

# Krankenhaus-Report 2010

## „Krankenhausversorgung in der Krise?“

Jürgen Klauber / Max Geraedts /  
Jörg Friedrich (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2010

Auszug Seite 13-24



<b>2</b>	<b>Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser .....</b>	<b>13</b>
	<i>Boris Augurzky, Sebastian Krolop und Christoph M. Schmidt</i>	
2.1	Einleitung .....	13
2.2	Erlöse und Kosten .....	14
2.2.1	Status quo .....	14
2.2.2	Projektionen.....	15
2.3	Datengrundlage und Methodik .....	17
2.4	Die wirtschaftliche Lage .....	18
2.4.1	Status quo .....	18
2.4.2	Projektionen.....	20
2.5	Fazit .....	22
2.6	Literatur.....	23

# 2 Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser

Boris Augurzky, Sebastian Krolop und Christoph M. Schmidt

## Abstract

Auf Basis einer Stichprobe von 546 Jahresabschlüssen aus den Jahren 2002 bis 2007 untersuchen wir die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser. Der Anteil der Häuser mit einer erhöhten Insolvenzgefahr lag 2006/2007 bei 16 %, 2008 dürfte er aufgrund stark gestiegener Kosten und einem nur geringen Budgetwachstum auf 27 % gestiegen sein und 2009 wegen zusätzlicher Mittel über das KHRG und das Konjunkturpaket II wieder auf 15 % sinken. Bis 2020 könnte er ohne Produktivitätsfortschritt oder Marktberreinigung sogar auf 29 % steigen.

Based on a sample of 546 annual reports, we analyze the economic situation of German hospitals. In 2006/2007 some 16 % of the hospitals displayed a serious probability of experiencing insolvency. While this share substantially increased in 2008, we expect it to decline to some 15 % in 2009, partly due to the fiscal stimulus package. In the long run, however, we expect the probability of insolvencies to rise significantly if the situation is not rescued by a sizeable productivity growth or by market consolidation.

## 2.1 Einleitung

Langfristige Tendenzen und konjunkturelle Schwankungen prägen gemeinsam die wirtschaftliche Lage der deutschen Krankenhäuser. Seit Jahren zeichnet sich immer deutlicher ab, dass der demografische Wandel, der medizinisch-technische Fortschritt und die nachlassende Investitionsintensität der öffentlichen Hand einen starken Anpassungsdruck auf ihre Aufbau- und Ablauforganisation ausüben. Und in der Tat zeichnete sich bis zum Jahr 2006 eine wirtschaftliche Erholung der Krankenhäuser ab, weil sich viele unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten zunehmend auf eine wettbewerbsintensivere Zukunft vorbereitet hatten. Vielen gelang es sogar, Gewinne zu erwirtschaften, zum Teil aus eigener Kraft Investitionen zu tätigen und somit dem medizinisch-technischen Fortschritt zu folgen.

Diesen Bemühungen der Krankenhäuser, ihren Ressourceneinsatz zu optimieren und sich für die Zukunft zu rüsten, standen in den Jahren 2007 und 2008 allerdings wachsende Belastungen gegenüber. Insbesondere das Jahr 2008 dürfte für Krankenhäuser in wirtschaftlicher Hinsicht ein schwieriges gewesen sein, auch wenn exakte Zahlen noch nicht vorliegen. Wir gehen jedenfalls davon aus, dass die Finanzierungslücke 2008 erheblich war (RWI 2008), die Kosten also stärker wuchsen als die (gedeckelten) Budgets. Dazu entscheidend beigetragen haben Tariflohn-

erhöhungen, steigende Sachkosten sowie wegen einer steigenden Patientenzahl ein höherer Personal- und Sachmittelbedarf.

Dagegen sollten das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) und das Konjunkturpaket II zu unerwarteten Einnahmen der Krankenhäuser im Jahr 2009 führen und damit die Finanzierungslücke mehr als schließen. Dabei dürfte es sich um die Ruhe vor einem bevorstehenden Sturm handeln: Die Folgen der Finanzkrise werden 2010 wohl auch die Gesundheitswirtschaft erreichen. Nicht nur die Einnahmen der Krankenkassen werden voraussichtlich aufgrund einer zu erwartenden höheren Arbeitslosigkeit einbrechen, auch öffentliche Mittel werden dann in Konjunkturpaketen verbraucht und Schulden zurückzuzahlen sein, was die Privatisierung öffentlich-rechtlicher Krankenhäuser weiter beschleunigen dürfte. Schließlich kündigt sich die nächste Gesundheitsreform nach der Bundestagswahl 2009 an, bei der es wohl vor allem um Kosteneinsparungen gehen wird. Nicht zuletzt erwarten wir auch für freigemeinnützige Einrichtungen ein gesteigertes Tempo der Konsolidierung in Form von Kettenbildungen.

Bei diesem Beitrag handelt es sich um einen Auszug aus dem Krankenhaus Rating Report 2009 (Augurzky et al. 2009). In Abschnitt 2.2 stellen wir die Kosten- und Erlössituation inklusive Hochrechnungen auf 2020 dar, die in die Szenarien zur Fortschreibung der wirtschaftlichen Lage eingehen. Abschnitt 2.3 führt unseren methodischen Ansatz ein, während Abschnitt 2.4 dann auf Basis von Jahresabschlussdaten die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser mit Ausblick bis 2020 analysiert. Abschnitt 2.5 zieht ein kurzes Fazit.

## 2.2 Erlöse und Kosten

### 2.2.1 Status quo

Die Leistungsmenge von Krankenhäusern, gemessen an der Zahl stationärer Fälle, wuchs von 1997 bis 2007 von 16,4 auf 17,2 Mill. (+4,6%). Die Vergütung pro Fall entwickelte sich in Anlehnung an die Grundlohnrate im Vergleich zum Preisniveau unterdurchschnittlich. In der Summe stiegen die Ausgaben für Krankenhäuser in dem Zeitraum jedoch um 21% und damit stärker als das Preisniveau (+16%), allerdings geringer als das nominale BIP (+26%) (Statistisches Bundesamt 2009). Für das einzelne Krankenhaus änderte sich die Vergütung im Zuge der DRG-Konvergenz indessen teilweise beträchtlich.

Die Investitionsfördermittel der Länder nach KHG sanken 2007 um 2,2% und erreichen mit insgesamt 2,66 Mrd. € einen neuen Tiefstand (DKG 2008), 2008 konnten sie sich indessen auf dem Vorjahresniveau halten. Nimmt man an, dass 10% der Erlöse<sup>1</sup> eines Krankenhauses für Investitionszwecke zur Verfügung stehen sollten, beträgt die nicht geförderte Investitionslücke Ende 2007 16,2 Mrd. € (Augurzky et al. 2009a). Die Lücke wurde in der Vergangenheit allerdings durch eigen-

<sup>1</sup> Unter den Erlösen verstehen wir in diesem Fall (wie bei einer monistischen Finanzierung) die Summe aus den bereinigten Kosten und den notwendigen Investitionsmitteln.

finanzierte Investitionen der Krankenhäuser teilweise geschlossen. Im Jahr 2007 haben die Krankenhäuser etwa 7,3 % ihrer – um Investitionsmittel erweiterten – Erlöse (inkl. KHG-Fördermittel) investiert. Die KHG-Mittel machten dabei etwa 4,5 % aus, sodass die Krankenhäuser offenbar Investitionen in Höhe von 2,8 % ihres Umsatzes ohne eine öffentliche Förderung getätigt haben müssen. Nimmt man an, dass dies bis zu einem gewissen Grad auch in der Vergangenheit der Fall war, so beliefe sich der geschätzte Investitionsstau 2007 auf lediglich 8,9 Mrd. €.

Die Personalkosten je Vollkraft stiegen im ärztlichen Dienst zwischen 2002 und 2007 um 11,5 %, dabei besonders stark im Jahr 2007. Im Pflegedienst belief sich der Anstieg auf 6,7 %, im medizinisch-technischen Dienst auf 8,5 %, im Funktionsdienst auf 5,6 %. Der Anteil der Personalkosten an den Gesamtkosten ist jedoch seit einigen Jahren rückläufig, nicht zuletzt aufgrund von Personalabbau beim Outsourcing von Dienstleistungen: 2002 betrug er noch 65,2 %, 2007 61,2 %. Im Gegenzug nahm der Anteil der Sachkosten von 33,7 % auf 37,5 % zu. Je stationären Fall stiegen die Sachkosten in diesem Zeitraum um 27,8 %, die Personalkosten nur um 7,6 %. Bei steigenden Tariflöhnen dürfte dieser Prozess anhalten.

### 2.2.2 Projektionen

Zur Hochrechnung der Kosten und Erlöse bis 2020 orientieren wir uns am Modell aus RWI (2008) und treffen Annahmen über die Entwicklung jeweils der Mengen und Preise (Augurzky et al. 2009a). Betriebliche Optimierungsmaßnahmen von Krankenhäusern zur Erhöhung der Produktivität werden jedoch nicht berücksichtigt, sodass es sich ganz bewusst nicht um eine Prognose der zu erwartenden, sondern eine Projektion bei unverändertem Verhalten handelt. Somit sind wir in der Lage, den anstehenden Handlungsbedarf zu charakterisieren.

Auf Basis der demografischen Entwicklung auf Kreisebene, mit Annahmen über das ambulante Potenzial<sup>2</sup> sowie über die Verweildauer und Bettenauslastung schreiben wir zunächst die Zahl der Fälle und den Bettenbedarf bis 2020 fort. Hierzu bestimmen wir ausgehend von der regionalen Nachfrage nach Krankenhausfällen im Jahr 2006 (FDZ 2009) die regionalen Prävalenzraten je ICD, Alter und Geschlecht. Um den medizinisch-technischen Fortschritt abzubilden, lassen wir Trends in den Prävalenzraten zu. Unter diesen Annahmen („Basisszenario“) rechnen wir bundesweit bis 2020 mit etwa 13,7 % mehr Fällen als 2007.<sup>3</sup> Wir berücksichtigen dieses Mengenwachstum sowohl auf der Erlös- als auch Kostenseite.

Auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses wird sich im Rahmen des ersten Schritts der DRG-Konvergenz auf Bundesebene die Vergütung abermals ändern. Mit dem KHRG wurde der erste Schritt zur Bundeskonvergenz eingeleitet. Bis 2014 konvergieren alle Landesbasisfallwerte (LBFW), die das Preisniveau eines Bundeslandes darstellen, außerhalb eines Korridors um einen noch zu bestimmenden Bun-

2 Das ambulante Potenzial definiert sich als der Anteil der traditionell stationär durchgeführten Fälle, die prinzipiell auch ambulant durchführbar wären.

3 Bei konstanten Prävalenzraten läge der Anstieg bis 2020 nur 6,7 %. Unter Berücksichtigung des ambulanten Potenzials dürfte die Zunahme schließlich nur 5,8 % betragen.

desbasisfallwert (BBFW) schrittweise auf die Korridor Grenzen.<sup>4</sup> Die obere Korridor Grenze liegt 2,5 % über dem BBFW, die untere 1,5 % darunter. Bei dieser Konstellation werden Krankenhäuser aus Rheinland-Pfalz, Saarland, Berlin und Bremen bis 2014 mit Erlöseinbußen zu rechnen haben. Häuser aus Thüringen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Mecklenburg-Vorpommern und besonders Schleswig-Holstein können eine Zunahme der Erlöse erwarten.

Die Erlöse insgesamt hängen von der Vergütung pro Fall und der Zahl der Fälle ab. Die Änderung der Vergütung für Krankenhausleistungen richtet sich bis 2009 nach der Veränderung der Grundlohnrate. Ab 2010 gilt hingegen der vom Statistischen Bundesamt zu errechnende Orientierungswert als Grundlage zur Festlegung der Budgetanpassung (KHRG). Die Vergütungsanpassung gilt für Fälle der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung, die zusammen rund 80 % der Krankenhauserlöse ausmachen (RWI 2008). 2008 lag die Vergütungsanpassung bundesweit bei 0,64 %, 2009 bei 1,41 %. Ab 2010 dürften die Folgen der Finanzkrise dazu führen, dass die Vergütungsanpassung – trotz Einführung des neuen Orientierungswerts – sehr gering ausfällt. Wir rechnen mit einer Steigerung von nur 0,8 % für 2010 und 0,5 % für 2011. Ab 2012 gehen wir von einer jährlichen Steigerung in Höhe von 1,5 % aus.

Des Weiteren berücksichtigen wir 2009 und 2010 Einmaleffekte auf die Erlöse. Aufgrund des KHRG können Krankenhäuser 2009 mit rund 1,67 Mrd. € Mehreinnahmen rechnen. Durch den letzten Schritt der DRG-Konvergenz steigen die Erlöse 2010 um weitere 400 Mill. €. Das Konjunkturpaket II stellt Investitionsmittel zur Verfügung: bundesweit insgesamt rund 1 Mrd. € (kma 2009) für Krankenhäuser und weitere 270 Mill. € für Universitätskliniken<sup>5</sup>. Auch wenn es sich dabei um Investitionsmittel handelt, verbessert sich die Betriebskostenseite, weil die Investitionsfinanzierung aus Eigenmitteln reduziert werden kann. Insgesamt dürften 2020 die Erlöse nominal um 38,7 % höher liegen als 2007.

Der Bedarf an Personal- und Sachmitteln hängt weitgehend von der Zahl der Fälle und Belegungstage ab. Ein Teil dürfte unabhängig von der Leistungsmenge sein. Aufgrund der wachsenden Nachfrage nach Krankenhausleistungen rechnen wir mit einer Zunahme des Personalbedarfs um 5,3 % von derzeit 792 000 Vollkräfte auf 834 000 bis 2020. Wir gehen ferner von Lohnsteigerungen aus, die wegen des sich abzeichnenden Ärztemangels für den ärztlichen Dienst höher als für den nicht-ärztlichen ausfallen dürften. Kombiniert man die Mengen- und Preiseffekte, steigen die gesamten Personalkosten zwischen 2007 und 2020 nominal um 47 % bzw. 2,80 % p. a.

Die Preise für Sachmittel schreiben wir auf Basis ausgewählter Preisindizes, darunter für Lebensmittel und Energie fort (siehe auch RWI 2009). Das Statistische Bundesamt stellt außerdem einen eigenen Preisindex für den Krankenhausbedarf zur Verfügung. Seit 2002 sinkt dieser Index tendenziell. Auch der Erzeugerpreisindex für Arzneimittel blieb in den vergangenen Jahren weitgehend konstant. Lang-

4 Durch eine zusätzliche Kappingsregelung wird dieser Prozess allerdings etwas verlängert: Landesbasisfallwerte über der oberen Korridor Grenze dürfen jährlich nur um 0,3 % nach unten angepasst werden. Damit kann sich die Anpassung auf den oberen Korridorwert des BBFW verzögern und länger als bis 2014 dauern (§ 10 Abs. 8 Satz 5 KHEntgG).

5 Werden nur zum Teil berücksichtigt, weil auch Forschung und Lehre finanziert wird.

fristig erwarten wir für beide nur eine geringe Zunahme. Kombiniert man die Mengen- und Preiseffekte, nehmen die gesamten Sachkosten bis 2020 nominal um 23,5% bzw. 1,5% p. a. zu. Tatsächlich dürften sie stärker steigen, weil durch Outsourcing Personalkosten in Sachkosten umgeschichtet werden dürften. Personal- und Sachkosten dürften zusammen bis 2020 um 37,9% steigen.

## 2.3 Datengrundlage und Methodik

Um die aktuelle wirtschaftliche Lage der deutschen Krankenhäuser zu analysieren und mögliche Zukunftsszenarien auszuloten, greifen wir auf eine Stichprobe von 546 Jahresabschlüssen aus dem Zeitraum 2002 bis 2007 zurück. Da Jahresabschlüsse für Klinikketten mehrere einzelne Krankenhäuser umfassen, beinhaltet diese Stichprobe insgesamt 832 Krankenhäuser. Wir verwenden stets die Konzernbilanzen, nicht die Bilanzen einzelner Mitglieder einer Klinikette. Krankenhäuser aus allen Bundesländern sind in der Stichprobe vertreten. Bayern, Rheinland-Pfalz und Hamburg sind leicht unter-, ostdeutsche Länder und Nordrhein-Westfalen leicht überrepräsentiert. Bezogen auf die einzelnen Krankenhäuser wird die Verteilung der Trägerschaften in der Grundgesamtheit gut abgebildet.

Zentraler Indikator zur Beurteilung der wirtschaftlichen Lage eines Krankenhauses ist die Ausfallwahrscheinlichkeit (Probability of default, PD). Mit Hilfe eines Bilanzratings berechnen wir die PD für jedes Krankenhaus anhand der vorliegenden Jahresabschlüsse. Das Rating enthält insgesamt elf Kennziffern (Engelmann et al. 2003) und wurde auf Bundesbankdaten getestet und kalibriert. Die PD liegt theoretisch zwischen 0% und 100% und gibt an, mit welcher Wahrscheinlichkeit das Krankenhaus innerhalb eines Zeitraums von einem Jahr seinen Zahlungsverpflichtungen nicht mehr aus eigener Kraft nachkommen kann und damit ggf. Insolvenz anmelden muss. Für die weit überwiegende Zahl der Unternehmen bewegt sich die PD zwischen 0% und etwa 5%.

Die errechneten PDs werden zur Veranschaulichung einem groben Ampelsystem zugeordnet. PDs zwischen 0,0% und 1,0% stellen ein geringes bis moderates Ausfallrisiko dar („grün“). Eine Kreditaufnahme in diesem sollte einfach bzw. zu geringen Kosten möglich sein. Werte zwischen 1,0% und 2,6% sind gelb hinterlegt. Die Kreditaufnahme ist erschwert und Kredite werden teurer. Bei allen Werten darüber („rot“) ist mit erheblichen Problemen bei der Kreditaufnahme zu rechnen bzw. sie ist sogar unmöglich.

Unsere Analysen gehen allerdings weit über den aktuellen Stand hinaus. Um in die Zukunft zu blicken, bilden wir in einem Basisszenario die Projektionen zu den Kosten und Erlösen aus Abschnitt 2.2 in Planbilanzen und Plan-Gewinn- und Verlustrechnungen (Plan-GuV) bis 2020 ab. Diese Planzahlen werden dann ebenfalls dem Rating unterzogen. Zusätzlich dazu berücksichtigen wir den Einfluss des Ratings auf die Finanzierungskosten. Wir halten in diesen Berechnungen die Unterstellung aufrecht, dass Krankenhäuser keine betrieblichen Gegenmaßnahmen zur Verbesserung ihrer wirtschaftlichen Situation einleiten. In einem weiteren Szenario untersuchen wir jedoch den Effekt des Ausscheidens von Krankenhäusern aus wirtschaftlichen Gründen (Szenario „Marktberreinigung“).

## 2.4 Die wirtschaftliche Lage

### 2.4.1 Status quo

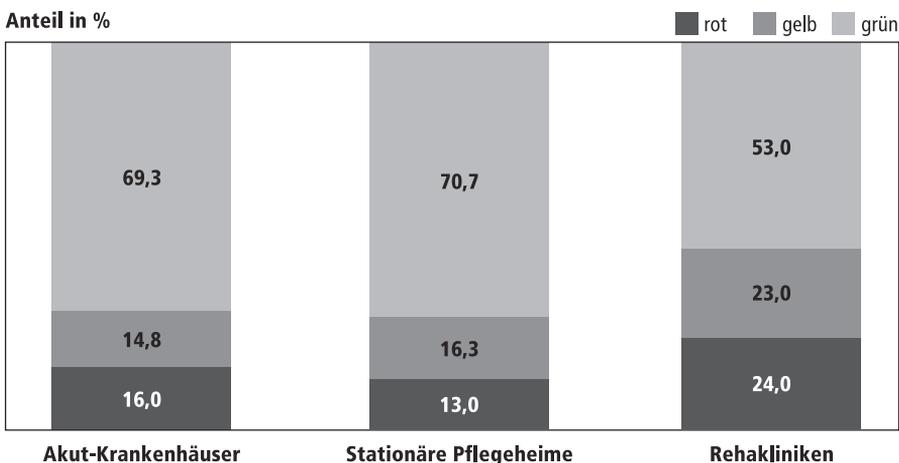
Die durchschnittliche PD beträgt in der Stichprobe 2006/2007 1,3 %. Sie liegt damit nur leicht über der von Pflegeheimen (Augurzky et al. 2009b) und anderen Branchen Westdeutschlands, aber besser als bei Reha-Kliniken (Augurzky et al. 2009c). 16 % der Krankenhäuser waren im roten, 15 % im gelben, immerhin 69 % im grünen Bereich angesiedelt (Abbildung 2–1). Im Vergleich zu vergangenen Jahren hat sich die finanzielle Situation der Krankenhäuser leicht verbessert.

Dennoch ist die Ertragslage der Krankenhäuser vergleichsweise schlecht. Das Betriebsergebnis vor Zinsen, Steuern, Abschreibungen (auf geförderte und nicht-geförderte Anlagen) und Amortisation (EBITDA) im Verhältnis zum Umsatz liegt ohne Berücksichtigung von KHG-Mitteln durchschnittlich bei nur 3,4 %, mit KHG-Mitteln bei 7,7 %. 20 % aller Krankenhäuser wiesen sogar eine EBITDA-Marge (mit KHG-Mitteln) unter 3,5 % auf. Dagegen erzielten immerhin 20 % einen Wert über 11,7 %. Um in ausreichendem Maße Investitionen finanzieren zu können, sollte ein Wert von mindestens 10 % erreicht werden, was nur einer Minderheit aller Häuser gelingt. Sollten die öffentlichen Fördermittel weiter sinken, bedeutet dies, dass die EBITDA-Marge ohne KHG-Mittel steigen muss, d. h. die Profitabilität des operativen Geschäfts. Ein derzeitiges EBITDA inkl. KHG-Mittel von 10 % wäre damit langfristig nicht ausreichend.

Hochgerechnet auf 2008 würde der Anteil der Krankenhäuser im roten Bereich von 16 % auf 27 % steigen. Ebenso würde der Anteil der Häuser, die einen Verlust zu verzeichnen haben, von 19 % auf 50 % zunehmen (Abbildung 2–2). Diese Pro-

Abbildung 2–1

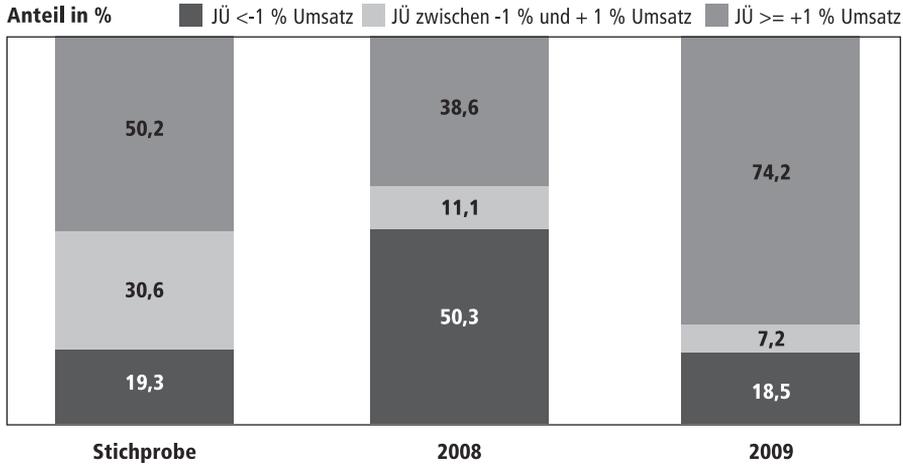
#### Verteilung von Einrichtungen nach der Ampelklassifikation 2006/2007



Quelle: ADMED/HCB/RWI-Analyse; Augurzky et al. 2009b und 2009c

Abbildung 2-2

## Verteilung der Krankenhäuser nach dem Jahresüberschuss 2008 und 2009



Quelle: ADMED/HCB/RWI-Analyse

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

jektion fällt damit schlechter aus als von den Krankenhäusern laut DKI-Krankenhausbarometer (2008) erwartet. Durch den starken Zuwachs der Erlöse 2009 in Folge des KHRG und des Konjunkturpakets sollte der Anteil der Krankenhäuser im roten Bereich jedoch wieder auf 15% sinken und die Jahresüberschüsse beträchtlich steigen, sodass 2009 drei Viertel aller Krankenhäuser schwarze Zahlen schreiben dürften.

Für einzelne Untergruppen fallen die Ergebnisse 2006/2007 unterschiedlich aus. Kleine Krankenhäuser schneiden signifikant schlechter ab als große oder mittelgroße, westdeutsche Krankenhäuser schlechter als ostdeutsche. Bei öffentlich-rechtlichen Häusern liegen 23,9% im roten Bereich, bei freigemeinnützigen 9,5% und bei privaten 13,9%. In Ostdeutschland und in Nordrhein-Westfalen liegen besonders viele Krankenhäuser im grünen und nur wenige im roten Bereich. In Baden-Württemberg, Schleswig-Holstein und Hamburg ist der Anteil im roten Bereich vergleichsweise niedrig, jedoch der Anteil im gelben Bereich sehr hoch.

Hält man die Ausprägung aller anderen Eigenschaften in einer multivariaten Analyse konstant, so zeigt sich, dass ein hoher Basisfallwert (BFW; Preisniveau eines Krankenhauses<sup>6</sup>) eine hohe Leistungskonzentration und ein großer Anteil pauschaler Fördermittel im Bundesland (als Anteil an allen KHG-Mitteln) typischerweise wirtschaftlich erfolgreiche Krankenhäuser kennzeichnen. Auch junge und ländliche Krankenhäuser zeigen bei ansonsten gleicher Struktur ein besseres Rating. Allerdings sammeln sich bei ländlichen Krankenhäusern Faktoren mit nega-

6 Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass es sich dabei um den krankenhausesindividuellen Basisfallwert zum Zeitpunkt des vorliegenden Jahresanschlusses handelt, also meist aus 2006 oder 2007.

tivem Einfluss auf das Rating. Keinen statistisch signifikanten Einfluss haben insbesondere die Zugehörigkeit zu einer Klinikette, die Eigentümerstruktur und die Höhe der KHG-Mittel eines Krankenhauses.

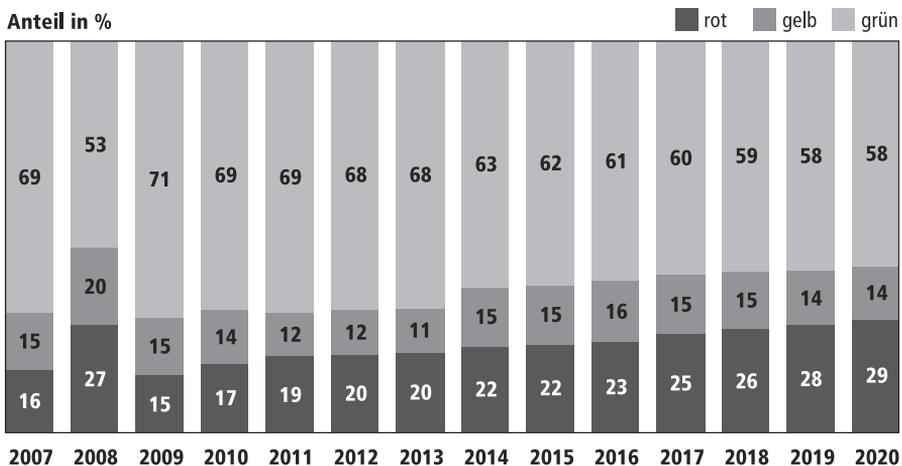
Zur Analyse des Zusammenhangs zwischen Qualität und Wirtschaftlichkeit griffen wir auf Qualitätsdaten der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (BQS) aus dem Jahr 2006 zurück, die auch im Rahmen der Krankenhaus-Qualitätsberichte 2006 veröffentlicht wurden. Details zu den Daten finden sich in Augurzky et al. (2008). Es lässt sich tendenziell erkennen, dass qualitativ negativ auffällige Krankenhäuser eine leicht höhere PD aufweisen. Ähnliches gilt nach dem Ampelsystem: Krankenhäuser im grünen Bereich zeigen geringere qualitative Auffälligkeiten als solche im gelben oder roten Bereich. Für alle Analysen gilt allerdings, dass die beobachteten Unterschiede statistisch nicht signifikant sind. Dennoch lässt sich folgende wichtige Aussage ableiten: Krankenhäuser mit einer besseren Wirtschaftlichkeit weisen keine schlechtere Qualität auf.

## 2.4.2 Projektionen

Abbildung 2–3 stellt die erwartete Situation bis 2020 unter den in Abschnitt 2.2 getroffenen Annahmen zum Basisszenario dar. Ab 2010 dürfte sich der negative Einfluss der Finanzkrise in Form eines geringeren Erlöswachstums bemerkbar machen. Das Konjunkturpaket II wirkt 2010 noch leicht positiv. Wir erwarten, dass sich der rote Bereich in den darauf folgenden Jahren wieder langsam erhöht, sodass sich die Situation – ohne Produktivitätsfortschritt der Krankenhäuser – bis zum Ende des Projektionszeitraums bedrohlich darstellt. Wichtigster Grund hierfür sind

Abbildung 2–3

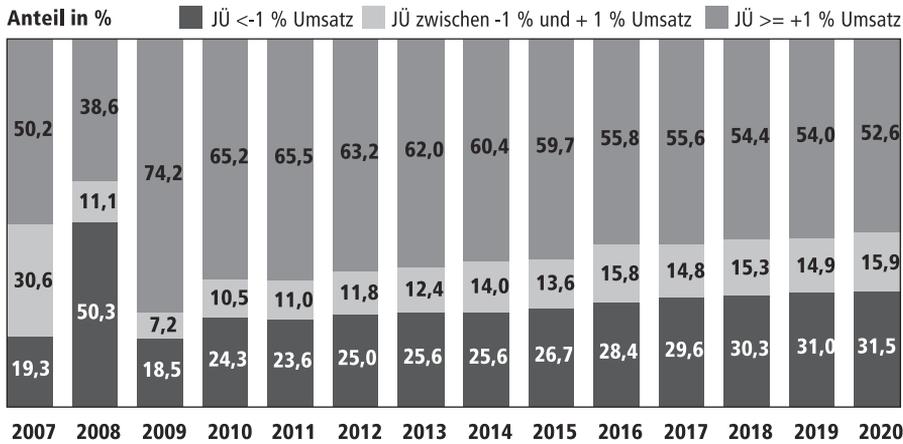
### Projektion der Verteilung der Krankenhäuser in der Ampelklassifikation im Basisszenario 2007 bis 2020



Quelle: ADMED/HCB/RWI-Analyse

Abbildung 2–4

### Projektion der Verteilung der Höhe der Jahresüberschüsse im Basisszenario 2007 bis 2020



Quelle: ADMED/HCB/RWI-Analyse

Krankenhaus-Report 2010

WlDÖ

wachsende Löhne und Gehälter, besonders im ärztlichen Dienst. Die Ertragslage zeigt in der Projektion einen ähnlichen Verlauf, zeigt aber größere Ausschläge als das Rating (Abbildung 2–4). 2010 dürften ohne Strukturanpassungen nur noch zwei Drittel der Krankenhäuser schwarze Zahlen schreiben. Aufgrund der schnelleren Zunahme der Kosten im Vergleich zu den Erlösen verschlechtert sich die Ertragslage sukzessive bis 2020.

Besonders auffällig ist der Unterschied in der Entwicklung der Gewinner und Verlierer der DRG-Konvergenz auf Bundeslandebene. DRG-Gewinner erfahren im Zuge der DRG-Konvergenz bis 2010 eine Erhöhung ihres krankenspezifischen Basisfallwerts, Verlierer hingegen eine Senkung. Daher können sich DRG-Gewinner trotz der zum Teil widrigen Einflüsse bis 2020 voraussichtlich sehr gut halten, während DRG-Verlierer jedoch bereits relativ früh tief in den roten Bereich fallen dürften. Wiederum werden dabei mögliche betriebliche Gegenmaßnahmen nicht berücksichtigt. Viele Betroffene dürften allerdings bereits Maßnahmen zur Betriebsoptimierung eingeleitet haben.

Es ist grundsätzlich nicht davon auszugehen, dass sich die Krankenhäuser demgegenüber völlig passiv verhalten. In der Vergangenheit bemühten sich zahlreiche Krankenhäuser kontinuierlich um Verbesserung ihrer wirtschaftlichen Lage durch die Erhöhung ihrer Produktivität. Wir gehen davon aus, dass dies auch weiterhin passieren wird. Vermutlich dürften zukünftige Finanzierungslücken daher zumindest teilweise geschlossen werden. Insofern ist das hier vorgestellte Basisszenario bis 2020 keine Prognose der zu erwartenden Entwicklung, sondern soll vielmehr den Handlungsbedarf aufzeigen. Alternativ diskutieren wir, wie eine Marktberaumung nach rein wirtschaftlichen Kriterien die Situation wohl langfristig beeinflussen würde.

Auf freien Wettbewerbsmärkten müssten ineffiziente Anbieter im Vergleich zu ihren Wettbewerbern höhere Preise für die gleiche Qualität verlangen und würden daher relativ schnell ihre Kunden verlieren. Auch eine Marktberreinigung im Krankenhaussektor könnte die wirtschaftliche Lage insgesamt verbessern. Beispielsweise verzeichnen die wirtschaftlich schlechtesten 10% der Krankenhäuser, hochgerechnet auf die Grundgesamtheit, einen Jahresverlust in Höhe von 314 Mill. €. Aufgrund der zu erwartenden Ratings im Basisszenario gehen wir davon aus, dass bis 2020 rund 15% der wirtschaftlich schwachen Krankenhäuser vom Markt verschwinden könnten und die verbleibenden Häuser deren Patienten übernehmen. Die Marktberreinigung stabilisiert langfristig die Ertragslage der verbliebenen Krankenhäuser.

Da die Landes- oder Kommunalpolitik allerdings bei manchen gefährdeten Kliniken unterstützend eingreifen dürfte oder den Verkauf unter der Bedingung anstreben könnte, dass die Klinik erhalten bleibt, wird sich das Szenario Marktberreinigung in der vorgestellten Schärfe wohl nicht in der Gänze realisieren. In diesem Szenario dürften kleine Krankenhäuser deutlich häufiger von einer Schließung betroffen sein als große, öffentlich-rechtliche stärker als private oder freigemeinnützige. Krankenhäuser im Westen wären stärker betroffen. Schließlich dürften nicht mehr ländliche als städtische Krankenhäuser ausfallen. Besonders auffallend ist der Unterschied nach der Höhe des BFW. Krankenhäuser mit einem BFW unterhalb des LBFW dürften fast gar nicht betroffen sein.

## 2.5 Fazit

Krankenhäuser befinden sich wie Betriebe anderer Branchen in einem fortlaufenden Prozess zur Verbesserung der betrieblichen Abläufe. Sie schließen sich außerdem zu Verbänden zusammen, um Synergien zu heben. Bis 2006 verbesserte sich die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser, 2008 dürfte sich allerdings eine spürbare Verschlechterung eingestellt haben. Der Anteil der Krankenhäuser mit erhöhter Insolvenzgefahr könnte auf 27% gegenüber 16% im Vorjahr gestiegen sein. Etwa die Hälfte aller Krankenhäuser dürfte 2008 einen Jahresverlust ausweisen. Völlig anders sollte die Lage hingegen aufgrund des KHRG und des Konjunkturpakets II im Jahre 2009 sein. So dürften sich der Anteil der Krankenhäuser im roten Bereich 2009 wieder auf 15% reduzieren und der Anteil der Häuser mit Jahresverlust auf nur noch 19%.

Es ist zu empfehlen, mit diesen kurzzeitig verbesserten Einnahmen einen Puffer für 2010 und 2011 aufzubauen, denn die Finanzkrise wird nicht spurlos an den Krankenhäusern vorüberziehen. Spätestens wenn die Krankenkassen mit einem geringeren Beitragsaufkommen infolge steigender Arbeitslosigkeit auskommen und die öffentlichen Haushalte ihre Schulden abbauen müssen, wird auch das Gesundheitswesen den finanziellen Engpass spüren. Vor diesem Hintergrund dürfte die nach der Bundestagswahl anstehende Gesundheitsreform eher unter dem Zeichen der Kostendämpfung statt der Leistungsausweitung stehen. Ab 2010 erwarten wir daher wieder eine Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage. Durch weiter überproportional steigende Personalkosten dürften sich die Probleme ohne Produktivitätsfortschritte im nächsten Jahrzehnt stetig weiter verschärfen.

Zur Steigerung der Produktivität können neben der internen Optimierung aber auch verbesserte politische Rahmenbedingungen einen Beitrag leisten. Die Umstellung der dualistischen Krankenhausfinanzierung auf die Monistik würde die Effizienz des Systems erhöhen (BDPK und RWI 2007, SVR 2008). Dabei kommt es nicht so sehr darauf an, dass die gesamte Krankenhausfinanzierung aus einer Hand erfolgt, sondern vielmehr darauf, dass Krankenhäuser eigenständig über die Verwendung der Mittel entscheiden können und keine aufwändigen Anträge auf Mittel stellen müssen. Im Rahmen des KHRG sollen bis 2010 vom InEK DRG-Investitionspauschalen erarbeitet werden – in Analogie zum DRG-System, mit eigenen Relativgewichten und landesspezifischen Investitions-LBFW. Die Bundesländer können dann wählen, ob sie auf die Investitionspauschalen umsteigen. Dabei muss es insbesondere zu keiner Umverteilung der KHG-Fördermittel zwischen Bundesländern kommen.

Eine in ihrer Steuerungswirkung vergleichbare Investitionsfinanzierung wurde bereits in Nordrhein-Westfalen eingeführt (Winterer 2009) und befindet sich im Saarland in der Umsetzung. Empirisch zeigt sich (Augurzyk et al. 2009a), dass sich bei wachsendem Anteil pauschaler Fördermittel das Rating der Krankenhäuser signifikant verbessert. Zwar sind die bisherigen pauschalen KHG-Fördermittel nicht identisch mit den geplanten Investitionspauschalen. Aber der aufgezeigte Zusammenhang legt nahe, dass es für die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser vorteilhaft ist, wenn die Verantwortung über die Investitionstätigkeit nicht bei der Politik, sondern beim Unternehmen selbst liegt. Es ist daher – auch im Sinne eines Bürokratieabbaus – zu empfehlen, dass die Bundesländer ihre Investitionsfinanzierung entsprechend umstellen.

Bei den Betriebskosten ließe sich schließlich ein Wettbewerb um Preise und Leistungen implementieren („Pay-for-Performance-Modelle“, Leber et al. 2008, Hücke et al. 2008, Lungen et al. 2008), indem manche Leistungspakete selektiv mit Kostenträgern kontrahiert werden. Damit dürfte der Strukturwandel im Krankenhaussektor beschleunigt, die Bildung von Verbänden weiter vorangetrieben und die Schwerpunktbildung forciert werden. Dies würde natürlich zu Gewinnern und Verlierern führen, weshalb große Widerstände gegen solche Modelle zu erwarten sind. Die Effizienz des Systems dürfte aber zweifellos zunehmen.

## 2.6 Literatur

- Augurzyk B, Krolop S, Gülker R, Schmidt CM, Schmidt H, Schmitz H, Schwierz C und Terkatz S. Krankenhaus Rating Report 2009: Im Auge des Orkans. RWI: Materialien 53. Essen: RWI 2009a.
- Augurzyk B, Krolop S, Menniken R, Reichert A, Schmidt A, Schmitz H und S. Terkatz S. Pflegeheim Rating Report 2009: Konsolidierung voraus! RWI: Materialien 54. Essen: RWI 2009b.
- Augurzyk B, Krolop S, Lemm M, Schmidt H, Schmitz H und Ch. Schwierz C. Reha Rating Report 2009: Trügerische Erholung? RWI: Materialien 50. Essen: RWI 2009c.
- Augurzyk B, Budde R, Krolop S, Schmidt CM, Schmidt H, Schmitz H, Schwierz C und Terkatz S. Krankenhaus Rating Report 2008: Qualität und Wirtschaftlichkeit. RWI: Materialien 41. Essen: RWI 2008.
- BDPK – Bundesverband Deutscher Privatkliniken und RWI – Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung. Modell 21 – regionale monistische Finanzierung. BDPK-Konzept zur Gestaltung der Krankenhausfinanzierung. Berlin 2007.

- DKG – Deutsche Krankenhausgesellschaft. Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern. Berlin, Juni 2008.
- DKI – Deutsches Krankenhausinstitut (Hrsg). Krankenhaus Barometer. Düsseldorf, Umfrage 2008.
- Engelmann B, Hayden D und E. Tasche E. Testing rating accuracy. In: Shimko D (ed) Credit Risk – Models and Management. Second Edition, RISK books Januar 2003. Internet: www.risk.net (Zugriff: 13. August 2009).
- FDZ – Forschungsdatenzentrum der Statistischen Landesämter. Nutzung von Mikrodaten der Krankenhausstatistik im Rahmen der kontrollierten Datenfernverarbeitung, Projektnummer 911-2008. Wiesbaden 2009.
- Hucke D, Kuntz L und Wuttke R. Selektive flexible Budgets für den Übergang vom Kollektiv- zum Selektivvertrag. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg) Krankenhaus-Report 2007. Stuttgart: Schattauer 2008; 107–19.
- kma. Was bringt das Konjunkturpaket? Ausgabe März 2009, Stand 6.3.2009.
- Leber WD, Malzahn J und Wolff J. Elektiv wird selektiv, Grundzüge eines wettbewerbsorientierten, nach Leistungen differenzierenden Ordnungsrahmen für Krankenhäuser ab dem Jahr 2009. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). Krankenhaus-Report 2007. Stuttgart: Schattauer 2008; 81–106.
- Lüngen M, Gerber A und Lauterbach KW Pay-for-Performance: Neue Impulse für den Wettbewerb zwischen Krankenhäusern? In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). Krankenhaus-Report 2007. Stuttgart: Schattauer; 157–69.
- RWI – Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung. Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser 2008 und 2009, RWI-Projektbericht. Essen 2008.
- RWI – Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung. Die wirtschaftliche Entwicklung im Inland. RWI-Konjunkturberichte 60 (1). Essen 2009 .
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung. Die Finanzkrise meistern – Wachstumskräfte stärken. Jahresgutachten 2008/2009. Wiesbaden 2008.
- Statistisches Bundesamt (2009), Gesundheit: Ausgaben 1995 bis 2007. Wiesbaden.
- Winterer A. Neue Wege der Krankenhausfinanzierung – leistungsbezogene Investitionsförderung in NRW. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). Krankenhaus-Report 2008/2009. Stuttgart: Schattauer; 143–54.