheiten** (5.000 Erbkrankheiten sind bekannt): Mukoviszidose, Tay-Sachs-Syndrom, Sichelzellenanämie
- Bekämpfung von **Krebs** („Cancer Genome Project“)

# Industrialisierung stabilisiert Sozialsystem

## Kliniken nach dem Aldi-Prinzip: Preiswert, schmucklos, zuverlässig

„Henry Ford der Herzchirurgie“ Dr. Devi Shetty

- 2011: Gründung eines Krankenhauses in Indien
- 2013: 19 Kliniken mit 13.000 Betten
- Ziel 2018: 30.000 Betten
- **Expansion** nach Afrika, Südamerika, Europa?

Ziel: Anwendung der **Grundsätze der Massenproduktion**

- Kosten radikal senken, sodass auch **Arme sich OP leisten können**
- Billig, schmucklos, zuverlässig gut, **Qualität** genügt internationalen Standards
- **Ökonomie der großen Zahlen**: für westliche Fachleute unerreichbare Routine
- OP-Säle 6 Tage pro Woche belegt

Preis für Koronararterien-Bypass-OP

- Shetty: **1.500 €** , jedoch auch einkommensabhängige Preise (40% zahlen weniger)
- Indien sonst: ca. **3.000 €**
- Deutschland: 12.000 bis 17.000 €
- USA: 15.000 bis 30.000 €

Shetty: „Gesundheitsversorgung vieler Industriestaaten: krankhaft teuer, übertechnisiert, überluxuriös, nicht zukunftsfähig“



# AGENDA

**Bestandsaufnahme**

**Ausblick**

**Auffälligkeiten**

**Was machen andere?**

**Was macht Bremen?**

# GeNo größter Leistungserbringer in Bremen



Grund-, Regel- und Maximalversorgung

## Vier rechtlich selbständige Gesellschaften

- Klinikum Bremen Mitte (KBM)
- Klinikum Bremen Ost (KBO)
- Klinikum Bremen Nord (KBN)
- Klinikum Links der Weser (KLdW)



Über **2.200 vollstationäre somatische** und **360 vollstationäre psychiatrische Betten** laut Krankenhausplan

Rund **100.000 vollstationäre somatische Patienten**, 113.000 Casemixvolumen

Größter Leistungserbringer in Bremen

Unter den größten zwanzig Anbietern bundesweit

Lokaler **Marktanteil von 50-60%**

Neun Wettbewerber in der Nachbarschaft

# Gesundheit Nord mit hohem Defizit von 34 Mill. € 2012

## Linderung bei erfolgreicher Umsetzung des Zukunftsplans

### Schwarze Null wird allerdings nicht erreicht

#### Zukunftsplan 2017: Erhöhung Ertragskraft und Kapitalzufuhr

##### Erlössteigerung

- Optimierung der **Auslastung**
- Bildung von **Zentren**
- Weiterentwicklung **geriatrischer Versorgung**
- Engere **Vernetzung** mit anderen Leistungserbringern

##### Kostenreduktion

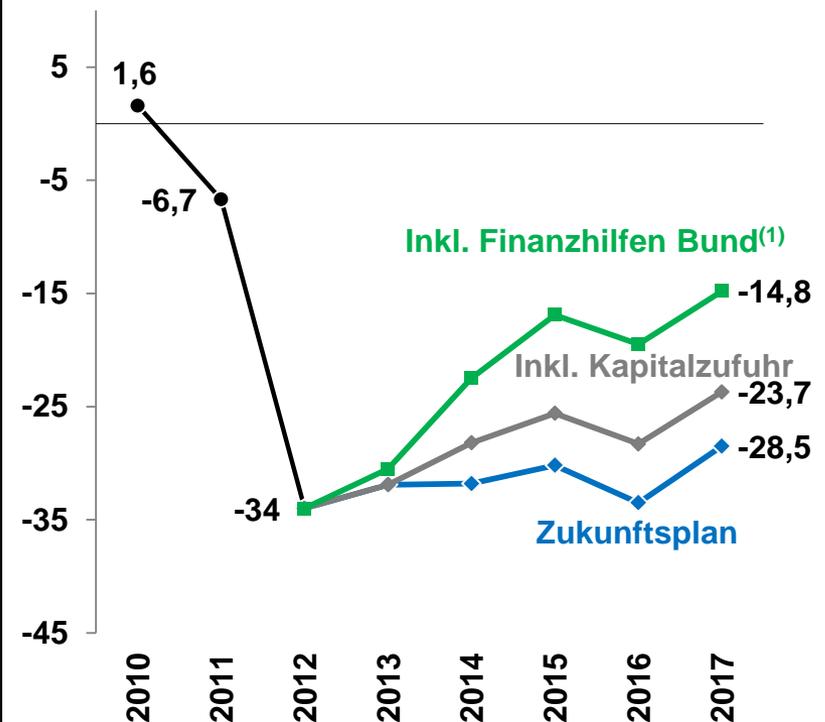
- Bündelung von **Einkaufsaktivitäten**
- Optimierung der **Verträge mit Kooperationspartnern und Lieferanten**
- **Zentralisierung** aller Servicebereiche
- **Standardisierung** von Produkten
- Optimierung von **Betriebsabläufen**

Wesentliches Element: **Teilersatzneubau KBM**

**Zusätzlich Kapitalmaßnahmen Bremens:** Belastung bis zu 254 Mill. €<sup>(2)</sup> + Übernahme Risiken (35 Mill. €)



#### Jahresergebnis vor Steuern in Mill. €



(1) Im Jahr 2013 beschlossene Hilfe für Krankenhäuser in Höhe von 1,1 Mrd. € verteilt auf die Jahre 2013 und 2014

(2) EK-Aufstockung (53,7) + Darlehensübernahme (13+34) + Maßnahmenpakete (15) + kumuliertes Jahresergebnis 2017 (zwischen 104,2 und 137,7)

Quelle: hcb



# Gutachten: GeNo ist sanierungsfähig, jedoch harte Einschnitte nötig

## Wertung

GeNo ist **sanierungsfähig**

Zukunftsplan beginnt Sanierung, ist **aber nicht ausreichend**

**Sanierung zum Erfolg verdammt**,  
Subventionierung der Stadt Bremen nicht  
dauerhaft möglich, mittelfristig droht sonst Fall  
„Offenbach“, Konsequenz:

- **(Teil-)Schließung** oder
- **(Teil-)Privatisierung**

**Schaden für Bremen:** Getätigte Investitionen  
ohne Ertrag bzw. ohne Wert (bei Verkauf)

## Forderungen

Selbst gesetzte **Rahmenbedingungen auf den Prüfstand**

Optimierung aus Sicht Gesamt-Bremens

- Statt Subventionen besser Erhöhung der Investitionsfördermittel zur Optimierung der Krankenhauslandschaft
- **Kooperationen und Schwerpunktbildung auch unter Einbezug anderer Anbieter**, auch außerhalb Bremens

**Professionalisierung des Aufsichtsrats**

Gesellschaftsrechtliche **Zusammenlegung der vier Standorte**

# Restriktive Rahmenbedingungen nicht zu halten

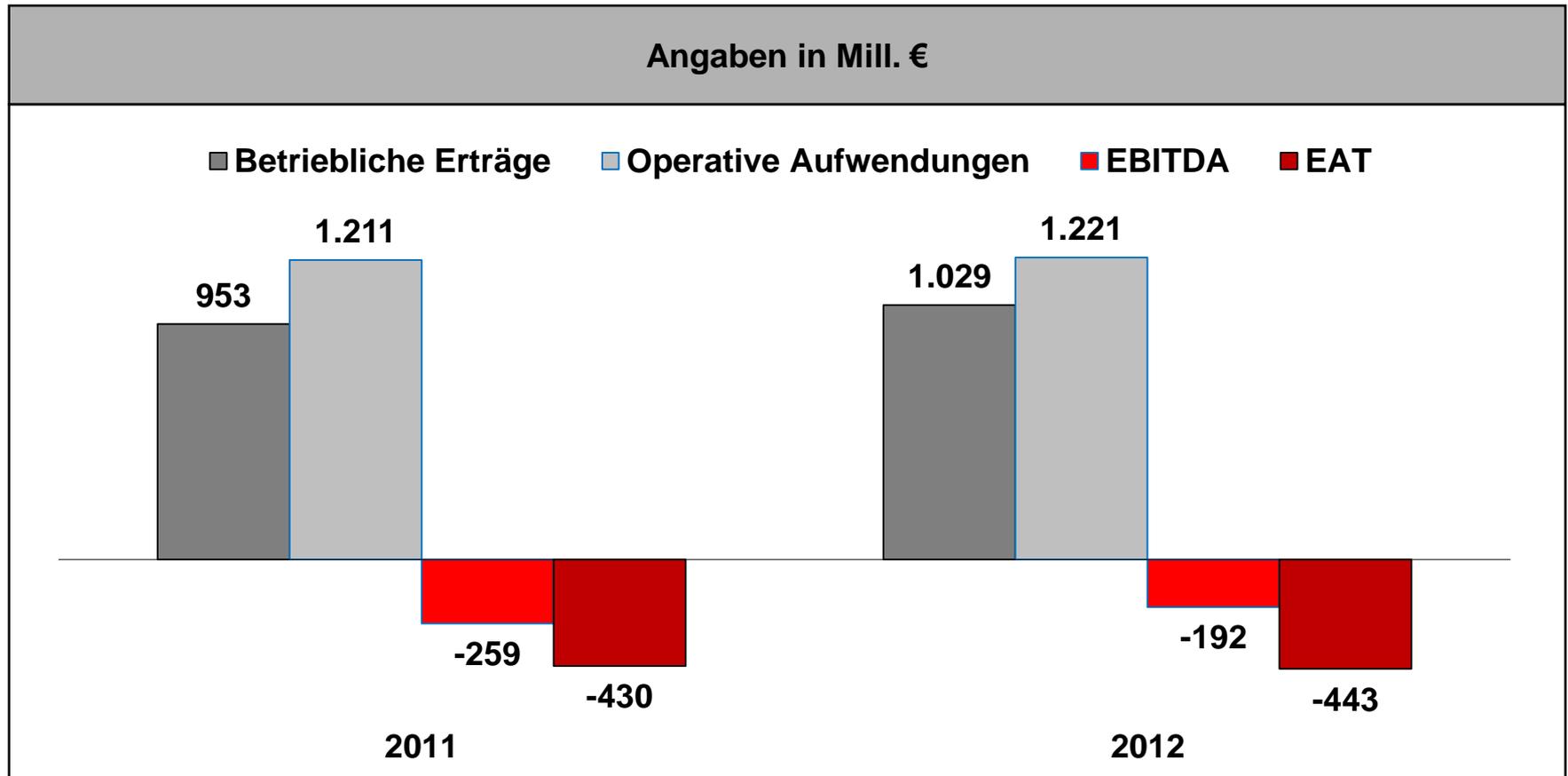


## Rahmenbedingungen nach Senatsbeschluss

- 1 Erhalt der **kommunalen Trägerschaft**
- 2 Erhalt der **vier Standorte**
- 3 Sicherung einer qualitativ hochwertigen, stationären wohnortnahen Gesundheitsversorgung
- 4 Zentralisierung der Verwaltung
- 5 **Verzicht auf Tarifabsenkungen**
- 6 **Besitzstandswahrung**
- 7 **Verhinderung der Tarifflicht**
- 8 Weitest gehender **Verzicht auf Outsourcing**
- 9 **Verzicht auf betriebsbedingte Kündigungen**

# Steigerung ist allerdings noch möglich: Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft mbH (KAGes)

443 Mill. € Verlust bei 1,03 Mrd. € Umsatz<sup>(1)</sup>



(1) Teilweise übernimmt KAGes auch nicht-medizinische defizitäre Aufgaben, daher direkter Vergleich nur eingeschränkt möglich

Quelle: RWI / hcb; Jahresabschluss der KAGes 2012

Gesundheitspolitisches Kolloquium 2014