

DIE ENTWICKLUNG DER KRANKENHÄUSER

Quo vadis Krankenhaus?

Dresden, 23. März 2006

Krankenhaus Rating Report 2006

Die wirtschaftliche Situation deutscher Krankenhäuser

Kurzversion

***Dr. Boris Augurzky, Dr. Dirk Engel, Dr. Sebastian Krolop,
Prof. Dr. Christoph M. Schmidt, Ph.D., Dr. Stefan Terkatz***

AGENDA

Hintergrund

Kurzüberblick Methodik und Daten

Ergebnisse

Folgerungen auf politischer Ebene

Folgerungen auf Krankenhaus-Ebene

ADMED UND RWI: EINE KOOPERATION AUS WISSENSCHAFT UND PRAXIS

Eines der 7 großen Wirtschaftsforschungsinstitute

Über 80 Mitarbeiter
(Über 50 Wissenschaftler)



Health Care Unternehmensberatung

20 Mitarbeiter (Volkswirte, Betriebswirte, Mediziner, Juristen u.a.)

Wachstum und Konjunktur

Arbeitsmarkt

Portfolio-management

Risiko-management

Öffentliche Finanzen

Gesundheit

Corporate Finance / Fusionen

Controlling

KMU

Migration

OP-Management

Integrierte Versorgung

Umwelt und Ressourcen

Bildung

Einkauf und Logistik

Forderungsmanagement

Evidenzbasierte Politikberatung auf hohem wissenschaftlichem Niveau

Auf Gesundheitswesen spezialisierte strategische Managementberatung

KRANKENHÄUSER SEHEN SICH ZAHLREICHEN SCHWIERIGEN ENTWICKLUNGEN GEGENÜBER

Rückzug der öffentlichen Hand:

- (a) Investitionsfördermittel
- (b) Gewährträgerhaftung

DRG-Fallpauschalensystem

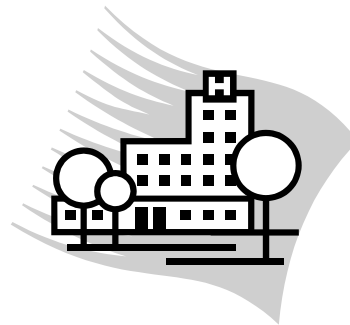
Hoher Investitionsstau

Ambulantes Potenzial

Zunahme der Finanzierungskosten
(Basel II)

Mindestmengen

„BAT-Schere“



Manche Kliniken ohne medi-
zinische Haftpflichtversicherung

Zunehmender Wettbewerb

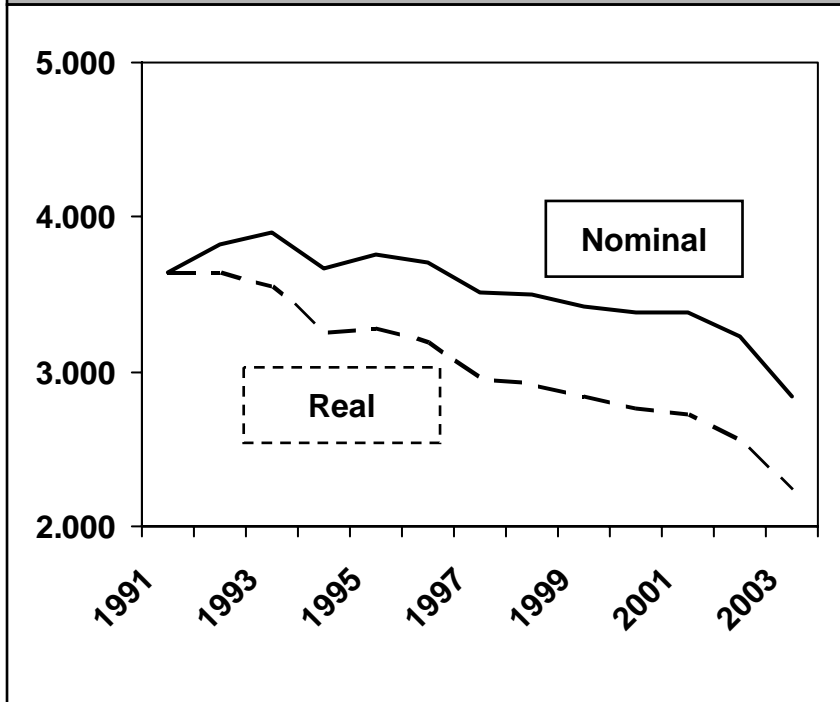
Ärztmangel

Ungenügende
Pensionsrückstellungen

Urteil zur Arbeitszeitregelung

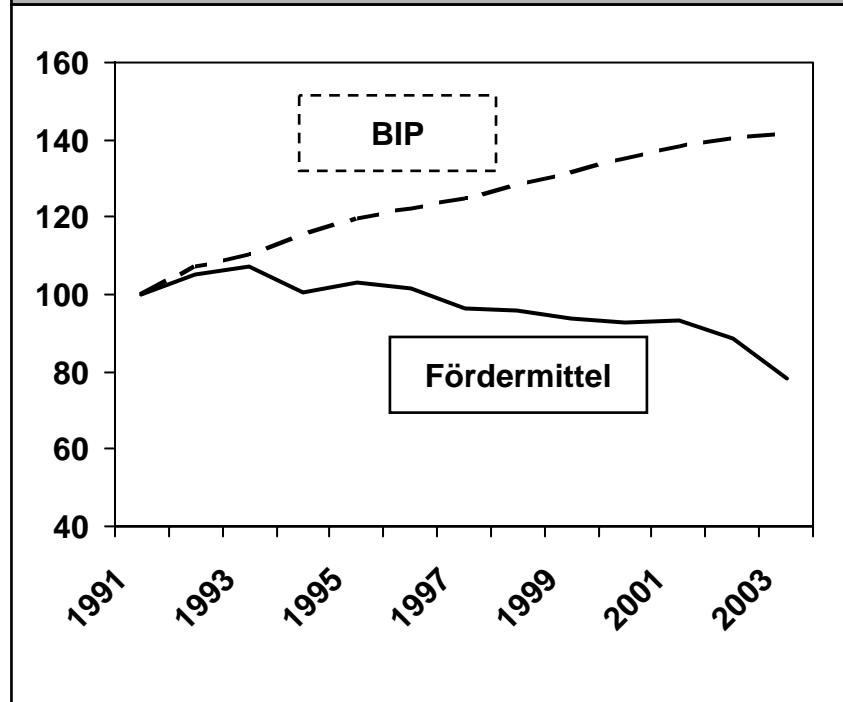
DIE ÖFFENTLICHE HAND ZIEHT SICH ZUNEHMEND AUS DER FINANZIERUNG DER INVESTITIONEN ZURÜCK

KHG Fördermittel in Mill. €



	Nominal	Real
Rückgang p.a. seit 1991:	-2,0%	-4,0%
Rückgang p.a. seit 1996:	-3,7%	-5,0%

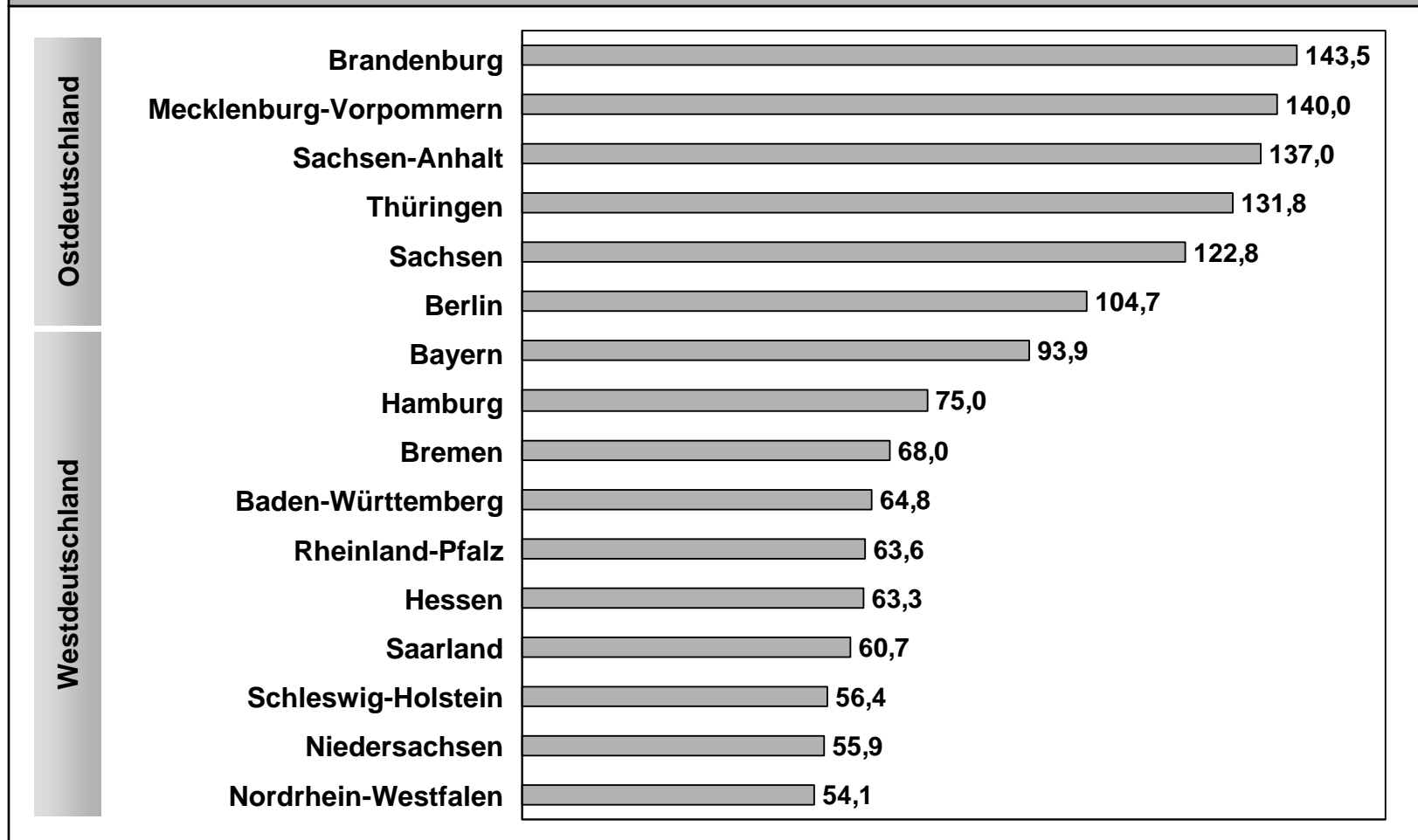
Entwicklung nominale Fördermittel zu nominalem BIP (indexiert, 1991 bei 100)



Quelle: Arbeitskreis für Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen der Länder; Umfrage des Krankenhausausschusses der AOLG (2004); Preisindex; ADMED / RWI Analyse

STARKE UNTERSCHIEDE ZWISCHEN BUNDESLÄNDERN BEI KUMULIERTEN FÖRDERMITTELN JE BETT

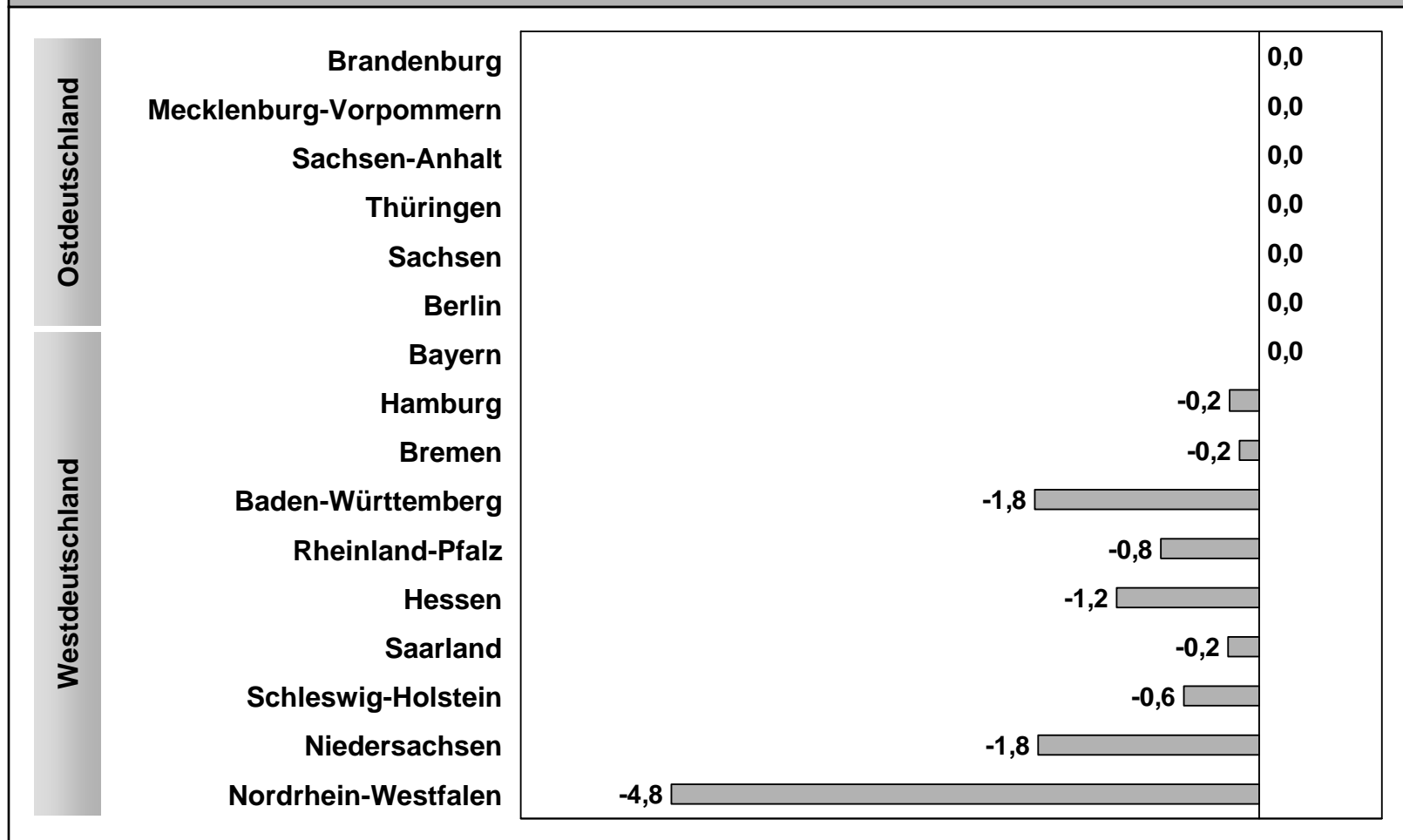
Kumulierte KHG Fördermittel 1991 bis 2003 in T€ pro Bett



Quelle: Arbeitskreis für Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen der Länder; Umfrage des Krankenhausausschusses der AOLG (2004); ADMED / RWI Analyse

INVESTITIONSTS TAU VON CA. 11,6 MRD. EURO

Investitionsstau 1991 bis 2003 in Mrd. €, gemessen an den kumulativen Fördermitteln Bayerns seit 1991 und ohne Berücksichtigung Ostdeutschlands⁽¹⁾

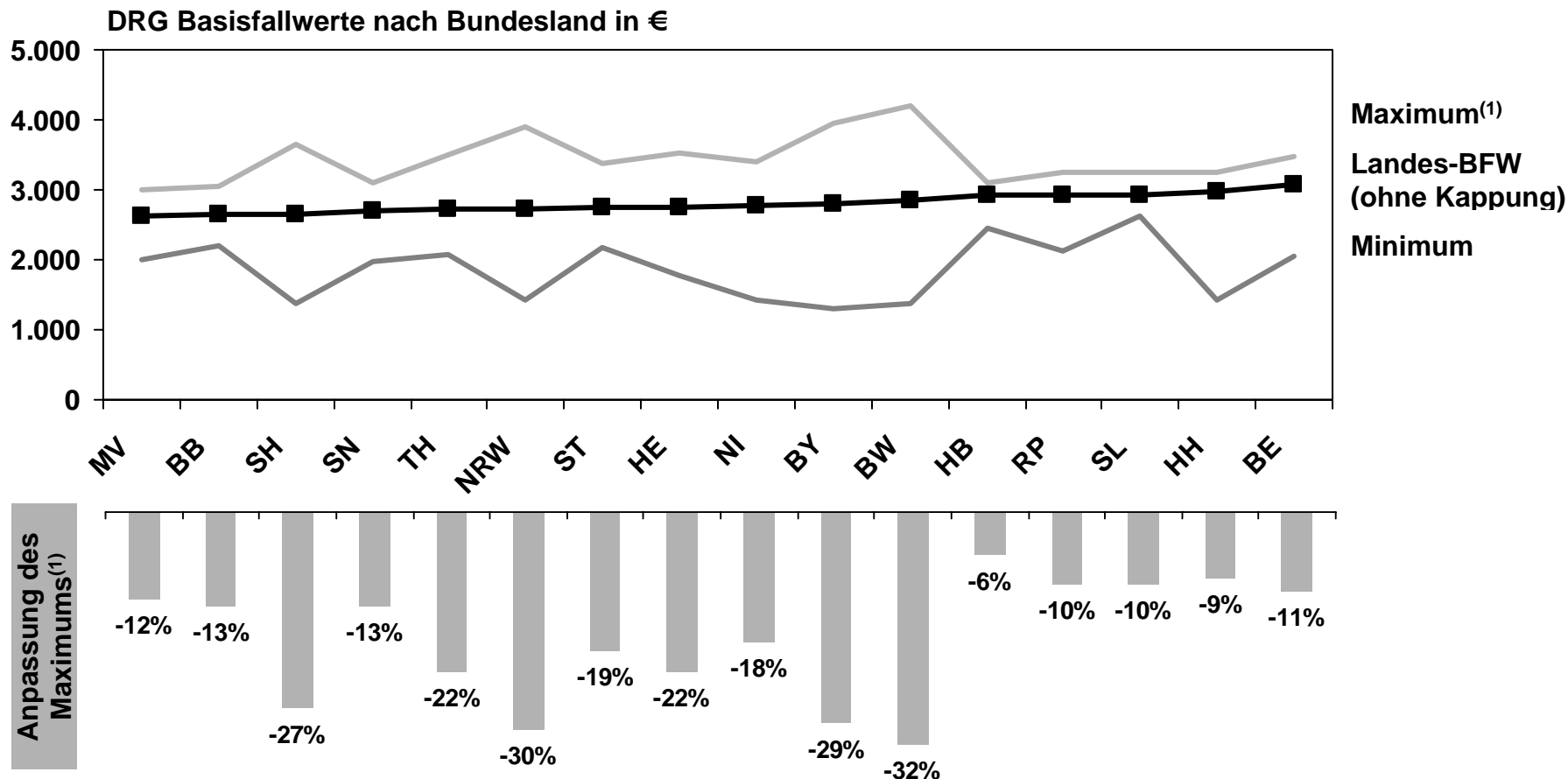


(1) Gemessen an Berlin ergäbe sich ein Stau von ca. 16,1 Mrd. €

Quelle: Arbeitskreis für Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen der Länder; Umfrage des Krankenhausausschusses der AOLG (2004);

RWI / ADMED Analyse

KAPPUNGSGRENZE LINDERT DIE FÜR MANCHE HÄUSER SCHMERZVOLLE DRG-KONVERGENZ



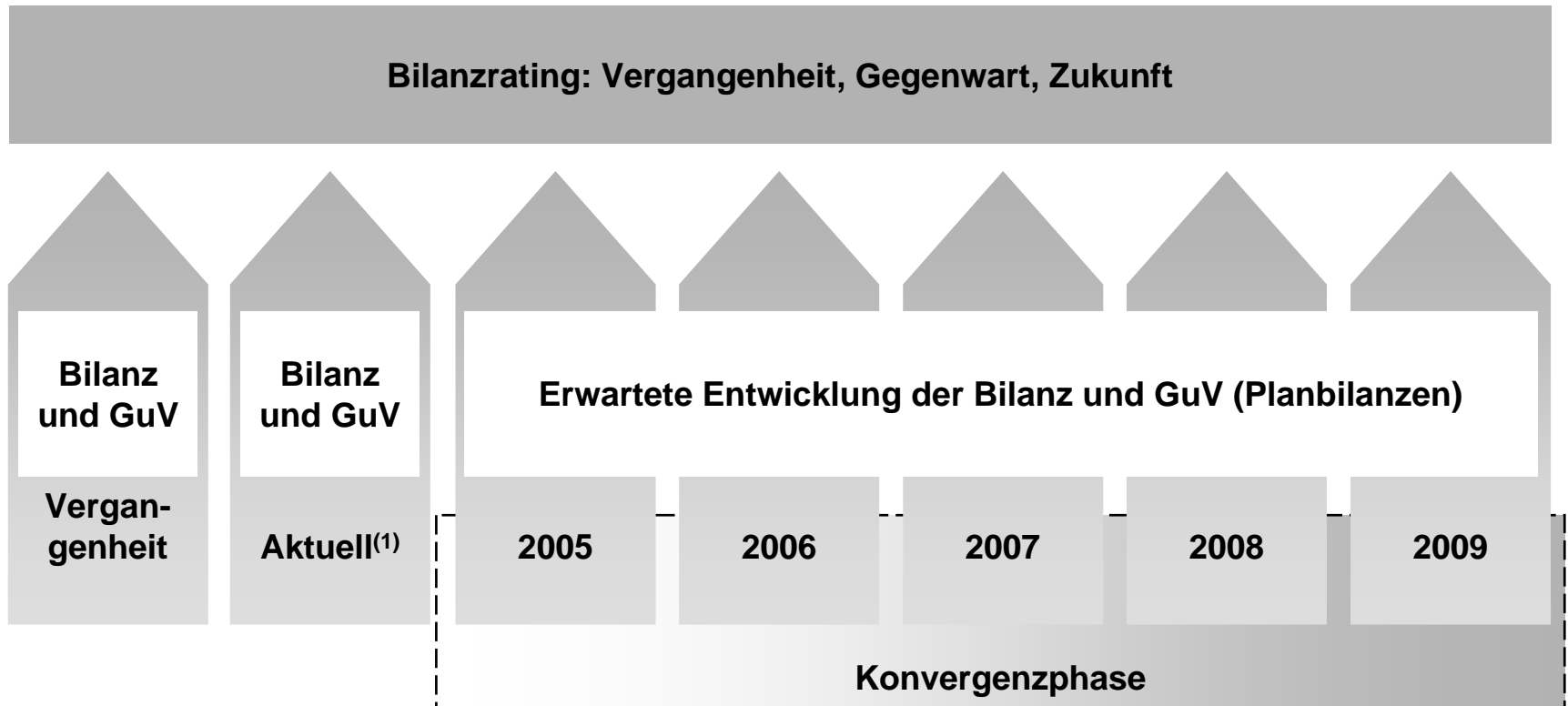
Ohne Kappungsgrenze wären Budgetanpassung nach unten bis zu 32% möglich

(1) Es handelt sich bei dem angegebenen Maximum jeweils um den zweithöchsten Wert, um Ausreißer weitgehend auszuschließen.

Quelle: AOK Bundesverband August 2005

ZIEL DIESER STUDIE: DARSTELLUNG DER WIRTSCHAFTLICHEN SITUATION DER KRANKENHÄUSER

Aktuell und erwartete Entwicklung ihres Ratings



(1) Hier wird die aktuellste vorliegende Bilanz verwendet, meist aus dem Jahr 2003

Quelle: ADMED / RWI Analyse

WESENTLICHE ENTWICKLUNGEN WERDEN IN DIESER STUDIE BIS 2010 BERÜCKSICHTIGT



AGENDA

Hintergrund

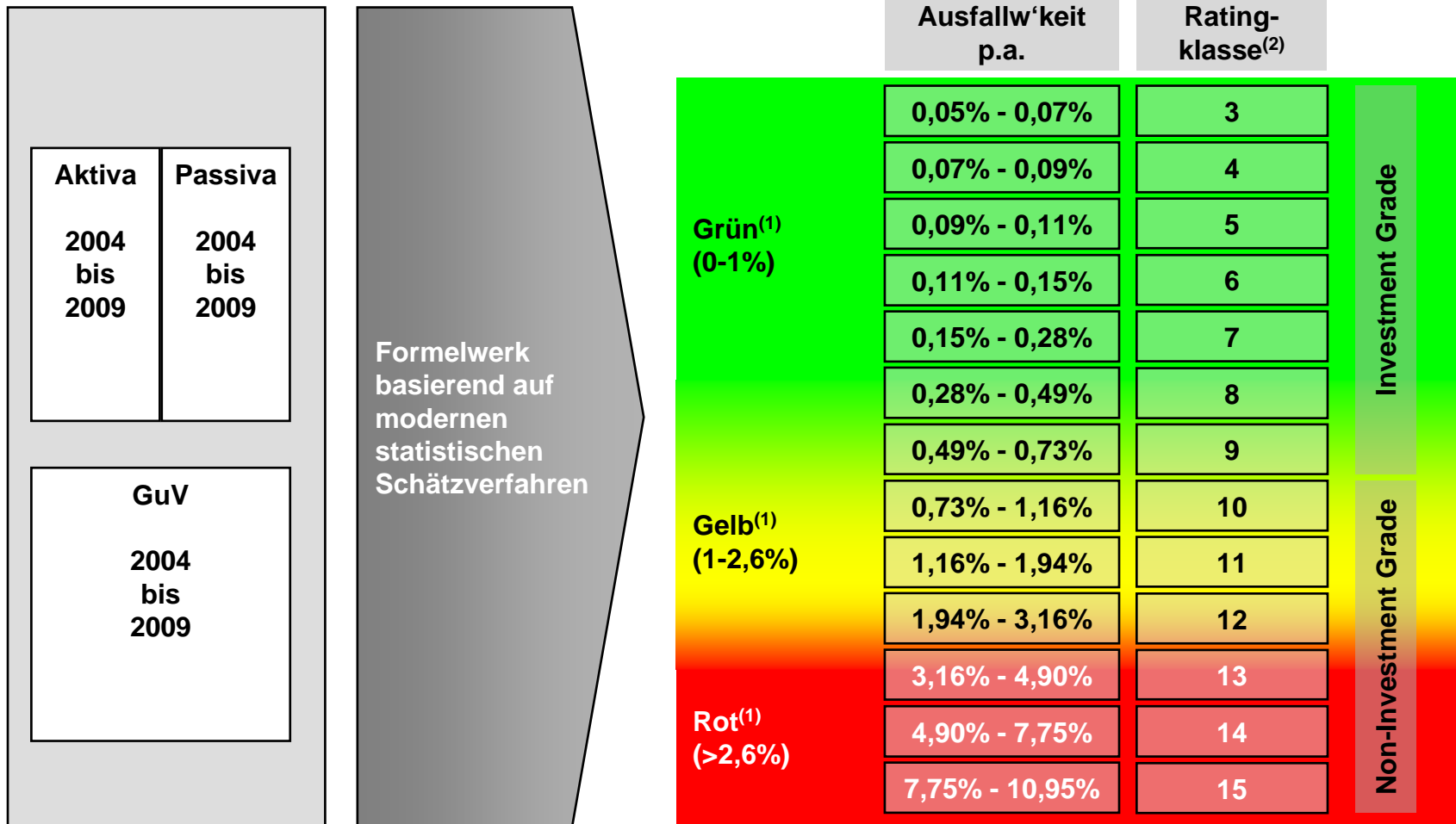
Kurzüberblick Methodik und Daten

Ergebnisse

Folgerungen auf politischer Ebene

Folgerungen auf Krankenhaus-Ebene

PLANBILANZEN BILDEN DIE GRUNDLAGE FÜR DAS RATING



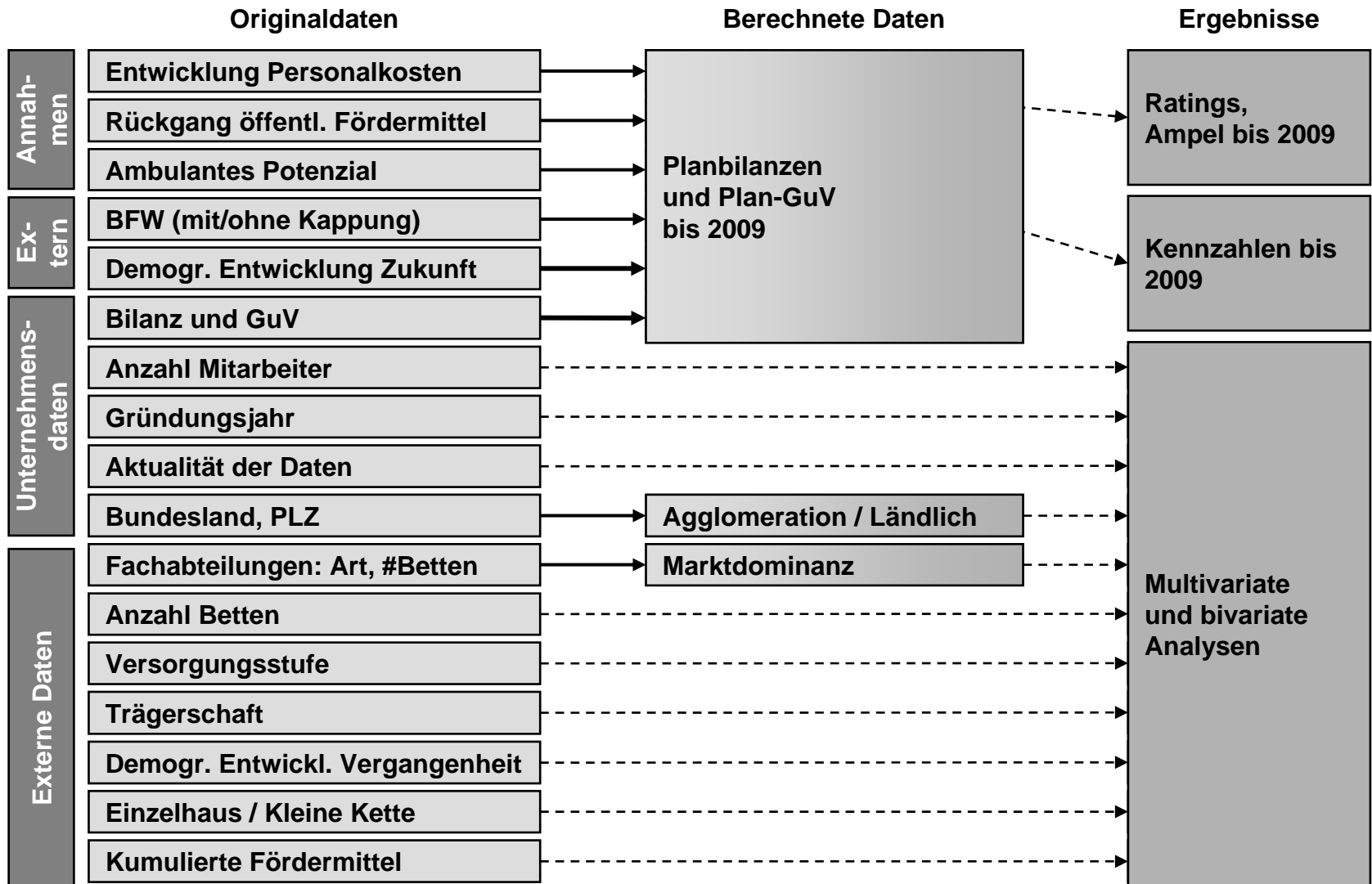
(1) Ähnliche Ampelklassifikationen werden häufig von Kreditinstituten verwendet.

(2) Die ersten beiden Ratingklassen spielen bei mittelständischen Unternehmen keine Rolle; diese können meist nur von Staaten erreicht werden. Sie werden daher hier nicht berücksichtigt

Quelle: Moody's KMV; ADMED / RWI Analyse; Experteninterviews

Krankenhaus Rating Report 2006

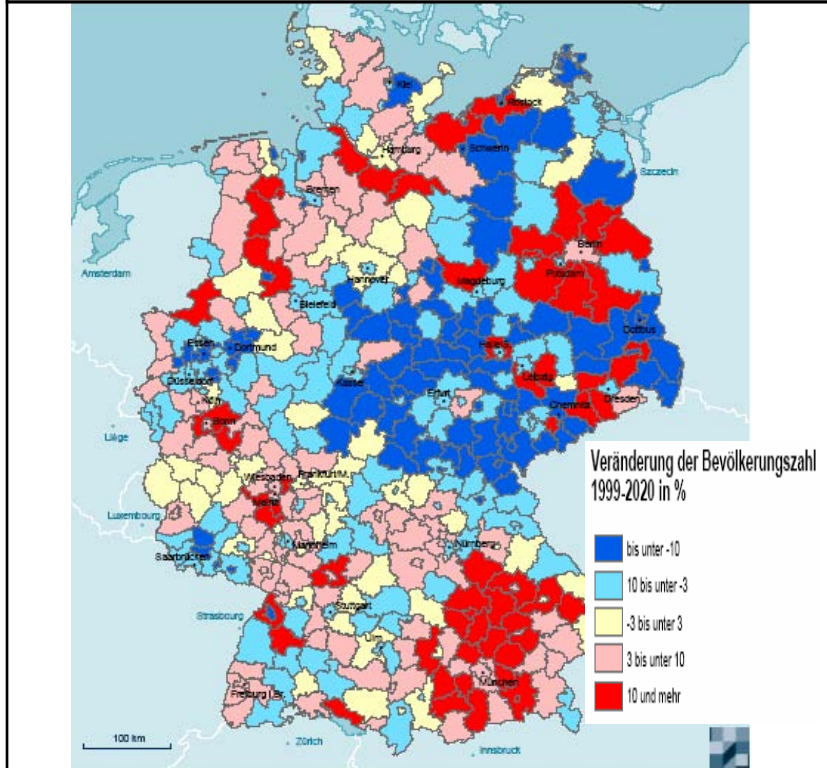
ZAHLREICHE INFORMATIONEN WERDEN ANALYSIERT



DIE DEMOGRAFISCHE ENTWICKLUNG WIRD AUF KREISEBENE BIS 2020 DARGESTELLT ...

... und mit der Nachfrage nach Krankenhausleistungen zusammengebracht

Bevölkerungsentwicklung auf Kreisebene



Nachfrage nach Krankenhausleistungen

Nachfrage nach Krankenhausleistungen je Altersklasse und je Fachabteilung

Auf dieser Basis und der demografischen Entwicklung wird für jedes Krankenhaus die Umsatzentwicklung bis 2020 prognostiziert; bis 2009 fließt sie in die Berechnungen mit ein

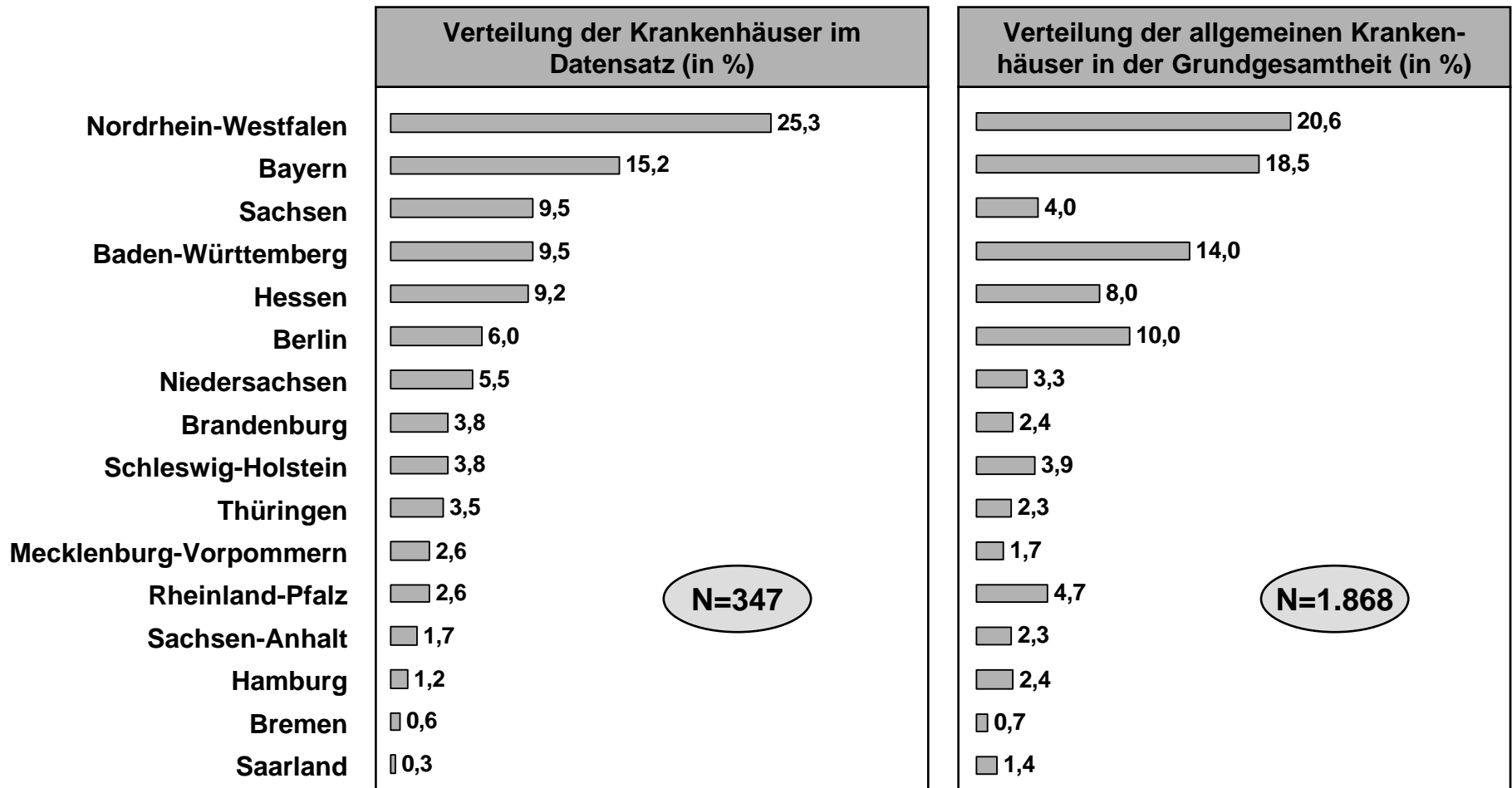
Durch die Budgetdeckungung bis 2009 kann sich eine bundesweite Mehrnachfrage nicht in einem allgemein höheren Budget für Krankenhäuser niederschlagen

Gleichwohl findet aber eine Budgetumverteilung zwischen Krankenhäusern mit einem Nachfragezuwachs und einem Nachfragerückgang statt

Dies gilt allerdings nicht für die Kostenentwicklung im Rahmen der Nachfrageänderungen

DIE STICHPROBE BESTEHT AUS 347 KRANKENHÄUSERN⁽¹⁾

Vergleich mit allgemeinen Krankenhäusern



(1) Insgesamt handelt es sich um 277 Bilanzen. Manche Bilanz umfasst jedoch eine kleine Kette von Krankenhäusern. Große Klinikketten wurden ausgeschlossen, weil sie Krankenhäuser aus verschiedenen Bundesländern enthalten.

Anmerkung: Bei den Angaben handelt es sich um ungewichtete Durchschnitte

Quelle: ADMED / RWI Analyse; Statistisches Bundesamt (2004)

AGENDA

Hintergrund

Kurzüberblick Methodik und Daten

Ergebnisse

Folgerungen auf politischer Ebene

Folgerungen auf Krankenhaus-Ebene

SIEBEN SZENARIEN IN DER STUDIE UNTERSUCHT

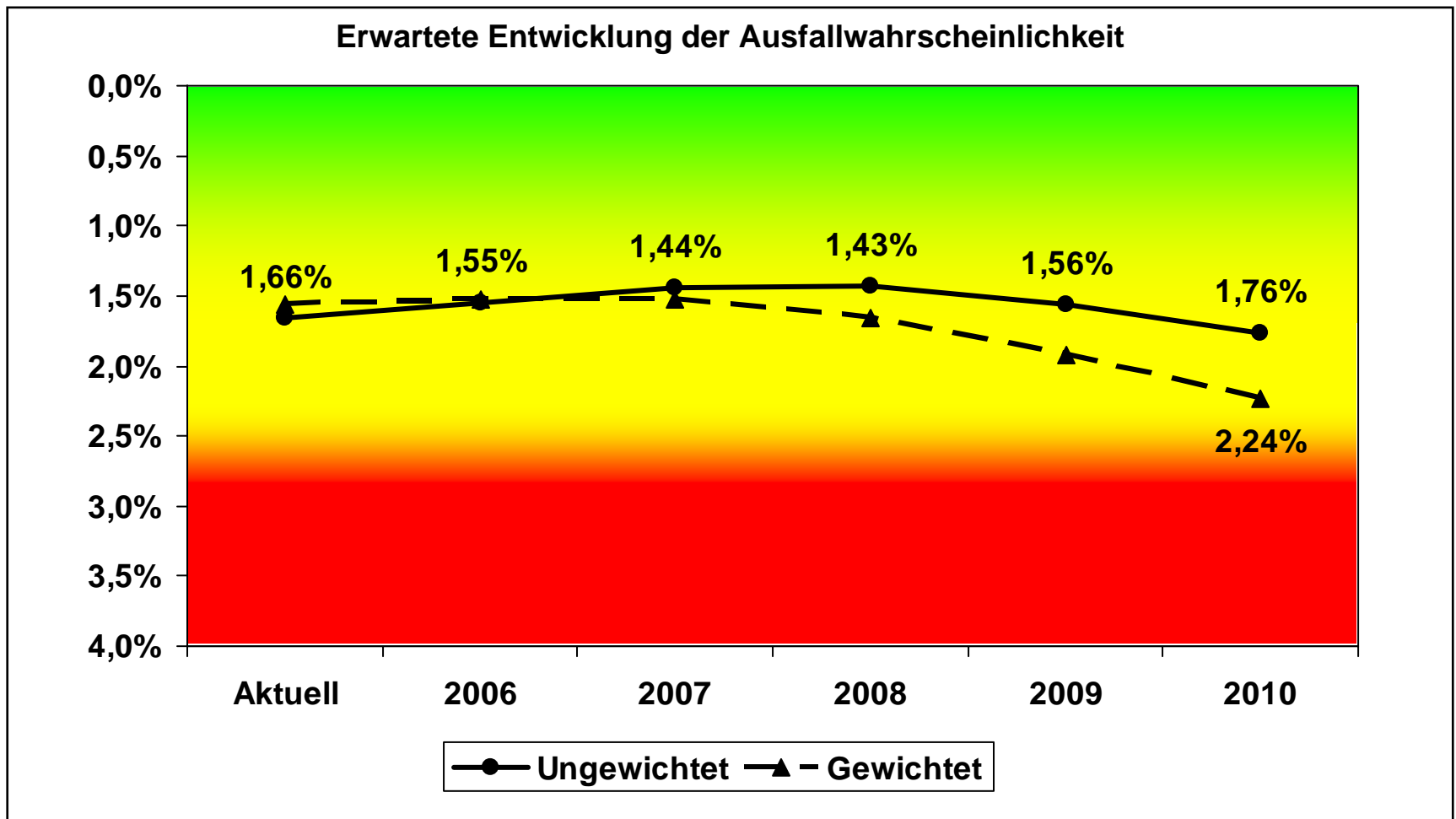
In dieser Kurzversion: nur Szenario 1 und 2

Szenario	Basis	1	2	3	4	5	6
DRG Konvergenz	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Demografische Entwicklung auf Kreisebene	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja
Rückgang öffentlicher Fördermittel: - 5% p.a.	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein	Ja
Schwaches ambulantes Potenzial: 5% bis 2010 ⁽¹⁾	Nein	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein	Ja
Starkes ambulantes Potenzial: 7,5% bis 2010 ⁽¹⁾	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein
Steigende Personalkosten: + 0,5% p.a.	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja	Ja

Alle Angaben über zukünftige Entwicklungen erfolgen in realen, nicht in nominalen Werten

(1) Davon werden ein Fünftel, d.h. 1% bzw. 1,5% über wachsende ambulante Erlöse wieder erwirtschaftet, sodass das Nettopotenzial nur 4% bzw. 6% beträgt.

KRANKENHÄUSER WEISEN IM SCHNITT EIN RATING IM GELBEN BEREICH AUF



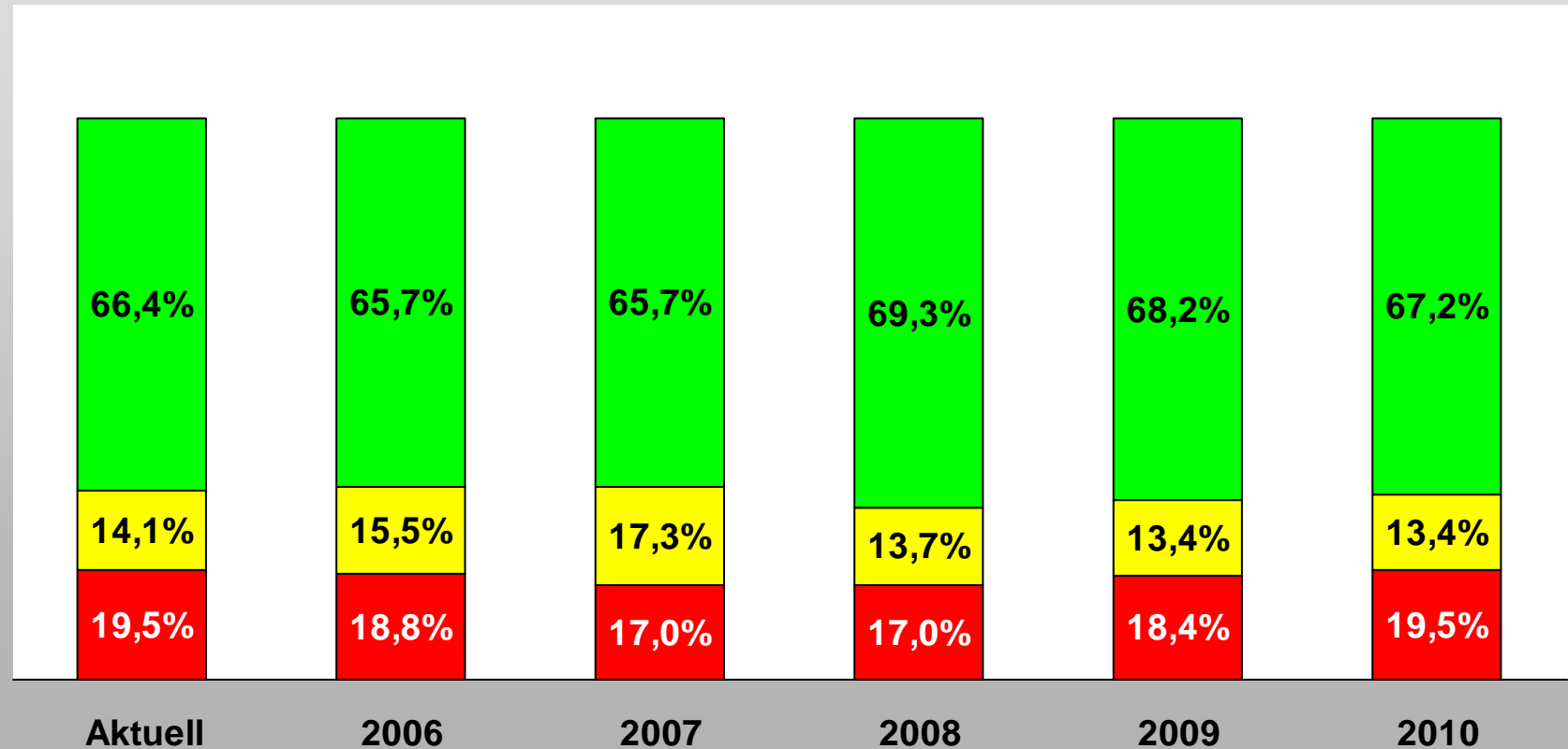
Anmerkung: Gewicht bei der Mittelwertbildung bildet der Umsatz

Quelle: ADMED / RWI Analyse; Moody's KMV

Krankenhaus Rating Report 2006

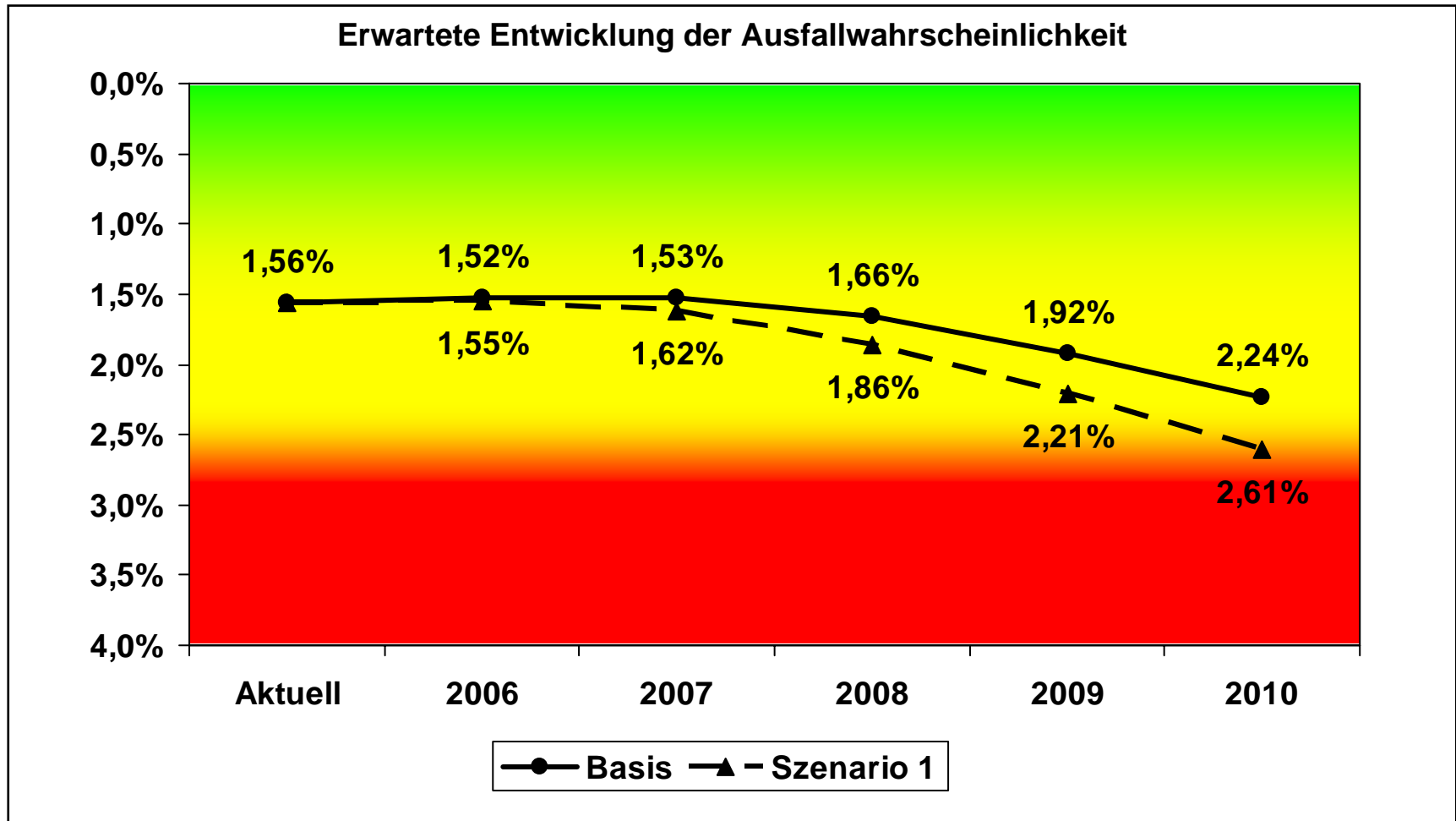
20% DER KRANKENHÄUSER IM ROTEN BEREICH Ohne Gewichtung

Verteilung der Krankenhäuser nach der Ampelklassifikation



Anmerkung: Ohne Gewichtung
 Quelle: ADMED / RWI Analyse; Moody's KMV
 Krankenhaus Rating Report 2006

HÖHERE KOSTEN BEI KONSTANTEM BUDGET: DEMO- GRAFISCHE ENTWICKLUNG VERSCHLECHTERT SITUATION

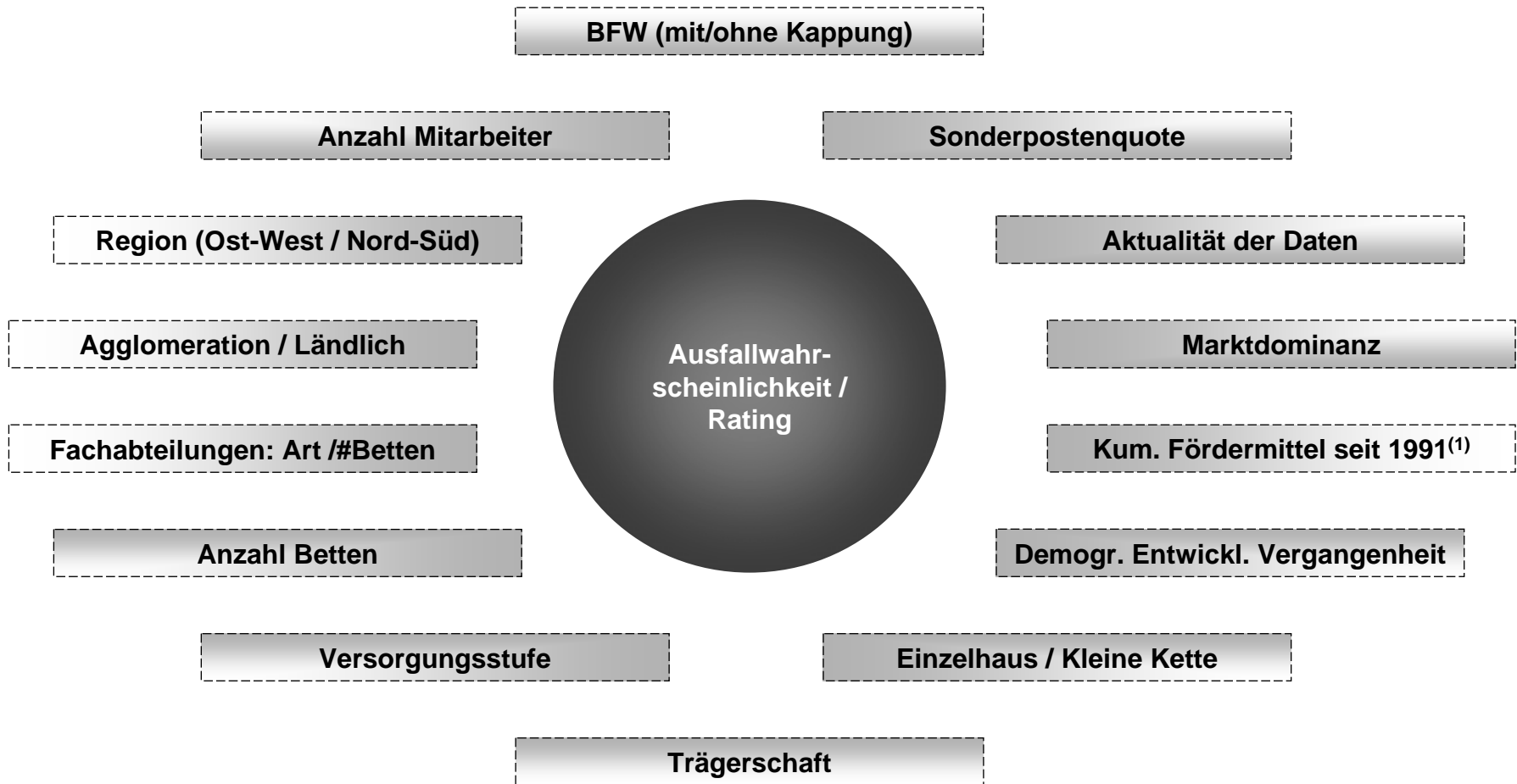


Anmerkung: Gewicht bei der Mittelwertbildung bildet der Umsatz; keine großen Klinikketten

Quelle: ADMED / RWI Analyse; Moody's KMV

Krankenhaus Rating Report 2006

ZAHLREICHE FAKTOREN KÖNNEN DIE HÖHE DER AUSFALLWAHRSCHEINLICHKEIT BEEINFLUSSEN



(1) Auf Bundeslandebene, nicht auf Krankenhausebene

Quelle: ADMED / RWI Analyse

Krankenhaus Rating Report 2006

MULTIVARIATE REGRESSIONSANALYSE IDENTIFIZIERT EINFLUSS EINZELNER FAKTOREN AUF AUSFALLW'KEIT

Beobachtbarer Einflussfaktor	Wirkung auf aktuelle Ausfallw'keit
Privat im Vergleich zu Freigem.	Kein Einfluss
Öff.rechtl. im Vergleich zu Freigem.	Signifikante Erhöhung
Ostdeutsches Bundesland	Signifikante Reduktion
Süddeutsches Bundesland	Kein Einfluss
Ländliche Region	Signifikante Reduktion
Aktualität der Daten	Signifikante Reduktion
Kumulierte Fördermittel ⁽¹⁾ seit 1991	Signifikante Erhöhung
Kleine Kette	Signifikante Reduktion
Höhe des BFW	Schwach signifikante Reduktion
Anzahl Betten	Signifikante Reduktion
Lokal steigende Bevölkerungszahl	Schwach signifikante Reduktion
Anteil Senioren an Bevölkerung	Kein Einfluss
Sonderpostenquote	Kein Einfluss
Marktdominanz	Kein Einfluss
Anzahl Fachabteilungen	Kein Einfluss
Versorgungsstufe	Zu wenig Variation -- gestrichen
Anzahl Mitarbeiter	Zu wenige Beobachtungen -- gestrichen



(1) Auf Bundeslandebene, nicht auf Krankenhausebene
 Anmerkung: Gewicht bei der Mittelwertbildung bildet der Umsatz; keine großen Klinikketten

Quelle: ADMED / RWI Analyse

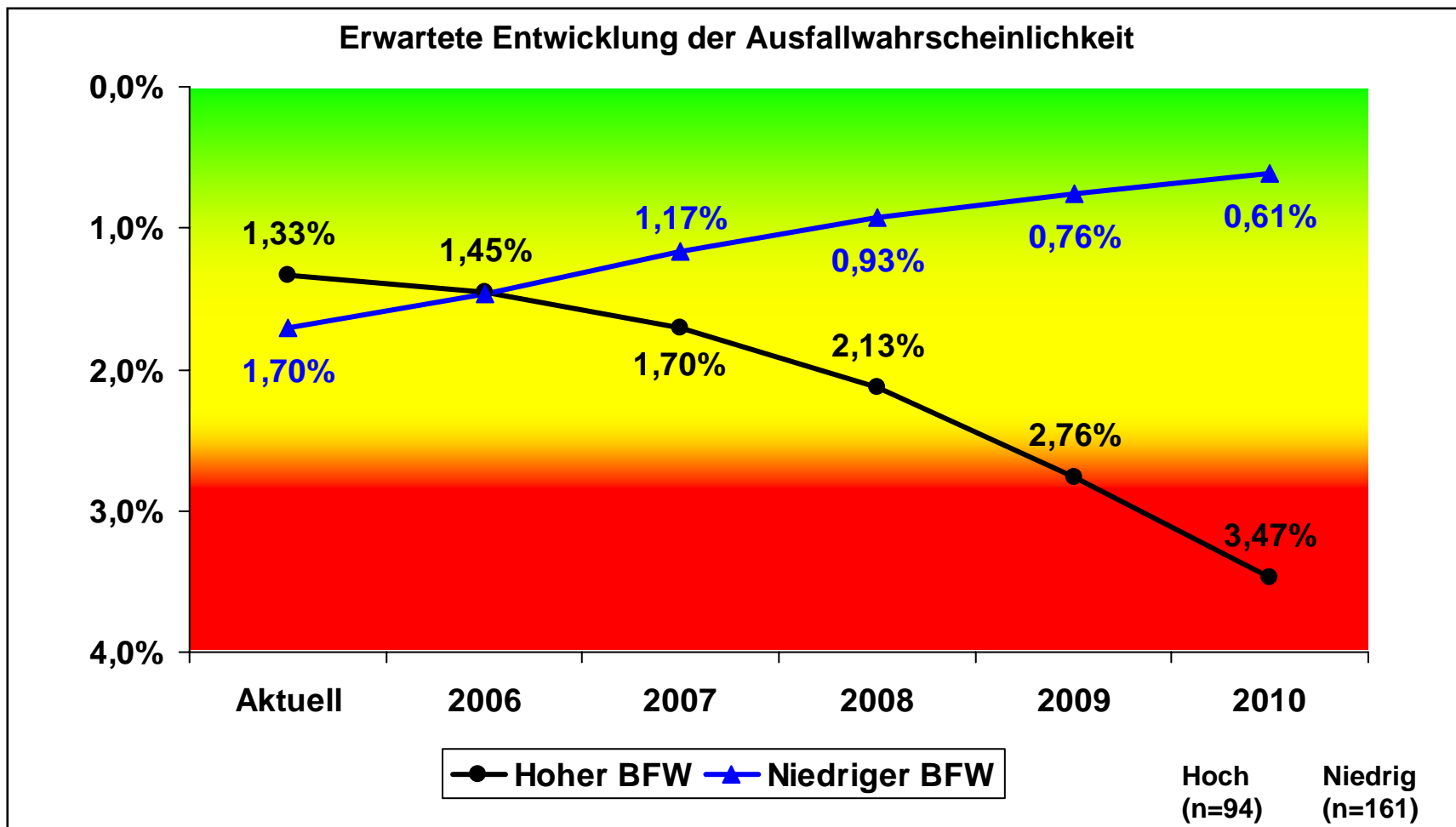
AUSGEWÄHLTE BIVARIATE ANALYSEN FÜR UNTERGRUPPEN

Hinweis

Die bivariaten Analysen beziehen sich nicht auf das artifizielle Durchschnittskrankenhaus des gesamten Datensatzes, sondern auf das typische Krankenhaus der jeweils zu untersuchenden Untergruppen. Das typische Krankenhaus besitzt daher auch die durchschnittlichen Merkmale seiner Untergruppe; so ist ein typisches privates Haus z.B. auch ein kleines Haus. Aus diesem Grunde überlagern sich die Einflüsse auf die Ausfallwahrscheinlichkeit verschiedener Merkmale.

TROTZ KAPPUNG SIGNIFIKANTE VERSCHLECHTERUNG BEI HOHEM BFW

Krankenhäuser mit hohem BFW starten jedoch mit größerem Polster



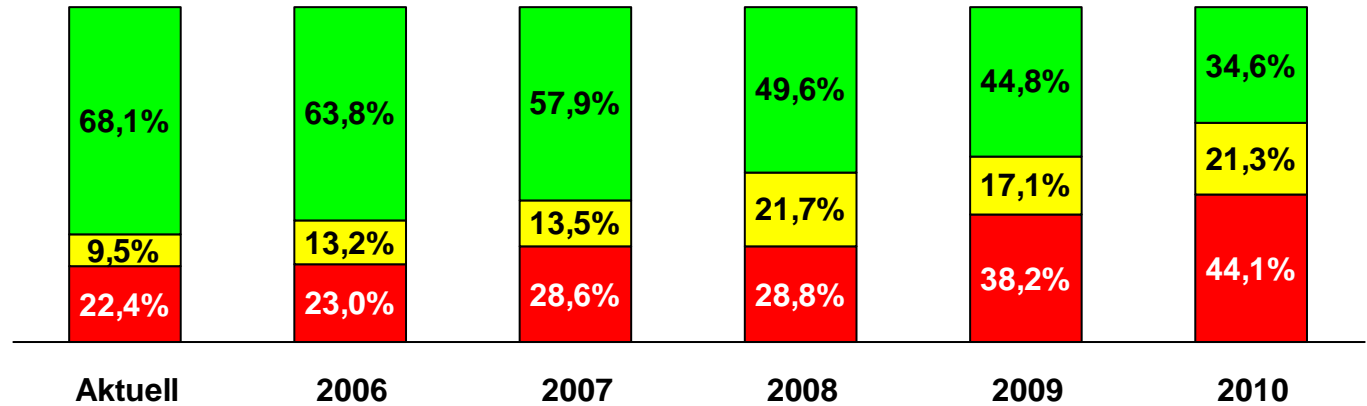
Anmerkung: Gewicht bei der Mittelwertbildung bildet der Umsatz; keine großen Klinikketten

Quelle: ADMED / RWI Analyse; Moody's KMV

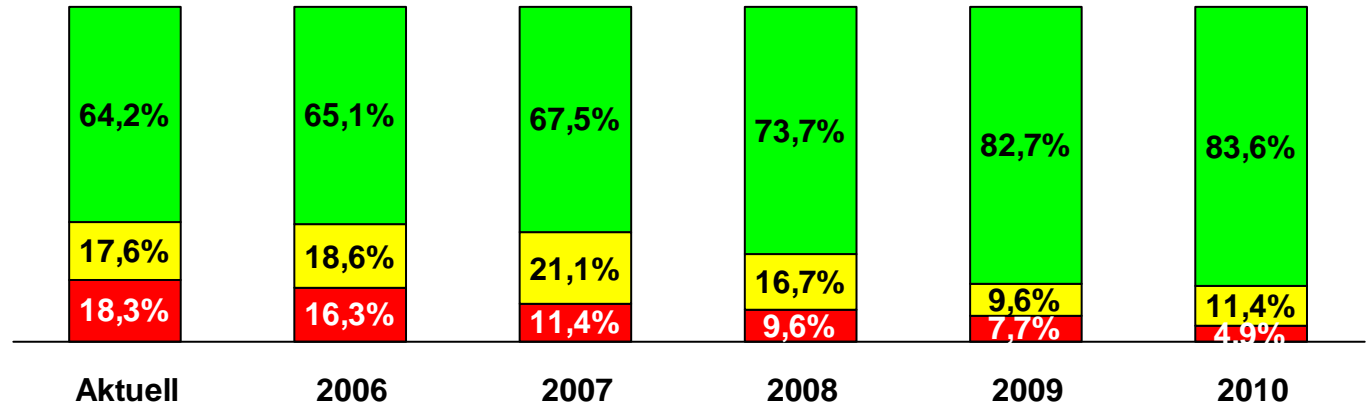
Krankenhaus Rating Report 2006

ERHEBLICHE ZUNAHME DES ROTEN BEREICHS BEI HÄUSERN MIT HOHEM BASISFALLWERT

Hoher BFW⁽¹⁾



Niedriger BFW⁽¹⁾

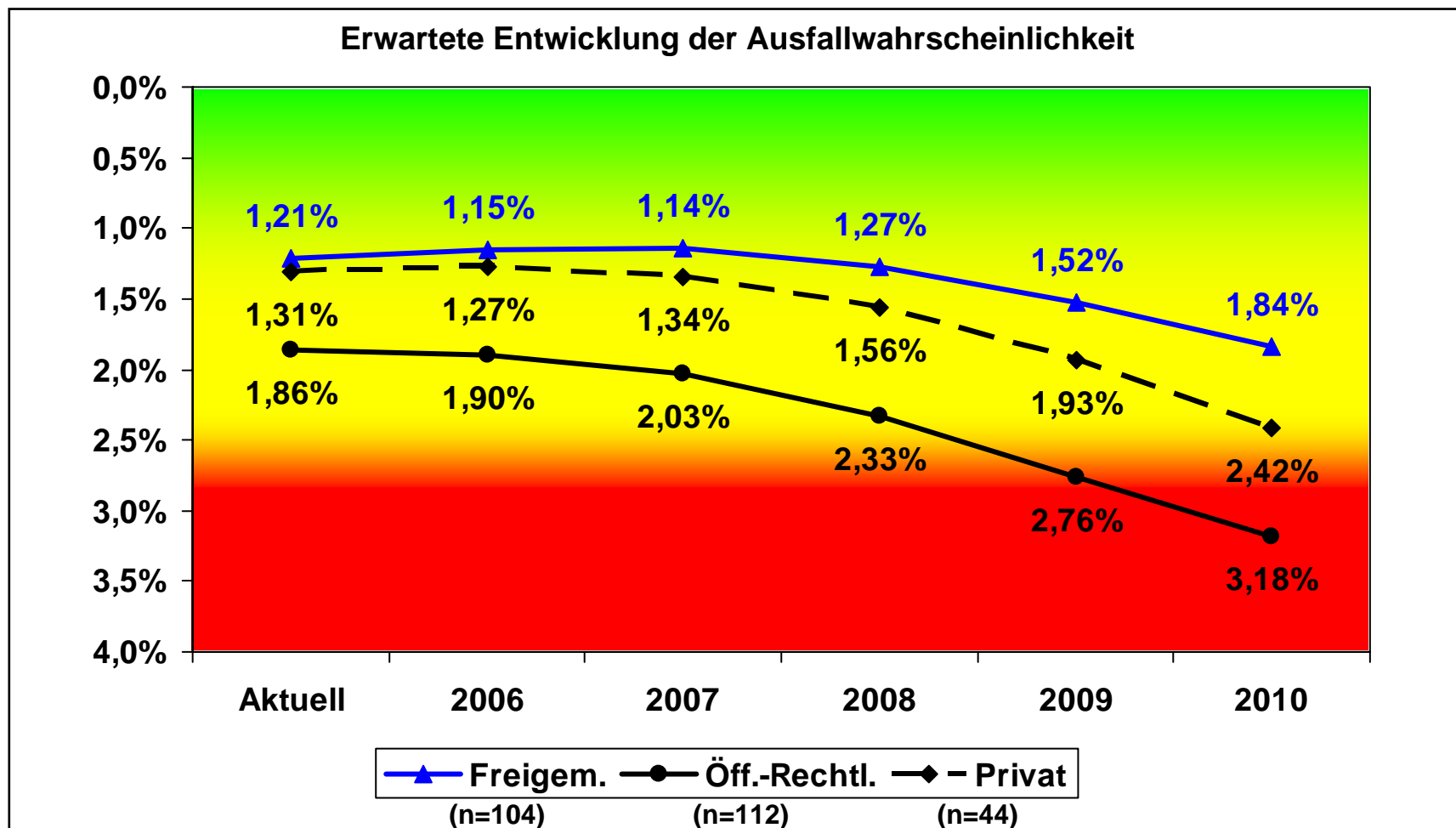


(1) Basisfallwert über bzw. unter Landesbasisfallwert

Quelle: ADMED / RWI Analyse; Moody's KMV

Krankenhaus Rating Report 2006

ÖFFENTLICH-RECHTLICHE KRANKENHÄUSER MIT SCHLECHTER ZUKUNFTSPERSPEKTIVE

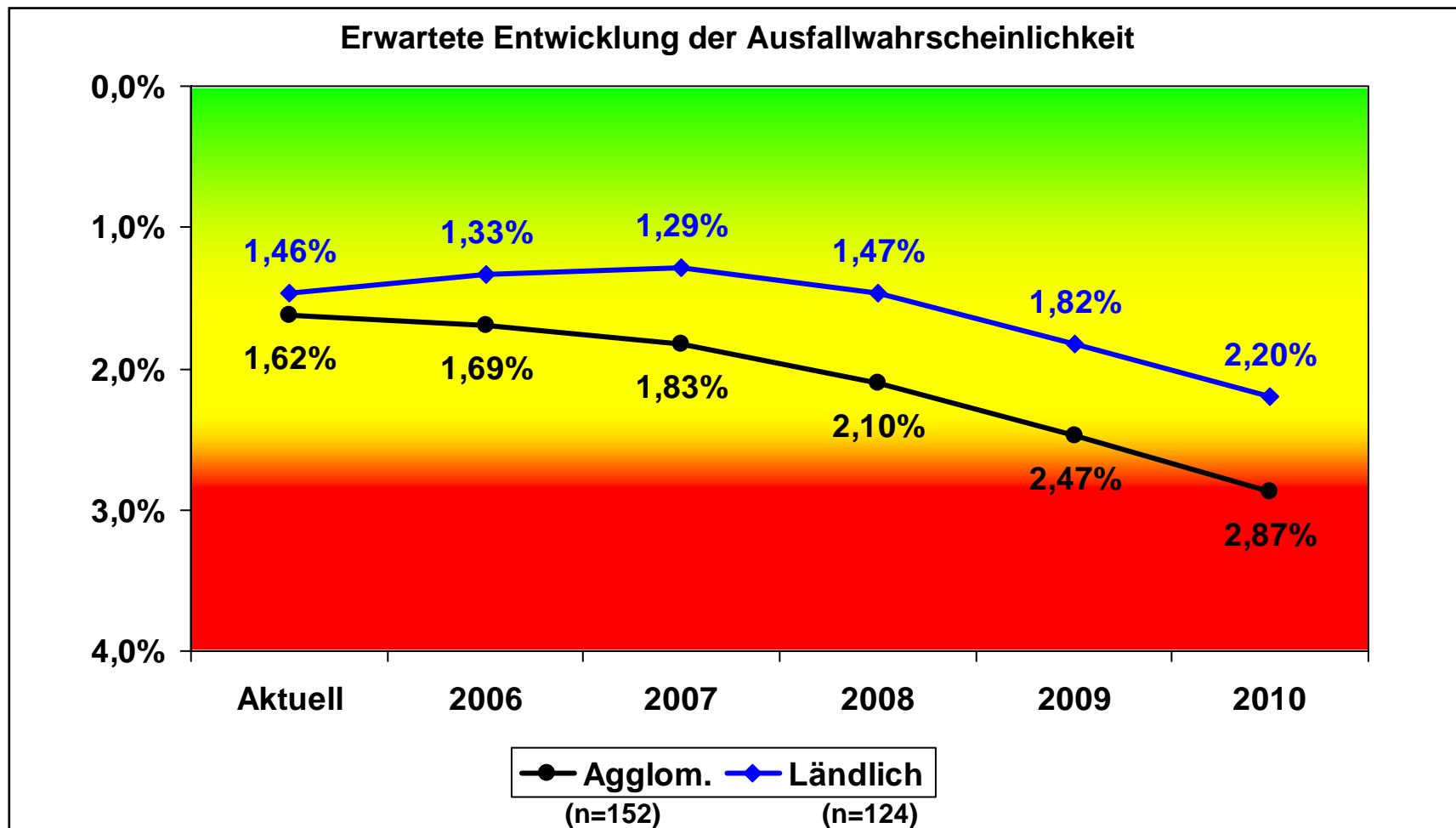


Anmerkung: Gewicht bei der Mittelwertbildung bildet der Umsatz; keine großen Klinikketten

Quelle: ADMED / RWI Analyse; Moody's KMV

Krankenhaus Rating Report 2006

VERSCHLECHTERUNG BEI KRANKENHÄUSERN IN AGGLOMERATIONS- GEBIETEN



Anmerkung: Gewicht bei der Mittelwertbildung bildet der Umsatz; keine großen Klinikketten

Quelle: ADMED / RWI Analyse; Moody's KMV

Krankenhaus Rating Report 2006

AGENDA

Hintergrund

Kurzüberblick Methodik und Daten

Ergebnisse

Folgerungen auf politischer Ebene

Folgerungen auf Krankenhaus-Ebene

FOLGERUNGEN

- 1 Die DRG Konvergenz erreicht ihre Ziele
- 2 Eine gewünschte Konvergenz auf Bundesebene noch vor Ende der Konvergenz auf Landesebene einzuleiten, um Verwerfungen zu vermeiden
- 3 Marktbereinigung führt durch effizientere Allokation von Ressourcen zu einer Gesundung des Gesamtsystems
- 4 Übergang zur Monistik kann gestaltet werden
- 5 Versorgungssicherheit bleibt – besonders auch auf dem Land – gewährleistet
- 6 Öffentlich-rechtliche Krankenhäuser verlieren ihre dominante Stellung
- 7 Mehr Freiheit für Krankenhäuser kann gewagt werden
- 8 Doppelte Facharztschiene bei Nutzung des ambulanten Potenzials durch Krankenhäuser zu hinterfragen
- 9 Bei Budgetdeckelung steigt der Druck durch die demografische Entwicklung
- 10 Druck auf Tarifverträge steigt

DIE DRG KONVERGENZ ERREICHT IHRE ZIELE

In der Vergangenheit benachteiligte Krankenhäuser gewinnen

Effizientes Wirtschaften wird belohnt

**Einführung der Kappung und Verlängerung der Konvergenzphase
gibt den Verlierern ausreichend Zeit, um sich den neuen
Gegebenheiten anzupassen**

ZUR VERMEIDUNG VON VERWEFUNGEN BUNDESKONVERGENZ VOR ENDE DER LANDESKONVERGENZ EINZULEITEN

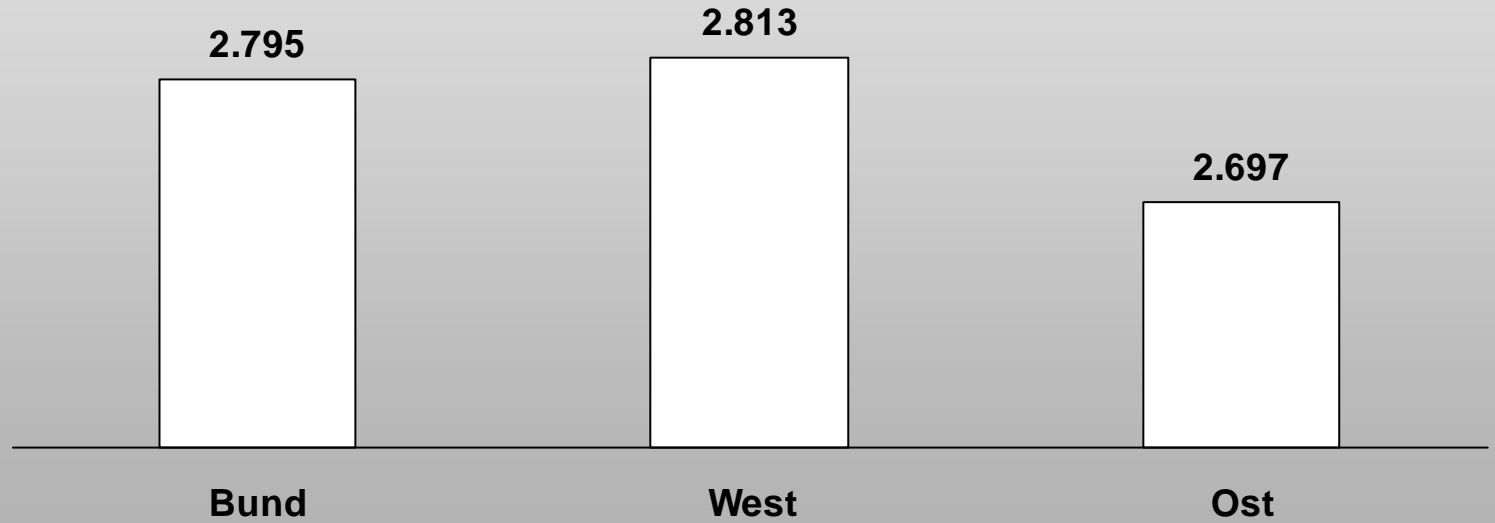
Bundesweite Konvergenz sinnvoll; Verwerfungen an den Landesgrenzen

Konvergenz separat für Ost und West

Rechtzeitige Einleitung der Konvergenz, um Verwerfungen zu vermeiden

BUNDESKONVERGENZ IM ANSCHLUSS AN LANDESKONVERGENZ

Geschätzte Basisfallwerte in € für bundesweite Konvergenz ohne Kappung



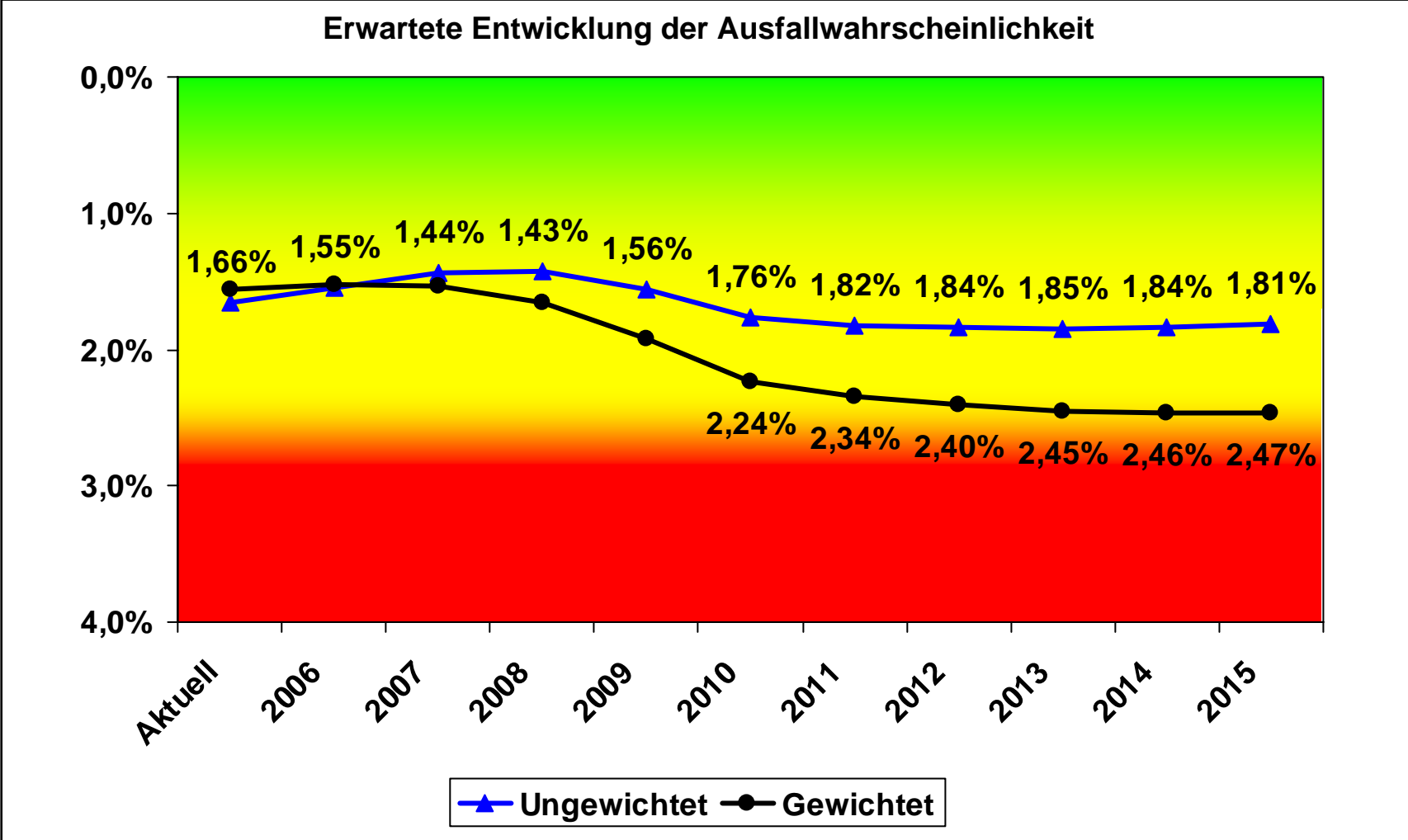
Große Unterschiede zwischen Ost und West sprechen für die Wahl von separaten Ziel-BFW für Ost und West

Anmerkung: Ost ohne Berlin, West mit Berlin

Quelle: ADMED / RWI Analyse

Krankenhaus Rating Report 2006

KEINE WESENTLICHE ÄNDERUNG DER DURCHSCHNITTLICHEN AUSFALLW'KEIT DURCH BUNDESKONVERGENZ



Anmerkung: Gewicht bei der Mittelwertbildung bildet der Umsatz; keine großen Klinikketten

Quelle: ADMED / RWI Analyse; Moody's KMV

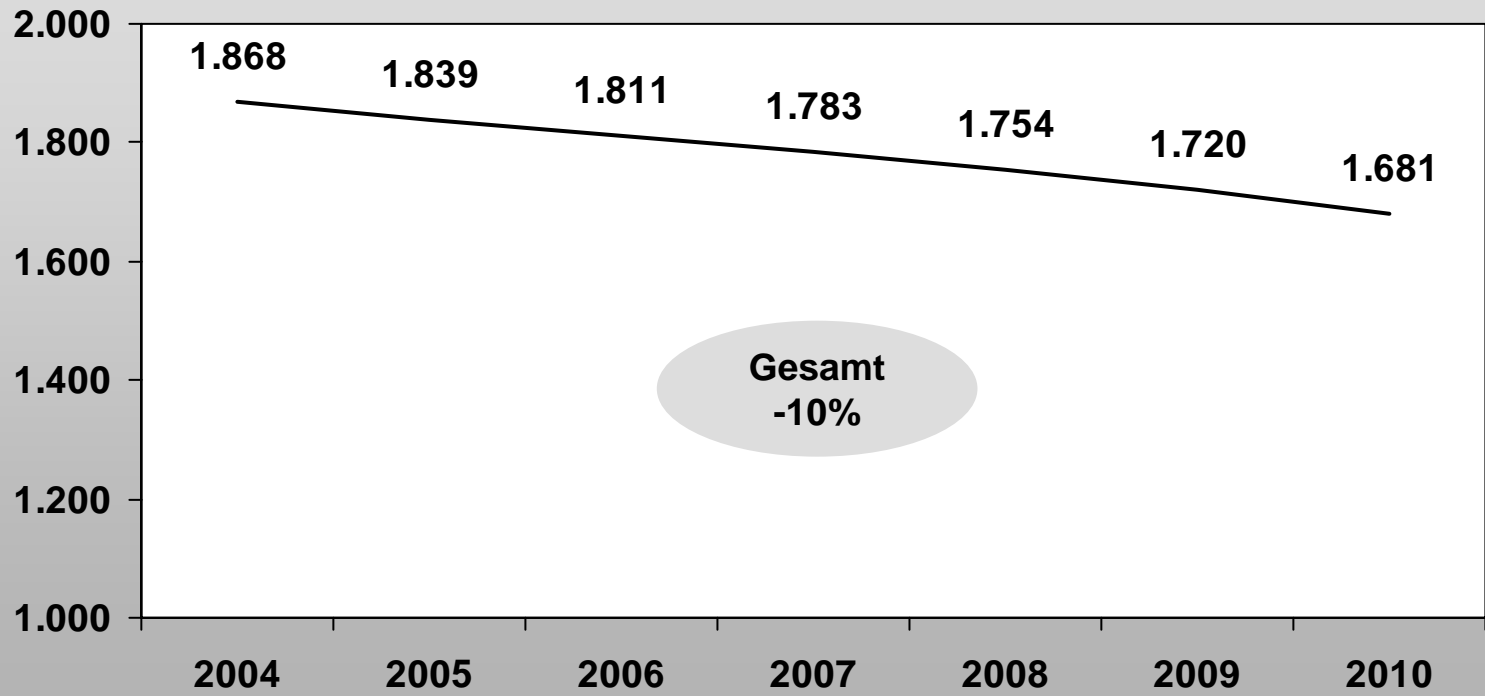
Krankenhaus Rating Report 2006



BIS 2009 IST DAMIT ZU RECHNEN, DASS 10% DER KRANKENHÄUSER IN DEUTSCHLAND VERSCHWINDEN

Allgemeine Krankenhäuser

Entwicklung der Anzahl Krankenhäuser



MARKTBEREINIGUNG FÜHRT ZU EFFIZIENTEREN ALLOKATION VON RESSOURCEN

Ohne Eingriff der öffentlichen Hand verschwinden ca. 10% der Krankenhäuser bis 2010

Es handelt sich dabei tendenziell um Krankenhäuser, die mit ihren Ressourcen weniger effizient umgehen als andere

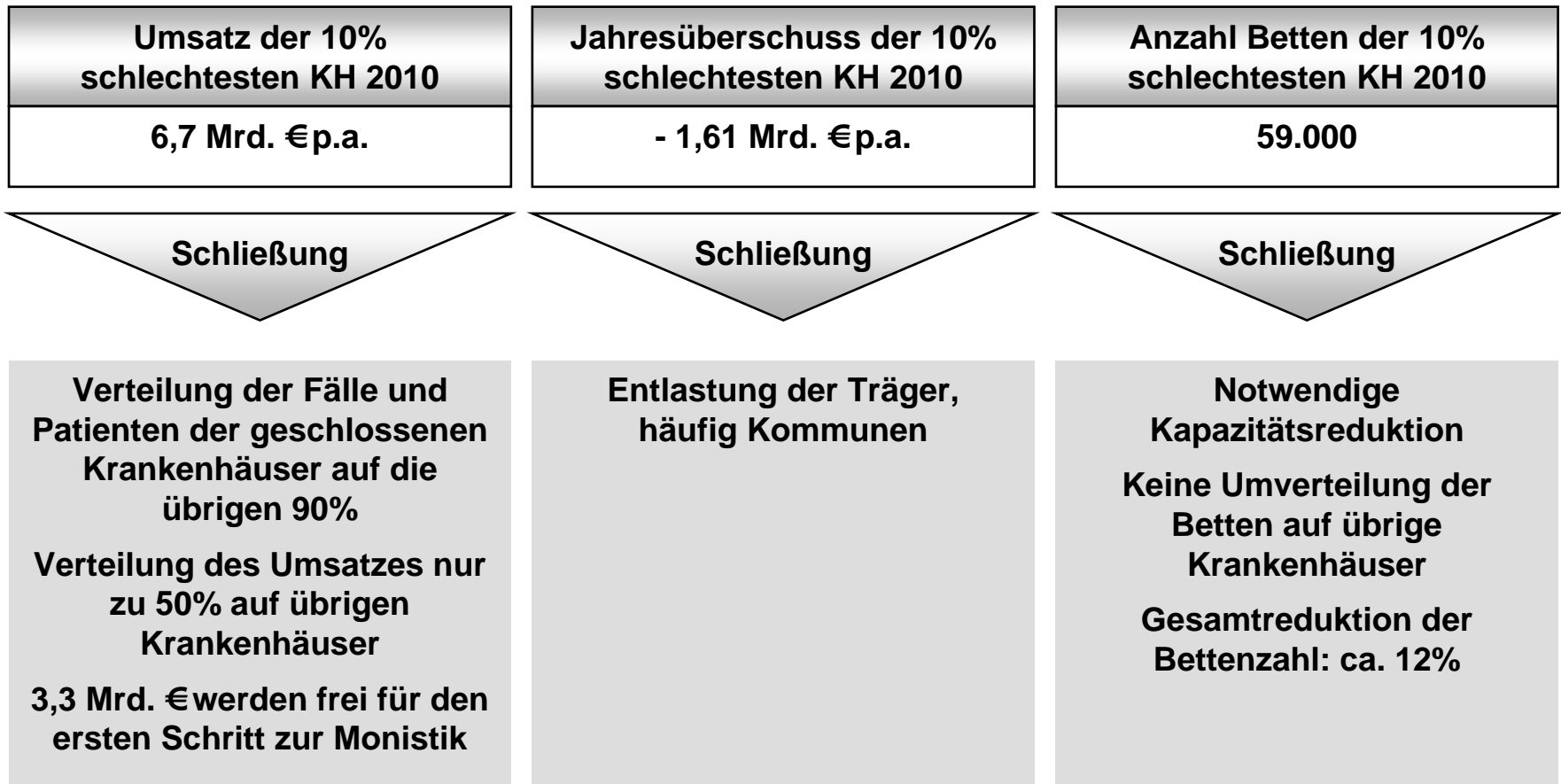
Insgesamt reduzieren sich dadurch die Gesamtbettenzahl und das Gesamtbudget

Das eingesparte Budget und die zu behandelnden Fälle werden an die verbleibenden „guten“ 90% Krankenhäuser weiter gegeben

Dadurch steigt deren Auslastung; ihre wirtschaftliche Situation verbessert sich

Insgesamt verbessert sich das durchschnittliche Rating in der Branche

SCHLIEßUNG DER SCHLECHTESTEN 10% FÜHRT ZU UMSATZEINSPARUNG UND VERMEIDUNG VON VERLUSTEN



ÜBERGANG ZUR MONISTIK KANN GESTALTET WERDEN

Die Marktberreinigung führt zu einer effizienteren Allokation von Ressourcen

Aus dem daraus frei werdenden Budget (von ca. 6,7 Mrd. €) kann der Übergang zur Monistik zum Teil gestaltet werden

Die öffentliche Hand wird entlastet, Krankenkassen werden nicht zusätzlich belastet

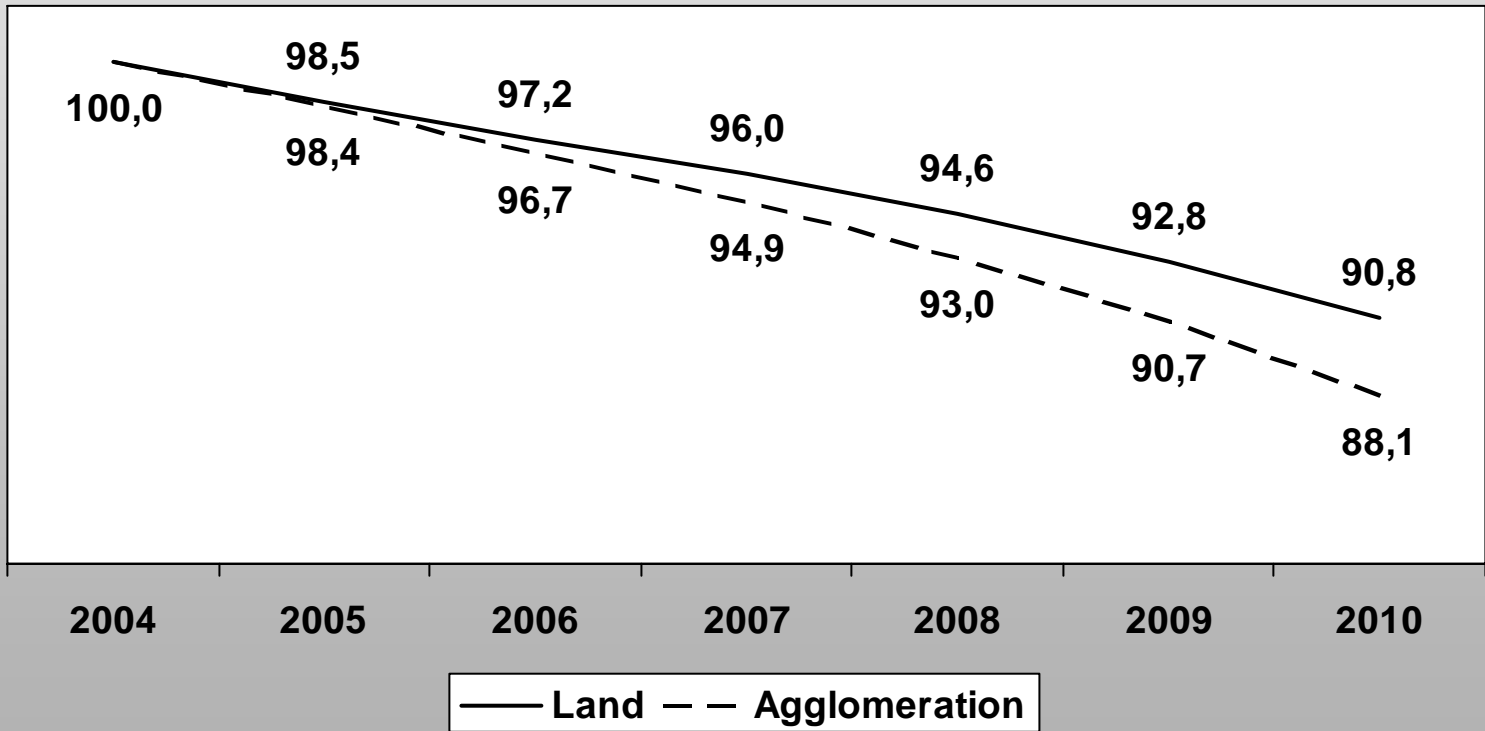
VERSORGUNGSSICHERHEIT BLEIBT GEWÄHRLEISTET

Aktuelle Überkapazitäten an Betten und erwartete Verweildauerreduktion führen dazu, dass der Verlust von Krankenhäusern keine Probleme im Durchschnitt schafft

Versorgungssicherheit kann auf dem Land gewährleistet bleiben, da Ausfallrate bei Krankenhäusern auf dem Land geringer als in Agglomerationsgebieten ist

LÄNDLICHE KRANKENHÄUSER WENIGER STARK ALS HÄUSER IN AGGLOMERATIONS- GEBIETEN BETROFFEN

Entwicklung der Anzahl Krankenhäuser unter Szenario 1 (normiert auf 2004)



ÖFFENTLICH-RECHTLICHE KRANKENHÄUSER VERLIEREN IHRE DOMINANTE STELLUNG

Öffentlich-rechtliche Krankenhäuser werden am stärksten unter den Entwicklungen zu leiden haben und verstärkt aus dem Markt ausscheiden oder in die Hand privater Träger gehen

Der Anpassungsdruck ist enorm, die Kommunalpolitik sollte diesen Prozess sinnvoll steuern, aber nicht verhindern

MEHR FREIHEIT FÜR KRANKENHÄUSER KANN GEWAGT WERDEN

Umgestaltung der Krankenhausfinanzierung: Krankenhäuser entscheiden selbständig über ihre Investitionen (Monistik)

Rückführung der Krankenhausplanung auf Vorgabe grober Rahmenbedingungen, z.B. keine Planung der Subdisziplinen

Entscheidungsfreiheit des Krankenhauses über die Art der Behandlung: ambulant, teilstationär oder stationäre

Freigabe des Preisniveaus (Basisfallwerte)

DOPPELTE FACHARZTSCHIENE BEI NUTZUNG DES AMBULANTEN POTENZIALS ZU HINTERFRAGEN

Ambulantes Operieren, wo möglich, ist volkswirtschaftlich sinnvoll, führt jedoch zu Erlöseinbußen bei Krankenhäusern

Krankenhäuser müssen langfristig ihre Kostenstrukturen anpassen

Gleichzeitig muss die Vergütung angepasst werden, um die Attraktivität von ambulantem Operieren nicht zu gefährden (sektorenübergreifende Vergütung)

Die doppelte Facharztschiene in ihrer heutigen Form ist zu hinterfragen

AGENDA

Hintergrund

Kurzüberblick Methodik und Daten

Ergebnisse

Folgerungen auf politischer Ebene

Folgerungen auf Krankenhaus-Ebene

FOLGERUNGEN AUF KRANKENHAUSEBENE

1 Konsequenzen für Mitarbeiter des Krankenhauses

- **Arbeitsplatzsicherheit nicht in Gefahr, da die Gesundheitswirtschaft schon wegen des demografischen Wandels ein wachsender Markt ist**
- **Die Arbeitsbelastung wird sich aber auf Grund der geforderten stärkeren wirtschaftlichen Effizienz erhöhen**

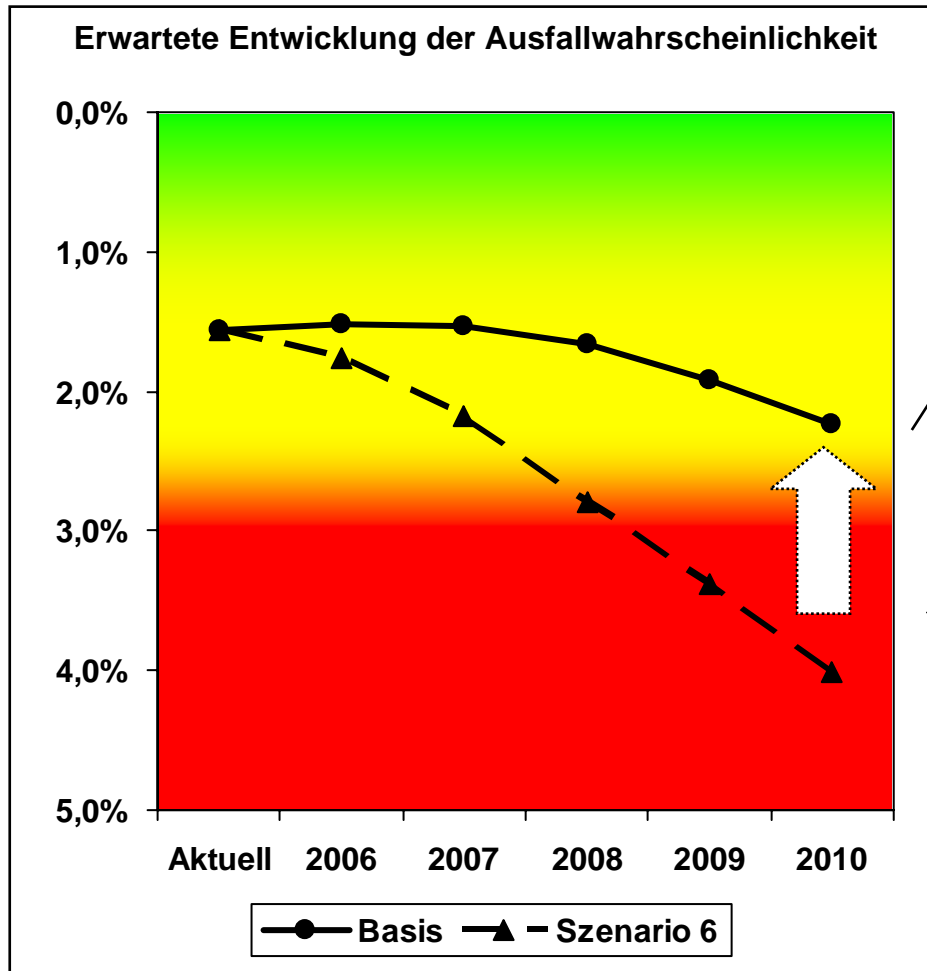
2 Konsequenzen für das Krankenhaus

- **Deutlich stärkere Transparenz der Unternehmensdaten sowohl nach innen als auch nach außen gefordert**
- **Wirtschaftliche Effizienz wird überlebenswichtig**
- **Private Investoren und Kapitalgeber spielen eine immer größere Rolle**

3 Konsequenzen für Kreditwirtschaft

- **In Zukunft werden viele Krankenhäuser nicht mehr auf Bürgschaften ihrer Träger zurück greifen können, die Kreditwürdigkeit muss daher besonders untersucht werden**
- **Das Rating muss krankenhausspezifische Entwicklungen berücksichtigen**
- **Risikoorientierte Bepreisung ist auch für Krankenhäuser zu erwarten**

MAßNAHMEN MÜSSEN ERGRIFFEN WERDEN, UM DER ZU ERWARTENDEN ENTWICKLUNG ENTGEGEN ZU WIRKEN



Maßnahmen müssen ergriffen werden

Maßnahmen im kaufmännischen Bereich

Maßnahmen im medizinischen Bereich

EINE UMFASSENDE ANALYSE DER BILANZ UND GUV ZEIGT MÖGLICHE HANDLUNGSOPTIONEN AUF

Bilanz
Eigenkapitalquote
Anlagendeckung
Liquidität
Nettoumlaufvermögen (NUV)

GuV
Ertragsstruktur
Kostenstruktur
Cash Flow
Substanzerhaltungsquote
Aufwendungsintensität

Kombination	
Kapitalumschlag	Dynamischer Verschuldungsgrad
Renditekennzahlen	Economic Value Added

EIN SCHLECHTES RATING FÜHRT ZU DEUTLICH HÖHEREM ZINSAUFWAND

Ausgangslage			Ziel		
Beispielbilanz	Insolvenzwahrscheinlichkeit	2,8%	Insolvenzwahrscheinlichkeit	0,8%	
	Ratingklasse	Ba3.edf	Ratingklasse	Ba1.edf	
	Risikoaufschlag nach Basel II	2,68%	Risikoaufschlag nach Basel II	0,90%	
Neukredit über 1 Mill. €	Zusatzkosten durch Risikoaufschlag p.a.	26.800 €	Zusatzkosten durch Risikoaufschlag p.a.	9.000 €	
Kreditbestand über 13,4 Mio. €	Zusatzkosten durch Risikoaufschlag p.a.	361.000 €	Zusatzkosten durch Risikoaufschlag p.a.	120.000 €	

Annahme: Nettokapitalkosten (abzüglich Kapitalgewinne) = 14%

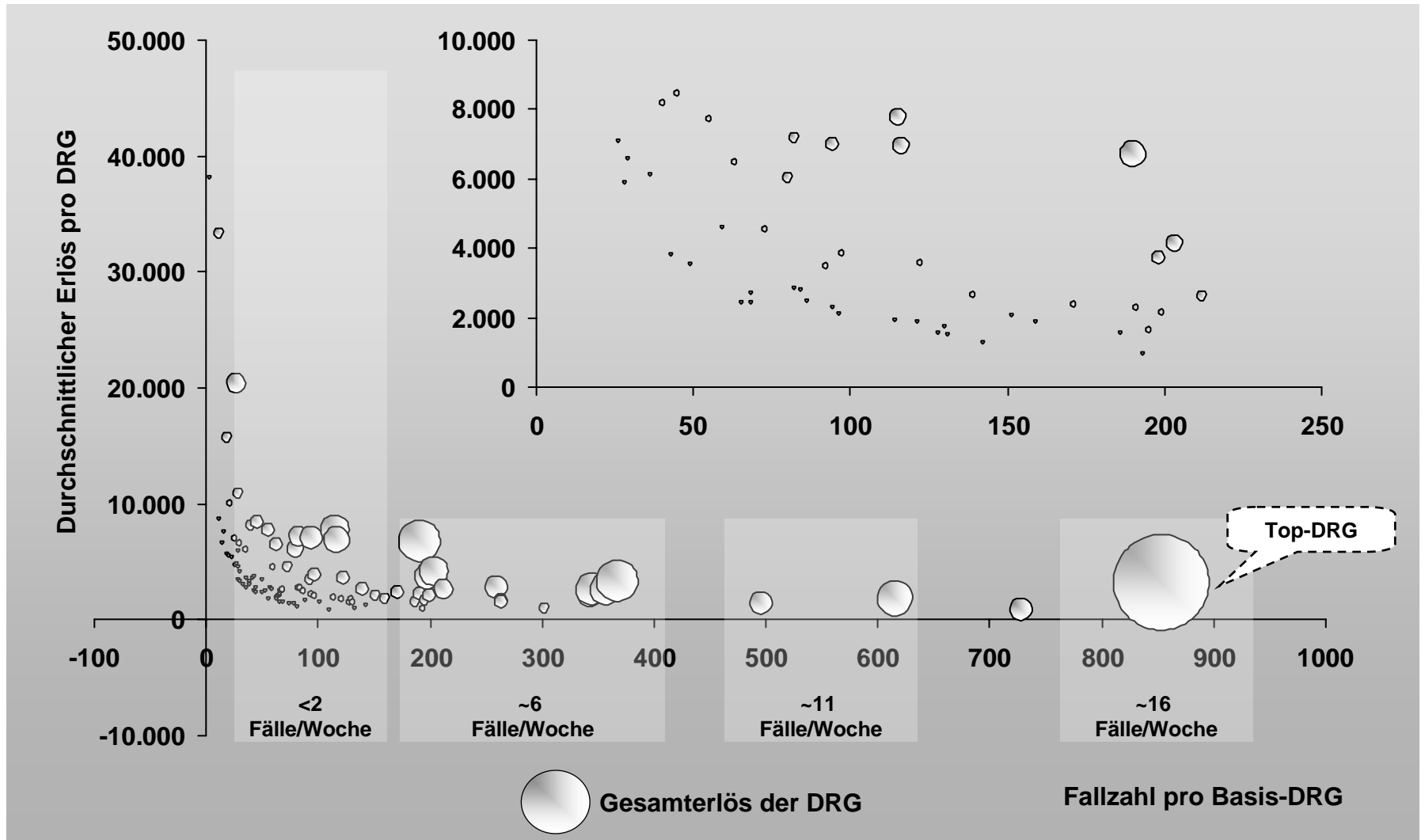
Quelle: ADMED / RWI Analyse; Bank for International Settlements (2003), *Third Consultative Paper*, 29. April, Pillar 1, p.50;

Bank for International Settlements (2004), *Modifications to the capital treatment for expected and unexpected credit losses*, 30. Januar

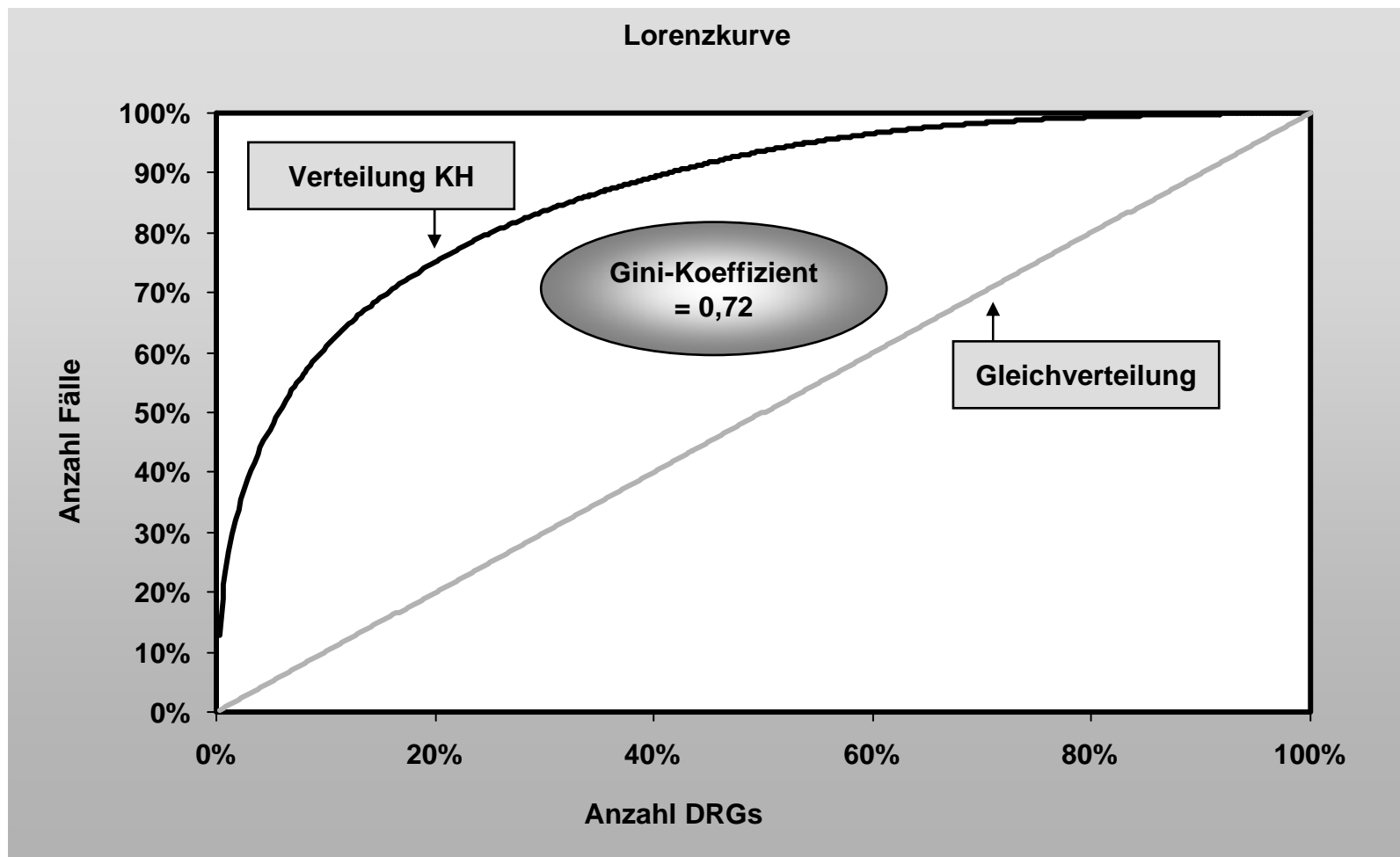
BEISPIELHAFTER MASSNAHMEN WIRKEN SICH UNTERSCHIEDLICH AUF KENNZAHLEN AUS

Maßnahme \ Kennzahl	Kapitalbindungs-dauer	Fremdkapital-struktur	Nettoverschul-dungsquote	Adj. EK-quote	Finanzkraft	EBITD-ROI	Umsatz-rentabilität	Personalauf-wandsquote	Wachstum	Verbesserung Ausfallw'k. in %
Sale-and-lease-back		+	+	+		-	-			0,70
Factoring		+	+	+	-	-	-			0,68
Abbau kurzfr. Verbindlichk. durch Kasse			-		+	+	+			0,18
Abbau Vbl. aus Liefer. & L. durch Kasse	+	+	-			+				0,56
Angepasste Eigenkapitalzufuhr			+	+	+		+			0,96
Zuführung von EK d. Nachrangdarlehen			+	+	-		-			0,88
Kostensenkung					+	+	+	+		1,34
Umsatzwachstum durch höhere Auslast.					+	+	+	+	+	0,64
Personaloutsourcing								+		0,04

ANALYSE DES MEDIZINISCHEN LEISTUNGSPORTFOLIOS

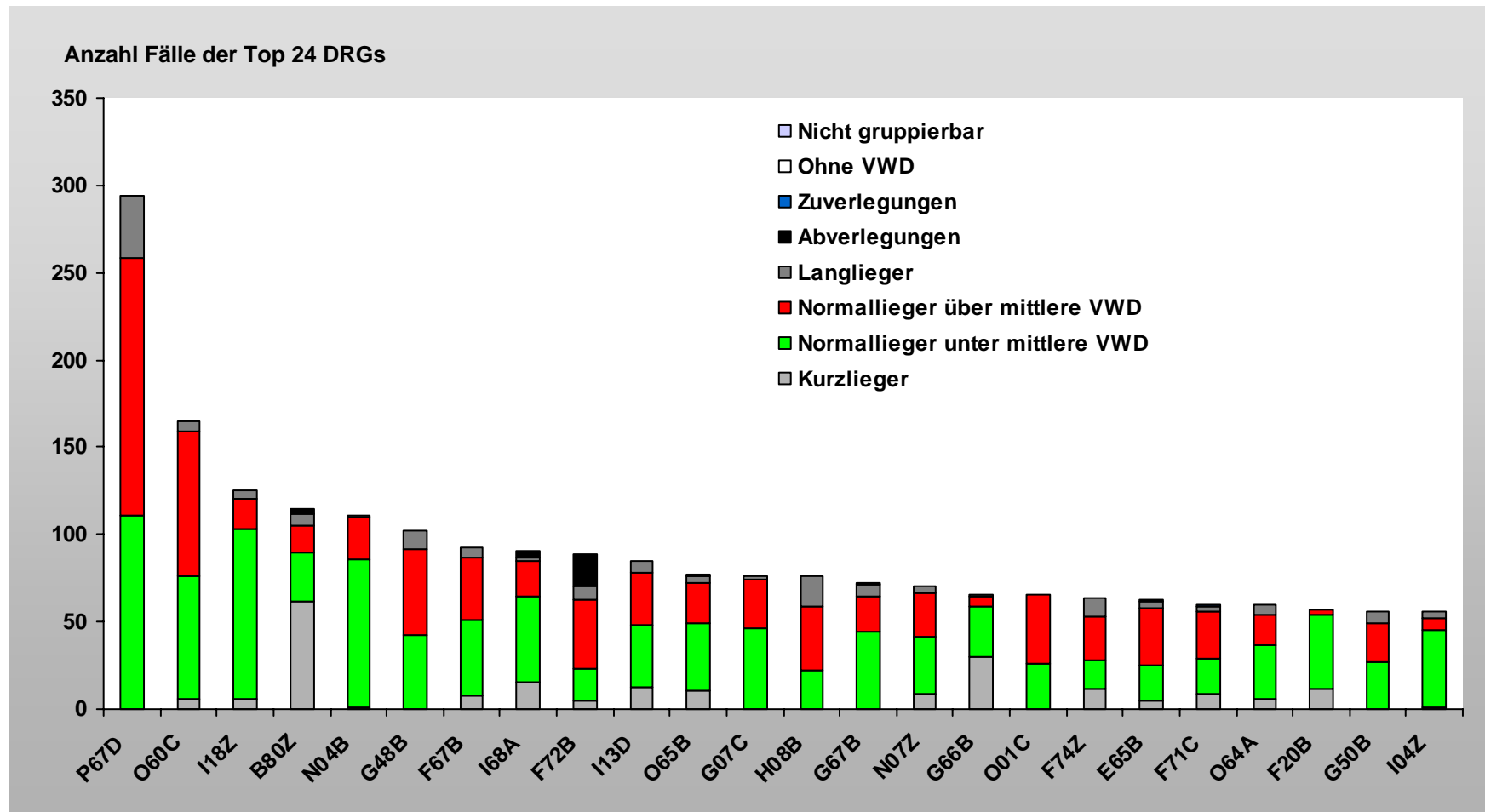


ANALYSE DER KONZENTRATION DER DRGS



25% der DRGs machen 80% der Fälle aus

ABWEICHUNG DER IST-VERWEILDAUERN VON GRENZVERWEILDAUERN IST ZU PRÜFEN

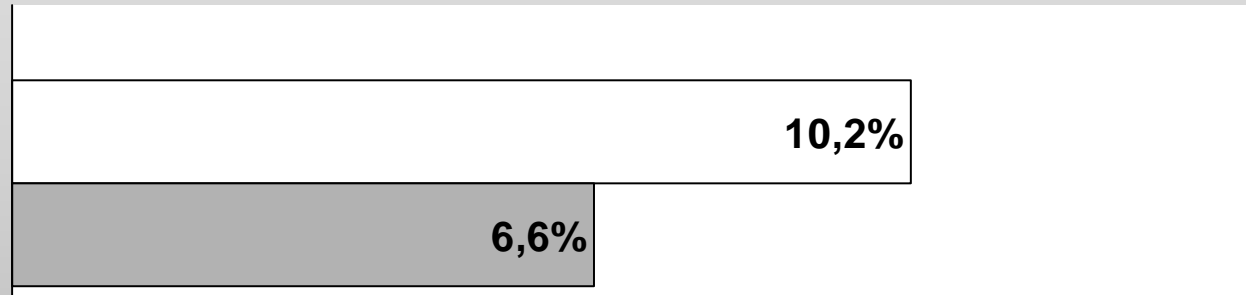


ANALYSE DES AMBULANTEN POTENZIALS

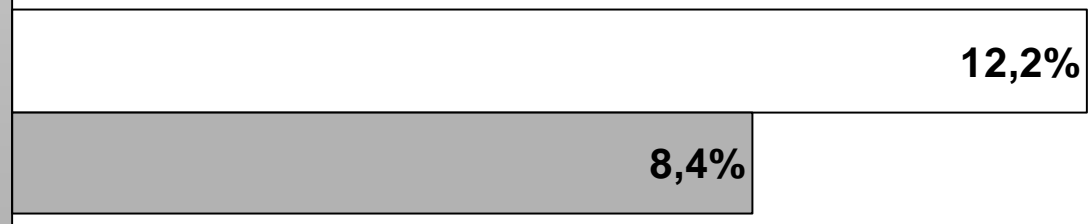
Entwicklungen unter zwei unterschiedlich starken Szenarien über das ambulante Potenzial

□ Fallzahl ■ Erlöse

Szenario 1



Szenario 2







Anmerkung: Szenarien unterschiedlich gewichtet nach Nebendiagnosen, VWD, Schweregrade, Entlassungsart und Prozeduren

Quelle: ADMED Analyse

Krankenhaus Rating Report 2006

VERSTÄRKTE FOKUSSIERUNG DURCH ZENTREN-BILDUNG

Träger:

-  A
-  B
-  C
-  D

