



# Report 2015



● zweckverband der krankenhäuser südwestfalen e.v.

# Gesundheit made in Südwestfalen



Sehr geehrte Damen und Herren,

in Ihren Händen halten Sie den Report „Wirtschaftsfaktor Krankenhaus“. Warum dieser Report? Und warum sollten Sie ihn lesen?

Der Zweckverband der Krankenhäuser Südwestfalen e.V. vertritt nun seit fast neunzig Jahren die Interessen seiner Mitgliedskrankenhäuser. Mit einer erzielten Wertschöpfung in Milliardenhöhe und einer Beschäftigungswirkung von mehr als 20.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in ihrer Summe sind sie mit die größten Wirtschaftsfaktoren und Arbeitgeber in unseren Regionen. Grund genug für uns, diesen Report zu erarbeiten.

Natürlich kennt jeder „sein“ Krankenhaus vor Ort. Aber ist auch jedem bewusst, inwieweit sich der „Wirtschaftsfaktor Krankenhaus“ auch auf die lokale Wirtschaft und Industrie auswirkt?



Unser Ziel ist es, mit Hilfe dieses Reports, das Bewusstsein der Öffentlichkeit für ihre Krankenhäuser zu sensibilisieren. Dieser Report beinhaltet unter anderem die Studie über die wirtschaftliche Bedeutung der Krankenhäuser des Zweckverbandes der Krankenhäuser Südwestfalen e.V., die wir zum wiederholten Male bei dem Siegener Mittelstandsinstitut der Universität Siegen in Auftrag gegeben haben.

Ich bedanke mich an dieser Stelle für Ihr Interesse an unserer Arbeit und hoffe, dass wir mit diesem Report eine gewisse Wirkung erzeugt haben. Diese Wirkung wäre ein weiterer Baustein auf dem Weg zur optimalen Gesundheitsversorgung unserer Bevölkerung und einer fairen Investitions- und Betriebskostenfinanzierung der Krankenhäuser. Und dass den Krankenhäusern trotz vielerlei Anstrengungen ohne diese faire Investitions- und Betriebskostenfinanzierung ein nachhaltiges und verlässliches Wirtschaften gerade im Investitionsbereich, generell nicht mehr möglich ist, steht schon seit geraumer Zeit außer Frage.

Abschließend gibt es eigentlich nur zu sagen: lassen Sie uns gemeinsam daran arbeiten.

**Dipl.-Kfm. Thomas Wülle**  
Vorstandsvorsitzender

**Dipl.-Kfm. Hans-Jürgen Winkelmann**  
stv. Vorstandsvorsitzender

## Mitgliederkrankenhäuser

Name	Ort	Führungskraft
St. Vincenz Altena GmbH	Altena	Dirk Wiese
Klinikum Arnsberg	Arnsberg	Werner Kemper/Volker Koch
Klinik Wittgenstein Bad Berleburg	Bad Berleburg	Thomas Dörr
Ortho-Klinik Dortmund (Hörde)	Dortmund	Markus Bachmann/Dr. Jens-Torge Meyer
Klinikum Gütersloh	Gütersloh	Maud Beste
Allgemeines Krankenhaus Hagen	Hagen	Reinhard Tennert
Krankenhaus Elsey Hohenlimburg Hagen	Hagen	Ursula Göbel
Kath. Krankenhaus Hagen	Hagen	Thomas Wülle/Achim Brenneis
Ev. Krankenhaus Hagen	Hagen	Olaf Heinrich/Frank Bessler
Lungenklinik Hemer	Hemer	Torsten Schulte
Hans-Prinzhorn-Klinik	Hemer	Werner Schulte
Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke	Herdecke	Christian Klodwig
Ev. Krankenhaus Bethanien Iserlohn	Iserlohn	Reinhard Tennert/Gerhard Glock
Kath. Kliniken im Märkischen Kreis	Iserlohn	Thomas Wülle
Sportklinik Hellersen Lüdenscheid	Lüdenscheid	Michael Koke
St. Marien-Hospital Marsberg	Marsberg	Siegfried Rörig
Walburga-Krankenhaus Meschede	Meschede	Anja Rapos
Kath. Hospitalgesellschaft Südwestfalen	Olpe	Wolfgang Nolte
Elisabeth-Klinik Olsberg	Olsberg	Frank Leber
Krankenhaus Plettenberg	Plettenberg	Barbara Bieding
Kloster Grafschaft Schmalleberg	Schmalleberg	Stefan Schumann
Marienkrankenhaus Schwerte - Schützenstraße	Schwerte	Jürgen Beyer
Marienkrankenhaus Schwerte	Schwerte	Jürgen Beyer
Kreisklinikum Siegen	Siegen	Bertram Müller
St. Marien-Krankenhaus Siegen	Siegen	Hans-Jürgen Winkelmann/Christoph Rzisnik
DRK-Kinderklinik Siegen	Siegen	Stefanie Wied
Diakonie Klinikum Siegen	Siegen	Dr. Josef Rosenbauer
Marienkrankenhaus Soest	Soest	Ingo Fölsing
Neurologische Klinik Sorpesee	Sundern	Max Evers
Sauerlandklinik Sundern	Sundern-Hachen	André Kampmann
Krankenhaus Maria Hilf	Warstein	Stefan Kentrup
Mariannen-Hospital Werl	Werl	Thorsten Roy
Orthopädische Kliniken Volmarstein Wetter	Wetter	Markus Bachmann/Frank Bessler
St. Franziskus-Hospital Winterberg	Winterberg	Christian Jostes

### Vorstand & Geschäftsführung

Thomas Wülle (Vorsitzender)

Hans-Jürgen Winkelmann (stv. Vorsitzender)

Thomas Köhler (Geschäftsführer)

Jürgen Beyer (Beisitzer)

Werner Ernst (Beisitzer)

Volker Koch (Beisitzer)

Bertram Müller (Beisitzer)

Torsten Schulte (Beisitzer)

Reinhard Tennert (Beisitzer)



# Die Studie – Einleitende Bemerkungen

Ein Blick in die aktuelle Diskussion um das Gesundheitswesen ist durch vielseitige Diskussionen der ländlichen Versorgung, der Wirtschaftlichkeit von Arztpraxen und die Situation im deutschen Krankenhauswesen geprägt. Vor allem Qualitäts- und Kostenaspekte der Versorgung, aber auch Stellenbesetzungsprobleme und Fragestellungen des In- und Outsourcing werden dabei diskutiert. Blum u.a. berichten zum Stand 2012 von einer deutlichen Verschlechterung der wirtschaftlichen Situation von Krankenhäusern.

Im Jahr 2009 wurde mit dem Vorläufer dieser Studie ein zum damaligen Zeitpunkt wenig beachtetes Neuland betreten. Der Ausgabenorientierung vieler Fachdiskussionen wurde damals gegenübergestellt, welche wirtschaftliche Bedeutung Krankenhäuser durch ihre Beschaffungen und ihr Personal für eine ganze Region ausüben. Exemplarisch für die Region Südwestfalen wurde damals überregional beachtet gezeigt, dass Krankenhäuser erheblichen Einfluss auf die regionale Wirtschaftsleistung haben und deutliche Beschäftigungswirkung induzieren. Für die Stabilität einer Region besitzt dieses Ergebnis besondere Relevanz, weil diese wirtschaftlichen Einflüsse nur mittelbar von konjunkturellen Einflüssen abhängig sind und deshalb auch in schlechten wirtschaftlichen Jahren zu eher gleichförmiger Wertschöpfung und Beschäftigung führen. Dennoch unterliegt auch der Krankenhausbereich einem langfristigen Wandel. Inzwischen haben

- weitere Innovationen im Gesundheitsbereich
- Restrukturierungen und Zusammenschlüsse von Krankenhäusern
- die Neugestaltung des Bereitschaftsdienstes
- Wirkungen des demografischen Wandels

zu neuen Bedarfs- und Kostenstrukturen geführt. Für den Zweckverband der Krankenhäuser zeigt sich die angesprochene Restrukturierung seit der Erststudie 2009 deutlich in der Mitgliedsstruktur. Sie ist geprägt durch zwischenzeitlich vier Schließungen von Häusern sowie die Fusionen von elf zu nunmehr vier Mitgliedshäusern.

Insofern liegt es nahe, nach der Erststudie 2009 von veränderten Bedingungen für die Wertschöpfung und die Beschäftigung auszugehen. Mit der vorliegenden aktuellen Studie wird deshalb der Versuch unternommen, die Auswirkungen dieser Dynamik auf den wirtschaftlichen Einfluss der Krankenhäuser Südwestfalens erneut aufzugreifen und vergleichend zu analysieren. Mit freundlicher Unterstützung der Mitglieder des Zweckverbandes der Krankenhäuser Südwestfalens e.V. wurde daraufhin die vorliegende Studie generiert,

die sich folgender Aufgabenstellung widmet:

- der Darstellung der Wertschöpfung, die von den Mitgliedskrankenhäusern direkt, indirekt und peripher ausgeht,
- der Darstellung der Beschäftigungswirkung,
- der Darstellung der Bildungsbeteiligung der Mitgliedshäuser und
- dem Vergleich der aktuell erzielten Ergebnisse mit denjenigen der Studie aus dem Jahr 2009.

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse der aktuellen Studie deutliche Ergebnisänderungen, die wie in der Erststudie auf Basis einer Bruttowertschöpfungsrechnung der abgegrenzten Region und einer Analyse der induzierten Beschäftigungswirkung gewonnen wurden.

Die Tabellen 1a und 1b geben zunächst einen Überblick über die Wertschöpfung der Krankenhäuser in den Jahren 2014 und 2009. Die gesamte Wertschöpfung der Krankenhäuser belief sich alleine bezogen auf die Region auf 941.985.512 € gegenüber 788.128.285 € der Erststudie 2009, was einem Zuwachs von rund 20 % in einem Zeitraum von 5 Jahren entspricht. Betrachtet man die gesamte Wertschöpfung der Krankenhäuser innerhalb und außerhalb der Region zusammen, fallen in der aktuellen Studie geschätzt 1.351.829.625 € gegenüber 1.124.486.738 € der Erststudie an. Es ist damit ebenfalls von einem Zuwachs von rund 20 % auszugehen. Klar wird damit unterstrichen, dass die Krankenhäuser nicht nur weiterhin hohe wertschöpfende Bedeutung für die Region haben, sondern ihre Bedeutung auch noch ausgeweitet haben.

Auf der Erlösseite der 26 an der Studie beteiligten Häuser konnten mit der aktuellen Studie 2014 im Krankenhausbereich insgesamt rund 1.104.235.926 €, im Komplementärbereich 85.698.513 € und damit insgesamt Erlöse von 1.189.934.439 € ausgewiesen werden. Bei den 26 beteiligten Häusern stehen diesen Erlösen im Krankenhausbereich Gesamtkosten von 1.116.487.728 € gegenüber. Ein Vergleich der Kosten und Erlöse des Krankenhausbereichs zeigt eine Differenz von  $1.104.235.926 - 1.116.487.728 = -12.251.802$  €.

Rechnet man die Werte der 26 beteiligten Häuser auf die Gesamtheit aller 30 Mitgliedshäuser im Abgrenzungsbereich hoch, ergeben sich ein Gesamterlös von 1.334.697.251 € (gegenüber 1.156.402.742 €, Studie 2009) und Gesamtkosten von insgesamt 1.348.020.085 € (gegenüber 1.032.422.814 €, Studie 2009). Stellt man sowohl Erlöse als auch Kosten der beiden Studien gegenüber, sind diese Größen im Zeitraum von fünf Jahren massiv gewachsen, was auf den umfangreichen Wandel des Arbeitsfelds der Häuser zurückzuführen ist. Beispielfhaft sei hier der Trend zum Outsourcing als Grund genannt.

Die Differenz aus gesamten Erlösen und gesamten Kosten aller 30 Häuser beläuft sich auf  $1.334.697.251 - 1.348.020.086 = -13.322.835$  €. Ein Vergleich der hochgerechneten Kosten und Erlöse des Krankenhausbereichs zeigt aktuell eine Differenz von  $1.238.572.989 - 1.252.315.297,75 = -13.742.309$  €. Diesen Defiziten stehen 2009 hochgerechnete Gewinne von  $1.156.402.742 - 1.124.207.497 = 32.195.245$  € aus dem Gesamtbereich und  $1.057.299.341 - 1.032.422.814 = 24.876.527$  € aus dem Krankenhausbereich gegenüber. Während 2009 noch ein wesentlicher Gewinnbeitrag des Komplementärbereichs beschrieben werden konnte, ist dessen Beitrag in der aktuellen Studie gering und vermag nicht die Verluste im Krankenhausbereich aufzufangen. Es ist als deutliches Warnsignal zu interpretieren, dass langfristig eine Substanzschädigung des Krankenhausbereichs zu befürchten ist. Von einer hinreichenden Finanzierung der Krankenhäuser aus dem Erlössystem kann nicht gesprochen werden.

Ein wesentlicher Bestandteil der Gesamtwertschöpfung beruht auf der durch ihre eigenen Aktivitäten indirekt induzierten Wertschöpfung bei Zulieferern und Dienstleistern. In der Region verursachten die Mitglieder des Zweckverbands bei der Gesamtheit ihrer Lieferanten einen Umsatz bzw. eine Wertschöpfung von 191.357.127 € (gegenüber 147.339.593 €, Studie 2009). Insgesamt ist sogar ein Umsatzvolumen von 526.452.345 € (gegenüber 427.350.322 €, Studie 2009) zu verzeichnen.

Eine noch höhere Bedeutung für die Wertschöpfung geht für die Region aus der indirekten Wirkung der Kaufkraft der Mitarbeiter aus. Antizipiert über die Lohnsumme ist alleine für die Häuser des Zweckverbands von 713.452.449 € (gegenüber 564.464.989 €, Studie 2009) indirekter Wertschöpfung auszugehen. Wird die insgesamt durch Kaufkraft verursachte Wertschöpfung der Mitarbeiter betrachtet, beläuft sich diese auf 788.201.345 € (gegenüber 620.812.713 €, Studie 2009). Der hohe Anstieg dieser Wertschöpfung seit der Erststudie zeigt auf der einen Seite das gestiegene Wertschöpfungspotenzial an. Auf der anderen Seite erklärt diese Position auch den Anstieg der gesamten Kosten im Krankenhausbereich.

Die Anwendung einer Bruttowertschöpfungsrechnung führt ferner zu Potenzialen für die Deckung (künftiger zusätzlicher) Investitionen aus Eigenmitteln. Die aktuelle Studie zeigt einen Betrag von 8.178.968 € (gegenüber 51.211.908 €, Studie 2009). In Relation zur Gesamtwert-

schöpfung von 1.277.080.730 € entspricht dies noch 0,6 % (4,4 %, Studie 2009). Dieser deutliche Rückgang steht einer Möglichkeit entgegen, aus Eigenmitteln Investitionen in innovative Systeme zu finanzieren. In einer Betrachtung der Einzelhäuser wird diese Tendenz noch unterstrichen. 11 der 26 berichtenden Häuser gelang es aktuell nicht, einen positiven Beitrag zur Deckung künftiger Investitionen ausweisen zu können, während dies 2009 nur 5 von 29 Häusern waren. Klar wird damit die von Blum u.a. beschriebene Situation unterstrichen, die für 2012 unter anderem feststellen, dass jedes zweite Allgemeinkrankenhaus Verluste verzeichnet. Der Anteil der Häuser mit Verlusten stieg von 31 % im Jahr 2011 auf 51 % im Folgejahr, wobei von diesen negativen Folgen vor allem Krankenhäuser unter 300 Betten betroffen sind. Ähnlich äußert sich das RWI, das feststellt, dass nach Auswertung der Jahresabschlüsse im Jahr 2012 eine Verschlechterung der finanziellen Situation der befragten Häuser eingetreten sei. Bedenkenswert erscheint vor allem die Tatsache, dass damit 2012 bereits das zweite Jahr in Folge mehr als die Hälfte aller Krankenhäuser ein rückläufiges Jahresergebnis ausweisen.

Der periphere Bereich zeigt wie in der vorangehenden Studie nur eine untergeordnete Bedeutung. Für seine Erhebung wurde erneut eine empirische Besucherzählung und -befragung in dem aus Zweckverbandssicht repräsentativen St. Marien-Krankenhaus in Siegen vorgenommen. Wegen des deutlich geringeren Volumens wurde der Umfang dieser Erhebung jedoch zweckmäßig eingeschränkt. Inhaltlich wurden sowohl Hotelübernachtungen, Präsentaufwendungen der Besucher, Besuche in Lokalitäten innerhalb (Kiosk, Cafeteria) sowie außerhalb des Krankenhauses (Restaurants oder Bäckereien) notwendige Anschaffungen für die Patienten vor einem Krankenhausbesuch als auch die Einsätze von Helikoptern erhoben. Die Ergebnisse wurden auf die anderen Krankenhäuser anhand der Bettenzahlen geschlüsselt und hochgerechnet. Berücksichtigt wurde dabei auch, ob die entsprechenden Häuser über eine Cafeteria verfügen.

In der aktuellen Studie führte diese Umsatzschätzung auf eine periphere Wertschöpfung der Mitglieder des Zweckverbands von 28.996.967 € (gegenüber 25.111.795 €, Studie 2009).

Auch in der aktuellen Studie galt die von Krankenhäusern ausgehende Beschäftigungswirkung als zweiter wesentlicher Untersuchungsgegenstand. Die nachfolgenden Tabellen 2a und 2b zeigen, dass für die 26 berichtenden Krankenhäuser eine Beschäftigungswirkung von 15.331 umgerechneten Vollzeitkräften (VK) in der Region hochzurechnen war. Die Schätzung der Beschäftigungswirkung für alle 30 Mitglieder des Zweckverbands liegt sogar bei 17.197 VK (gegenüber 14.056, Studie 2009) für die betrachtete Region. Insgesamt ist also von wesentlichen Beschäftigungszuwächsen auszugehen. Maßgeblich für diese Entwicklung dürfte die Novellierung des Arbeitszeitgesetzes sein, das das nach wie vor häufig eingesetzte, klassische Bereitschaftsdienstmodell gegenüber anderen Arbeitszeitmodellen unattraktiver gemacht hat.

	Regional [€]	außerregional [€]	Gesamt [€]
Gesamte Wertschöpfung	941.985.512	409.844.114	1.351.829.625
Davon:			
• Indirekte Wertschöpfung bei Lieferanten	191.357.127	335.095.218	526.452.345
• Indirekte Wertschöpfung durch Kaufkraft bei Mitarbeitern	713.452.449	74.748.896	788.201.345
• Deckung (künftige) Investitionen	8.178.968	0	8.178.968
• Periphere Wertschöpfung	28.996.967	0	28.996.967

[Grundgesamtheit: 30 Mitgliedshäuser]

Tabelle 1a: Übersicht Wertschöpfung nach Bereichen Studie 2014

	Regional [€]	außerregional [€]	Gesamt [€]
Gesamte Wertschöpfung	788.128.285	336.358.453	1.124.486.738
Davon:			
• Indirekte Wertschöpfung bei Lieferanten	147.339.593	280.010.729	427.350.322
• Indirekte Wertschöpfung durch Kaufkraft bei Mitarbeitern	564.464.989	56.347.724	620.812.713
• Deckung (künftige) Investitionen	51.211.908	0	51.211.908
• Periphere Wertschöpfung	25.111.795	0	25.111.795

[Grundgesamtheit: 40 Mitgliedshäuser]

Tabelle 1b: Übersicht Wertschöpfung der 40 Mitgliedshäuser nach Bereichen Studie 2009

Beschäftigung VK	Teilnehmende Häuser (Beschäftigte der Region)	Mitgliedshäuser (Beschäftigte der Region)	Teilnehmende Häuser (Beschäftigte gesamt)	Mitgliedshäuser (Beschäftigte gesamt)
in Krankenhäusern, direkt	10.283	11.534	11.360	12.742
bei Lieferanten, indirekt	4.933	5.534	9.492	10.647
peripher	115	129	115	129
<b>Summe</b>	<b>15.331</b>	<b>17.197</b>	<b>20.967</b>	<b>23.518</b>

[Grundgesamtheit: 26 teilnehmende Krankenhäuser bzw. 30 Mitgliedshäuser]

Tabelle 2a: Übersicht Beschäftigungswirkung nach Bereichen Studie 2014



**Andreas Müller, Landrat**

### **Wie wichtig ist Ihrer Meinung nach Ihr Krankenhaus?**

Wenn Menschen sich entscheiden, wo sie leben, wohnen und arbeiten wollen, dann spielen viele Argumente eine Rolle. Die Frage nach den medizinischen Versorgungsangeboten gewinnt dabei zunehmend an Bedeutung. Eine gute medizinische Infrastruktur ist wichtig für die Attraktivität einer Region und damit für die Fachkräftebindung, die für uns hier in Südwestfalen von fundamentaler Bedeutung ist. Bei der Sicherstellung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung kommt den Krankenhäusern immer stärker eine tragende Funktion zu, da es sich bereits seit geraumer Zeit abzeichnet, dass in Zukunft eine Vielzahl von Arztpraxen auf dem Land nicht mehr adäquat wiederbesetzt werden können. Die medizinische Infrastruktur der Krankenhäuser steht 24 Stunden rund um die Uhr an sieben Tagen in der Woche und an 365 Tagen im Jahr zur Verfügung und gewinnt damit auch in der Notfallversorgung der Bevölkerung eine wachsende Bedeutung.

In Siegen-Wittgenstein haben wir ein hervorragendes stationäres Angebot, gepaart mit einer großen Trägervielfalt. Das vorgehaltene Angebot deckt nahezu das gesamte medizinische Leistungsspektrum ab. Nur sehr wenige Patienten müssen Kliniken außerhalb der Region in Anspruch nehmen. Darüber hinaus haben die Krankenhäuser in Siegen-Wittgenstein überregionale Bedeutung und versorgen Patienten aus dem benachbarten Hessen und Rheinland-Pfalz. Krankenhäuser sind heutzutage aber auch wesentliche Wirtschaftsfaktoren. Einige 1.000 Menschen finden bei uns in einem wachsenden Gesundheitsmarkt eine mittelbare und unmittelbare Beschäftigung.

### **Wie sehen Sie die Zukunft Ihres Krankenhauses?**

Alle Krankenhäuser, unabhängig vom Träger, sind für eine erfolgreiche Arbeit zum Wohle der Patienten darauf angewiesen, dass die Rahmenbedingungen stimmen. Hier ist Politik – speziell der Gesetzgeber – gefordert. Er muss dafür sorgen, dass die wirtschaftliche Stabilität der Krankenhäuser dauerhaft gesichert ist und insbesondere ausreichend Investitionsmittel zur Verfügung stehen, damit die Krankenhäuser auch zukünftig eine moderne Medizin anbieten können.

Ein ähnliches Muster zeichnet sich in der aktuellen Studie aufgeschlüsselt nach den direkten, indirekten und peripheren Bereichen ab. In den 26 beteiligten Häusern waren regional 10.283 VK und regional und außerregional 11.360 VK beschäftigt. Für alle 30 Mitgliedshäuser sind diese Zahlen auf regional 11.534 VK (gegenüber 10.634 VK, Studie 2009) und insgesamt 12.742 VK (gegenüber 11.661 VK, Studie 2009) zu extrapolieren.

Zur Bestimmung der indirekten und peripheren Beschäftigungsauswirkungen wurde ausgehend von den Umsatzzahlen jeweils eine branchenspezifische Kennzahl (Umsatz pro Mitarbeiter) verwendet, um auf induzierte VK-Stellen hochzurechnen. Bei Lieferanten ergaben sich im indirekten Bereich durch die beteiligten 26 Mitgliedshäuser regional induzierte 4.933 VK-Stellen sowie auf alle Mitglieder des Zweckverbands regional bezogene 5.534 VK (gegenüber 3.306 VK, Studie 2009). Zieht man den außerregionalen Bereich hinzu, sind dies 9.492 VK-Stellen sowie auf alle Mitglieder des Zweckverbands regional bezogene 10.647 VK (gegenüber 9.590 VK, Studie 2009).

Vergleicht man die Beschäftigungswirkungen, die direkt durch Krankenhäuser oder indirekt durch Lieferanten hervorgerufen werden, fällt der hohe regionale Anteil der Krankenhäuser auf. Dagegen werden bei Lieferanten auch hohe Beschäftigungszahlen außerhalb der Region generiert.

Im peripheren Bereich wurden hier 115 VK von den teilnehmenden Häusern sowie 129 VK (gegenüber 116 VK, Studie 2009) auf alle Mitglieder des Verbands induziert. Insgesamt induzierten die an der Studie beteiligten Häuser damit 20.967 VK und die Mitgliedshäuser zusammen 23.518 VK (gegenüber 21.367 VK, Studie 2009). Zusammenfassend lassen die Studienergebnisse folgende Aussagen zu:

- Direkt und indirekt induzieren die Krankenhäuser Südwestfalens eine Wertschöpfung von über 1,3 Mrd. € sowie eine Beschäftigungswirkung von über 23.000 Mitarbeitern.
- Im Vergleich zur Erststudie 2009 sind diese Werte deutlich gestiegen.
- Damit erzielen die Krankenhäuser ca. 69 % ihrer Wertschöpfung und fast 73 % ihrer Beschäftigungswirkung in der Region Südwestfalen und weisen damit gegenüber anderen Branchen weit überdurchschnittliche Werte auf.
- Gegenüber der Studie 2009 sind diese regionalen Anteilssätze noch gestiegen.
- Die Sicherung von Wertschöpfung und Arbeitsplätzen in der Region wird weiterhin dadurch unterstützt, dass die Krankenhäuser einer Standortfixierung unterliegen und von Konjunkturschwankungen weitestgehend unabhängig sind.
- Eine Gegenüberstellung der gesamten Erlöse und Kosten zeigt anders als 2009 aktuell eine Unterdeckung auf. Deutlich wird dies auch dadurch unterstrichen, dass mit der vorliegenden Studie von 26 berichtenden Häusern 11 Häuser keinen positiven Beitrag zur Deckung künftiger Investitionen ausweisen konnten, während dies 2009 nur 5 von 29 Häusern waren.
- Der Beitrag des Komplementärbereichs zum Gewinn bzw. zur Verlustreduktion ist zurückgegangen.





## Gordan Dudas, Landtagsabgeordneter

### Wie war Ihr erster Kontakt zu Ihrem Krankenhaus?

Mein erster – noch unbewusster – Kontakt war natürlich meine Geburt. Bis heute habe ich glücklicherweise überwiegend als Besucher Kontakt zum Krankenhaus gehabt.

### Wie wichtig ist Ihrer Meinung nach Ihr Krankenhaus?

Das Klinikum ist unverzichtbar für unsere Region! Die Menschen bei uns haben einen Anspruch auf eine gute, möglichst wohnortnahe Versorgung. Das Klinikum ist ein wichtiger Standortfaktor für die Region.

### Wie sehen Sie die Zukunft Ihres Krankenhauses?

Wie alle Krankenhäuser steht es im Wettbewerb. Gerade in der heutigen Zeit ist es sehr wichtig, dass unser Krankenhaus gut aufgestellt ist. Denn Kliniken, gerade im ländlichen Raum, müssen sich an die veränderten Rahmenbedingungen anpassen. Dazu zählen neben Veränderungen im Gesundheitssystem auch der demografische Wandel und damit einhergehend Veränderungen in der Belegschaft der Krankenhäuser sowie bei den Patientinnen und Patienten.



## Theo Kruse, Landtagsabgeordneter

Neben der wirtschaftlichen Bedeutung für unsere Region und bei mir im Kreis Olpe sollten und müssen Krankenhäuser vor allen Dingen eine heilende, eine gesundheitsfördernde Bedeutung haben. Hierbei muss Wert darauf gelegt werden, dass die Bürger eine wohnortnahe Grundversorgung erfahren, d. h. im Umkreis von ca. 20 km muss es ein Krankenhausangebot geben. Krankenhäuser stehen zwar auch im Wettbewerb, gleichwohl halte ich eine sinnvolle Zusammenarbeit für dringend erforderlich. Hierfür gibt es bei uns im Kreis Olpe vernünftige Ansätze.



## Marlies Stotz, Landtagsabgeordnete

### Wie war Ihr erster Kontakt zu Ihrem Krankenhaus?

An einen besonderen „ersten“ Kontakt zu den Krankenhäusern in meinem Wahlkreis kann ich mich als Politikerin nicht erinnern; ich bin allerdings sehr froh, dass dieser „erste“ Kontakt bislang nicht aufgrund einer Erkrankung zustande gekommen ist. Vielmehr suche ich regelmäßig das Gespräch mit Krankenhausleitungen und Mitarbeitern der Häuser, um mir ein Bild über aktuelle Entwicklungen zu verschaffen und zu hören „wo der Schuh drückt“.

### Wie wichtig ist Ihrer Meinung nach Ihr Krankenhaus?

Ich bin sehr froh, dass wir in meiner Region über eine Anzahl von gut aufgestellten und leistungsfähigen Krankenhäusern an verschiedenen Standorten verfügen, denn nur so ist im Notfall die schnelle Verbringung eines Patienten in das nächstgelegene Krankenhaus zeitnah gewährleistet. Dies rettet Leben! Das Krankenhaus ist ein zentraler Baustein gesellschaftlicher Daseinsvorsorge. Außerdem stellen die Krankenhäuser in der Region einen wichtigen Arbeitgeber dar, ziehen gutausgebildetes Fachpersonal in den Kreis Soest und geben jungen Menschen die Möglichkeit, eine Ausbildung im Kranken- und Pflegebereich zu absolvieren. Der „Wirtschaftsfaktor Krankenhaus“ besitzt somit auch in unserer Region immense Bedeutung. Angesichts des demografischen Wandels setzt sich die momentane Dynamik im Gesundheitswesen sicher weiter fort, was sich nicht zuletzt auch auf den Arbeitsplatz „Krankenhaus“ positiv auswirken wird.

### Wie sehen Sie die Zukunft Ihrer Krankenhäuser?

Angesichts des gesellschaftlichen Wandels, neuer Behandlungsmethoden und notwendiger Wirtschaftlichkeit wird es künftig verstärkt auch darum gehen, die Grenzen zwischen stationärer und ambulanter Behandlung durchlässiger zu machen, um eine qualitativ hochwertige, bedarfsgerechte, wirtschaftlich verantwortbare und wohnortnahe Versorgung sicherzustellen. Gerade mit Blick auf die demografische Entwicklung – glücklicherweise leben die Menschen heutzutage viel länger als früher – ergeben sich ganz neue Herausforderungen. Damit der Patient mit seinen Bedürfnissen während des gesamten Behandlungsverlaufes im Mittelpunkt steht, ist eine verstärkte Zusammenarbeit und Vernetzung mit allen Beteiligten im Sozial- und Gesundheitswesen unerlässlich. Ich bin mir sicher, dass sich die Häuser in unserer Region diesen Herausforderungen sehr bewusst sind und sich dementsprechend aufstellen werden.

# Die Studie – Aufbau der Untersuchung

## Überblick

Die vorliegende Studie basiert strukturell auf einer Erststudie des Jahres 2009. Immer noch zeichnet die Situation deutscher Krankenhäuser ein differenziertes Bild der Probleme. Auch besteht immer noch Bedarf daran, Prognosen über die Wirtschaftskraft der Krankenhäuser und deren Auswirkungen auf das allgemeine Wirtschaftsleben zu untersuchen. Erneut möchte die vorliegende Studie diese Informationslücke mit einer Analyse der wirtschaftlichen Bedeutung der Mitgliedshäuser für den regionalen Bereich des Zweckverbandes der Krankenhäuser Südwestfalens e.V. schließen. Hierzu wird das Wirtschaftsjahr 2012 untersucht, um den beteiligten Häusern den Rückgriff auf das bereits abgeschlossene Wirtschaftsjahr ermöglichen zu können. Die Dynamik der Entwicklung des Krankenhausbereichs hat in der Zeit seit der Erststudie jedoch auch zu einer strukturellen Veränderung des beobachteten Bereichs geführt. Deutlich wird dies an Zusammenschlüssen von Krankenhäusern, die auch im Beobachtungsbereich zu einer geringeren Zahl an Krankenhäusern geführt hat. So wurden im Bereich des Zweckverbandes insgesamt vier Krankenhäuser geschlossen und im Gegenzug gegenüber 2007 ein Krankenhaus hinzugewonnen. 11 zum Zeitpunkt der Erststudie noch eigenständige Krankenhäuser fusionierten zwischenzeitlich zu vier Häusern. Davon wurde ein ehemals selbstständiges Krankenhaus dann als fusionierte Betriebsstätte geschlossen. Direkte Vergleiche der Ergebnisse aus den beiden Studien können deshalb nur unter Vorbehalt gezogen werden.

Wie in der Erststudie sind die gesamten wirtschaftlichen Auswirkungen eines Wirtschaftsbereichs in einer sektoriellen Analyse zu bestimmen. Die Auswirkungen treten dabei in einer vielfältigen Form auf. Die vorliegende Studie orientiert sich demgemäß erneut am Konzept einer sektoriellen Bestimmung der Wertschöpfung. Überdies werden Beschäftigungswirkungen aufgezeigt, die von den Häusern des Verbands ausgehen. Zur Abgrenzung ist dieser Sektor auf Unternehmen innerhalb des Verbandsbereichs bezogen. Damit betrachtet auch die vorliegende Studie wirtschaftliche Auswirkungen, die durch die Aktivitäten der Mitgliedshäuser verursacht werden. Sie betreffen zum einen Potenziale zur Deckung eigener Investitionen und die direkte Beschäftigungswirkung, zum anderen Auswirkungen, die indirekt über die Leistungsprozesse der direkten Zulieferer (indirekte wirtschaftliche Auswirkungen) ausgeübt werden, sowie Auswirkungen, die durch die an die Krankenhäuser angrenzenden, unabhängigen Wirtschaftseinheiten (periphere wirtschaftliche Auswirkungen) entstehen.

Um die indirekten Wirkungen auf Wertschöpfung und Beschäftigung auch im Bereich der Zulieferer der Häuser zu ermitteln, werden diese über getätigte Umsätze erfasst. Eine vollständige Erfassung aller indirekten Zuliefererbeziehungen über mehrere Wertschöpfungsebenen ist jedoch nicht praktikabel und führt zu erheblichen Problemen der Datenzuverlässigkeit. Aus diesem Grund werden nachfolgend nur Zulieferer erfasst, die selbst im Einzugsbereich des Verbands liegen und im Betrachtungszeitraum 2012 mit wenigstens einem Mitgliedshaus einen Jahresumsatz von mindestens 30.000 € erzielten.

Mit der Studie war für die beteiligten Mitgliedshäuser ein nicht unerheblicher Arbeitsaufwand verbunden. Unter diesem Gesichtspunkt ist die aktuelle Rücklaufquote von 86,67 % gegenüber der schon 2009 erzielten, guten Rücklaufquote von 72,5 % aller angeschriebenen Mitglieder beachtlich, da diese Häuser gleichzeitig für 89,1538840 % des vereinbarten stationären Gesamtbudgets aller Häuser stehen. Dieser Prozentsatz des Gesamtbudgets wurde auch verwendet, um zusätzlich zu den erhobenen Ergebnissen eine Extrapolation auf alle Mitglieder des Zweckverbandes vorzunehmen. Obwohl nicht alle Häuser eine Vollauskunft geben konnten, spiegelt der Anstieg der Rücklaufquote das gesteigerte Interesse der Teilnehmer wieder, auf die Bedeutung des Bereichs, aber auch auf intensiviertere Problemfelder hinzuweisen.

## Vorgehensweise zur Erfassung der gesamten wirtschaftlichen Bedeutung

Wie in der Erststudie des Jahres 2009 wird die gesamte Wertschöpfungskraft der durch die Mitglieder des Zweckverbandes ausgeübten Wirtschaftsaktivitäten auch in der vorliegenden Studie durch eine Summation über die Bereiche des eigenen Investitionspotenzials, der indirekten Wertschöpfung durch Lieferanten und die Kaufkraft der Mitarbeiter sowie der peripheren Wertschöpfung ermittelt. Auf eine Schätzung der Wertschöpfungskraft freiwilliger Leistungen mit Hilfe von Marktpreisäquivalenten wurde verzichtet. Anschließend wurden die Daten zur Wertschöpfungskraft der 26 (in der Studie 2009: 29) an der Studie beteiligten Krankenhäuser auf die Gesamtheit der 30 (in der Studie 2009: 40) Mitgliedshäuser extrapoliert. Analog zur Bestimmung der Wertschöpfung vollzieht sich auch die Summation der Beschäftigungswirkung im Bereich der Krankenhäuser, der Lieferanten und im peripheren Bereich. Neben wirtschaftlichen Auswirkungen, welche die Region betreffen, werden hier auch ausgewählte Auswirkungen auf die Gesamtwirtschaft aufgezeigt.

### Vorgehensweise zur Erfassung der direkten Beschäftigungswirkung

Durch Arbeitsverhältnisse in den Mitgliedshäusern des Verbands gehen direkte Beschäftigungswirkungen auf die Region aus. Diese wurden zum einen in der realen Kopfzahl angestellter Mitarbeiter in den Bereichen „Ärztlicher Dienst, „Pflegedienst“ und „Medizinisch-technischer Funktionsdienst“ sowie im Bereich der komplementären Einrichtungen erfasst. Zum anderen wurde für die entsprechenden Bereiche die Zahl an umgerechneten Vollzeitkräften aufgenommen.

Krankenhäuser sind zudem tragende Elemente des medizinischen Bildungssystems. Um auch hier die Wertschöpfungskraft als zukunftsicherndes Element des Bildungsstandorts aufzuzeigen, wurde das Ausbildungsbudget gesondert ausgewiesen. Ferner wurde die Zahl der im Bezugszeitraum ausgebildeten Krankenschwestern und -pfleger sowie der sonstigen Auszubildenden und der in einem ärztlichen Ausbildungsverhältnis stehenden Personen („PJ-ler“) erfasst.

### Vorgehensweise zur Erfassung der indirekten wirtschaftlichen Bedeutung

Indirekte wirtschaftliche Auswirkungen der Aktivitäten von Krankenhäusern betreffen neben Beschäftigungseffekten die indirekte Wertschöpfungskraft. Diese wird mittelbar bei Mitarbeitern, Lieferanten und Dienstleistern bei einer Anstellung oder Beauftragung durch ein Mitglieds Krankenhaus ausgelöst. Prinzipiell ist es kaum möglich, direkt Anteile am Bruttoinlandsprodukt dieser Wirtschaftsobjekte zu bestimmen. Aus diesem Grund wird in der vorliegenden Studie, wie auch in der Erststudie, auf Daten der Kostenseite der Mitgliedskrankenhäuser zurückgegriffen und gemäß ihrer Herkunft eine Schätzung durchgeführt. Neben der Wertschöpfungskraft wird ferner die Beschäftigungswirkung prognostiziert, die von Lieferanten und Dienstleistern ausgeht, die in der Region der Mitgliedshäuser ansässig sind und einen Teil ihres Geschäfts mit den Häusern des Zweckverbands tätigen.

Ein Teil der indirekten Wertschöpfungskraft geht auf die Kaufkraft der Mitarbeiter in den Mitgliedskrankenhäusern zurück. Zur Schätzung der Kaufkraft der Mitarbeiter wird ersatzweise auf die Personalkosten der Mitgliedshäuser zurückgegriffen. Hierbei ist davon auszugehen, dass neben den Nettoeinkünften auch die Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteile der Personalkosten über Beiträge zu Renten- und Krankenkassen indirekte Nachfragewirkung besitzen. Für eine detaillierte Betrachtung wurden diese Daten nach ärztlichem Dienst, Pflegedienst und Medizinisch-technischem Dienst differenziert.

Branchenschlüssel:

Zu Auswertungszwecken empfiehlt sich die Anwendung des folgenden Branchenschlüssels. Er entspricht einer Differenzierung, die auch vom Statistischen Landesamt verwendet wird und ermöglicht es, geeignete Umsatz/Beschäftigungsrelationen erklärbar zu machen.

1. Land- und Forstwirtschaft, Fischerei, Fischzucht
2. Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden
3. Verarbeitendes Gewerbe

4. Energie- und Wasserversorgung
5. Baugewerbe
6. Handel, Instandhaltung u. Reparatur. v. Kfz u. Gebrauchsgütern
7. Gastgewerbe
8. Verkehr und Nachrichtenübermittlung
9. Kredit- und Versicherungsgewerbe
10. Grundstücks-, Wohnungswesen, Vermietung beweglicher Sachen, sonst. Dienstleistungen
11. Erziehung, Gesundheit, Veterinär-, Sozialwesen

Eine direkte Erfassung der Umsätze bei den Lieferanten erwies sich aufgrund der Größenordnung des Erfassungsraums und der Zahl der Lieferanten als unmöglich. Zur Beschränkung des Erfassungsaufwands wurden Umsätze mit Lieferanten bei den Krankenhäusern erfasst und nach Herkunftsgebieten abgegrenzt. Bei der Angabe der Umsätze wurden dabei nur Jahresumsätze mit Lieferanten der Region berücksichtigt, die über 30.000 € lagen. Um auch zu einer Schätzung der gesamten Umsätze in der Region zu gelangen, wurden diese Ergebnisse mit dem Verhältnis des Gesamtumsatzes zum Umsatz aller Lieferanten mit einem Umsatz größer als 30.000 € multipliziert.

Indirekte wirtschaftliche Auswirkungen der Aktivitäten von Krankenhäusern betreffen auch indirekte Beschäftigungseffekte. Sie ergeben sich aus Beschäftigungsverhältnissen, die bei Lieferanten und Dienstleistern der Mitgliedshäuser in der Region des Zweckverbands bestehen. Da aufgrund der Selbstständigkeit der Unternehmen und ihrer zu erwartenden hohen Zahl eine direkte Befragung zu aufwändig war, wurde für die Studie eine approximative Vorgehensweise gewählt. Für die bereits oben nach der regionalen und sachlichen Zuordnung erfassten Unternehmen wurden unter Zuhilfenahme der Branchendaten des Statistischen Landesamts branchenübliche Umsatzzahlen pro Mitarbeiter (UpM) bestimmt. Die realisierten Umsätze aus dem Zweckverband mit diesen Unternehmen wurden dann jeweils durch diesen Schlüssel geteilt. Ergebnis war eine geschätzte Zahl derjenigen Mitarbeiter, die seitens des liefernden Unternehmens für die Mitglieder des Zweckverbands tätig waren. Die Schlüssel sind der nachfolgenden Tabelle 3 zu entnehmen und beziehen sich auf das Basisjahr 2008, für das die jüngsten Daten öffentlich verfügbar waren.

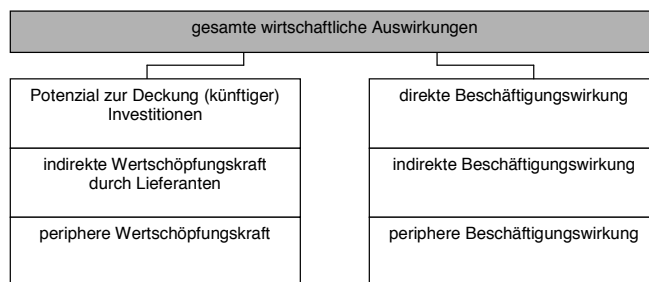


Abb. 1: Überblick über wirtschaftliche Auswirkungen

Branche	1	2	3	4	5	6
UpM 2014	108.608,41	135.064,27	340.594,40	1.363.711,91	154.724,79	494.572,81
UpM 2009	98.992,08	227.865,53	302.931,64	1.141.791,06	151.368,02	494.042,13

Branche	7	8	9	10	11
UpM 2014	91.011,15	372.072,33	39.022,30	145.021,57	13.418,09
UpM 2009	88.962,29	404.860,23	28.944,11	172.939,49	11.849,20

Umsatz-pro-Mitarbeiter-Relationen nach Branchen

### Vorgehensweise zur Erfassung der wirtschaftlichen Bedeutung peripherer Bereiche

Für diesen Teilbereich des Projekts war eine Erhebung der Besucheraktivitäten in einem repräsentativen Zeitraum notwendig. Die in der Erststudie 2009 erhobenen Daten führten nur zu einer geringen Bedeutung dieses Bereichs, so dass in der vorliegenden Studie auf eine Vollerhebung verzichtet wurde. Befragt wurden 148 Besucher in zwei als repräsentativ einzuschätzenden Zeitspannen von jeweils vier Stunden. Ferner wurden auch nicht befragte Besucher gezählt, wobei sich in etwa ein gleicher Anteilssatz an befragten Besuchern wie in der Erststudie ergab. Ausgewählt als Ort für die Befragung wurde das St. Marien-Krankenhaus in Siegen, da dieses Krankenhaus über eine im Eigenbetrieb betriebene Cafeteria sowie über einen zentralen Ein- und Ausgangsbereich verfügt und zum anderen bereits Gegenstand der Erststudie gewesen war.

Der in der Erststudie verwendete Fragebogen wurde nur geringfügig angepasst und in eine elektronische Form überführt. Neben der gewünschten Möglichkeit einer Längsschnittdiagnose ergeben sich damit durch vorsichtigen Vergleich mit der Erststudie auch Möglichkeiten einer Querschnittdiagnose. So wird mithilfe der Querschnittdiagnose ein aktueller Zustand beschrieben, während die Längsschnittdiagnose dazu angewendet wird, Veränderungen über einen längeren Zeitraum zu verfolgen. Die Querschnittdiagnose dient schwerpunktmäßig der Erfassung von Merkmalen und Kriterien zu einem bestimmten Zeitpunkt.

Um eine hinreichend große Erfolgsquote zu gewährleisten, wurde der Fragebogen für diese Studie auf eine Dauer von höchstens 3-4 Minuten beschränkt. Entscheidend für die Qualität eines Fragebogens ist neben der Qualität des Messvorgangs, der Reliabilität und der Validität die Reduktion der entstehenden sozialen Kosten. Deshalb wurde darauf geachtet, die Befragten nicht mit Tabuthemen in Verlegenheit zu bringen (mit Ausnahme der bewusst eingesetzten und mit dem Auftraggeber abgesprochenen Frage nach der Höhe der mitgebrachten Geschenke) oder ihnen ein Gefühl der Nicht-Kenntnis zu vermitteln. Weiterhin wurden die Fragen kurz und einfach formuliert und es wurde auf komplizierte Nebensätze verzichtet, um klare Antworten zu ermöglichen.

Da für die vorliegende Studie bereits eine Erststudie vorlag, wurde auf einen Pretest verzichtet. Die Erhebungssituation vor Ort ermöglichte eine zentrale Positionierung der Interviewer. Beide Eingänge – sowohl der zum Parkhaus als auch der Haupteingang – führten geradewegs

in einen Raum, wo die Besucher regelmäßig auf die Aufzüge warten mussten, so dass sich eine günstige Gelegenheit zur Ansprache bot. Dadurch war ebenfalls eine hohe Erreichbarkeit der Zielgruppe gegeben. Der Fragebogen wurde gegenüber demjenigen der Erststudie nur geringfügig verändert. So wurden die Preiskategorien der Geschenke zur stärkeren Differenzierung der Hauptklasse leicht verschoben. Die in Frage 7 erhobenen Lokalisationen wurden nach Café im Haus, Bäckerei außerhalb, Restaurant außerhalb des Einkaufszentrum differenziert, um begrifflichen Überschneidungen vorzubeugen.

Die Befragung führte zu einem Verhältnis von befragten zu nicht befragten Besuchern, das im Umfang der Vorstudie lag. Ferner konnte davon ausgegangen werden, dass sich die Besucherzahlen pro Woche gegenüber der Erststudie nur unwesentlich geändert hatten. Aus diesem Grund wurde zu Zwecken der bereits begründeten Vereinfachung auf eine detaillierte Analyse verzichtet und lediglich der leicht veränderte „Warenkorb“ der Besucher in Rechnung gebracht. Eine genaue Marktanalyse wird jedoch mit der vorliegenden Studie wie mit der Erststudie nicht angestrebt. Die erzielten Schätzungen der Wochenumsätze wurden anschließend mit 50 Wochen multipliziert, um eine Jahresumsatzschätzung zu erhalten. Dabei wurden zwei Wochen weniger als im Jahr angesetzt, um typischen Wochen mit geringem Umsatz Rechnung zu tragen. Die für das St. Marien-Krankenhaus erzielten Schätzungen wurden anschließend durch Schlüsselung über die Bettenzahlen auf die anderen teilnehmenden Mitgliedshäuser übertragen.

Über Helikoptereinsätze konnten für die vorliegende Studie nicht mehr die differenzierten Angaben seitens des Dienstleisters zur Verfügung gestellt werden. Eine Extrapolation eines Auswahlgebiets auf das Gesamtgebiet konnte deshalb nicht mehr durchgeführt werden. Nach Auskunft von Herrn Winkelmann, Geschäftsführer des St. Marien-Krankenhauses in Siegen, ist jedoch nicht von einer signifikanten Erhöhung des Flugverkehrs in der Region auszugehen. Gestiegene Kosten pro Flugminute sind zwar anzunehmen, wurden jedoch ebenfalls seitens des Dienstleisters nicht bestätigt. Aus Gründen einer vorsichtigen Abschätzung und wegen des verhältnismäßig geringen Betrags wird deshalb auf die Summe des Vorjahres zurückgegriffen und auf eine Zuordnung auf einzelne Mitgliedshäuser verzichtet.



## Dr. Karl Schneider, Landrat

### Wie war Ihr erster Kontakt zu Ihrem Krankenhaus?

Der Hochsauerlandkreis ist kein Träger eines kommunalen Krankenhauses. Ich stehe persönlich, aber auch über das Kreisgesundheitsamt mit den insgesamt neun Krankenhäusern im Kreisgebiet in engem Kontakt. Sieben Häuser sind Akut-Krankenhäuser, davon sechs der Grund- und Regelversorgung. Das Klinikum Arnsberg unterhält drei Betriebsstätten und besitzt Schwerpunktzentren. Aktuell gab es am 25. Februar den „1. Krankenhaugipfel HSK“ mit den Trägervertretern und Geschäftsführern zum Thema „Situation und Zukunft der stationären medizinischen Versorgung im HSK“, zu dem ich eingeladen hatte.

### Wie wichtig ist Ihrer Meinung nach Ihr Krankenhaus?

Der HSK hat schon vor mehreren Jahren das Thema medizinische Versorgung, sowohl stationäre als auch ambulante Versorgung, als Standortfaktor erkannt. Deshalb wurde im HSK vor Jahren der Verein „DOKTORJOB“ gegründet, in dem sich Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte für die Förderung der ärztlichen Berufsausübung in der Gesundheitsregion Südwestfalen engagieren. Darüber hinaus hat der HSK-Kreistag 2012 das Projekt „Medizinstipendium HSK“ beschlossen, damit auch unsere Krankenhäuser weiterhin über genügend Ärzte verfügen. Bisher konnten 14 qualifizierte Stipendiaten gewonnen werden. Das Projekt wird auch in den folgenden Jahren fortgesetzt.

### Wie sehen Sie die Zukunft Ihres Krankenhauses?

Mit all diesen Initiativen zeigt der HSK ein großes Engagement - und dies schon seit vielen Jahren. Andere Kreise ziehen mittlerweile nach. Wichtig ist für mich, auch künftig eine wohnortnahe medizinische ambulante und stationäre Versorgung bei uns sicher zu stellen. Dies ist gerade in einem flächengroßen Kreis eine der großen Herausforderungen.



## Falk Heinrichs, Landtagsabgeordneter

### Wie war Ihr erster Kontakt zu Ihrem Krankenhaus?

Im Kreisgebiet Siegen-Wittgenstein gibt es mehrere Krankenhausträger, deren Kliniken die stationäre medizinische Versorgung der Bevölkerung sicherstellen. Die regionalen Krankenhausträger laden die Bundestags- und Landtagsabgeordneten traditionell auf Aschermittwoch zu einem Erfahrungsaustausch ein. Wenn es mein Terminkalender eben gestattet, nehme ich an diesen Gesprächen teil. Natürlich bin ich weiterhin auch darüber hinaus für die Kliniken des Siegerlands und Wittgensteins jederzeit ansprechbar.

### Wie wichtig ist Ihrer Meinung nach Ihr Krankenhaus?

Eine erstklassige stationäre medizinische Versorgung ist für die Menschen im Kreis Siegen-Wittgenstein von größter Bedeutung. Grundständige Angebote sollten weiterhin auch möglichst wohnortnah erhalten bleiben. Die Kliniken des Oberzentrums Siegen halten darüber hinaus hochspezialisierte diagnostische und therapeutische Angebote vor. Gut ist, dass damit die meisten Krankheitsbilder innerhalb unserer Region adäquat behandelt werden können.

### Wie sehen Sie die Zukunft Ihres Krankenhauses?

Die Kliniken im Kreis Siegen-Wittgenstein verfügen grundsätzlich über gute Voraussetzungen. Ich finde es wichtig, dass alle beteiligten Krankenhausträger zurzeit intensive Gespräche über eine neue Krankenhausstruktur für das Kreisgebiet führen, bei denen sich inzwischen ein Konsens abzuzeichnen scheint. Entscheidend ist aus meiner Sicht, dass sich die Krankenhausträger und Kliniken unserer Region nicht gegenseitig Konkurrenz machen, sondern zu einer sinnvollen, arbeitsteiligen Kooperation finden. Erfreulich ist, dass unsere Kliniken in zunehmendem Maße auch Mitverantwortung für eine flächendeckende ambulante medizinische Versorgung im Kreisgebiet Siegen-Wittgenstein übernehmen.

# Die Studie – Ergebnisse der Untersuchung

## **Gesamtwirtschaftliche Bedeutung des Krankenhausbereichs Südwestfalen für die Region**

Die Anwendung des Konzepts der Bruttoinlandsbestimmung auf die Region und den Sektor der Mitgliedshäuser bestätigt das bereits in der Erststudie 2009 ausgewiesene, deutliche Potenzial der Krankenhäuser des Zweckverbands der Krankenhäuser Südwestfalens. Bei den Erlösen im Krankenhausbereich der an der Studie beteiligten 26 Häuser von insgesamt 1.104.235.926 € und den Erlösen im Komplementärbereich von insgesamt 85.698.513 € ergibt sich ein durch betriebliche Tätigkeit erwirtschafteter Gesamterlös von 1.189.934.439 € für die beteiligten Häuser. Extrapoliert mit dem Anteilssatz von 89,1538840 % der stationären Gesamtbudgets entspricht dies, bezogen auf die Gesamtheit der erfassten 30 Mitgliedshäuser, Erlösen im Krankenhausbereich von 1.238.572.988 € bzw. im Komplementärbereich von 96.124.262 €, was zu einer Erlössumme von 1.334.697.250 € führt. Da diese 30 Häuser im Wesentlichen den Einzugsbereich der alten Studie abdecken, kann auch nach Reorganisationen im Einzugsbereich ein vorsichtiger Vergleich mit der vorangehenden Studie des Jahres 2009 gezogen werden. Er zeigt bei Erlösen im Krankenhausbereich von 1.057.299.341 € bzw. im Komplementärbereich von 99.103.401 € und einer gesamten Erlössumme von 1.156.402.742 € Anstiege der Erlöse von 17,14 %, im Krankenhausbereich und 15,41 % insgesamt, aber einer Abnahme im Komplementärbereich von 3,01 %. Diese bemerkenswerte Abnahme gilt es zu beobachten, da sie als Stütze einer Neuorientierung klassischer Krankenhäuser gilt und offensichtlich in diesem Bereich bereits Degressionseffekte seitens des Marktes greifen. Dieses Phänomen könnte auch erklären, warum Häuser, die erst spät den Komplementärbereich mit ihren Aktivitäten erschließen, dabei Probleme haben.

In erster grober Annäherung können diese Erlöse als Wertschöpfung im Bereich der Krankenhäuser Südwestfalens interpretiert werden. Dabei wird jedoch nicht ersichtlich, ob die Wertschöpfung durch Aufbau an Deckungspotenzial für künftige Investitionen bei den Krankenhäusern selbst, indirekt bei ihren Lieferanten oder durch Kaufkraft der Mitarbeiter verursacht wurde. Auch wird nicht ersichtlich, welche Wertschöpfung durch die Häuser innerhalb und welche Wertschöpfung außerhalb der Region induziert wird.

Zu diesem Zweck wird auch in der vorliegenden Studie die Wertschöpfung dieser Bereiche weiter aufgeschlüsselt. Für die 30 Mitgliedskrankenhäuser selbst ließ sich durch Abzug der Vorleistungen vom jeweiligen Produktionswert das Potenzial für die Eigendeckung (künftiger) Investitionen von 8.178.968 € gegenüber 51.211.908 € der Erststudie 2009 herausarbeiten. Während in der Erststudie lediglich 5 von 29 beteiligten Häusern ein negatives Potenzial auswiesen, sind dies in der vorliegenden Studie 11 von 26 Häusern. Es muss deshalb die Frage gestellt werden, ob wirtschaftlicher Druck die Fähigkeit von Kranken-

häusern beeinträchtigt, in Eigendynamik Investitionen zu finanzieren.

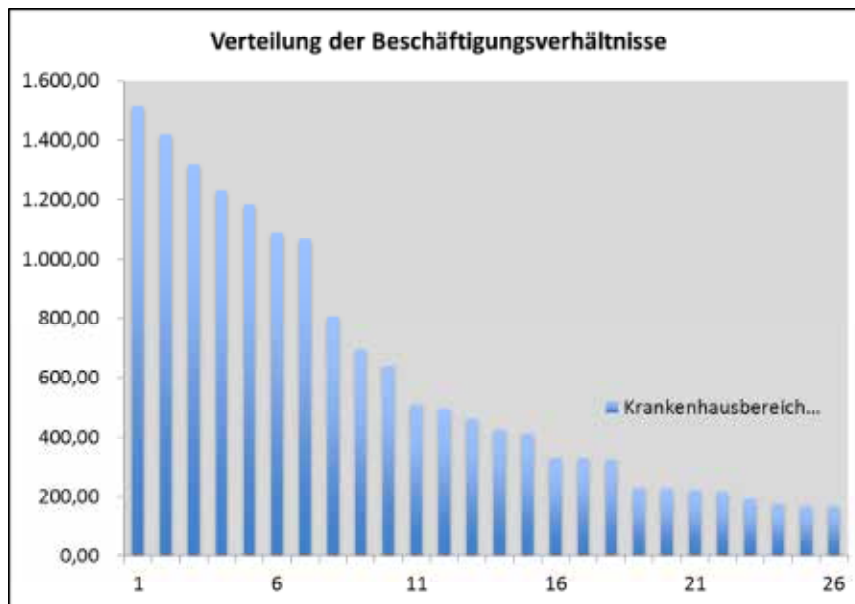
Somit besitzt die vorliegende Studie die Aufgabe, die Unterschiede zwischen der Erlössituation und dem Deckungspotenzial für künftige Investitionen weiter aufzuschlüsseln. Hierzu werden in den folgenden Abschnitten die indirekten Wertschöpfungen ermittelt (siehe Kapitel 3.3), die im Bereich der Lieferanten erzielt werden bzw. sich über die Kaufkraft der Krankenhausmitarbeiter antizipieren lassen. Des Weiteren gilt es auch, periphere Auswirkungen der Krankenhäuser zu berücksichtigen, damit die von den Krankenhäusern extern induzierte periphere Wertschöpfung sowie die induzierte periphere Beschäftigung erfasst werden (siehe Kapitel 3.4). Die Aufsummierung der Teilergebnisse sowie eine abschließende Gesamtbetrachtung erfolgt in Kapitel 3.5. Sie führt zu einer Gesamtwertschöpfung von 1.351.829.625 € gegenüber einer Gesamtwertschöpfung der Erststudie von 1.124.486.738 €, die sich systematisch aus den angesprochenen Einzelkomponenten erklären lässt. Von dieser Wertschöpfung verblieben 941.985.512 € in der Region (gegenüber 788.128.285 € der Erststudie), während die Differenz von 409.844.114 € (gegenüber 336.358.453 € der Erststudie) zur überregionalen Wertschöpfung (außerhalb der Region) führte.

## **Ergebnisse zur direkten Beschäftigungswirkung**

Beschäftigungswirkungen sind als direkte Folge der Wertschöpfung und als bedeutsam für eine Region zu sehen. Sie wurden deshalb in der Studie neben den direkten monetären Wertschöpfungspotenzialen bei den an der Studie beteiligten Häusern erhoben. Der ersten Übersicht in Abbildung 2 lassen sich die Verteilungen der Mitarbeiterzahlen auf die einzelnen Häuser entnehmen.

Insgesamt werden bei den beteiligten 26 Häusern 15.882 Mitarbeiter in unterschiedlichen Beschäftigungsverhältnissen beschäftigt. Auf den ärztlichen Dienst entfielen davon 1.914 Mitarbeiter, auf den Pflegedienst 6.583 Mitarbeiter und auf den Medizinisch-technischen Dienst bzw. Funktionsdienst 3.181 Mitarbeiter. Im Komplementärbereich der beteiligten Häuser waren ferner 1.634 Mitarbeiter beschäftigt. Die Bandbreite der Beschäftigungszahlen in den beteiligten Häusern ist Tabelle 4 zu entnehmen.

Im Bereich des Komplementärgeschäfts existieren auch im aktuellen Erfassungszeitraum Häuser, die unabhängig von ihrer Größenordnung aktiv sind und dort eine spürbare Beschäftigungswirkung ausüben. Die bereits 2009 erfassbaren neuorientierten Geschäftsstrukturen der beteiligten Krankenhäuser werden also weiter verfolgt. 15 der nunmehr 26 beteiligten Häuser (bei vormals 15 von 29 Häusern der Erststudie) sind demnach im Komplementärbereich tätig. Hier setzen die Häuser den eingangs genannten Trend der Umstrukturierung fort, in dem sie ihre Geschäftsfelder entlang ihrer Kernkompetenzen ausbauen. In Zahlen lässt sich der Komplementärbereich der 15 in diesem Geschäftsfeld tätigen Häuser ent-



[Grundgesamtheit: 26 beteiligte Krankenhäuser]

Abbildung 2: Verteilung der Beschäftigungsverhältnisse der beteiligten Krankenhäuser

Beschäftigungsverhältnisse	Krankenhausbereich insgesamt	Ärztlicher Dienst	Pflegedienst	Med.-technischer Dienst	Komplementärbereich	Sonstige
Summe	15.882	1.914	6.583	3.181	1.634	2.570
Minimalwert	168	9	44	18	0	-
Maximalwert	1.516	205	681	358	536	-
Durchschnitt	611	74	253	122	63	-

[Grundgesamtheit: 26 beteiligte Krankenhäuser]

Tabelle 4: Kennzahlen für Beschäftigungsverhältnisse

	Zahl der Beschäftigungsverhältnisse	Anteil an Gesamtzahl der Beschäftigungsverhältnisse
Minimalwert	7	0,43 %
Maximalwert	536	32,79 %
Durchschnitt	109	6,67 %

[Grundgesamtheit: 26 beteiligte Krankenhäuser]

Tabelle 5: Kennzahlen der Komplementärbereiche von Krankenhäusern mit Aktivität in diesem Geschäftsfeld

sprechend Tabelle 5 beschreiben. Aufgrund der zur Erststudie unterschiedlichen Grundgesamtheit kann jedoch kein sinnvoller Vergleich gezogen werden. Allenfalls ist darauf hinzuweisen, dass der Maximalwert von 268 auf 536 Beschäftigungsverhältnisse gestiegen ist.

Neben den gesamten Beschäftigungsverhältnissen ist vor allem die Zahl der in Vollzeitkräfte (VK) umgerechneten Beschäftigungsverhältnisse von Interesse. Umgerechnet in Vollzeitkräfte waren bei den beteiligten Mitgliedern des Zweckverbands 11.360 Stellen zu verzeichnen. Davon entfielen auf den ärztlichen Bereich 1.726 Stellen, auf den Pflegedienst 4.670 Stellen und auf den Medizinisch-technischen Dienst bzw. Funktionsdienst 2.355 Stellen. Im Komplementärbereich waren 861 Stellen zu verzeichnen. Im Vergleich zur Erststudie 2009 ist zu erkennen, dass ein durchschnittliches Krankenhaus in alle Beschäftigungskategorien aktuell vergleichsweise deutlich mehr Personal einsetzt.

Abbildung 3 zeigt die entsprechend umgerechneten Vollzeitkräfte-äquivalente. Im Vergleich zu Abbildung 2 zeigen die unterschiedlichen Flächenabdeckungen der Kurven bereits auf, dass die beteiligten Häuser unterschiedliche Personalkonzepte verfolgen.

Auch nach Neustrukturierungen gegenüber der Erststudie befinden sich einige der beteiligten Häuser in den Randgebieten der abgegrenzten Region. Demgemäß erstreckt sich nur ein Teil der von ihnen ausgeübten direkten Beschäftigungswirkung auch auf die Region. Zur Berücksichtigung dieses Aspekts wurden die Mitgliedshäuser gebeten, die jeweiligen Anteilssätze ihrer Mitarbeiter anzugeben, die aus der betrachteten Region stammen. Hieraus wurden die Zahlen der umgerechneten Vollzeitkräfte abgeleitet, die aus der Region stammen.

Gemessen in Vollzeitkräften waren bei den beteiligten Mitgliedern des Zweckverbands 10.283 Stellen mit Mitarbeitern aus der Region besetzt. Davon entfielen auf den ärztlichen Bereich 1.427 Stellen, auf den Pflegedienst 4.227 Stellen und auf den Medizinisch-technischen Dienst bzw. Funktionsdienst 2.148 Stellen. Im Komplementärbereich waren 869 Stellen mit Arbeitskräften aus der Region belegt. Im Vergleich zur Erststudie 2009 ist auch in der regionalen Wirkung ein vergleichsweise hoher Anstieg des eingesetzten Personals in einem durchschnittlichen Krankenhaus zu erkennen.

Ein weiterer Aspekt der Beschäftigung bezieht sich auf die Leistungen der Mitgliedshäuser im Bereich der Berufsausbildung. Auch in der aktuellen Studie zeigen die Antworten der 26 an der Studie beteiligten Krankenhäuser, dass sich viele Häuser ihrer Verantwortung an der beruflichen Zukunftsgestaltung des Krankenhausbereichs aktiv stellen. So verfügen 20 der 26 beteiligten Häuser über ein explizites Ausbildungsbudget. Tabelle 8 ist zu entnehmen, dass ein durchschnittliches Krankenhaus das Budget von 512.414 € auf 734.411 € (entsprechend 43,3 %) erhöht hat. Im Anbetracht der Tatsache, dass sich unter diesen 26 Krankenhäusern auch nach Neustrukturierungen eine beachtliche Zahl kleinerer Häuser befindet, ist diese Zahl besonders hervorzuheben.

Schließlich gibt die Tabelle 8 einen Überblick über die Zahlen der Ausbildungsplätze. Insgesamt werden durch die an der Studie beteiligten Mitgliedshäuser 1.073 Ausbildungsplätze im Pflegedienst, 42 anders gelagerte Ausbildungsplätze und 44 ärztliche Ausbildungsplätze („PJ-ler“) angeboten. Während beim Pflegedienst eines durchschnittlichen Krankenhauses aktuell deutlich mehr Ausbildungsplätze angeboten werden, als im Zeitraum der Erststudie, ist die Ausbildung im ärztlichen Dienst rückläufig.

## Ergebnisse zur indirekten wirtschaftlichen Bedeutung

### *Indirekte wirtschaftliche Bedeutung der Lieferanten*

In der Studie wurde die wirtschaftliche Bedeutung der Mitgliedshäuser im Zweckverband wie in der Erststudie einerseits anhand der gemachten bzw. extrapolierten Umsatzwirkung auf Zulieferer und andererseits anhand der indirekt bei Zulieferern beschäftigten Mitarbeiter untersucht. Hierzu wurden 11 Branchen unterschieden. Aufgrund des hohen Erfassungsaufwands konnten nur 20 der 26 beteiligten Krankenhäuser nach Branchen aufgeschlüsselte Lieferantenumsätze geben. Um die Validität der Studie zu gewährleisten, wurde auf Basis dieser 20 Häuser ein Umsatzanteil regionaler Lieferanten am gesamten Umsatz über 30.000 € innerhalb und außerhalb der Region geschätzt (Regionalanteil). Alle 26 beteiligten Häuser waren jedoch in der Lage, Gesamtjahresumsätze über 1 € ohne Aufschlüsselung anzugeben. Auf diese wurde der Regionalanteil angewendet, um auf Gesamtumsätze der 26 Häuser in der Region zu schließen.

Insgesamt gingen von den für die Studie detailliert antwortenden 23 Krankenhäuser Umsätze mit Lieferanten der Region von 84.811.207 € ein, wobei hier nur Umsätze größer 30.000 € erfasst waren. Werden auch die außerhalb der Region getätigten Umsätze über 30.000 € hinzugezogen, ergibt sich sogar ein Gesamtumsatz von 258.146.687 €. Der Regionalanteil ergibt sich deshalb aus  $84.811.207 / 258.146.687 = 36,3348423 \%$ , was nahe am Wert der Erststudie von 34,477473 % liegt, der in der Region verblieb.

Eine Orientierung der indirekten Wertschöpfung durch Lieferanten an den Umsätzen über der Grenze von 30.000 € ist jedoch als zu pessimistisch abzulehnen. Um auf eine realistische Größe zu gelangen, muss daher eine Interpolation auf die Gesamtumsätze der Häuser vorgenommen werden. Zu Interpolationszwecken wurden deshalb die Gesamtumsätze aller 26 beteiligten Häuser erfragt, deren Summe sich auf 469.352.713 € belief. Verwendet man hierauf den Regionalanteil von 36,3348423 %, kann von einem in der Region verbleibenden Umsatz und damit von einer Wertschöpfung der beteiligten 26 Häuser in der Region von  $469.352.713 \cdot 36,3348423 \% = 170.602.311 \text{ €}$  ausgegangen werden. Auch diese Schätzung für die 26 beteiligten Häuser ist als eher konservativ zu bezeichnen, da aufgrund der getroffenen Einschränkung tendenziell eher regionale Lieferanten aus dem Beobachtungsspektrum fallen und damit von einem realistischen Anteilssatz von mehr als 36,3348423 % auszugehen ist.

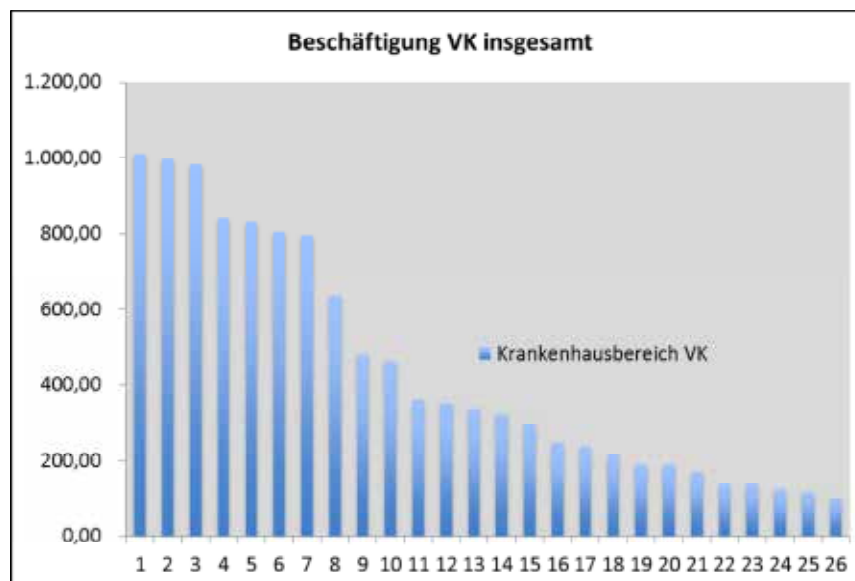
Mit den vorgenannten Ergebnissen wurden nur indirekte wirtschaftliche Auswirkungen der an der Studie beteiligten 26 Häuser erfasst. Die Höhe der Umsätze mit Lieferanten, die von allen 30 Häusern des Zweckverbands ausgehen, konnte wiederum nur geschätzt werden. Hierzu wurde auf den bereits eingeführten Schlüssel von 89,1538840 % zurückgegriffen, der die Relation der vereinbarten stationären Gesamtbudgets der beteiligten 26 Häuser zu denjenigen aller 30 abgegrenzten Häuser des Zweckverbands charakterisiert. Unter Zuhilfenahme dieses Schlüssels ist von einem Umsatz bzw. einer Wertschöpfung bei Lieferanten der Region von  $170.602.311 / 89,1538840 \% = 191.357.127 \text{ €}$  und von  $469.352.713 / 89,1538840 \% = 526.452.345 \text{ €}$  bei allen Lieferanten auszugehen. Das Verhältnis von  $191.357.127 \text{ €}$  zu  $526.452.345 \text{ €}$  spricht in Anbetracht der Bedeutung der überregional bzw. international agierenden Lieferanten, z. B. im Pharmabereich, für eine besonders intensive Anbindung und Verantwortung der Mitgliedshäuser für die



Beschäftigungsverhältnisse	Krankenhausbereich insgesamt	Ärztlicher Dienst	Pflegedienst	Med.-technischer Dienst	Komplementärbereich	Sonstige
Summe	11.360	1.726	4.670	2.355	861	1.748
Minimalwert	99	8	33	9	0	-
Maximalwert	1.010	183	448	257	212	-
Durchschnitt Studie 2014	437	66	180	91	33	-
Durchschnitt Studie 2009	294	42	125	66	26	-

[Grundgesamtheit: 26 beteiligte Krankenhäuser, regional zuzüglich überregional ansässiges Personal]

Tabelle 6: Kennzahlen für Beschäftigungsverhältnisse in VK



[Grundgesamtheit: 29 beteiligte Krankenhäuser]

Abbildung 3: Zahl der umgerechneten Vollzeitstellen der beteiligten Krankenhäuser insgesamt

Region. Trotz Restrukturierungen und Zusammenschlüssen der Mitgliedshäuser kann auch ein vorsichtiger Vergleich zwischen den Umsätzen der aktuell 30 Mitgliedshäuser und den 2009 betrachteten Häusern gezogen werden. Sowohl in der Region als auch insgesamt ist von einem deutlichen Zuwachs der Lieferantenumsätze auszugehen. Wie auch in der Vorstudie wird ferner deutlich, dass die 30 Mitgliedshäuser mit 191.357.127 € eine wesentlich höhere indirekte Wertschöpfung bei Lieferanten auslösen als sie selber als direkte Wertschöpfung von 8.178.968 extrapoliert ausweisen.

Neben der aggregierten Erfassung der indirekten Wertschöpfung ist auch die nach Branchen differenzierte Analyse von Interesse. Geht man davon aus, dass das Verhältnis der Wertschöpfung bei Lieferanten der Region von 191.357.127 € zu Umsätzen (über 30.000 €) mit indirekt erfassten Lieferanten der Region von 84.811.208 € auch auf die Branchenumsätze übertragen werden kann, ergeben sich die Daten der Tabelle 10a. Sie zeigt die branchenspezifisch differenzierten Umsätze über 30.000 € der an der Studie beteiligten Häuser sowie die Gesamtumsätze in der Region. Deutlich ist erkennbar, dass die Hauptumsätze auf die Branchen 6, 10 und 11, also Handel, Instandhaltung und Reparatur, Grundstücks-, Wohnungswesen, Vermietung beweglicher Sachen, sonst. Dienstleistungen, Erziehung, Gesundheit, Veterinär-, Sozialwesen, entfielen. Im Vergleich zur Erststudie 2009 ergeben sich nur wenige Unterschiede, die wiederum aufgrund der modifizierten Struktur der Respondenten vorsichtig zu interpretieren sind. Markant ist jedoch ein Anstieg in der Branche 11, Erziehung, Gesundheit, Veterinär-, Sozialwesen und auch in Branche 6, also Handel, Instandhaltung und Reparatur. Eher rückläufig haben sich die Branchen 10, Grundstücks-, Wohnungswesen, Vermietung beweglicher Sachen, sonst. Dienstleistungen und 5, Baugewerbe entwickelt. Vorsichtig interpretiert kann daraus geschlossen werden, dass die Phase der Immobilienrestrukturierung der Häuser ihren Höhepunkt überschritten hat.

Neben der indirekt induzierten Wertschöpfung führen die mit Lieferanten getätigten Umsätze auch zu einer indirekten Beschäftigungswirkung. Über die Verwendung der branchenspezifischen Umsatz-pro-Mitarbeiter-Schlüssel gelangt man von den jeweiligen Umsatzangaben

zu geschätzten Mitarbeiterzahlen. Für die Region bedeutet die indirekte Wertschöpfung alleine der detailliert berichtenden 20 Krankenhäuser auf Umsätze von mindestens 30.000 € eine indirekte Beschäftigung von 2.592,6 Vollzeitkräften bzw. von 4.058,4 indirekten Vollzeitkräften auf Grundlage des extrapolierten Gesamtumsatzes. Legt man auf Basis des Gesamtumsatzes die extrapolierten Umsätze für alle 30 Mitglieder des Zweckverbands zu Grunde, ist sogar von einer Beschäftigungszahl von 5.533,57 Vollzeitkräften auszugehen. Ergänzt man konservativ die Beschäftigtenzahl der in den befragten 26 Krankenhäusern arbeitenden (umgerechneten) Vollzeitkräfte von 10.283 (Studie 2009: 7.769) um die 4.933,4 (Studie 2009: 2.416) indirekten Vollzeitkräfte, folgt eine eher pessimistische Schätzung der insgesamt induzierten Beschäftigung von 15.216,4 (Studie 2009: 10.185) Vollzeitkräften. Unter Verwendung der realistischen, wenn auch extrapolationsgebundenen Schätzung von 5.533,6 (Studie 2009: 3.306,3) induzierten Vollzeitkräften im Zulieferbereich bei allen 30 (Studie 2009: 40) Mitgliedshäusern und Ansatz von 10.283 / 89,1538840 % = 11.534 (Studie 2009: 7.769 / 73,0590 % = 10.634) vorhandenen VK-Stellen, ergibt sich auch hier eine vergleichsweise beachtliche Wirkung von 17.067,6 (Studie 2009: 13.940,3) Vollzeitkräften auf die Gesamtbeschäftigung.

Mit Tabelle 11a und 11b werden diese Zahlen weiter branchenspezifisch aufgeschlüsselt. Vergleicht man diese Beschäftigungszahlen mit den entsprechenden branchenspezifischen Umsatzzahlen, erhält man jedoch aufgrund der branchenspezifischen Umsatz-pro-Mitarbeiter-Schlüssel ein deutlich polarisierteres Bild. Auf Basis der gesicherten Beschäftigungszahlen auf Umsätze über 30.000 € profitiert im Beschäftigungsbereich von den indirekten Wirkungen der Wirtschaftskraft der Krankenhäuser vornehmlich der Branche „Erziehung, Gesundheit, Veterinär-, Sozialwesen“ (Branchenschlüssel 11) mit 2.371,5 (Studie 2009: 1.609,1) induzierten Vollzeitkräften. Ebenso wie in der Erststudie, geht auch auf das Baugewerbe (Branchenschlüssel 5), auf Handel, Instandhaltung u. Reparatur (Branchenschlüssel 6) und die Branche „Grundstücks-, Wohnungswesen, Vermietung beweglicher Sachen, sonst. Dienstleistungen“ (Branchenschlüssel 10) erhebliche Beschäftigungswirkung aus.

Beschäftigungsverhältnisse VK	Krankenhäuserbereich insgesamt	Ärztlicher Dienst	Pflegedienst	Med.-technischer Dienst	Komplementärbereich	Sonstige
Summe	10.283	1.427	4.227	2.148	869	1.612
Minimalwert	97	8	32	9	0	-
Maximalwert	983	166	410	253	200	-
Durchschnitt Studie 2014	395	55	163	83	33	-
Durchschnitt Studie 2009	269	33	116	62	25	-

[Grundgesamtheit: 26 beteiligte Krankenhäuser, nur regional ansässiges Personal]

Tabelle 7: Kennzahlen für Beschäftigungsverhältnisse für Mitarbeiter der Region in VK beteiligter Häuser

Ausbildungsbudget und -plätze	Budget [€]	Pflegedienst	Sonstige	Ärztlicher Dienst „PJ-ler“
Summe	19.094.676	1.073	42	44
Minimalwert	0	0	0	0
Maximalwert	2.357.000	141	20	14
Durchschnitt Studie 2014	734.411	41	2	2
Durchschnitt Studie 2009	512.414	32	2	3

[Grundgesamtheit: 26 beteiligte Krankenhäuser]

Tabelle 8: Kennzahlen für Ausbildungsbudget und -plätze

Induzierte Wertschöpfung bei Lieferanten auf [€] Basis	Umsätze über 30.000 € beteiligter 23 Häuser	Umsätze gesamt beteiligter 26 Häuser	Umsätze gesamt 30 Mitgliedshäuser
in Region	84.811.208	170.602.311	191.357.127
überregional	173.335.480	298.750.402	335.095.218
Summe	258.146.687	469.352.713	526.452.345

[Grundgesamtheit: 20 über 30.000 €, 26 gesamt beteiligte Krankenhäuser bzw. 30 Mitgliedshäuser]

Tabelle 9a: Induzierte Wertschöpfung bei Lieferanten Studie 2014

Induzierte Wertschöpfung bei Lieferanten auf [€] Basis	Umsätze über 30.000 € beteiligter 29 Häuser	Umsätze gesamt beteiligter 29 Häuser	Umsätze gesamt 40 Mitgliedshäuser
in Region	85.051.213	107.644.833	147.339.593
überregional	161.635.113	204.573.039	280.010.729
Summe	246.686.326	312.217.872	427.350.322

[Grundgesamtheit: 29 gesamt beteiligte Krankenhäuser bzw. 40 Mitgliedshäuser]

Tabelle 9b: Induzierte Wertschöpfung bei Lieferanten Studie 2009



## Thomas Gemke, Landrat Märkischer Kreis

### Wie war Ihr erster Kontakt zu Ihrem Krankenhaus?

Ich musste mich vor 25 Jahren und vor fünf Jahren am Auge operieren lassen. Beide Operationen sind erfolgreich verlaufen und der Service im Krankenhaus war gut.

### Wie wichtig ist Ihrer Meinung nach Ihr Krankenhaus?

Unsere Kliniken sind ein sehr wichtiger Baustein für eine wohnortnahe und umfassende medizinische Versorgung der Bürgerinnen und Bürger. Neben einem umfassenden medizinischen Leistungsangebot bieten die Märkischen Kliniken in vielen Bereichen Spitzenmedizin an, zum Beispiel in der Kardiologie, der Pneumologie oder der Nephrologie. Im Rahmen ihrer Arbeit bilden die Märkischen Kliniken ständig in großer Zahl junge Mediziner zu Fachärzten aus. Die Märkischen Kliniken sind darüber hinaus mit über rd. 2.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer der wichtigsten Arbeitgeber der Region.

### Wie sehen Sie die Zukunft Ihres Krankenhauses?

Aus medizinischer Sicht haben die Kliniken der Region einen hohen Standard. Innovationen in den einzelnen Fachbereichen werden zum Wohle der Patienten umgesetzt. Wichtig ist in den für die gesamte Branche schwierigen Zeiten eine gute wirtschaftlich gute Entwicklung auch der Märkischen Kliniken. Auf Basis einer Vielzahl konkreter Projekte aber auch in der laufenden Tagesarbeit hat die Geschäftsführung der Märkischen Kliniken alle Strukturen und Prozesse auf den Prüfstand gestellt und auf Einsparpotential und möglichen Synergieeffekten überprüft. Die gerade in den letzten Monaten verstärkt eingeleiteten Maßnahmen zeigen positive Wirkung. Insofern sehe ich die Zukunft der Märkischen Kliniken GmbH insgesamt sehr positiv. Bund und Land bleiben aber auch weiterhin gefordert, die Rahmenbedingungen für unsere Krankenhäuser zu verbessern.

## Matthias Kerkhoff, Landtagsabgeordneter

### Wie war Ihr erster Kontakt zu Ihrem Krankenhaus?

Als Landtagsabgeordneter [...] gehören mehrere Krankenhäuser zu meinem Wahlkreis. Mein erster Kontakt zum Krankenhaus in Meschede war meine Geburt, an die ich aber kaum Erinnerungen habe. Von weiteren Krankenhausaufenthalten bin ich bislang, bis auf die Entfernung der Mandeln, bisher verschont geblieben.

### Wie wichtig ist Ihrer Meinung nach Ihr Krankenhaus?

Alle Krankenhäuser im Wahlkreis üben eine wichtige Funktion in der Daseinsvorsorge aus. Sie stellen gemeinsam mit den niedergelassenen Ärzten die medizinische Versorgung sicher und sorgen auch in der Bevölkerung für ein Gefühl von Sicherheit.

### Wie sehen Sie die Zukunft Ihres Krankenhauses?

Die Krankenhäuser in meinem Wahlkreis haben sich in den unterschiedlichsten Bereichen spezialisiert. Wenn es Ihnen auch künftig gelingt, hervorragende Behandlung und wirtschaftlichen Erfolg sicherzustellen, sehe ich die Zukunft dieser Krankenhäuser sehr optimistisch.



## Tanja Wagener, Landtagsabgeordnete

### Wie war Ihr erster Kontakt zu Ihrem Krankenhaus?

In meiner Heimatstadt Siegen und zumal im Kreis Siegen-Wittgenstein gibt es mehrere Krankenhäuser, in kommunaler, gemeinnütziger und privater Trägerschaft. Es ist daher schwierig, von „meinem“ bzw. „dem“ Krankenhaus zu sprechen. Seit meiner Geburt bin ich erst zweimal stationär im Krankenhaus gewesen, 2012 und zu Beginn des Jahres 2015, also vor wenigen Tagen. Wenn man sich wie ich vor kurzem ggf. noch unter Schmerzen in ein Krankenhaus begibt, lernt man ganz persönlich zu schätzen, dass es – wohnortnah – eine gute und qualitativ hochwertige stationäre medizinische Versorgung gibt, der man sich in solchen Notfällen anvertrauen darf. Ich habe mich als Patientin im St.-Marienkrankenhaus in Siegen gut aufgehoben gefühlt. Seit meiner Wahl in den Landtag NRW im November 2012 habe ich immer wieder auch als Politikerin Kontakt zu den verschiedenen Krankenhausträgern bei uns im Kreis Siegen-Wittgenstein. Gespräche, wie ich sie z.B. im Herbst des vergangenen Jahres bei einem Besuch an der Kinderklinik in Siegen geführt habe oder nächste Woche beim „Gesundheitspolitischen Aschermittwoch“, den die Träger hier gemeinsam für die Politik veranstalten, führen werde, haben für mich einen hohen Stellenwert.

### Wie wichtig ist Ihrer Meinung nach Ihr Krankenhaus?

Die breit aufgestellte Krankenhauslandschaft in Siegen-Wittgenstein ist von enormer Bedeutung für die Menschen in dieser Region. Sie bietet zum einen eine wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung mit einem breiten Angebot an medizinischen Spezialisten und diagnostischen Verfahren, so dass die meisten Krankheiten in unserer Region behandelt und therapiert werden können. Zum anderen sind die Krankenhäuser mit tausenden Beschäftigten ein bedeutender regionaler Arbeitgeber sowie ein wichtiger Standort- und Wirtschaftsfaktor für Bevölkerung und Region. Nicht zu unterschätzen sind die Krankenhäuser auch als Ausbildungsbetriebe. Ziel aller Entscheidungsträger in der Region muss es sein, diese hohe Qualität der Gesundheitsversorgung dauerhaft zu erhalten.

### Wie sehen Sie die Zukunft Ihres Krankenhauses?

Die Krankenhäuser der verschiedenen Träger in Siegen-Wittgenstein werden in Zukunft nur dann allesamt fortbestehen können, wenn sie sich nicht gegenseitig Konkurrenz machen, sondern ein gemeinsames, untereinander abgestimmtes Konzept zur künftigen Struktur der Krankenhauslandschaft erarbeiten. Ein entsprechender Prozess läuft hier vor Ort gerade. Ein Ziel dieses Konzeptes muss aus meiner Sicht sein, fachliche Schwerpunkte der einzelnen Krankenhäuser herauszuarbeiten, um eine breite Versorgung der Bevölkerung mit (spezialisierten) medizinischen Angeboten sicherzustellen. Ein weiteres Ziel sollte sein, soweit es angesichts sich ändernder Strukturen (z.B. Bettenabbau, verkürzte Liegezeiten) möglich ist, die Wirtschaftlichkeit der einzelnen Standorte zu sichern. Der Ärztemangel führt vor allem in ländlich geprägten Kreisen wie Siegen-Wittgenstein dazu, dass der Bedarf an Haus- und Fachärzten nicht mehr überall gedeckt werden kann. Hier kommen auf die Krankenhäuser zusätzliche Aufgaben zu, um die ambulante medizinische Versorgung sicherzustellen.

Schlüssel	Branchenbezeichnung	Umsatz über 30.000 € in Region in €	Gesamtumsatz in Region in €
1	Land- und Forstwirtschaft, Fischerei, Fischzucht	37.163	83.850
2	Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden	0	0
3	Verarbeitendes Gewerbe	3.016.019	6.804.959
4	Energie- und Wasserversorgung	6.436.623	14.522.771
5	Baugewerbe	7.431.762	16.768.073
6	Handel, Instandhaltung u. Reparatur	16.544.898	37.329.784
7	Gastgewerbe	346.291	781.326
8	Verkehr und Nachrichtenübermittlung	2.699.015	6.089.710
9	Kredit- und Versicherungsgewerbe	56.653	127.824
10	Grundstücks-, Wohnungswesen, Vermietung beweglicher Sachen, sonst. Dienstleistungen	16.422.261	37.053.082
11	Erziehung, Gesundheit, Veterinär-, Sozialwesen	31.820.524	71.795.747
	Summe	<b>84.811.208</b>	<b>191.357.127</b>

[Grundgesamtheit: Regional induzierte Wertschöpfung (Umsatz) durch die 20 detailliert berichtenden Krankenhäuser auf Basis von Umsätzen über 30.000 € bzw. Gesamtumsatz durch die 30 Mitgliedskrankenhäuser]

Tabelle 10a: Umsatz mit Lieferanten über einem Jahresumsatz von 30.000 € und mehr sowie Gesamtumsatz in Region nach Branchen (Studie 2014)

Schlüssel	Branchenbezeichnung	Umsatz über 30.000 € in Region in €	Gesamtumsatz in Region in €
1	Land- und Forstwirtschaft, Fischerei, Fischzucht	0	0
2	Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden	0	0
3	Verarbeitendes Gewerbe	1.860.963	3.223.863
4	Energie- und Wasserversorgung	7.819.398	13.546.038
5	Baugewerbe	13.704.102	23.740.482
6	Handel, Instandhaltung u. Reparatur	13.420.175	23.248.617
7	Gastgewerbe	0	0
8	Verkehr und Nachrichtenübermittlung	702.075	1.216.248
9	Kredit- und Versicherungsgewerbe	79.449	137.635
10	Grundstücks-, Wohnungswesen, Vermietung beweglicher Sachen, sonst. Dienstleistungen	28.397.970	49.195.600
11	Erziehung, Gesundheit, Veterinär-, Sozialwesen	19.067.081	33.031.110
	Summe	<b>85.051.213</b>	<b>147.339.593</b>

[Grundgesamtheit: Regional induzierte Wertschöpfung (Umsatz) durch die 29 beteiligten Krankenhäuser auf Basis von Umsätzen über 30.000 € bzw. Gesamtumsatz durch die 40 Mitgliedskrankenhäuser]

Tabelle 10b: Umsatz mit Lieferanten über einem Jahresumsatz von 30.000 € und mehr sowie Gesamtumsatz in Region nach Branchen (Studie 2009)

Schlüssel	Branchenbezeichnung	Anzahl Beschäftigter (VK) auf Umsätze über 30.000 € in Region	Anzahl Beschäftigter (VK) auf Gesamtumsatz in Re- gion
1	Land- und Forstwirt- schaft, Fischerei, Fisch- zucht	0,34	0,73
2	Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden	0,00	0,00
3	Verarbeitendes Gewerbe	8,86	18,90
4	Energie- und Wasserver- sorgung	4,72	10,07
5	Baugewerbe	48,03	102,52
6	Handel, Instandhaltung u. Reparatur	33,45	71,40
7	Gastgewerbe	3,80	8,12
8	Verkehr und Nachrich- tenübermittlung	7,25	15,48
9	Kredit- und Versiche- rungsgewerbe	1,45	3,10
10	Grundstücks-, Woh- nungswesen, Vermietung beweglicher Sachen, sonst. Dienstleistungen	113,24	241,69
11	Erziehung, Gesundheit, Veterinär-, Sozialwesen	2.371,46	5.061,55
	Summe	<b>2.592,6</b>	<b>5.533,6</b>

[Grundgesamtheit: VK-Beschäftigung in Region durch die 20 detailliert berichtenden Krankenhäuser auf Basis von Umsätzen über 30.000 € sowie Extrapolation auf 30 Häuser]

Tabelle 11a: Regional Beschäftigte durch Umsatz mit Lieferanten nach Branchen (Studie 2014)

Eine vergleichsweise wenig beachtete indirekte Wirkung der Aktivitäten von Krankenhäusern geht von ihrem Einfluss auf die Ausfallzeiten von Mitarbeitern in Unternehmen, Einrichtungen der öffentlichen Verwaltung usw. aus. Diese Ausfallzeiten betreffen zum einen die Patienten selbst, zum anderen aber auch Angehörige, die zur Pflege der Patienten nicht in gewohnter Weise ihrer Arbeit nachgehen können. Eine monetäre Erfassungsgröße für diesen Sachverhalt abzubilden, ist innerhalb dieser Studie nicht möglich. Eine Angabe der mittleren Verweildauer als einer Einflussgröße auf die Ausfallzeiten erscheint jedoch zweckmäßig. Die mittlere Verweildauer über alle an der Studie beteiligten Häuser belief sich auf 8,26 Tage im Bezugsjahr 2012. Damit ergibt sich gegenüber dem Jahr 2006 mit einer mittleren Verweildauer von 9,80 Tagen ein beachtlicher Rückgang um 1,54 Tage, wobei die positive Wirkung dieses Rückgangs auf die Wertschöpfungskraft der Region zu betonen ist. Entsprechende Tageszahlen für die beteiligten 26 Häuser (Studie 2014) bzw. 29 Häuser (Studie 2009) zeigt Tabelle 12.

#### Indirekte wirtschaftliche Bedeutung der beschäftigten Mitarbeiter

Neben der indirekten Wertschöpfung bei Lieferanten spielt die indirekte Wertschöpfung durch das Kaufkraftpotenzial der Mitarbeiter eine Rolle. In der Studie wurde ersatzweise für diese Größe die Summe der jeweiligen Personalkosten der Krankenhäuser verwendet, wobei diese Ergebnisse mit den jeweiligen Anteilssätzen derjenigen Mitarbeiter zu korrigieren war, die im Untersuchungsbereich der Region ihren Wohn-

ort haben. Ausgehend von einer Gehaltssumme aller Mitarbeiter von 636.070.569 € der beteiligten 26 Häuser, ergeben sich extrapoliert für alle Mitgliedshäuser eine Gehaltssumme und damit eine antizipierte Kaufkraft von 713.452.449 € (Studie 2009: 564.464.989 €) auf Mitarbeiter der Region. Selbst unter dem Vorbehalt, dass die gewandelte Struktur der Mitgliedshäuser zu leichten Verzerrungen dieser Größen führt, ist im Vergleich zur Erststudie also ein massiver Zuwachs der Gehaltssumme, aber auch der induzierten Kaufkraft festzustellen. Besonderen Anteil an diesen Zuwächsen nehmen der ärztliche Dienst mit 187.718.797 € (Studie 2009: 126.319.690 €) und der Pflegedienst mit 236.891.549 € (Studie 2009: 202.995.383 €) nach Extrapolation auf alle Mitglieder des Zweckverbands über die Relation der vereinbarten stationären Gesamtbudgets der beteiligten Häuser zu denjenigen aller Häuser von 89,1538840 %. Diese Angaben sind als konservativ zu betrachten, weil für die Komplementärbereiche auf Grund von Erfassungsproblemen keine Personalkosten erhoben wurden und damit ein nicht unerheblicher Teilbereich nicht berücksichtigt werden konnte. Der positiven Aussage dieses bedeutenden Wertschöpfungsanteils steht jedoch gegenüber, dass sich die entsprechenden Beträge auf der Kostenseite der Krankenhäuser niederschlagen. Der gestiegene Anteil an Häusern mit negativem Beitrag zur Deckung von künftigen Investitionen gewinnt hierdurch an Erklärung. Zugleich lässt er auf die enormen Anstrengungen schließen, die Notwendig waren, um den Zuwachs der Gehaltssumme zu decken.

Schlüssel	Branchenbezeichnung	Anzahl Beschäftigter (VK) auf Umsätze über 30.000 € in Region	Anzahl Beschäftigter (VK) auf Gesamtumsatz in Region
1	Land- und Forstwirtschaft, Fischerei, Fischzucht	0	0
2	Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden	0	0
3	Verarbeitendes Gewerbe	6,1	10,6
4	Energie- und Wasserversorgung	6,8	11,9
5	Baugewerbe	90,5	156,8
6	Handel, Instandhaltung u. Reparatur	27,2	47,1
7	Gastgewerbe	0	0
8	Verkehr und Nachrichtenübermittlung	1,7	3,0
9	Kredit- und Versicherungsgewerbe	2,7	4,8
10	Grundstücks-, Wohnungswesen, Vermietung beweglicher Sachen, sonst. Dienstleistungen	164,2	284,5
11	Erziehung, Gesundheit, Veterinär-, Sozialwesen	1.609,1	2.787,6
	Summe	<b>1.908,3</b>	<b>3.306,3</b>

[Grundgesamtheit: VK-Beschäftigung in Region durch die 29 beteiligten Krankenhäuser auf Basis von Umsätzen über 30.000 € bzw. auf Basis des Gesamtumsatzes durch die 40 Mitgliedskrankenhäuser]

Tabelle 11b: Regional Beschäftigte durch Umsatz mit Lieferanten nach Branchen (Studie 2009)



[Tage]	Bezugsjahr 2012	Bezugsjahr 2011	Bezugsjahr 2007	Bezugsjahr 2006
Minimale mittlere Verweildauer	5,80	5,90	6,00	5,87
Maximale mittlere Verweildauer	32,50	33,00	32,95	30,92
Mittlere Verweildauer	8,26	8,53	9,65	9,80

[Grundgesamtheit: 26 beteiligte Krankenhäuser (2011/12) bzw. 29 beteiligte Krankenhäuser (2006/07)]

Tabelle 12: Verweildauern der Bezugsjahre 2012, 2011, 2007 und 2006 im Vergleich

Indirekte Wertschöpfung durch Kaufkraft der Mitar- beiter in der Region [€]	insgesamt	Ärztlicher Dienst	Pflegedienst	Medi.-tech. Dienst bzw. Funktionsdienst
der 26 teilnehmenden Krankenhäuser	636.070.569	167.358.598	211.198.016	113.125.146
Aller 30 Mitgliedshäuser	713.452.449	187.718.797	236.891.549	126.887.513

[Grundgesamtheit: 26 beteiligte Krankenhäuser bzw. 30 Mitgliedskrankenhäuser, Mitarbeiter der Region]

Tabelle 13a: Indirekte Wertschöpfung durch Kaufkraft der Mitarbeiter (Studie 2014)

Indirekte Wertschöpfung durch Kaufkraft der Mitar- beiter in der Region [€]	insgesamt	Ärztlicher Dienst	Pflegedienst	Medi.-tech. Dienst bzw. Funktionsdienst
der 29 teilnehmenden Krankenhäuser	412.392.476	92.287.903	148.306.397	84.957.523
Aller 40 Mitgliedshäuser	564.464.989	126.319.690	202.995.383	116.286.183

[Grundgesamtheit: 29 beteiligte Krankenhäuser bzw. 40 Mitgliedskrankenhäuser, Mitarbeiter der Region]

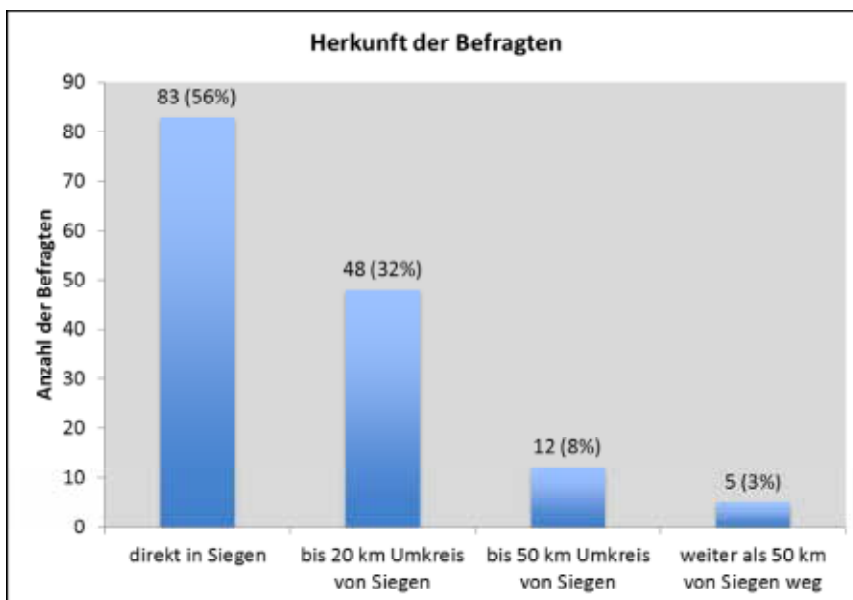
Tabelle 13b: Indirekte Wertschöpfung durch Kaufkraft der Mitarbeiter (Studie 2009)

## Ergebnisse der peripheren wirtschaftlichen Bedeutung

### Deskriptive Ergebnisse

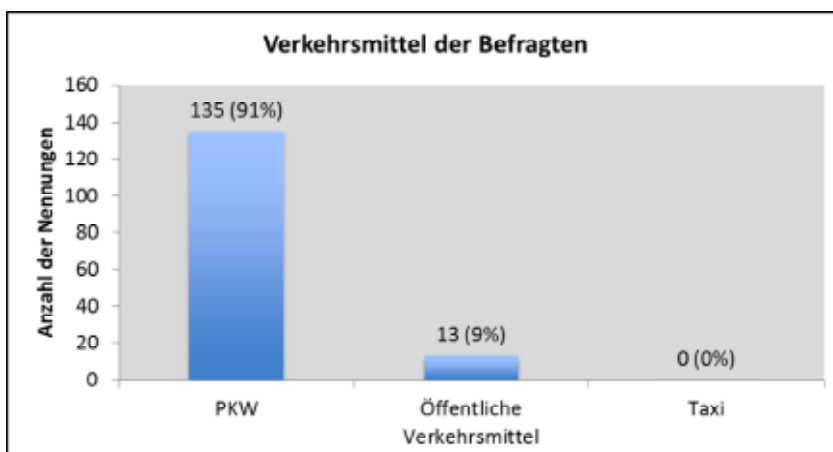
Der periphere Bereich wurde auch in der vorliegenden Studie mit Hilfe einer Besucherbefragung und der Nutzung von Experteninformationen analysiert. Der Erläuterung des wirtschaftlichen Einflusses des peripheren Bereichs soll zunächst eine Beschreibung der Grundgesamtheit der Befragungsteilnehmer vorangehen. Befragt wurden 148 Besucher in zwei als repräsentativ einzuschätzenden Zeitspannen von jeweils vier Stunden. Gegenüber der Erststudie wurde diese verkürzte und damit weniger signifikante Befragung gewählt, weil die Bedeutung des peripheren Bereichs für das einzelne Haus durchaus von Bedeutung ist, in seinem Gesamtvolumen jedoch nur eine untergeordnete Stellung gegenüber den direkten und indirekten Bereichen besitzt.

In der ersten Frage des Fragebogens wurde der Wohnort der Befragten ermittelt, um Aussagen über die Anreiseentfernung der Besucher machen zu können. 56 % der befragten Besucher gaben an, direkt aus Siegen zu stammen, 32 % aus dem Umkreis von 20 km um Siegen. Lediglich 8 % bzw. 3 % der Besucher nannten längere Anreisewege. Hinsichtlich der Hotelübernachtungen zeigte sich wie in der Erststudie nur eine geringe Nutzung von Hotels ab (0,7 %), was auf die regionale Anbindung der Besucher zurückzuführen ist. Auf alle Besucher der 30 Mitgliedshäuser extrapoliert, ergibt sich daraus eine Wertschöpfung von 1.275.123 €, was jedoch aufgrund der unterschiedlichen Lagen der Häuser als vage Aussage zu charakterisieren ist. Die Besucher reisten überwiegend mit dem eigenen PKW an (91 %). Immerhin 9 % der befragten Besucher nutzen für den Krankenhausbesuch die öffentlichen Verkehrsmittel. Die Nutzung von Taxis kann wie in der Erststudie als vernachlässigbar gering eingestuft werden.



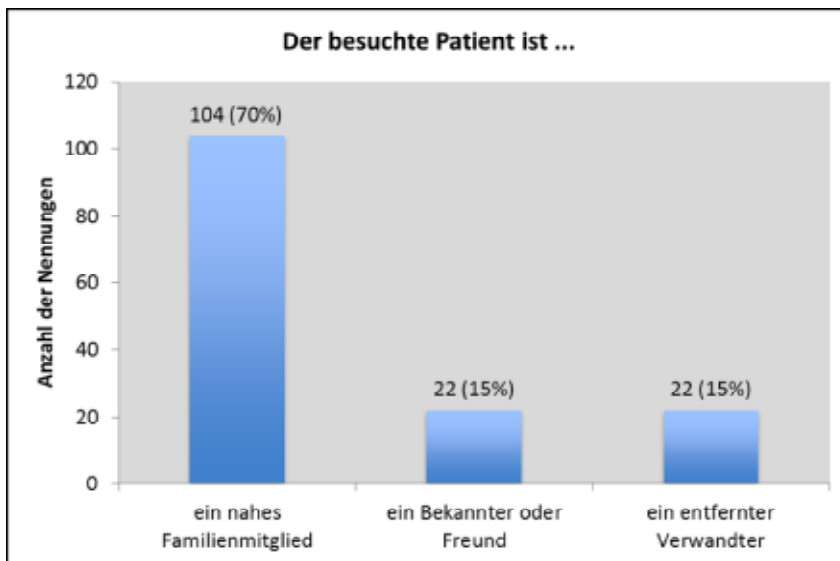
[Grundgesamtheit: 148 befragte Besucher]

Abbildung 4: Wohnort der Besucher



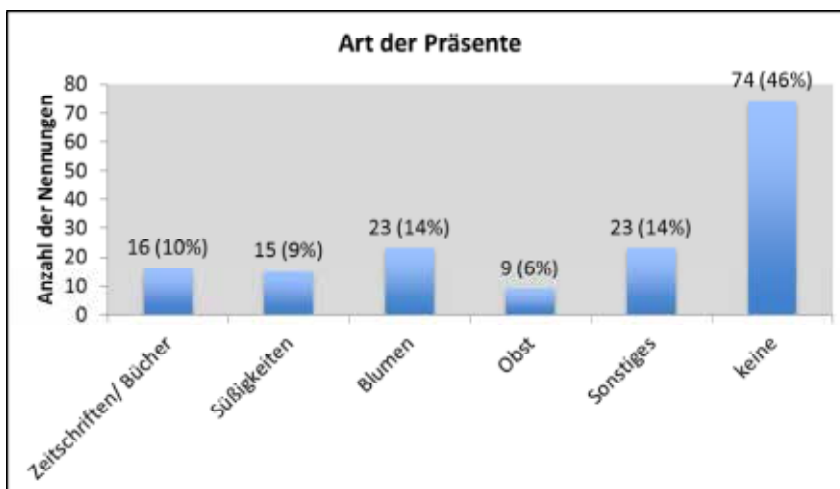
[Grundgesamtheit: 148 befragte Besucher]

Abbildung 5: Von den Besuchern genutzte Verkehrsmittel



[Grundgesamtheit: 148 befragte Besucher]

Abbildung 6: Besuchte Patienten



[Grundgesamtheit: 148 befragte Besucher; Mehrfachantworten möglich]

Abbildung 7: Art der Präsente

Aktuell 50 % aller Befragten (gegenüber 44 % in der Vorstudie) bringen dem Patienten zu ihrem Krankenhausbesuch ein Präsent mit. Dabei lösen in der aktuellen Studie die Nennungen „Blumen“ und „Sonstiges“ (jeweils 14 %) den Spitzenreiter der Erststudie „Zeitschriften oder Bücher“ mit 10 % (2009: 14 %) ab. Süßigkeiten werden aktuell mit 9 % benannt (Studie 2009: 10 %). Wie in der Erststudie werden „Gesunde Präsente“, wie z.B. Obst, in immerhin 6 % der Fälle verschenkt.

Die Erststudie ergab eine Preisverteilung der Präsente dergestalt, dass etwa 57 % aller schenkenden Besucher Präsente im preislichen Umfang von unter 5 € mitbrachten. 31 % bzw. 10 % dieser Besucher gaben zwischen 5 und 10 € bzw. 11 und 30 € für ein Präsent aus. Weniger als 2 % von ihnen gaben an, dass ihre Präsente einen Wert von über 30 € aufwiesen. Damit ergibt sich kein signifikanter Unterschied zu der aktuellen Befragung, allenfalls eine geringfügige Verschiebung zu höherwertigen Präsenten.

Geht man bei den Antwortmöglichkeiten vom Mittelwert der jeweiligen Kategorien aus, so zeigt sich im Rahmen der Befragung ein Präsent-Volumen von ca. 1.067 € bei den befragten Besuchern. Umgerechnet auf ein Jahr ergeben sich extrapoliert ca. 507.000 €.

Etwas mehr als 30 % der Befragten sucht vor dem Krankenhausbesuch noch andere Lokalitäten im Umkreis des Krankenhauses auf. Während in der Erststudie nur 12,4 % der positiv Antwortenden angaben, das Café im Haus zu besuchen, taten dies in der aktuellen Studie 40 %. Auch nahegelegene Bäckereien erzielten aktuell mit 29 % anteilig mehr Besuche als 2009 mit nur 22 %. Ebenfalls profitierten Restaurants, deren Anteil von 2,6 % der positiv Antwortenden auf aktuell 9 % anstieg. Leitragende dieser Entwicklung waren Einkaufszentren, deren Besucheranteil von 48 % auf nur 22 % zurückging.

Ferner wurden Besucher befragt, ob im Vorfeld des Krankenhausaufenthaltes noch zusätzliche Anschaffungen für den Patienten notwendig waren. 51 % der positiv Antwortenden gaben 2009 an, einen neu-

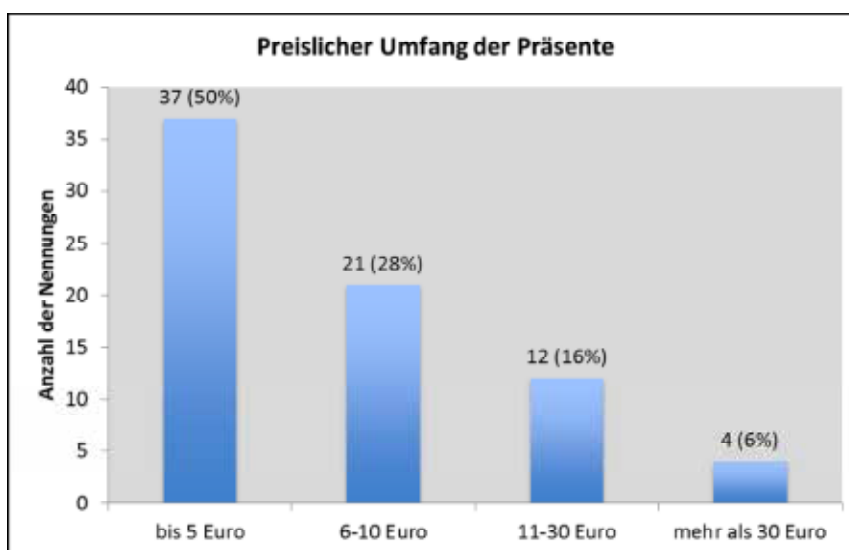
en Pyjama extra für den Krankenhausaufenthalt anzuschaffen. Dieser Anteil steigt aktuell auf 56 %. Der Anteil an Käufern von Waschzeug wächst von 27 % auf 29 % in der aktuellen Studie, der Anteil der Handtuchkäufer bleibt bei 19 %.

### Darstellung der peripheren wirtschaftlichen Auswirkungen

Die vorgestellten Ergebnisse wurden zum größten Teil auf Basis einer Besucherbefragung und -zählung des St. Marien-Krankenhauses innerhalb eines repräsentativen Zeitabschnitts erhoben. Damit nun diese Daten die peripheren wirtschaftlichen Auswirkungen der Mitgliedskrankenhäuser des Zweckverbandes der Krankenhäuser Südwestfalen e.V. widerspiegeln können, müssen sie zuerst von den befragten Besuchern auf die Gesamtanzahl der Besucher hochgerechnet und schließlich auf ein Jahr umgerechnet werden. Damit keine Verzerrung für die Wochen um Weihnachten, Ostern, Pfingsten oder anderen Ferienzeiten eintreten, wird nachfolgend von 50 „repräsentativen“ Kalenderwochen in einem Jahr ausgegangen, so dass zwei von den normalerweise 52 Kalenderwochen abgezogen wurden, um nicht repräsentative Wochen konservativ auszugleichen. Damit sind die peripheren wirtschaftlichen Auswirkungen bewusst niedrig angesetzt, und man kann davon ausgehen, dass der tatsächliche Wert eher höher als der im Rahmen dieser Studie vom SMI ermittelte Wert liegt.

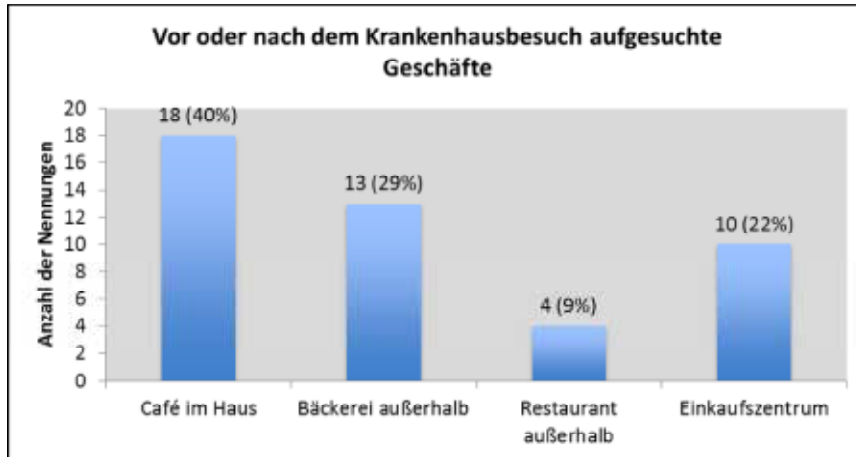
Ausgehend von den erhobenen Daten aus der Besucherbefragung lassen sich folgende peripheren wirtschaftlichen Auswirkungen für das untersuchte St. Marien-Krankenhaus schätzen:

- Die auf Basis der Befragung extrapolierte Zahl an Hotelübernachtungen führt bei geschätzten durchschnittlichen Hotelkosten pro Übernachtung von ca. 70 € zu einer Gesamtsumme von ca. 63.900 €.
- Bei der Frage nach den Präsenten wurde der Wert dieser über vier Kategorien von eins bis fünf €, von sechs bis zehn €, von elf bis 30 € sowie über 30 € eingestuft. Für die ersten drei Kategorien lassen sich jeweils



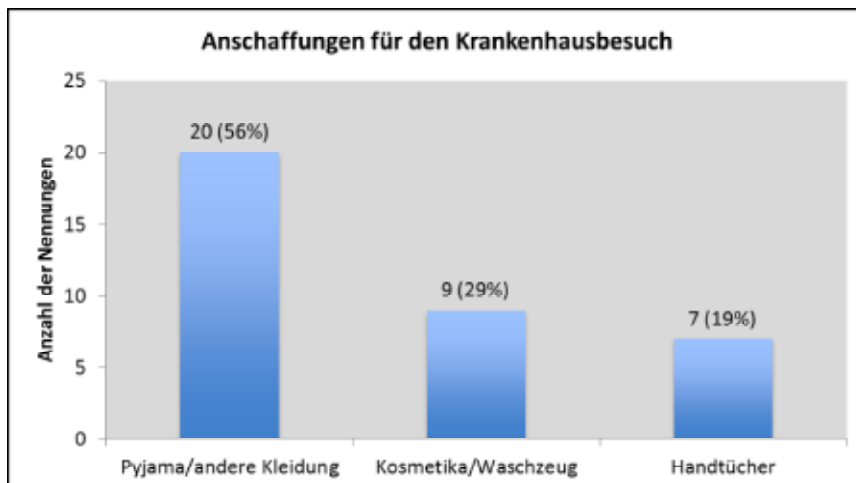
[Grundgesamtheit: 74 Präsente der 148 befragten Besucher]

Abbildung 8: Preislicher Umfang der Präsente



[Grundgesamtheit: 45 Lokalitäten durch 148 befragte Besucher]

Abbildung 9: Aufgesuchte Geschäfte und Lokalitäten



[Grundgesamtheit: 148 befragte Besucher]

Abbildung 10: Anschaffungen für den Krankenhausbesuch

die Mittelwerte dieser bilden (2,5 €; 7,5 € und 20 €). Bei der letzten Kategorie wurde von einem Durchschnittswert von 40 € ausgegangen, dabei kann dieser Wert erneut als bewusst niedrig angesetzt bezeichnet werden. Bei den zugrunde gelegten Mittelwerten ergeben sich als Gesamtausgaben für Präsente 506.851 € allein für das St. Marien-Krankenhaus.

- Für das St. Marien-Krankenhaus wurde des Weiteren der jährliche Umsatz der hausinternen Cafeteria ermittelt. Da die Cafeteria auch hausintern betrieben wird, konnte diese Kenngröße leicht erhoben werden und beträgt ca. 186.000 €.
- Anhand der Umfrageergebnisse wurde ermittelt, dass 13 der befragten Besucher eine Bäckerei außerhalb des Krankenhauses aufsuchen. Unterstellt man dabei einen durchschnittlichen Umsatz von 5 €, so liegt der jährliche Umsatz (50 Kalenderwochen) bei 59.360 €.
- Zudem ergaben die Umfrageergebnisse, dass 4 der befragten Besucher pro Woche ihren Krankenhausbesuch mit einem Restaurantbesuch verknüpfen. Unterstellt man hier wieder einen bewusst niedrig angesetzten Wert von 8 € als Durchschnittsverzehr, so erhält man auf 50 Kalenderwochen wirtschaftliche Auswirkungen von 29.224 €.
- Des Weiteren wurden in der Studie Neuanschaffungen erfasst, die extra vor dem Krankenhausbesuch getätigt werden mussten. Bei Kosten von 20 € für einen Pyjama und durchschnittlichen Kosten von 5 € für Kosmetika sowie 5 € für Handtücher führten diese Neuanschaffungen auf die 50 Kalenderwochen hochgerechnet insgesamt zu 438.357 € pro Jahr. Gestützt durch die bereits bei Abbildung 10 absehbaren Änderungen im Einkaufsverhalten ist somit von einem Zuwachs in diesem Bereich gegenüber 2009 auszugehen.
- Aufgrund der mangelnden Auskunft des Dienstleistungspartners konnten für diese Studie keine Helikoptereinsätze analysiert werden. Wie eingangs beschrieben, wurde deshalb auf die Werte der Erststudie zurückgegriffen, die bei 45 € pro Flugminute zu 379.004,54 € für das St. Marien-Krankenhaus führten.

In der Vorbesprechung zur Studie kam man überein, die aufgestellten Automaten im Krankenhaus nicht in die Betrachtung mit einfließen zu lassen, da sie für das Gesamtergebnis keine nennenswerte Änderung bedeuten würden. Die nachfolgende Tabelle 14 listet nun noch einmal zusammenfassend alle Beträge und Posten auf. Vergleichende Analysen sollten jedoch aufgrund der unterschiedlichen Befragungsformen nur nach weiteren Analysen gezogen werden.

Um diese Gesamtsumme nun auf die anderen Mitgliedskrankenhäuser übertragen zu können, wurde die Gesamtsumme auf die Zahl von 441 Betten des St. Marien-Krankenhauses umgerechnet. Somit wurde eine wirtschaftliche Auswirkung je verfügbarem Bett von 3.726,6 € (Studie 2009: 3.060,62 €) ermittelt. Über die Bettenzahl der anderen Mitgliedshäuser wurde diese Summe hochgerechnet. Dabei wurde beachtet, ob die Häuser eine oder mehrere Cafeterien betreiben. Somit ergab sich über alle 26 an der Studie beteiligten Krankenhäuser eine jährliche periphere wirtschaftliche Auswirkung von 25.851.922 €. Dieses Ergebnis muss jedoch noch anhand des bekannten Verrechnungsschlüssels von 89,1538840 % auf den gesamten Verband extrapoliert werden. Somit ergibt sich eine periphere wirtschaftliche Auswirkung für die gesamten 30 Mitgliederhäuser des Zweckverbands von geschätzt 28.996.967 €. Da aufgrund der im Vergleich zur Erststudie gewandelten Struktur der Mitglieder des Zweckverbands bietet es sich an, die prognoseanfälligen extrapolierten Werte um relative Postengrößen anzureichern. Sie geben damit die Gelegenheit, eigenständige Prognosen über Besucherzahlen abzuleiten. Die folgende Tabelle 15 gibt hierzu die Umsatzwirkung des peripheren Bereichs pro Besucher der Studie 2014 im Vergleich zur Studie 2009 an.

Zur Schätzung der Beschäftigungswirkung der Umsätze des peripheren Bereichs wurden die angeführten Kategorien den Branchen des in Kapitel 2.4 dargestellten Umsatzschlüssels zugeordnet, der die jährlichen Umsätze je Mitarbeiter einer bestimmten Branche angibt. Die Multiplikation mit diesen Schlüsseln führte zu den Ergebnissen der nachfolgenden Tabelle 16.

Posten	Wirt. Auswirkung Studie 2014	Wirt. Auswirkung p.a. Studie 2009
Hotelübernachtungen	63.927,16 €	52.500,00 €
Präsente	506.851,07 €	393.231,00 €
Umsatz Cafeteria/ Kiosk hausintern	166.696,00 €	183.000,00 €
Bäckereien (außerhalb)	59.360,94 €	37.500,00 €
Restaurants (außerhalb)	29.223,85 €	8.000,00 €
Neuanschaffungen	438.357,69 €	296.500,00 €
Helikoptertransporte	379.004,54 €	379.004,54 €
<b>Gesamtsumme:</b>	<b>1.643.421,24 €</b>	<b>1.349.735,54 €</b>

Tabelle 14: Komplette Auflistung der peripheren Auswirkungen des St. Marien-Krankenhauses pro Jahr

Posten	Umsatz pro Besucher 2014	Umsatz pro Besucher 2009
Hotelübernachtungen	0,47 €	0,35 €
Präsente	3,75 €	2,63 €
Umsatz Cafeteria/ Kiosk hausintern	1,37 €	1,22 €
Bäckereien (außerhalb)	0,44 €	0,25 €
Restaurants (außerhalb)	0,22 €	0,05 €
Neuanschaffungen	3,24 €	1,98 €
<b>Gesamtsumme:</b>	<b>9,49 €</b>	<b>6,48 €</b>

Tabelle 15: Umsatzwirkung des peripheren Bereichs pro Besucher

Branche	Wirt. Auswirkung Studie 2014	Beschäftigte Studie 2014	Wirt. Auswirkung Studie 2009	Beschäftigte Studie 2009
Gastgewerbe	4.645.392,63 €	51,0	3.389.062,16 €	38,1
Handel	16.808.714,92 €	34,0	10.630.601,04 €	21,5
Dienstleistung	4.397.814,53 €	30,3	4.326.763,32 €	25,0

[Grundgesamtheit: 26 beteiligte Krankenhäuser, Studie 2014 bzw. 29 Studie 2009]

Tabelle 16: Beschäftigungswirkung des peripheren Bereichs

	Regional [€]	Überregional [€]	Gesamt [€]
Gesamte Wertschöpfung	941.985.512	409.844.114	1.351.829.625
Davon:			
• Indirekte Wertschöpfung bei Lieferanten	191.357.127	335.095.218	526.452.345
• Indirekte Wertschöpfung durch Kaufkraft bei Mitarbeitern	713.452.449	74.748.896	788.201.345
• Deckung (künftige) Investitionen	8.178.968	0	8.178.968
• Periphere Wertschöpfung	28.996.967	0	28.996.967

[Grundgesamtheit: 30 Mitgliedshäuser]

Tabelle 17a: Übersicht Wertschöpfung nach Bereichen Studie 2014

### Zusammenfassung der wirtschaftlichen Bedeutung

Die vorangehenden Abschnitte verdeutlichen die wirtschaftliche Bedeutung, die direkt, indirekt und durch periphere Bereiche der Mitgliedshäuser des Zweckverbands der Krankenhäuser Südwestfalen e.V. auftreten. Um einen realistischen Überblick über die Wertschöpfungspotenziale und Beschäftigungswirkungen zu erhalten, werden die vorangehend aufgeführten Daten hier nochmals aufgegriffen und summiert.

Die folgenden Tabellen 18a und 18b zeigen zusammenfassend den Überblick über alle Wertschöpfungen der Studie 2014 und 2009. Betrachtet man zunächst die Wertschöpfung aller drei Bereiche, sind zunächst das Potenzial zur Eigendeckung künftiger Investitionen der Krankenhäuser, die induzierte indirekte Wertschöpfung der Lieferanten sowie die indirekte Wertschöpfung durch Kaufkraft und die periphere Wertschöpfung summarisch zu erfassen. Nach Aufsummierung ergibt sich in der Studie 2014 eine Gesamtwertschöpfung der Mitgliedshäuser in der Region von 941.985.512 € gegenüber 788.128.285 € der Erststudie. Ergänzt um außerhalb der Region generierte Wertschöpfung

kann davon ausgegangen werden, dass 2014 eine Gesamtwertschöpfung von 1.351.829.625 € generiert wurde. Diese übersteigt deutlich den Wert der Erststudie von 1.124.486.738 €.

Bezüglich der Beschäftigungswirkung der Mitgliedskrankenhäuser wurde ermittelt, dass alle 30 Mitgliedshäuser insgesamt über 23.000 Mitarbeiter beschäftigen. In der Region Südwestfalen führt dies zu einer Beschäftigung von mehr als 17.000 Mitarbeitern durch den gesamten Zweckverband. Ein Vergleich von Beschäftigungswirkungen kann aufgrund der unterschiedlichen Grundgesamtheiten der Befragungen 2014 und 2009 nur für den i. W. gleichen Gesamtverband aller Mitgliedshäuser gezogen werden. Einer seit der Erststudie um  $(17.197/14.056) - 1 = 22,3\%$  angestiegenen Beschäftigungswirkung in der Region steht ein Anstieg der Beschäftigungswirkung insgesamt von nur  $(23.518/21.367) - 1 = 10,1\%$  gegenüber. Erhebliche Teile der vermehrten Beschäftigungswirkung sind damit in der Region verblieben. Dies ist insbesondere auf den Anstieg der indirekten, bei Lieferanten in der Region induzierten Beschäftigungswirkung um  $(5.534/3.306) - 1 = 67,4\%$  zurückzuführen.

	Regional [€]	Überregional [€]	Gesamt [€]
<b>Gesamte Wertschöpfung</b>	<b>788.128.285</b>	<b>336.358.453</b>	<b>1.124.486.738</b>
Davon:			
• Indirekte Wertschöpfung bei Lieferanten	147.339.593	280.010.729	427.350.322
• Indirekte Wertschöpfung durch Kaufkraft bei Mitarbeitern	564.464.989	56.347.724	620.812.713
• Deckung (künftige) Investitionen	51.211.908	0	51.211.908
• Periphere Wertschöpfung	25.111.795	0	25.111.795

[Grundgesamtheit: 40 Mitgliedshäuser]

Tabelle 17b: Übersicht Wertschöpfung nach Bereichen Studie 2009



Beschäftigung VK	Teilnehmende Häuser (Beschäftigte der Region)	Mitgliedshäuser (Beschäftigte der Region)	Teilnehmende Häuser (Beschäftigte gesamt)	Mitgliedshäuser (Beschäftigte gesamt)
in Krankenhäusern, direkt	10.283	11.534	11.360	12.742
bei Lieferanten, indirekt	4.933	5.534	9.492	10.647
peripher	115	129	115	129
<b>Summe</b>	<b>15.331</b>	<b>17.197</b>	<b>20.967</b>	<b>23.518</b>

[Grundgesamtheit: 26 teilnehmende Krankenhäuser bzw. 30 Mitgliedshäuser]

Tabelle 18a: Übersicht Beschäftigungswirkung nach Bereichen Studie 2014

Beschäftigung VK	Teilnehmende Häuser (Beschäftigte der Region)	Mitgliedshäuser (Beschäftigte der Region)	Teilnehmende Häuser (Beschäftigte gesamt)	Mitgliedshäuser (Beschäftigte gesamt)
in Krankenhäusern, direkt	7.769	10.634	8.520	11.661
bei Lieferanten, indirekt	2.416	3.306	7.006	9.590
peripher	85	116	85	116
<b>Summe</b>	<b>10.270</b>	<b>14.056</b>	<b>15.611</b>	<b>21.367</b>

[Grundgesamtheit: 29 beteiligte Krankenhäuser bzw. 40 Mitgliedshäuser]

Tabelle 18b: Übersicht Beschäftigungswirkung nach Bereichen Studie 2009

# Die Studie – Hinweise zu den Quellen

## Literaturverzeichnis und weiterführende Literatur

Backhaus, K.; Erichson, B.; Plinke, W.; u.a.: Multivariate Analysemethoden – Eine anwendungsorientierte Einführung, 9. überarbeitete und erw. Auflage, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York 2000.

BDO: BDO-Krankenhausstudie 2013: Neue Wege der Partnersuche, BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft (Hrsg.), Köln 2013.

Berekhoven, L.; Eckert, W.; Ellenrieder, P.: Marktforschung – Methodische Grundlagen und praktische Anwendung, 9. Auflage, Gabler Verlag, Wiesbaden 2001.

Blum, K.; Offermanns, M.; Perner, P.: Krankenhaus Barometer, Umfrage 2008, Veröffentlichung des Deutschen Krankenhausinstituts, Düsseldorf 2008.

Blum, K.; Löffert, S.; Offermanns, M.; Steffen, P.: Krankenhaus Barometer, Umfrage 2013, Veröffentlichung des Deutschen Krankenhaus Instituts, Düsseldorf 2013.

Bühl, A.; Zöfel, P.: SPSS für Windows, Version 6.1 – Praxisorientierte Einführung in die moderne Datenanalyse, 2. überarbeitete Auflage, Addison-Wesley Verlag, Bonn, Paris u.a. 1995.

Bühner, M.: Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion, Pearson Studium, München 2004.

Buscher, F.: Ergebnis der Länder- und Krankenhausumfrage, Sitzung der AOLG am 15./16. November 2007, Arbeitsgemeinschaft Krankenhauswesen der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden, Bremen 2007.

Buscher, F.: 4. Bericht zur Lage der Krankenhäuser in Deutschland bei Einführung der Fallpauschalen, in: das Krankenhaus, o. Jg., 1, 2008.

Dillman, D. A.: Mail and Internet Surveys – The Tailored Design Method, 2nd edition, John Wiley & Sons, New York, Chichester, Weinheim u.a. 2000.

RWI (Hrsg.): Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser 2008 und 2009, Gutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V., Essen 2008.

Schwarze, J.: Grundlagen der Statistik II – Wahrscheinlichkeitsrechnung und induktive Statistik, 6. Auflage, Herne-Verlag, Berlin 1997.

Statistisches Bundesamt: Pretest und Weiterentwicklung von Fragebogen, Band 9 der Schriftenreihe Spektrum Bundesstatistik, Metzler Poeschel Verlag, Wiesbaden 1996.

Thiesen, C.; Söhnle, N.: Schwerpunktthema Krankenhauskooperationen: Ein einleitender Überblick, in: Ernst & Young Healthcare News 2, 2012, S. 5-7.

## Internetquellen

Branchenstudie Automotive SWF 2015, Zukunftsstudie zur Wettbewerbsfähigkeit der Automobilzulieferindustrie in Südwestfalen 2015, unter: [http://www.uni-siegen.de/fts/pm\\_lang\\_swf\\_automotivestudie\\_2009\\_04\\_08.pdf](http://www.uni-siegen.de/fts/pm_lang_swf_automotivestudie_2009_04_08.pdf)

Daten der Landesdatenbank NRW 13111-48ir unter: <https://www.landesdatenbank.nrw.de> vom 12.1.2014

Daten der Landesdatenbank NRW 73311-804i unter: <https://www.landesdatenbank.nrw.de> vom 12.1.2014

Pressemitteilung 26.06.2014 – Krankenhaus Rating Report 2014, Rheinisch-westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI; Hrsg.), <http://www.rwi-essen.de/presse/mitteilung/160/> vom 23.08.2014.

**Hinweis: Bitte beachten Sie, dass die Studie nur auszugsweise hier veröffentlicht wurde.  
Die vollständige Studie mit Querverweisen und Anhang finden Sie unter [zvsw.de](http://zvsw.de).**

## Profil

Der Zweckverband der Krankenhäuser Südwestfalen e.V. vertritt die Interessen von derzeit 34 Mitgliedskrankenhäusern aus der Region Südwestfalen, die mit ca. 14.000 Beschäftigten und einer Kapazität von rund 10.000 stationären Betten über 340.000 Patienten jährlich behandeln und einen stationären Umsatz von ca. 1,2 Mrd. Euro bewegen.

Mit seinem Dienstleistungsangebot unterstützt der Zweckverband seine Mitgliedshäuser, aber auch überregional Anbieter von Gesundheitsleistungen, in Fragen des strategischen Managements und Krankenhausfinanzierungsrechts. Im Vordergrund steht die Verhandlungsmoderation bei den Entgeltverhandlungen mit den Vertragspartnern der Krankenhäuser und alle in diesem Zusammenhang stehenden Unterstützungsmaßnahmen, wie Balanced Scorecard-Auswertungen oder das Leistungsmonitoring.

Diese traditionelle Aufgabe wird zunehmend ergänzt durch Dienstleistungsangebote, die seine Mitglieder bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben unterstützen. Im Vordergrund steht hierbei die pragmatische Hilfestellung bei Aufgaben, die der Verband mit hohem Synergiegrad für eine Vielzahl seiner Mitglieder erfüllen kann. So initiiert und unterstützt der Verband z.B. Forschungsprojekte, die die Gestaltung und Bedeutung der Gesundheitswirtschaft in Südwestfalen zum Inhalt haben. Der Zweckverband ist Mitinitiator der Gesundheitsregion Südwestfalen und engagiert sich im Marketing der Region.

Der Qualitätsbegriff gewinnt als planerisches und fiskalisches Steuerungsinstrument immer mehr an Bedeutung. Die Mitglieder des Zweckverbandes werden unter anderem durch die Unternehmensbeteiligung am Qualitätsportal „4QD-Qualitätskliniken.de“ auf die kommende Herausforderung vorbereitet. Diesem Themenfeld widmen der Zweckverband auch weiterhin erhebliche Aufmerksamkeit durch die aktive Mitarbeit als Gesellschaftervertreter in der Stiftung Initiative Qualitätskliniken (SIQ!). Der Wissens- und Informationstransfer, eine der Hauptsäulen der Zweckverbandsarbeit, erfolgt vorwiegend über Seminarveranstaltungen und kleinere Workshops bis hin zu online-gestützten Hilfsinstrumenten.

Im Sinne unserer Mitglieder arbeiten wir eng mit unseren Partnerverbänden in Nordrhein-Westfalen zusammen.

Unser Krankenhaus ist einer der größten Arbeitgeber und Wirtschaftsfaktoren in unserer Region:

**„Wir arbeiten ALLE für das Krankenhaus, obwohl wir nicht ALLE dort beschäftigt sind!“**



Kampagnen-Motiv 2015

**Zweckverband der Krankenhäuser  
Südwestfalen e.V.**

Dördelweg 10  
58638 Iserlohn

Telefon: (0 23 71) 7 72 68-0

Fax: (0 23 71) 7 72 68-24

E-Mail: [info@zvsw.de](mailto:info@zvsw.de)

Homepage: [www.zvsw.de](http://www.zvsw.de)



zweckverband der krankenhäuser südwestfalen e.v.