

Beck, Andreas

**Working Paper**

## Die sozialwirtschaftliche Branche als qualitatives Ratingkriterium - unter besonderer Berücksichtigung von NPO-Krankenhäusern

Wismarer Diskussionspapiere, No. 11/2006

**Provided in Cooperation with:**

Hochschule Wismar, Wismar Business School

Suggested Citation: Beck, Andreas (2006) : Die sozialwirtschaftliche Branche als qualitatives Ratingkriterium - unter besonderer Berücksichtigung von NPO-Krankenhäusern, Wismarer Diskussionspapiere, No. 11/2006, Hochschule Wismar, Fachbereich Wirtschaft, Wismar

This Version is available at:

<http://hdl.handle.net/10419/23343>

**Standard-Nutzungsbedingungen:**

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

**Terms of use:**

*Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.*

*You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.*

*If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.*



**Hochschule Wismar**

University of Technology, Business and Design

**Fachbereich Wirtschaft**



**Hochschule Wismar**

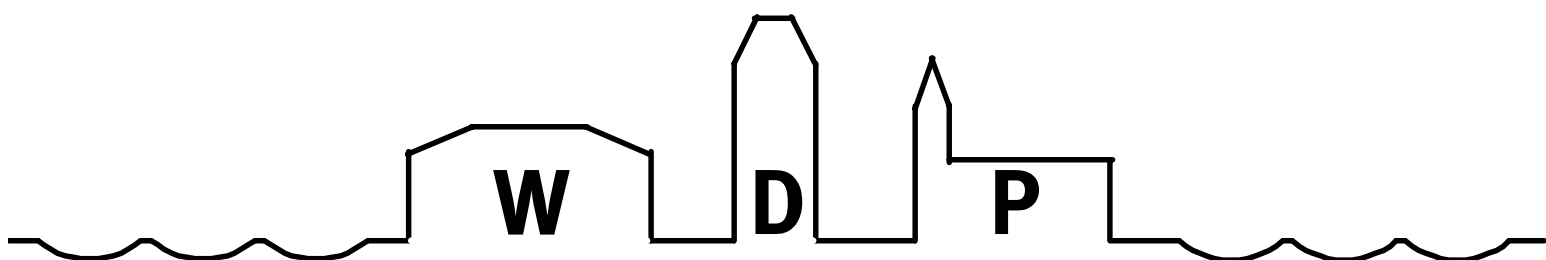
University of Technology, Business and Design

**Faculty of Business**

Andreas Beck

Die sozialwirtschaftliche Branche als qualitatives Ra-  
tingkriterium – unter besonderer Berücksichtigung von  
NPO-Krankenhäusern

Heft 11 / 2006



**Wismarer Diskussionspapiere / Wismar Discussion Papers**

Der Fachbereich Wirtschaft der Hochschule Wismar, University of Technology, Business and Design bietet die Präsenzstudiengänge Betriebswirtschaft, Management sozialer Dienstleistungen, Wirtschaftsinformatik und Wirtschaftsrecht sowie die Fernstudiengänge Betriebswirtschaft, International Management, Krankenhaus-Management und Wirtschaftsinformatik an. Gegenstand der Ausbildung sind die verschiedenen Aspekte des Wirtschaftens in der Unternehmung, der modernen Verwaltungstätigkeit im sozialen Bereich, der Verbindung von angewandter Informatik und Wirtschaftswissenschaften sowie des Rechts im Bereich der Wirtschaft.

Nähere Informationen zu Studienangebot, Forschung und Ansprechpartnern finden Sie auf unserer Homepage im World Wide Web (WWW): <http://www.wi.hs-wismar.de/>.

Die Wismarer Diskussionspapiere/Wismar Discussion Papers sind urheberrechtlich geschützt. Eine Vervielfältigung ganz oder in Teilen, ihre Speicherung sowie jede Form der Weiterverbreitung bedürfen der vorherigen Genehmigung durch den Herausgeber.

Herausgeber: Prof. Dr. Jost W. Kramer  
Fachbereich Wirtschaft  
Hochschule Wismar  
University of Technology, Business and Design  
Phillipp-Müller-Straße  
Postfach 12 10  
D – 23966 Wismar  
Telefon: ++49/(0)3841/753 441  
Fax: ++49/(0)3841/753 131  
e-mail: [j.kramer@wi.hs-wismar.de](mailto:j.kramer@wi.hs-wismar.de)

Vertrieb: HWS-Hochschule Wismar Service GmbH  
Phillipp-Müller-Straße  
Postfach 12 10  
23952 Wismar  
Telefon: ++49/(0)3841/753-574  
Fax: ++49/(0) 3841/753-575  
e-mail: [info@hws-startupfuture.de](mailto:info@hws-startupfuture.de)  
Homepage: <http://www.hws-startupfuture.de>

ISSN 1612-0884  
ISBN 3-910102-98-0

JEL-Klassifikation G32, G21, L30, L89

Alle Rechte vorbehalten.

© Hochschule Wismar, Fachbereich Wirtschaft, 2006.  
Printed in Germany

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>1. Einleitung</b>	<b>4</b>
<b>2. Rating allgemein</b>	<b>4</b>
<b>3. Ratingverfahren</b>	<b>5</b>
3.1. Externes Rating oder Standardansatz	5
3.2. Internes Rating	6
3.3. Methodik	7
<b>4. Rating im sozialwirtschaftlichen Bereich</b>	<b>9</b>
4.1. Vorbemerkungen	9
4.2. Schwierigkeiten im Ratingverfahren	10
<b>5. Die sozialwirtschaftliche Branche unter Ratingaspekten</b>	<b>11</b>
5.1. Branche und Marktsituation aus verschiedenen Perspektiven	11
5.2. Branchenwachstum	14
5.3. Wettbewerbsintensität	15
5.4. Risiken durch Kalkulationsfehler und niedrige Arbeitsproduktivität	16
5.5. Auswirkung von Regulierung und staatlichem Einfluss	16
5.6. Preiselastizität der Nachfrage	17
5.7. Möglichkeit der Produkt- und Leistungsdifferenzierung	18
5.8. Konjunktorempfindlichkeit	18
5.9. Notwendige Kapitalbindung, Fixkosten, versunkene Kosten	19
5.10. Möglichkeiten der Kundenbindung	19
5.11. Verhandlungsmacht der anderen Marktteilnehmer	20
5.12. Gefahr durch Substitutionsprodukte	21
5.13. Markteintrittshemmnisse für neue Wettbewerber	22
5.14. Geschwindigkeit technologischer Veränderungen / Produktzyklen	22
5.15. Attraktivität der Branche für das Personal	23
5.16. Zielkonflikte als Branchenspezifika	24
<b>6. Zusammenfassung oder das „gefesselte Management“</b>	<b>25</b>
<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>27</b>
<b>Autorenangaben</b>	<b>28</b>

## 1. Einleitung

Die gründliche Überprüfung der Kreditwürdigkeit eines Vertragspartners ist keineswegs ein Novum auf den Finanzmärkten, sondern wird in ihren Grundzügen schon seit Jahrhunderten unter Kaufleuten vor Eingehung von Geschäftsbeziehungen praktiziert. Dies zeigt sich z. B. in zeitgenössischer Literatur: So erwähnt Th. Mann (1997: 111) in seinem wohl bekanntesten Werk, den „Buddenbrooks“, beiläufig, wie ein gewissenhafter Lübecker Kaufmann um 1845 sich umfassende Informationen über einen jungen Hamburger Kollegen einholt, der die Tochter des Hauses heiraten möchte (die Verbindung zwischen geschäftlichen und familiären Beziehungen war damals unter Kaufmannsfamilien keine Ausnahme). Konsul Buddenbrook lässt sich die Bücher des Kandidaten vorlegen und ermittelt daraus Stand und Entwicklung des Geschäftes. Zusätzlich holt er mittels seiner weitläufigen Geschäftskontakte in Hamburg zusätzliche Hintergrundinformationen über das Unternehmen und die Person des Schwiegersohns in spe ein.

Dennoch haben die Stichworte „Rating“ und „Basel II“ in der Unternehmenswelt, vor allem bei KMU für Informationsbedarf, Verunsicherung und Diskussionsstoff gesorgt. Von der im internationalen Vergleich geringen Eigenkapitalquote deutscher Unternehmen ist die Rede und von steigenden Kosten der Fremdfinanzierung.

Diese Arbeit widmet sich der Frage ob und wie Non-Profit-Organisationen von den mit Basel II verbundenen Änderungen betroffen sind. Der Schwerpunkt liegt dabei auf einer Einschätzung ratingrelevanter Vor- und Nachteile der NPO-Branche. Dazu werden in Kapitel 2 und 3 zunächst Grundzüge des Ratings dargestellt, ehe in Kapitel 4 erste Unterschiede der Sozialwirtschaft im Vergleich zu anderen Wirtschaftszweigen diskutiert werden.

Kapitel 5 beschäftigt sich dann an Hand von fünfzehn ausgewählten Kriterien mit den Besonderheiten der NPO-Branche, wobei als Bezugspunkte die Gegebenheiten in NP-Krankenhäusern dienen und unterstellt wird, dass vergleichbare Umstände branchenweit analog gelten.

Die Arbeit wird mit einer Zusammenfassung und Einschätzung der Branchenaspekte in Kapitel 6 und einer Diskussion über die Frage abgeschlossen, ob es gesellschaftlichen und politischen Handlungsbedarf gibt, um die Sozialwirtschaft hinsichtlich veränderter Rahmenbedingungen der Finanzierung zukunftsfähig zu machen.

## 2. Rating allgemein

In vielen Bereichen des täglichen Lebens sind ratingähnliche Verfahren üblich und erregen keine besondere Aufmerksamkeit: Die SCHUFA-Abfrage<sup>1</sup> bei

---

<sup>1</sup> SCHUFA = Schutzgemeinschaft für allgemeine Kreditsicherung.

Ratenkäufen oder Mobilfunkverträgen sowie die Vorlage von Einkommensnachweisen vor Abschluss eines Wohnungsmietvertrages.

Vor diesem Hintergrund mag es überraschen, dass die Begriffe „Rating“ oder „Basel II“ für Unruhe und Diskussionen in Wirtschaftskreisen sorgen. Denn im Kern enthalten diese Begriffe wenig Neues: Es geht darum, die Bonität eines potentiellen Geschäftspartners möglichst exakt zu ermitteln und auf dieser Grundlage faire d. h. risikoadäquate Vertragskonditionen zu vereinbaren. Durch das Einhalten international vereinbarter Standards zur Kreditvergabe durch Banken, die unter den Schlagworten „Basel I“ und „Basel II“ bekannt wurden, werden nachstehende Ziele verfolgt<sup>2</sup>:

- Stabilität des Finanzsektors durch Risikobewertung und -kategorisierung der Aktivposten (insb. Kredite) internationaler Großbanken und regelmäßige Unterlegung der Kreditsumme mit mindestens 8% Eigenkapital. Dadurch soll ein Mindestsockel an Eigenmitteln vorgehalten werden, der bei Ausfall eines oder mehrerer Kredite den entstehenden Verlust ausgleichen kann. (Basel I)
- Differenzierte Risikobemessung und daraus resultierend die Beseitigung der Quersubventionierung zwischen Kreditnehmern, die, gemessen an ihrem persönlichen Ausfallrisiko, inadäquate Zinssätze zahlten. Kreditnehmer mit geringem Ausfallrisiko finanzierten häufig über Durchschnittszinssätze das höhere Ausfallrisiko anderer Kreditnehmer mit, die entsprechend zu günstig davonkamen. (Basel II)

Dies geschieht durch eine fundierte Ermittlung des wahren Risikogehalts, der sich nach der Ausfallwahrscheinlichkeit des Kreditnehmers, den bereitgestellten Sicherheiten (und deren Verwertbarkeit) sowie der Kreditlaufzeit bemisst.

Bei diesen Prozessen zwischen Banken und Kreditkunden wird außerdem die Überprüfbarkeit durch Organe der Bankenaufsicht angestrebt, die das Risikomanagement der Banken sichern, unterstützen und weiterentwickeln soll. Und schließlich soll durch standardisierte Verfahren ein hohes Maß an Transparenz über die Systeme und Prozesse der Kapitalallokation seitens der Banken erreicht werden. Die Stabilität des Finanzsektors ist das dahinterstehende Ziel.

### **3. Ratingverfahren**

#### *3.1. Externes Rating oder Standardansatz*

Seit knapp 100 Jahren, nämlich seit 1909 (Bäcker/Hochkirchen-Baten 2003: 7), ist die professionelle und unabhängige Bonitätsermittlung ein etablierter und wachsender Zweig der Finanzbranche. In diesem Jahr unternahm J. Moo-

---

<sup>2</sup> Eine kompakte Darstellung der Thematik findet sich in: Bank für Sozialwirtschaft (2002: 4-9).

dy erste Schritte in diesem Bereich. Die nach ihm benannte Ratingagentur „Moody`s“ sowie „Standard & Poors“ und „Fitch“ sind heute international tätige Unternehmen, die unter sich nahezu 95% (vgl. Wiegand 2004) des Ratingmarktes beherrschen und Staatsanleihen, verschiedene Kapitalmarktfonds und Unternehmensemissionen Risikoklassen zuordnen. Daneben bestehen zahlreiche kleinere Ratingagenturen und Auskunfteien. Ihre Tätigkeit ist „extern“, da sie ihr Urteil im Idealfall unbeeinflusst von den (gegenläufigen) Interessen der Kreditgeber und Kreditnehmer fällen.

Um großvolumige Kapitalmarktanleihen überhaupt platzieren zu können, ist die unabhängige Beurteilung durch anerkannte Ratingagenturen längst unverzichtbar geworden. Diese werden in der Regel im Auftrag des Emittärs tätig und erstellen detaillierte Gutachten, deren Gesamtbeurteilung in Form von „Klassen“ wie „AAA“ bis „C“ (so bei Standard & Poor´s) Auskunft über den Grad an Ausfallwahrscheinlichkeit der Anleihe geben. Je schlechter dabei die erreichte Klasse, um so größer ist der spekulative Charakter des Papiers und entsprechend hoch fallen die zu leistenden Zinsen aus.

### 3.2. Internes Rating

Mit der durch Basel II geschaffenen Notwendigkeit, auch die Vergabe mittlerer und kleiner Kreditvolumina an die Bedingung eines Ratings zu knüpfen, entstand ein Missverhältnis zwischen den Kosten eines externen Ratings und der eigentlichen Höhe des gewünschten Kredites. Kosten ab 35.000,- € aufwärts (Bäcker/Hochkirchen-Baten 2003: 7) für ein externes Erstrating würden Kredite für KMU und nicht gewinn-maximierende Unternehmen der Sozialwirtschaft unerschwinglich machen.

Diesem Problem wurde seitens des Basler Bankenausschusses durch die Zulassung sog. interner Ratingverfahren, bei denen eine Bank ihren potentiellen Kreditkunden nach einem standardisierten und genehmigungspflichtigen Verfahren selbst ratet, begegnet. Dies gilt nicht nur wegen der absoluten Kosten als sinnvolle Alternative zu externen Ratings, sondern auch weil Banken und Kunden ja schon z. T. seit Jahrzehnten vertrauensvolle Geschäftsbeziehungen pflegen und die Banken daher relativ zuverlässig maßgebliche Faktoren einschätzen können. Außerdem haben die Banken ja in der Regel schon lange vor Einführung von Basel II Methoden entwickelt, welche die Ausfallwahrscheinlichkeit von Krediten und die daraus folgenden finanziellen Schäden für die Bank prognostizierten und minimieren sollten. In diesen durchaus üblichen Fällen internen Ratings wird durch Basel II lediglich eine Vereinheitlichung und Professionalisierung der Methoden und Prozesse erwirkt. Den Banken wird zur Bonitätsermittlung die Wahl zwischen zwei Verfahren gelassen (Kabuth 2004: 6f), nach denen sie das absolute Kreditausfallrisiko in mehrere Risikokomponenten zerlegen und zu einander gewichten. Je nach Gewichtung ergeben sich daraus unterschiedliche Sätze der Eigenkapitalunterlegung. Die

Risikokomponenten sind:

- Einjährige Ausfallwahrscheinlichkeit (Probability of Default),
- Verlust bei Ausfall des Kreditnehmers (Loss Given Default),
- Erwartete Kredithöhe zum Zeitpunkt des Ausfalls (Exposure of Default),
- Restlaufzeit des Kredits (Maturity).

Nach dem IRB-Basis-Ansatz (IRB = Internal Ratings Based Approach) erfolgt die Risikogewichtung nach der von den Banken ermittelten einjährigen Ausfallwahrscheinlichkeit, die anderen Risikobestandteile werden von der Bankenaufsicht vorgegeben. Beim fortgeschrittenen IRB-Ansatz werden weitere Einzelrisiken bankintern bestimmt und gewichtet.

Unabhängig davon, ob die Bonität eines Kreditnehmers nach einem externen oder internen Ratingverfahren festgestellt wird, ergibt sich aus dem Ratingurteil für die Banken die Höhe der Eigenkapitalunterlegung in einer Spanne von 20% bis 150%. Basel II sieht für die Kreditvergabe ohne Rating die Unterlegung mit 8% Eigenkapital vor. Davon kann in der genannten Spanne je nach Ratingnote abgewichen werden. Erhält ein Kunde ein erstklassiges Ratingurteil ist sein Kredit durch die Bank nur mit 20% der Standardunterlegung zu besichern, d. h. mit nur 1,6%. Geht die Bank dagegen von einer geringen Bonität aus, muss sie für den riskanten Kredit 150% von 8% Eigenkapitalunterlegung, also 12% bilden.

Derzeit wird der Ratingmarkt noch durch weitere Angebote ergänzt: Einige Banken bieten ihren Kunden Software oder Leitfäden zum Selbstrating oder Pre-Rating an, damit die Kunden sich vorab genau auf ein zu absolvierendes Ratingverfahren vorbereiten und erste eklatante Schwächen vorab beheben können<sup>3</sup>. Ein ähnliches Ziel verfolgen sog. „Rating Advisor“, die Unternehmen intensiv auf ein bevorstehendes Rating vorbereiten, Maßnahmenvorschläge zur Bonitätssteigerung unterbreiten und das Unternehmen während und nach dem Ratingverfahren beratend begleiten und z. T. als Ansprechpartner gegenüber den Ratingagenturen fungieren<sup>4</sup>.

### 3.3. Methodik

Eine wichtige Säule des Ratingurteils bildet die Beurteilung des Kreditnehmers anhand quantitativer Faktoren, die sich in Form von Kennzahlen oder Einzelpositionen auf die Unternehmensbilanz sowie die Gewinn- und Verlustrechnung beziehen. Die sich daraus ergebenden Aussagen über die Struktur und Leistungsfähigkeit des zu ratenden Unternehmens machen 60 bis 70 Pro-

---

<sup>3</sup> So beispielsweise die Bank für Sozialwirtschaft unter: <http://www.sozialbank.de>, abgerufen am 14.12.2005.

<sup>4</sup> Es hat sich dort ein differenziertes Angebot mit zahlreichen Spezialisierungen entwickelt, über die Achleitner/Everling (2004) im „Handbuch Ratingpraxis“ eine Übersicht verschaffen.



zent<sup>5</sup> der Bonitätseinschätzung aus. Auswahl und Umfang der Kennzahlen sind von Institut zu Institut verschieden und können hier nicht im Detail diskutiert werden. Es seien als Beispiele genannt: Finanzkraft (ertragswirtschaftlicher Cashflow), Eigenkapitalquote, Vermögensstruktur (Gesamt), Anlagendeckungsgrad (Gesamt), Umschlagshäufigkeit des wirtschaftlichen Eigenkapitals, Kreditorenziel (Tage), Neuverschuldung im Vergleich zum Vorjahr, Umsatzrentabilität, Finanzergebnis an Gesamtleistung und Zinsdeckung. Die Kriterien werden anschließend in Abhängigkeit von Kreditvolumen und -laufzeit, der Unternehmensgröße und ggf. der Branche gewichtet und erlauben gewissermaßen eine spezifische Teil-Bonitätsbeurteilung.

Die Beurteilung und Gewichtung der Kriterien erfolgt häufig durch Expertenverfahren, die auf der jahrelangen Erfahrung, spezialisiertem Wissen und gewachsener Systematik einzelner Bankmitarbeiter oder Kreditberater beruhen. Daneben wurden in jüngerer Zeit kapitalmarkttheoretische und statistische Verfahren entwickelt. Diese Methoden seien hier lediglich genannt, eine detaillierte Darstellung würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen.

Da sich die genannten Kriterien auf Bilanzen und GuV-Rechnungen stützen, ermöglichen sie eine gute Aussage über die jüngere Entwicklung und den aktuellen Zustand des kreditsuchenden Unternehmens. Neben dieser Retrospektive müssen aber auch zukunftsorientierte Aspekte in das Ratingurteil einfließen. Diese sog. „weichen Faktoren“ sind entsprechend schwieriger zu erfassen und stellen, bildlich gesprochen, eine Indiziensammlung dar, auf deren Grundlage sich die Frage beantworten lässt: Wird das heute kreditnehmende Unternehmen zukünftig eine wirtschaftliche Entwicklung erfahren, die die ordnungsgemäße Bedienung aller Verbindlichkeiten erlaubt? Dazu werden u. a. die aktuelle Marktposition, die Innovationsfähigkeit, Qualitätssicherungsmaßnahmen, konjunkturelle Abhängigkeiten, Strategien, Personalentwicklung, Managementfähigkeiten, Nachfolgeplanung usw. untersucht. Die Aussagen hierzu lassen sich nicht in simplen Zahlen ausdrücken, es sind „qualitative Ratingkriterien“, die seitens des Bonitätsprüfers (branchen-)spezifische Kenntnisse voraussetzen, um zu einem vollständigen und aussagefähigen Bild zu kommen. In der Literatur werden Möglichkeiten eines Branchenratings diskutiert, so führen *Gleißner/Leibbrand* (2004: 395f) einen fünfzehn Punkte umfassenden Kriterienkatalog an, auf den noch einzugehen ist. Auch hier stellt sich anschließend die Frage nach der „richtigen“ Gewichtung der Kriterien.

Im folgenden Schritt sind die quantitativen und qualitativen Teilergebnisse zu einer Gesamtnote zusammenzufassen, aus der sich dann die Zuordnung des Kreditnehmers zu einer Ratingklasse mit einer benennbaren Ausfallwahrscheinlichkeit ergibt. Daraus resultiert die durch Basel II reglementierte Eigenkapitalunterlegung der Banken, die diese Opportunitätskosten in den Kre-

---

<sup>5</sup> Zu quantitativen Kriterien vgl. Gaubatz (2004: 445f).

ditkonditionen an die Kreditnehmer überwälzen.

## 4. Rating im sozialwirtschaftlichen Bereich

### 4.1. Vorbemerkungen

Die geschilderten Ratingverfahren sind im Kern für jeden Kreditnehmer, sei er Privatperson, Unternehmen oder öffentlich-rechtliche Körperschaft anzuwenden; Basel II erlaubt hier keinerlei Ausnahmen. Dies bedeutet auch für Unternehmen der Sozialwirtschaft, die häufig keine Gewinnmaximierungsziele verfolgen, eine eingehende Prüfung und Kritik der Strukturen und Prozesse vor jeder Kreditgewährung.

Kann man sich daher der generellen Aussage von *Hoch* (2004: 815ff) anschließen, der die durch Basel II obligatorisch gemachten Ratingprozesse begrüßt, weil jede Verbesserung der Bonität eines Unternehmens vor allem dessen wirtschaftliche Situation stärkt? Rating also als zwar unangenehmes, aber langfristig heilsames Restrukturierungsinstrument, das die Überlebensfähigkeit mancher Betriebe erst sichert? Für diese Arbeit stellt sich die Frage: Ist es möglich und sinnvoll, Non-Profit-Betriebe, z. B. Krankenhäuser oder Pflegeeinrichtungen, hinsichtlich der Kreditvergabe genauso zu behandeln wie einen mittelständischen Maschinenbaubetrieb oder das Hotel-Restaurant in der Fußgängerzone? Welche typischen Unterschiede erschweren die Vergleichbarkeit, welche Risiken und Chancen verbergen sich hinter einer undifferenzierten Behandlung? Gibt es gesellschaftliche Interessen, die Berücksichtigung finden müssten? Um den Rahmen dieser Arbeit nicht zu sprengen, werden im Folgenden allgemeingültige Aspekte der Sozialwirtschaft, insbesondere von NPOs betrachtet, wo konkrete Beispiele hilfreich sein mögen, sollen diese aus dem Bereich der Krankenhäuser mit NPO-Charakter herangezogen werden.

Zahlreiche Besonderheiten und Probleme, die sich beim Rating von NPOs im Allgemeinen und beispielsweise bezogen auf nicht-privatwirtschaftliche Krankenhäuser<sup>6</sup> ergeben, wurden bereits beschrieben. So haben sich u. a. die Bank für Sozialwirtschaft, die kirchlichen Geldinstitute Pax Bank eG und Liga Bank eG, die Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege sowie der Genossenschaftliche FinanzVerbund mit dem Thema beschäftigt, zum Teil Anpassungsforderungen an politische Gremien und die Bankenaufsicht formuliert oder eigene NPO-Ratingverfahren erarbeitet.

Im folgenden sollen ausgewählte Probleme und, soweit vorhanden, Lösungsansätze in diesem Zusammenhang thematisch zusammengefasst und kurz vorgestellt werden.

---

<sup>6</sup> So zum Beispiel Kramer 2004.

## 4.2. Schwierigkeiten im Ratingverfahren

Sozialwirtschaftliche Betriebe unterscheiden sich von gewinnmaximierenden privatwirtschaftlichen Unternehmen etwa der Konsumgüterindustrie oder des Handels wesentlich in der Beschaffenheit ihrer Bilanzstrukturen und Finanzierungswege. Dies bereitet demnach allein schon in der Beschaffung ratingrelevanter Zahlenwerte einige Probleme, bedeutet es doch, dass beispielsweise in der Bilanz eines Krankenhauses Posten auftauchen oder fehlen, die in den nach HGB oder IAS standardisierten Bilanzen klar definiert sind. Nach der Vereinbarung zu Basel II war es beispielsweise nicht vorgesehen, typische Forderungen gegen die öffentlichen Sozialleistungsträger und Sozialversicherungen als kreditsichernd anzuerkennen.<sup>7</sup> Dies wurde zwar inzwischen nachgebessert, zeigt aber doch, dass typische Geschäftsvorgänge in NPOs den Machern von Basel II nicht in ihrer Wichtigkeit bewusst waren. Ein anderes Beispiel dafür ist die geplante Nicht-Anerkennung von Sozialimmobilien als Kreditsicherheit. Nach Basel II gelten Spezialimmobilien (religiöse Zentren, Produktionsgebäude, Hotels u. a.) oder Immobilien, für deren Betrieb eine Konzession erforderlich ist (u. a. Alten- und Pflegeheime, Privatkliniken) als spekulativ und stark risikobehaftet (Bank für Sozialwirtschaft 2002: 10f).

Demnach bestehen für die einzelnen Segmente der Sozialwirtschaft zahlreiche gesetzliche Bestimmungen und Vorgaben<sup>8</sup>, welche die Bilanzierung der NPOs derart beeinflussen, dass eine Vergleichbarkeit in der Rechnungslegung von gewinnmaximierenden Wirtschaftsbetrieben und NPOs kaum gegeben ist. Dies dürfte in der Praxis der Kreditverhandlung mit allgemeinen Banken zu erheblichen Kommunikationsschwierigkeiten zwischen den Kreditpartnern führen und sich in der Regel zum Nachteil der sozialwirtschaftlichen Kreditnehmer auswirken.

Als Lösungsansatz wird die Anpassung der Ratingverfahren an die spezifischen Bedürfnisse der NPOs vorgeschlagen. Hinter dieser Möglichkeit verbergen sich eine Reihe von Schwierigkeiten<sup>9</sup>:

- Genauso, wie es an den Erfordernissen der Realität vorbeigeht, NPOs mit allgemeinen, gewinnmaximierenden Wirtschaftsbetrieben zu vergleichen, ist es problematisch, alle NPOs einander gleichzusetzen. Dies begründet sich allein schon durch die erheblichen Größenunterschiede und die Vielfalt der Geschäftsfelder. „Die NPO“ gibt es auch deshalb nicht, weil die gesetzlichen Regelungen wiederum unter diesen scharf unterscheiden und für

---

<sup>7</sup> Bsp. nach Bank für Sozialwirtschaft (2002: 12).

<sup>8</sup> Einen auf Krankenhäuser bezogenen Einblick vermittelt: Graumann/Schmidt-Graumann 2002.

<sup>9</sup> Zusammengefasst nach Kramer (2004: 13). Dort wird auch die Einbeziehung ausländischer Krankenhausdaten diskutiert und letztlich abgelehnt; auf eine eigene Darstellung wird hier verzichtet.

Pflegeeinrichtungen andere Rechnungslegungsvorschriften gelten als für Krankenhäuser oder Stiftungen.

- Aus der daraus resultierenden Heterogenität folgt ein weiteres Problem: Um moderne statistische Methoden der Errechnung von Ausfallwahrscheinlichkeiten einsetzen zu können, bedarf es einer soliden Menge an Daten sowohl über ausgefallene wie über nicht-ausgefallene Kreditnehmer. Betrachtet man die einzelnen Geschäftsfelder der NPOs separat wird eine solche Datenmenge kaum erreicht. Fasst man die unterschiedlichen Zweige zusammen, indem die Jahresabschlüsse durch den Ratenden vereinheitlicht werden, besteht die Gefahr, die Sozialwirtschaft als eine realitätsentfernte Denkkonstruktion zu raten, was zur Nutzung von Durchschnittswerten und damit zur Fortführung von Quersubventionierungsprozessen zwischen „guten“ und „schlechten“ Kreditnehmern – allen Intentionen von Basel II zuwider laufend – führen könnte.
- Lehnt man dies ab, führt kein Weg an der Frage vorbei, ob es dann sinnvoll ist, die Bonität von NPOs durch gängige statistische Verfahren zu bestimmen. *Kramer* (2004: 17-19) kommt in seiner durchgeführten Befragung der in Mecklenburg-Vorpommern im Firmenkundengeschäft agierenden Banken zu dem Ergebnis, dass moderne Ratingverfahren (mit Ausfallraten) bereits im Herbst 2003 die vorherrschende Methode zur Bonitätsbewertung von Krankenhäusern war und diese in Zukunft noch weiter an Bedeutung gewinnen wird. Die Banken machten aber keine Angaben, ob und inwiefern das Rating der Krankenhäuser die Besonderheiten von NPOs berücksichtigte. Anders sieht erwartungsgemäß das Vorgehen der Banken mit Tätigkeitsschwerpunkt im NPO-Geschäft aus. Bei diesen Instituten (BfS, Pax Bank, Liga Bank u. a.) ist man bestrebt, die Bonitätsermittlung weniger an den für die freie Wirtschaft üblichen Ertragszahlen als vielmehr an Merkmale der Vermögens- und Finanzlage zu knüpfen. Zusätzlich gewinnt die Einschätzung qualitativer Faktoren durch mehrdimensionale Zielsysteme (sog. Scorecards) an Gewicht. Ein solches Vorgehen macht die Datenerfassung und -auswertung sicher nicht leichter und günstiger, ermöglicht und fördert aber die Sammlung branchenrelevanter Kenntnisse. Dies mag in Zukunft dazu führen, dass NPO-Kreditnehmer die Geschäftsbeziehungen zu diesen Spezialbanken intensivieren.

## **5. Die sozialwirtschaftliche Branche unter Ratingaspekten**

### *5.1. Branche und Marktsituation aus verschiedenen Perspektiven*

An dieser Stelle wird nun auf die Branchencharakteristika der Sozialwirtschaft als einem wichtigen Teilgebiet des qualitativen Ratingprozesses eingegangen. Weitere qualitative Themengebiete (So Gleißner/Leibbrand 2004: 395-399)

können „Strategie und Management“, „Organisation und Prozesse“, „Mitarbeiter (Qualifikation/Motivation)“, „Produkt und Markt“ oder z. B. auch „Wertschöpfungskette (aktueller Umfang und Wachstumspotentiale)“ sein.

Die nachfolgende Tabelle soll eine Übersicht der Kriterien zur Beurteilung der Branche bzw. der Marktsituation ermöglichen. Dabei wurden ganz bewusst zwei Kriterienkataloge von Banken mit Tätigkeitsschwerpunkt NPO-Betreuung und ein eher allgemein gültiger Kriterienkatalog gewählt. Die Kataloge vermitteln einen Eindruck, welche Gesichtspunkten relevant sein mögen; natürlich können von Fall zu Fall noch weitere Faktoren eine Rolle spielen. Die Reihenfolge der Kriterien wurde dabei nicht verändert; in der Regel werden zu den Kriterien subjektive Einschätzungen der Kreditnehmer gewünscht.

*Tabelle 1: Kriterienauswahl zur Branche bzw. Marktbedingungen allgemein*

<b>Bank für Sozialwirtschaft (Antwortspektrum)<sup>10</sup></b>	<b>Pax Bank eG<sup>11</sup></b>	<b>Gleißner/Leibbrand<sup>12</sup></b>
Branchennachfrage gesamt (> - 5% bis > + 5%)	KH: Anzahl anderer KHs in der Nähe	Branchenwachstum
Unternehmensnachfrage (dito)	KH: Andere KHs gleicher Versorgungsstufe in der Nähe	Wettbewerbsintensität
Reaktionen auf Umsatz- rückgänge (< 3 bis > 12 Monate)	KH: Regional. Marktführer eines Fachbereichs	Risiken durch Kalkulati- onsfehler
5% Umsatzrückgang be- einflussen (kaum – stark)	KH: DRG-System eingeführt	Nachfrageelastizität
Eigene Marktstellung (Führungsrolle vs. unter- geordnet)	Qualitätssicherungsmaßnah- men	Möglichkeit der Produkt- / Leistungsdifferenzierung
Wettbewerbssituation (An- gebots- vs. Nachfrageüber- schuss)	Kontakt zu Kostenträgern	Konjunktorempfindlichkeit

Quelle: Eigene Darstellung.

<sup>10</sup> Bank für Sozialwirtschaft (2002: 30f).

<sup>11</sup> Bäcker/Hochkirchen-Baten (2003: 15ff). „KH“ steht für Krankenhaus, sinngemäße Kriterien finden sich a. a. O. auch für Altersheime / Pflegeeinrichtungen sowie Kur- und Reha-Betriebe.

<sup>12</sup> Gleißner/Leibbrand (2004: 396). Die Autoren verweisen auf die Feri Rating & Research GmbH, die auf Branchenratings spezialisiert ist. Dort werden für Deutschland etwa 800 Branchen aufgeführt, die Ratingkriterien weichen von den hier genannten ab. <http://www.feri.de>, abgerufen am 04.01.2005.

Tabelle 1: Kriterienauswahl zur Branche bzw. Marktbedingungen allgemein (Fortsetzung)

<b>Bank für Sozialwirtschaft (Antwortspektrum)</b>	<b>Pax Bank eG</b>	<b>Gleißner/Leibbrand</b>
Verhältnis zu Kostenträgern (positiv – gestört)	KH: Koordination zw. Verwaltung und med. Leitung	Notwendige Kapitalbindung, Fixe und versunkene Kosten
Personalsituation (gut, befriedigend, schlecht)	Effizienz / Auslastung	Möglichkeit der Kundenbindung
Eigener Qualitätsstandard (hoch, mittel, tief)	Prozessoptimierungsmaßnahmen	Verhandlungsmacht der Kunden
Kooperationen, Vernetzungen, Zusatzangebote (vorhanden?)	KH: Zusatzleistungen (Ambulanz, integrierte Versorgung)	Verhandlungsmacht der Lieferanten
Eigener technischer Standard (hoch, angemessen, niedrig)	Mitarbeiter (Beschaffungsmanagement, Fluktuation)	Gefahr durch Substitutionsprodukte
Eigener baulicher Standard (dito)	Abhängigkeit (Versorgungsvertrag, Vernetzung)	Markteintrittshemmnisse für neue Wettbewerber
	Image der Einrichtung	Schnelligkeit technologischer Veränderungen
	Instandhaltung / Modernisierung	Branchenattraktivität für Personal
		Auswirkung Regulierung, staatl. Einfluss

Quelle: Eigene Darstellung.

Es fällt auf, dass je nach Hintergrund der Autoren zum Thema, andere Kriterien in die Beurteilung der Branche einbezogen werden. Während die beiden Banken aus dem NPO-nahen Bereich zum Teil detailliert die maßgeblichen, für den sozialwirtschaftlichen Bereich typischen Verknüpfungen überprüfen, scheint bei den Wirtschaftsberatern *Gleißner/Leibbrand* deutlicher die Vorstellung des „freien“ Unternehmens durch. Zudem nehmen die Banken eher den Blickwinkel „Die XY-NPO im Vergleich zur restlichen (regionalen) Branche“ ein, während die Wirtschaftsberater sich in diesem Bereich mehr mit der „Gesamtbranche, in der das XY-Unternehmen der vollständigen Konkurrenz unterliegt“ beschäftigt.

Bei der BfS und der Pax Bank eG scheint also schon eine relativ sichere Vorstellung der Branche Sozialwirtschaft zu bestehen, allerdings mag es sinnvoll sein, hier nach den Kriterien von *Gleißner/Leibbrand* die „Krankenhaus-Branche“ von anderen abzugrenzen. Aus den von ihnen verwendeten Aspek-

ten erschließen sich sowohl deren Vor- als auch Nachteile, die vielfach analog in der sozialwirtschaftlichen Branche gelten dürften.

## 5.2. Branchenwachstum

Um hierzu eine auf Krankenhäuser bezogene Aussage machen zu können, kommen mehrere Sichtweisen in Betracht. Ausgehend von der Anzahl der Einrichtungen, der Planbetten oder der durchschnittlichen Verweildauer ist ein seit langem zu beobachtender Schrumpfungstrend festzustellen. Von rund 4.200<sup>13</sup> stationären Einrichtungen im Jahre 1970 ist ein Rückgang auf 3.628 Einrichtungen (davon 2.240 Krankenhäuser) im Jahre 2001 zu vermelden. Die Anzahl der Betten ging im gleichen Zeitraum von 873.000 auf 742.000 zurück, wobei die Krankenhäuser rund drei Viertel der Betten stellen. Die durchschnittliche Verweildauer ging in dieser Zeit von 24,6 Tagen auf nur mehr 11,6 Tage zurück. Gleichzeitig stieg aber die Zahl der stationär behandelten Patienten von 11,2 Mio. auf 18,7 Mio., beide Zahlen zusammen ergeben einen Rückgang um knapp 60 Mio. Bettentage.

Schenkt man jüngeren Pressemitteilungen Glauben, wird sich diese Tendenz auch in Zukunft fortsetzen und die Zahl der Krankenhäuser weiter sinken. So äußerte der Präsident der Krankenhausdirektoren Deutschlands, *Kölkling*<sup>14</sup>, die Erwartung, dass unter dem zunehmenden wirtschaftlichen Druck jedes dritte von aktuell 2.157 Krankenhäusern innerhalb der nächsten zehn Jahre schließen könnte. Der Trend gehe verstärkt zur Bildung überregionaler Spezialzentren. Die „Berliner Zeitung“<sup>15</sup> berichtete am 07. Dezember 2005 von Planungen der Senatsgesundheitsverwaltung, innerhalb der nächsten sieben bis zehn Jahre weitere 4.000 Krankenhausbetten in der Hauptstadt einzusparen. Von 41.000 Betten zu Zeiten der Wiedervereinigung blieben nur etwa 16.500 im Jahre 2015 übrig. Im Internet findet man seit dem Jahr 2000 die Seite [www.kliniksterben.de](http://www.kliniksterben.de)<sup>16</sup>, auf der kritisch die aktuelle Situation der Krankenhäuser in Deutschland in einer Sammlung von Presseberichten dargestellt wird, die Mehrzahl der Meldungen beziehen sich aber auf Privatisierungsbestrebungen der kommunalen Träger. Als durchwachsen stellt sich die Lage

---

<sup>13</sup> Statistisches Bundesamt (2004: 194-198). Die Zahl der stationären Einrichtungen ist nicht zu verwechseln mit der Zahl der Krankenhäuser, diese stellen aber den größten Anteil. Hier wird unterstellt, dass der Rückgang stationärer Einrichtungen Krankenhäuser in etwa gleicher Weise betrifft wie Nicht-Krankenhäuser. Die aktuelle Zahl der Krankenhäuser. u.

<sup>14</sup> Artikel im Handelsblatt am 10.11.2005: „Experten: Aus für ein Drittel aller Krankenhäuser“, unter: [www.handelsblatt.com](http://www.handelsblatt.com), abgerufen am 29.12.2005.

<sup>15</sup> Artikel in der Berliner Zeitung am 07.12.05: „Berlin muss Kliniken schließen“, unter: <http://www.berlinonline.de>, abgerufen am 02.01.2006. Ein Zugriff auf die zitierte Hauptquelle war leider nicht möglich.

<sup>16</sup> <http://www.kliniksterben.de>, abgerufen am 27.12.2005.

nach dem aktuellen Krankenhaus Barometer 2005 (Blum/Schilz 2005: 62 ff) des deutschen Krankenhausinstituts dar. Danach rechnen 36,7% der befragten Krankenhäuser für 2005 mit einem negativen Jahresergebnis. Die Liste der Schreckensmeldungen ließe sich beliebig fortsetzen – im Fazit ist mit keinem generellen Branchenwachstum zu rechnen.

### 5.3. Wettbewerbsintensität

Lange Zeit befanden sich Krankenhäuser, zumal außerhalb von Ballungsgebieten, in einer Wettbewerbssituation, die man durchaus als lokale Oligopole oder gar Monopole (im ländlichen Raum) bezeichnen kann. Der Grund dafür: Sowohl die ärztliche Krankenhausbehandlung wie auch die Pflegeleistung stellen persönliche Dienstleistungen dar, d. h. Arzt bzw. Pfleger und Patienten müssen sich zur gleichen Zeit am gleichen Ort aufhalten, damit ihre Geschäftsbeziehung stattfinden kann. Noch heute kann man wohl in ländlichen Gebieten und bei Gesundheitsdienstleistungen der Grundversorgung (der schon sprichwörtliche Blinddarm) davon ausgehen, dass die Mehrzahl der Patienten das ihrem Wohnort nächstgelegene Krankenhaus aufsuchen bzw. von ihrem Hausarzt in dieses überwiesen werden. Dies gilt vor allem in Notfällen, in denen in der Regel keine Zeit für detaillierte Kosten-Nutzen-Diskussionen bleibt, weniger aber für planbare stationäre Behandlungen wie beispielsweise orthopädische Operationen (Kniegelenksprothese).

Eine relativ untergeordnete Rolle dürfte der grenzüberschreitende Wettbewerb spielen. Zahlreiche Hindernisse z. B. im Krankenversicherungsrecht dürften stationäre Behandlungen in Anrainerstaaten für die Masse der gesetzlich Versicherten in näherer Zukunft eher unwahrscheinlich machen. Zwar finden grenzüberschreitende Gesundheitsdienstleistungen statt – die Behandlung von skandinavischen Patienten in Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern / Multilaterale Kooperationsvereinbarungen im Grenzgebiet der Benelux-Staaten – jedoch erweist sich das deutsche Gesundheitssystem dabei als Dienstleistungs-Exporteur.

Aus zwei Richtungen hat jedoch die Wettbewerbsintensität in den letzten Jahren zugenommen: Zum einen seitens der Kostenträger (Krankenkassen), die mittels der Fallpauschalenregelung (Diagnosis Related Groups – DRGs) enormen Druck zu wirtschaftlichem und sorgfältigem Arbeiten in den Krankenhäusern ausüben. Einrichtungen, die dieses System unzureichend beherrschen, bleiben auf den Zusatzkosten sitzen und riskieren unter Umständen ihren Versorgungsvertrag, d. h. ihre Geschäftsbasis. Zum anderen hat sich seitens der Patienten a) das Bewusstsein für Qualitätsunterschiede und damit in Verbindung b) in vielen Fällen ihre Mobilität bzw. ihre Bereitschaft dazu erhöht. Vertraut man auf den von *Kölking* (s. o.) beschriebenen Trend zu überregionalen Spezialzentren, bedeutet dies einen verschärften Wettbewerb zwischen diesen Zentren um die nach dem DRG-System ertragreichsten Diagno-



sen und die zunehmende Verlagerung der dazugehörenden Kompetenzen. Für Krankenhäuser in dünner besiedelten Gebieten (wie Mecklenburg-Vorpommern) würde dies dazu führen, dass dort in der Tendenz nur noch Grund- und Notfallversorgung angeboten würde – die durch DRGs am strengsten erfassten Standardbehandlungen. Fazit hier: Die Wettbewerbsintensität wird in den für persönliche Dienstleistungen bestehenden Grenzen stark zunehmen.

#### *5.4. Risiken durch Kalkulationsfehler und niedrige Arbeitsproduktivität*

Es mag sinnvoll sein, an dieser Stelle zwischen zwei verschiedenen Typen von „Fehlern“ im Management eines Krankenhauses zu unterscheiden: Einerseits Fehler, die auf einer echten Fehleinschätzung der Lage oder geeigneter Instrumente beruhen, die in Folge von Unachtsamkeit oder menschlichem Versagen geschehen. Es mag sein, dass in der Vergangenheit wichtige Positionen in öffentlichen und frei-gemeinnützigen Krankenhäusern nicht ausschließlich nach Fachkompetenzen der Bewerber besetzt wurden. Sozialpädagogen oder Krankenpflegepersonal wurden, häufig organisationsintern, mit diversen Weiterbildungsmaßnahmen für Verwaltungsaufgaben qualifiziert. Dieses Vorgehen bringt neben zahlreichen, nachvollziehbaren Vorteilen für den Betrieb und die Beschäftigten (Betriebskenntnis, Karrieremöglichkeiten, „von der Pike auf gelernt“) auch das Risiko mit sich, das komplexe wirtschaftliche oder rechtliche Aspekte nur unzureichend berücksichtigt werden (können). Zweifellos ist aber seit mehreren Jahren ein Prozess der Professionalisierung zu beobachten.

Das finanzielle Risiko von Fehlentscheidungen im Zusammenhang mit der Patientenbehandlung hat durch die Einführung des DRG-Systems erheblich zugenommen. Denn wenn bei der Patientenaufnahme relevante (Teil-)Diagnosen nicht gestellt werden oder auf Grund von Qualitätsproblemen in der Behandlung oder Pflege Komplikationen mit der Folge eines verlängerten Aufenthalts entstehen, werden diese Kosten nicht von den Krankenkassen erstattet.

#### *5.5. Auswirkung von Regulierung und staatlichem Einfluss*

Der zweite Typ von Entscheidungsfehlern mag zumindest teilweise auf der Basis von Rahmenbedingungen erfolgen, die auf Bundes- und Landesebene in den Feldern der Gesundheits- und Sozialpolitik gesetzt und permanenten Veränderungen, Anpassungen usw. unterliegen. Dazu zwei kurze Beispiele, die gleichzeitig die Branchenkriterien 5.4. und 5.5. betreffen:

Im September jeden Jahres(!) werden durch das Bundesgesundheitsministerium die Veränderungsdaten (West-, Ost-, Gesamtdeutschland) für die Kosten der Krankenhausbehandlungen im Folgejahr festgelegt; diese betrug für das

Jahr 2005 0,38%<sup>17</sup>. Die Rate orientiert sich an den beitragspflichtigen Einkommen der gesetzlich Krankenversicherten und führt nach Angaben von *Abshoff*, Geschäftsführer der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft (HKG), schon seit Jahren zu Netto-Budgetabsenkungen. Um größere Verluste durch Budgetüberschreitungen zu vermeiden, müssten einige Krankenhäuser für planbare Operationen Wartelisten anlegen, obwohl Kapazitäten frei seien.

Nach Angaben des Krankenhausbarometers 2005 (Blum/Schilz 2005: 22ff) werden rund 67% der Investitionskosten durch die Länder in Form von Pauschal- (47%) und Einzelförderungen (20,1%) getragen. Gemessen an den Anschaffungswerten sank der Investitionsanteil im Bundesdurchschnitt von 15,3% im Jahr 2002 auf 11,3% im Jahr 2004<sup>18</sup>. Der Verdacht liegt nahe, dass die angespannte Lage der Länderhaushalte hinter den abnehmenden Fördermitteln steht. Daneben führt natürlich auch der oben geschilderte Bettenabbau zu einem sinkenden Investitionsvolumen. Beiden Beispielen ist gemeinsam, dass in krankenhausexternen, politischen Gremien Entscheidungen gefällt werden, die sich kurzfristig und zwingend auf die Planungen der Krankenhäuser auswirken. Fazit beider Kriterien (3. + 4.): Die Risiken „echter“ Managementfehler sind wohl vergleichbar mit denen anderer Branchen, allerdings machen sich Regulierungen und staatliche Einflüsse bzw. Abhängigkeiten von öffentlichen Budgets erheblich bemerkbar.

### 5.6. Preiselastizität der Nachfrage

Dieses Kriterium könnte man ohne weiteres als einen Pluspunkt der Sozialwirtschaft im Allgemeinen wie auch der Krankenhausbranche im speziellen ansehen, vorausgesetzt man sieht die Nachfrage vom leistungsberechtigten Individuum ausgehen. In den meisten Fällen dürfte den Leistungsberechtigten der absolute Wert ihrer Sozial- oder Gesundheitsdienstleistung sowohl unbekannt wie auch relativ gleichgültig sein, da sie mit höchstens symbolischen Zuzahlungen (Praxisgebühr) daran beteiligt werden, ansonsten trägt die Solidargemeinschaft (deren Teil sie sind und innerhalb derer sie einkommensabhängige Beiträge für einkommensunabhängige Leistungen zahlen<sup>19</sup>) die Kosten. Selbst für die ungewisse Zukunft der Finanzierung des Sozialleistungssystems mit unterstellten steigenden Selbstbeteiligungen im Gesundheitswesen ist zu erwarten, dass die Nachfrageelastizität deutlich geringer ist als in anderen

<sup>17</sup> Hamburgische Krankenhausgesellschaft, „Finanzlage der Kliniken verschärft sich weiter“, Pressemitteilung am 28.09.04, unter <http://www.hkgev.de>, abgerufen am 28.12.2005.

<sup>18</sup> Diese Entwicklung mag in Zukunft vermehrt dazu führen, dass Krankenhäuser nötige Investitionen durch (ratinggebundene!) Kreditfinanzierungen vornehmen, die 2004 lediglich 3,6% des Investitionsvolumen ausmachten (Blum/Schilz 2005: 25).

<sup>19</sup> Das Prinzip der sozialstaatlichen Solidargemeinschaft soll hier nicht im geringsten schlecht geredet werden.

Branchen, d. h. bei ernsthaften Erkrankungen und Beschwerden wird es kaum zu einem massiven Nachfrageeinbruch kommen, wenn die individuellen Kosten zunehmen.

### 5.7. *Möglichkeit der Produkt- und Leistungsdifferenzierung*

In den Krankenhäusern sind hier zwei Differenzierungsrichtungen auszumachen: Zum einen machen die von außen herangetragenen Sparzwänge den Ausbau ambulanter oder minimal-invasiver Behandlungen nahezu obligatorisch, wenn die Verweildauern durch das DRG-System begrenzt werden. Das stellt aber eher eine Produktfortentwicklung dar. Zum anderen besteht die Möglichkeit, Produkte zu entwickeln, die außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen und privaten Krankenkassen liegen und von den Patienten selbst bezahlt werden. Es handelt sich um den Bereich der Zusatz- bzw. Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) sowie beispielsweise die Behandlung ausländischer Patienten. Als Zusatzleistungen kommen vor allem Aufwertungen der Patientenunterbringung (Einbett-/ Zweibettzimmer) oder der ärztlichen Behandlung („Chefarztbehandlung“) in Betracht. IGeL betreffen häufig Präventivmaßnahmen (Cholesterinspiegelprüfung) oder steigern das individuelle Wohlbefinden (z. B. durch Massagen). Der Geschäftsführer des Vereins zum Bau evangelischer Krankenhäuser, *Müschelich*<sup>20</sup>, gibt das Motto vor: „Kein Krankenhaus kann es sich erlauben auf einen Patienten zu verzichten, nur weil er nicht krank ist.“ Im gleichen Artikel werden dazu organisierte Reisen für Menschen mit einem bestimmten Krankheitsbild, der Vertrieb von Spezialmöbeln für Rückenleidende usw. vorgeschlagen.

Eine nennenswerte und planmäßige Behandlung ausländischer Patienten findet lt. Krankenhausbarometer 2005<sup>21</sup> bislang fast ausschließlich in größeren Krankenhäusern mit mehr als 600 Betten statt. Fazit: Die Branche scheint erst am Beginn eines breiten Spektrums ertragbringender Differenzierungen zu stehen, Potential ist vorhanden.

### 5.8. *Konjunkturrempfindlichkeit*

Eng verbunden mit den Argumenten zur Nachfrageelastizität, kann die Anfälligkeit für konjunkturelle Schwankungen im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen, insbesondere der höherwertigen, die einen stationären Aufenthalt erforderlich machen, als gering eingeschätzt werden. Das liegt daran, dass

<sup>20</sup> Zitiert in der Frankfurter Allgemeinen Sonntagszeitung „Die Revolution im Krankenhaus“ am 20.11.2005, unter: <http://www.faz.de>, abgerufen am 03.01.2006.

<sup>21</sup> Blum/Schilz (2005: 16). Die Daten seien aber mit Vorsicht zu interpretieren, da nur 21% der befragten Häuser Angaben zu planmäßigen Behandlungen ausländischer Patienten machten.

Krankenhausleistungen nicht auf einer üblichen „Konsumentenscheidung“ mit freier Willensbildung beruhen, bei denen der Konsument frei zwischen Konsum und Sparen wählen kann. Allerdings gibt es einen mittelbaren Konjunkturlauf: Verschlechtert sich diese mit der Folge zunehmender Arbeitslosigkeit bzw. sinkendem Bevölkerungseinkommen, kommen die steuerlichen Budgets der öffentlichen Kassen ebenso unter Druck wie die gesetzlichen Krankenkassen, deren Beiträge sinken. Die Auswirkungen davon wurden bereits geschildert: Budgetdeckelungen und Investitionsrückgang.

Eine andere gesellschaftliche Kraft hat aber sehr wohl entscheidenden Einfluss: die demografische Entwicklung. Das zunehmende Altern der Gesellschaft ist ein hinlänglich bekanntes Phänomen und wird wohl eine steigende Nachfrage nach Gesundheits- und Pflegedienstleistungen mit sich bringen. Fazit: Die Branche ist lediglich mittelbar von der Konjunkturlaufentwicklung abhängig. Da sie nach wie vor ein stark national abgegrenzter Dienstleistungsmarkt ist, sind zudem weltkonjunkturelle Schwankungen wie etwa Wechselkurse oder Rohstoffpreise weniger relevant als in exportorientierten Wirtschaftszweigen.

#### 5.9. *Notwendige Kapitalbindung, Fixkosten, versunkene Kosten*

Personalkosten gelten als variable Kosten und machen in etwa<sup>22</sup> 70% der Gesamtkosten eines Krankenhauses aus. Dennoch sind die Anschaffungs-, Erhaltungs- und Wiederbeschaffungskosten von Diagnosegeräten, Operationssälen usw. ein nicht zu vernachlässigender Aspekt. Das gilt umso mehr, wenn ein Krankenhaus mit einer ursprünglich vorhandenen Bettenzahl diese verringern muss und dadurch Überkapazitäten entstehen. Trotz Nichtbenutzung entstehen Kosten, die auf irreversibel getätigten Investitionen der Vergangenheit aufbauen (versunkene Kosten). Die Drittverwendungsfähigkeit der Einrichtungen ist schließlich sehr begrenzt. Daneben müssen Gerätschaften und Räumlichkeiten im Rahmen der Grundversorgung auch dann bereitgehalten werden, wenn diese nur gelegentlich benötigt werden. Auch hier mag eine Erweiterung der Angebotspalette durch mehr ambulante Behandlungen usw. die Folgen mindern. Fazit: Im Vergleich zu vielen anderen Dienstleistungsbranchen binden Krankenhäuser mehr Kapital in Einrichtungen, die nicht ohne weiteres umgenutzt werden können, daher ist die Fixkostenbelastung relativ hoch.

#### 5.10. *Möglichkeiten der Kundenbindung*

Erklärtes Ziel des Gesundheitswesens ist es, aus Patienten gesunde Menschen

---

<sup>22</sup> Hamburgische Krankenhausgesellschaft, „Finanzlage der Kliniken verschärft sich weiter“, Pressemitteilung am 28.09.04, unter: <http://www.hkgev.de>, abgerufen am 28.12.2005.

zu machen, die krankheits- und beschwerdefrei außerhalb von Krankenhäusern leben können. Zwar ist das bei vielen Diagnosen nicht realisierbar, dennoch gehen die Bestrebungen beispielsweise des DRG-Systems darauf hinaus, die Verweildauer in den Krankenhäusern zu minimieren. Es besteht aber durchaus die Möglichkeit, sich einen überregionalen Ruf besonderer Sachkompetenz oder hoher Patientenzufriedenheit zu erwerben und dadurch das Einzugsgebiet zu erweitern. Da die wesentlichen Behandlungskonditionen mit den Kostenträgern ausgehandelt werden und die meisten Patienten nur notgedrungen einen stationären Aufenthalt auf sich nehmen, scheint es schwierig bis sinnlos zu sein, individuelle Konditionen nachzuverhandeln.

### *5.11. Verhandlungsmacht der anderen Marktteilnehmer*

Es dürfte die Ausnahme sein, dass Patienten bei ihrer Aufnahme in einem Krankenhaus in umfassende Verhandlungen über den zu unterzeichnenden Behandlungsvertrag eintreten. Zwar gibt es beispielsweise weltanschauliche Haltungen, die bestimmte Behandlungsmethoden ganz oder teilweise ablehnen, aber im Kern geht es bei den Verträgen darum, den ärztlichen Eingriffen und der Abrechnung mit der eigenen Krankenversicherung zuzustimmen. Dennoch ist die Verhandlungsmacht in einem Punkt höher als auf anderen Märkten: Ein notfallmäßig eingelieferter Patient muss zwingend behandelt werden, auch wenn zunächst unklar ist, ob und von wem die Notversorgung bezahlt wird. Das ist stets bei der relativ geringen Anzahl ausländischer Notfall-Patienten relevant<sup>23</sup>, aber in zunehmendem Maße auch bei Personen, die durch persönliche Notlagen nicht krankenversichert sind. In konjunkturell schwachen Phasen steigt z. B. die Zahl von Selbständigen, die ihre Beiträge zur privaten KV nicht mehr zahlen (können) und ihren Versicherungsschutz einbüßen. Außerdem wurde mehrfach darauf hingewiesen, dass durch die Reformgesetze zum Arbeitsmarkt u. a. ehemals beitragsfrei Mitversicherte diesen Status unter Umständen verlieren könnten. Im April 2005 wurden Spekulationen<sup>24</sup> über die Zahl der Bundesbürger ohne Versicherungsschutz laut; in der Presse kursierte die Zahl von 300.000 Betroffenen, das Bundesgesundheitsministerium ging von 188.000 aus, stützte sich dabei aber auf Statistiken aus dem Jahr 2003, also vor Inkrafttreten von Hartz IV.

Als hoch ist die Macht der größeren Krankenversicherungen gegenüber dem einzelnen Krankenhaus anzusehen. So bezifferte eine im Oktober 2004 vom

---

<sup>23</sup> Die Zahl könnte sich aber unter bestimmten Umständen dramatisch erhöhen: Zur Fußballweltmeisterschaft werden Millionen ausländischer Besucher an den Veranstaltungsorten erwartet.

<sup>24</sup> Bericht mit den gegensätzlichen Zahlenangaben dazu beispielsweise im ZDF am 16.04.2005, unter: <http://www.heute.de>, abgerufen am 02.01.2006. Ein Zugriff auf die zitierte Haupt-Quelle war leider nicht möglich.

Deutschen Krankenhausinstitut vorgelegte Studie<sup>25</sup> die offenen Forderungen aller deutschen Krankenhäuser gegenüber den Krankenversicherungen auf 2,3 Milliarden Euro, je Haus durchschnittlich 1,3 Millionen Euro außerhalb der gesetzlichen Zahlungsfrist von 14 Tagen. 95% der Kliniken im Bundesgebiet beklagten Zahlungsverzögerungen, bei 60% seien Zahlungen sogar verweigert worden. Daran habe auch ein für die Krankenhäuser günstiges Urteil des Bundessozialgerichts im Juli 2002 wenig geändert. Seither hätten die Außenstände vielmehr um rund 75% zugenommen. Viele Einrichtungen gerieten dadurch in existenzgefährdende Liquiditätsengpässe. Sicherlich wirkt es sich in diesem Beispiel zum Nachteil der Krankenhäuser aus, dass die Rechtsverhältnisse zu den KVen öffentlich-rechtlich sind. Der Studie zufolge wurden u. a. folgende Gründe seitens der Kassen genannt: Überprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen, Forderungen, stationäre durch ambulante Behandlungen zu ersetzen, Kodierungsprobleme in Verbindung mit dem DRG-System, unvollständige Unterlagen, Bearbeitungsrückstände oder Zuständigkeitsprobleme – zum großen Teil also Probleme, die in anderen Dienstleistungsbranchen der Privatwirtschaft kaum je solche Ausmaße annähmen. Außerdem spielen die Krankenkassenverbände eine wichtige Rolle bei der Zulassung von Krankenhäusern (siehe 5.13). Fazit: Die deutschen Krankenhäuser sind durch besondere gesetzliche Regelungen und Abhängigkeiten gegenüber anderen Branchen teilweise als benachteiligt anzusehen<sup>26</sup>.

### *5.12. Gefahr durch Substitutionsprodukte*

Als Substitute kommen weniger Gesundheitsdienstleistungen internationaler Anbieter in Betracht (s. o.) als vielmehr die gleichwertigen Angebote von Nicht-Krankenhäusern, d. h. von niedergelassenen Ärzten und Gemeinschaftspraxen, die zunehmend komplexe Behandlungen ambulant – nötigenfalls in Kooperation mit ambulanten Pflegediensten – durchführen können. Diese Veränderung liegt zum einen begründet im technologischen Fortschritt, zum anderen aber auch in der Zahlungsbereitschaft der Krankenversicherungen, die künftig Fallpauschalen zahlt, unabhängig, ob die ambulante Behandlung im Krankenhaus oder in einer Praxis erfolgte. Diese Veränderung der Wettbewerbssituation kann als durchaus normal betrachtet werden.

---

<sup>25</sup> Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.: Pressemitteilung am 28.10.04 „Kassen mit 2,3 Milliarden Euro bei Kliniken in der Kreide“, unter: <http://www.dkgev.de>, abgerufen am 21.10.2005.

<sup>26</sup> Es wird an dieser Stelle davon ausgegangen, dass gegenüber Lieferanten von Medizintechnik und Verbrauchsmaterial keine gravierenden Verhandlungsnachteile bestehen.

### 5.13. Markteintrittshemmnisse für neue Wettbewerber

Was unter einem „Krankenhaus“ im Sinne des Gesetzes zu verstehen ist, wurde durch den Gesetzgeber explizit in §107 I SGB V (Sozialgesetzbuch 2005: 471f) definiert: Es muss der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen, fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Aufsicht stehen, entsprechend dem Versorgungsvertrag mit diagnostischer und therapeutischer Ausstattung und Methodik arbeiten, über ausreichend geeignetes ärztliches und nicht-ärztliches Personal verfügen und die Unterbringung und Verpflegung der Patienten ermöglichen. Damit die gesetzlichen Krankenkassen und Ersatzkassen dort ihre Versicherten<sup>27</sup> behandeln lassen können, muss ein Krankenhaus außerdem über eine Zulassung als Hochschulklinik, Plankrankenhaus oder Krankenhaus mit Versorgungsvertrag verfügen (§108). Der Versorgungsvertrag entsteht durch Einigung zwischen den Landesverbänden der gesetzlichen Krankenkassen und dem Krankenhausträger (§109 I), ein Anspruch darauf besteht nicht (II). Bei mehreren geeigneten Bewerbern entscheiden die Krankenkassenverbände, welches Krankenhaus einer bedarfsgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Behandlung am besten gerecht wird.

Dabei müssen sie aber den Grundsatz der Trägervielfalt<sup>28</sup> berücksichtigen, was bedeutet, dass es keine Bevorzugung von öffentlichen Krankenhäusern gegenüber solchen in privater oder freigemeinnütziger Trägerschaft geben darf. Das bedeutet auch, dass es keine unbefristete Bestandsgarantie für die Häuser einzelner Trägergruppen gibt. Zeigt sich, dass eine andere Einrichtung gleich oder besser geeignet ist, besteht die Möglichkeit, den Versorgungsvertrag ganz oder anteilig zu verlieren.

Fazit: Der Zutritt zum Markt bzw. die Möglichkeit den Großteil der Bevölkerung im eigenen Krankenhaus behandeln zu können, ist durch eine Vielzahl von Gesetzen und Vorschriften reglementiert, was in den meisten anderen Branchen in diesem Umfang kaum der Fall ist. Außerdem ist es möglich, faktisch vom Markt ausgeschlossen zu werden, ohne dass der eigene Betrieb zahlungsunfähig sein muss.

### 5.14. Geschwindigkeit technologischer Veränderungen / Produktzyklen

Wie schon an der ständig sinkenden Aufenthaltsdauer der Patienten gezeigt, hat der medizinisch-technische Fortschritt der letzten Jahrzehnte eine teilweise Abkehr von stationären hin zu ambulanten Behandlungen ermöglicht. Früher aufwendige Operationen mit langen, überwachungsbedürftigen Genesungs-

---

<sup>27</sup> Etwa 87% der deutschen Bevölkerung sind gesetzlich versichert: Statistisches Bundesamt (2004: 210).

<sup>28</sup> Erläutert bei: Graumann/Schmidt-Graumann (2002: 14f).

prozessen sind durch Innovationen auf dem Gebiet der minimal-invasiven Chirurgie heute vielfach schon durch niedergelassene Ärzte zu leisten.

Andererseits ermöglicht der technische Fortschritt heute Eingriffe, die in der Vergangenheit undenkbar gewesen wären (Organtransplantationen usw.). Unter dem Stichwort „Apparatemedizin“ können seit einigen Jahren Patienten mit schwersten Verletzungen auf Intensivstationen oft wochen- und monatelang künstlich am Leben gehalten werden.

Der hohe Wert, den die Öffentlichkeit dem Thema „Gesundheit“ unter ethisch-moralischen und sozialen Gesichtspunkten einräumt, macht die Erforschung neuer Methoden und Verfahren einerseits attraktiv, andererseits ist nur wenig Bereitschaft zu „bedingungslosem Fortschritt“ zu erkennen, wenn es beispielsweise um Stammzellenforschung mit Embryonen oder das Klonen menschlichen Erbguts geht.

Neue Verfahren ergeben auch keinen Ersatz- oder Erneuerungsbedarf bei erfolgreich behandelten ehemaligen Patienten, sodass Produktzyklen eine bestenfalls untergeordnete Rolle spielen.

Fazit: Für die Masse der Verfahren und Patienten soll hier von einem Fortschrittstempo ähnlich dem in anderen Branchen ausgegangen werden, an das sich die Krankenhäuser kontinuierlich anpassen können.

### *5.15. Attraktivität der Branche für das Personal*

Die Frage hiernach ist unter Ratingaspekten deshalb relevant, weil das Vorhandensein und „Nachwachsen“ von qualifiziertem und motiviertem Personal, zumal in einer Dienstleistungsbranche, erheblichen Einfluss auf die Qualität der Dienstleistung und die Entwicklungsfähigkeit der Betriebe hat. Die jüngsten Ärztestreiks an der Berliner Charité und an anderen großen Kliniken der Republik beantworten schon einen Teil dieser Frage. Das finanzielle Unvermögen der Krankenhäuser, gemäß dem Urteil des EuGH Bereitschaftszeiten der Klinikärzte als Dienstzeiten anzuerkennen und entsprechend zu vergüten, zunehmende Bürokratisierung, lange Studiendauer, 30-Stundenschichten bei Jungmedizinerinnen usw. haben der Attraktivität des Ärztestandes nachhaltig geschadet. Die Studierendenzahlen in der Humanmedizin sind seit dem Wintersemester 1992/93 rückläufig<sup>29</sup>, für die Zukunft wird von einem Ärztemangel ausgegangen<sup>30</sup>, auch wenn dieser ländliche Regionen wohl stärker treffen wird

<sup>29</sup> Statistisches Bundesamt (2004: 79). Studierten zu diesem Zeitpunkt 108.000 Mediziner, sank die Zahl bis zum Wintersemester 2002/03 auf 93.000.

<sup>30</sup> Es wird auf das steigende Durchschnittsalter der (niedergelassenen) Ärzte [Pressebericht vom 21.07.05 in der „Netzeitung“, „Ärztemangel in Deutschland verschärft sich“ <http://www.netzeitung.de>, abgerufen am 02.01.2006] oder auf bereits jetzt zu verzeichnende Unterversorgung in einigen ostdeutschen Gebieten hingewiesen: Pressebericht in „Die Welt“ „Studie: Ärztemangel nimmt drastische Ausmaße an“ am 28.09.2005, der sich auf eine gemeinsame Studie der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen



als große Klinikzentren.

Ähnliches gilt nach einer Studie des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung<sup>31</sup> auch für das Berufsbild der Krankenschwestern und -pfleger. In den bundesdeutschen Krankenhäusern fehlten – trotz des beschriebenen Bettenabbaus! – im Jahr 2002 etwa 12.000 Pflegefachkräfte, weitere 30.000 Stellen in Altenheimen und ambulanten Pflegediensten seien unbesetzt. Belastungsindikatoren (Krankmeldungen, Kuranträge, Kündigungen) zeigten eine weitere Verschärfung der Lage an. Als Ursachen wurden genannt: Schlechtes Berufsimago, Mangel an geeigneten Bewerberinnen und unangemessen niedrige Bezahlung<sup>32</sup>.

Die geplante Abschaffung der Steuerfreiheit von Sonn-, Feiertags- und Nachtzuschlägen dürfte vor diesem Hintergrund für beide Berufsgruppen kontraproduktiv sein. Fazit: Es steht zu befürchten, dass weitere Kostendämpfungsbestrebungen im Gesundheitswesen den Druck auf die Beschäftigten verstärken. Darunter könnte das schon jetzt gefährdete Ansehen und die Nachwuchsbeschaffung weiter leiden.

#### 5.16. Zielkonflikte als Branchenspezifika

Es soll der Vollständigkeit halber auch auf Folgendes hingewiesen werden: Die sozialwirtschaftliche Branche unterscheidet sich grundsätzlich von anderen Branchen im Charakter der zu verfolgenden Ziele. Damit ist hinsichtlich der NPOs nicht nur der Umstand gemeint, dass diese nur mit untergeordneter Gewinnerzielungsabsicht betrieben werden. Vielmehr geht es darum, dass NPOs – übertrieben formuliert – daran arbeiten, *nicht* zu wachsen oder idealerweise zu *schrumpfen*.

Denn es ist das Ziel der Sozialsysteme, die gesellschaftliche Wohlfahrt zu heben oder wenigstens zu stabilisieren. Soziale Dienstleistungen richten sich an Personen in persönlichen und / oder finanziellen Notlagen in der Absicht, die Notlagen so schnell wie möglich und nachhaltig zu beheben. Das Ziel eines idealen Gesundheitssystems sind leere Krankenhäuser, Ziel der Drogenprävention und Suchttherapie sind verwaiste Einrichtungen usw.

Das mag trivial klingen und es ist keine Frage, dass die Idealzustände aus verschiedenen Gründen unerreichbar sind. Allenfalls wird es durch die demografische Entwicklung zu einer Verschiebung der Schwerpunkte kommen.

---

Bundesvereinigung stützt, unter <http://www.welt.de>, abgerufen am 02.01.2006. Ein Zugriff auf die zitierten Haupt-Quellen war leider nicht möglich.

<sup>31</sup> „Pflege-Thermometer 2002“ des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung, zitiert in: „Sonntagsblatt Bayern“ „Personalmangel in den Pflegeberufen“ am 21.07.2002, unter: <http://www.sonntagsblatt-bayern.de>, abgerufen am 03.01.2006. Ein Zugriff auf die zitierte Haupt-Quelle war leider nicht möglich.

<sup>32</sup> An dieser Stelle findet eine Diskussion der Situation der medizinisch-technischen Dienste und anderer (kleinerer) Berufsgruppen in Krankenhäusern keinen Platz.

Dennoch bleibt das gesellschaftliche Ziel das gleiche: Ein zwar leistungsfähiger aber möglichst kostengünstiger Sozialstaat.

Für alle solidarisch-gesellschaftlich finanzierten Leistungsbereiche gilt es daher, Wachstum zu begrenzen oder sogar zu verhindern – und dies steht in krassem Gegensatz zu den Expansionszielen in anderen Branchen.

Unternehmenswachstum in der Sozialwirtschaft kann daher langfristig nur auf zwei Arten erfolgen: Verdrängungswettbewerb unter den Anbietern in einem Nullsummenspiel oder die Erschließung neuer, individueller Dienstleistungen, die der Empfänger aus eigenen Mitteln finanziert (was zu einer Entsolidarisierung führen könnte). Denn die gezielte Schaffung von Nachfrage, die in anderen Branchen üblich ist – bestes Beispiel: Handy-Klingeltöne – verbietet sich für soziale Dienstleistungen. Gleiches gilt, wie erwähnt, für Instrumente der Kundenbindung. Unvorstellbar, wenn Suchtkliniken anfangen, Drogen an Jugendliche auszugeben, um künftige Nachfrage zu stimulieren.

## **6. Zusammenfassung oder das „gefesselte Management“**

Zu Beginn des Kapitels 4 wurde die Frage aufgeworfen, ob nicht der durch Basel II entstehende Druck zu Ratings eine langfristig heilsame Wirkung für alle kreditnehmenden Unternehmen entfalten könne. Schließlich verlange jede Maßnahme zur Verbesserung der Bonität eine nachhaltige Verbesserung der wirtschaftlichen Strukturen und Prozesse eines Unternehmens und trage dadurch dazu bei, das Unternehmen zukunftssicher zu gestalten.

Diese Argumentation ist zweifellos richtig, beruht aber auf der Annahme, dass die notwendigen Umstrukturierungsmaßnahmen von der Unternehmensführung geplant und weitestgehend autonom durchgesetzt werden können. Nach den Betrachtungen des Kapitels 5 dürfte jedoch klar geworden sein, dass davon in der Sozialwirtschaft nur in begrenztem Umfang ausgegangen werden kann: Zahlreiche Abhängigkeiten und gesetzliche Vorschriften erschweren oder verhindern gar aus Unternehmenssicht sinnvolle Entscheidungen. Um es zugespitzt zu formulieren: Ein Krankenhaus in einer Region mit starkem Bevölkerungsverlust und daraus folgender chronischer Überkapazität der Standardleistungen kann nicht einfach seinen Sitz in ein Gebiet mit Bevölkerungszuwächsen verlegen, um die Auslastung zu steigern. Ein Krankenhaus mit Grundversorgungsauftrag kann sich nicht entschließen, die unausgelastete Notfallmedizin gegen eine ertragsreichere geriatrische Abteilung einzutauschen. Eine solche Entwicklung wäre gesellschaftlich auch nicht wünschenswert.

Ist die NPO-Krankenhausbranche daher im Allgemeinen eher ein Minuspunkt im Ratingverfahren? Die typischen Tätigkeitsfelder weisen durchaus Vorteile gegenüber anderen Branchen auf: Die sehr geringe Preiselastizität für das Gut „Gesundheit“, die (noch) weitreichende Abschirmung des Marktes durch Zugangsbeschränkungen sowie ein zu erwartender, demografisch be-

dingter Nachfragezuwachs. Andererseits ist nicht zu verkennen, dass durch die geschilderten Abhängigkeiten tief in das Tagesgeschäft und die Planung der Einrichtungen eingegriffen wird und ein tiefer Konflikt zwischen den solidar-gesellschaftlichen und den unternehmerischen Interessen besteht. Langfristige Unternehmensstrategien über die aktuelle Legislaturperiode hinaus, stehen daher auf wackligen Beinen.

Ein nicht nur aus Ratingaspekten vorteilhafter Reformschritt scheint – zumindest theoretisch und eher langfristig – denkbar. Er bestünde darin, die zahlreichen Sondervorschriften für die verschiedenen Bereiche der Sozialwirtschaft schrittweise abzubauen und dadurch u. a. die Rechnungslegung im gesamten Sozialleistungsbereich zu standardisieren, wenn nicht gar ganz an die Bilanzierungsmethoden nach HGB oder IAS anzupassen. Dies hätte zweifellos weitreichende Folgen, würde es doch bedeuten, einen wesentlichen und gesellschaftlich sensiblen Teil der Sozialleistungen zu liberalisieren und von öffentlichem in privates Recht zu transformieren. Es ist ohnehin fraglich, ob nicht die zunehmende Privatisierung von Krankenhäusern das formell öffentliche Rechtsverhältnis zwischen gesetzlichen Krankenkassen und Krankenhausträgern in ein faktisch privatrechtliches verschieben wird. Dies mag man bedauern oder begrüßen, maßgeblich und wohl auch möglich wäre aber, den Interessenschutz der Leistungsberechtigten durch zeitgemäße Rechtsetzung zu sichern.

Denn klar ist auch: Wenn einerseits das Sozialwesen in mehreren Bereichen – von denen die durch Basel II verkomplizierte Kreditbeschaffung nur ein Ausschnitt ist – bewusst oder unbewusst in das kalte Wasser wirtschaftlicher Zwänge gestoßen wird, kann es nicht sinnvoll sein, ihm per Gesetz die Hände zu binden und am Schwimmen zu hindern. Die Zeche dafür verbliebe nämlich bei der Gesellschaft: Sinkende Qualität, steigende Beiträge zur Sozialversicherung oder höhere Steuern wären zwangsläufig die Folge.

Eine dritte Variante scheint so utopisch wie unerwünscht: Die Herauslösung der gesamten Sozialwirtschaft aus den aktuellen wirtschaftlichen Beziehungen und die Einbettung in ein staatliches System, das alle (Finanzierungs-) Probleme intern durch ein gigantisches Sozialbudget löst. Enteignungen, zunehmende Bürokratisierung und zentralistische Planwirtschaft wären die Folgen, ein Anstieg der Qualität und ein Schrumpfen der Kosten eher unwahrscheinlich.

## Literaturverzeichnis

- Achleitner, Ann-Kristin/Everling, Oliver** (Hrsg.) (2004): „Handbuch Ratingpraxis“, Wiesbaden 2004.
- Bäcker, Hardo/Hochkirchen-Baten, Christoph** (2003): „NPO-Rating Basel II – Ratgeber zum Rating für Non-Profit-Organisationen“, Köln 2003.
- Bank für Sozialwirtschaft** (2002): „Auswirkungen von Basel II auf die Sozialwirtschaft“, Köln 2002.
- Bank für Sozialwirtschaft** (2005) unter: <http://www.sozialbank.de>, abgerufen am 14.12.2005.
- Berliner Zeitung** am 07.12.2005: „Berlin muss Kliniken schließen“, unter: <http://www.berlinonline.de>, abgerufen am 02.01.2006.
- Blum, Karl/Schilz, Patricia** (2005): „Krankenhaus Barometer – Umfrage 2005“, Düsseldorf 11/2005.
- Bundesregierung** (2005): „Sozialgesetzbuch Bücher I-XII“, 32. Auflage, München 2005.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.** (2004): Pressemitteilung am 28.10.04 „Kassen mit 2,3 Milliarden Euro bei Kliniken in der Kreide“, unter: <http://www.dkgev.de>, abgerufen am 21.10.2005.
- Feri Rating & Research GmbH** (2005): unter: <http://www.feri.de>, abgerufen am 04.01.2005.
- Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung** am 20.11.2005: „Die Revolution im Krankenhaus“, unter: <http://www.faz.de>, abgerufen am 03.01.2006.
- Gaubatz, Stephanie** (2004): „Optimierung von Finanzstrukturen“, in Achleitner, A./Everling, O. (Hrsg.): „Handbuch Ratingpraxis“, Wiesbaden 2004.
- Gleißner, Werner/Leibbrand, Frank** (2004): „Indikatives Rating und Unternehmensplanung“, in Achleitner, A./Everling, O. (Hrsg.): „Handbuch Ratingpraxis“, Wiesbaden 2004.
- Graumann, Mathias/Schmidt-Graumann, Anke** (2002): „Rechnungslegung und Finanzierung der Krankenhäuser“, Neuwied, Kriftel 2002.
- Hamburgische Krankenhausgesellschaft** (2004): „Finanzlage der Kliniken verschärft sich weiter“, Pressemitteilung am 28.09.2004, unter: <http://www.hkgev.de>, abgerufen am 28.12.2005.
- Handelsblatt** am 10.11.2005: „Experten: Aus für ein Drittel aller Krankenhäuser“, unter: <http://www.handelsblatt.com>, abgerufen am 29.12.2005.
- Hoch, Stefan** (2004): „Ratingberatung der Volksbanken und Raiffeisenbanken – Hilfe zur Selbsthilfe für den Mittelstand“ in Achleitner, A./Everling, O. (Hrsg.) „Handbuch Ratingpraxis“, Wiesbaden 2004.
- Kabuth, Andrea** (2004): „Impulse zur Ratingberatung durch Basel II“ in Achleitner, A./Everling, O. (Hrsg.) „Handbuch Ratingpraxis“, Wiesbaden, 2004.
- Kliniksterben.DE**, unter: <http://www.kliniksterben.de>, abgerufen am 27.12.2005.
- Kramer, Jost W.** (2004): „Besonderheiten beim Rating von Krankenhäusern“, Hochschule Wismar, Fachbereich Wirtschaft, Wismar 2004.
- Mann, Thomas** (1979): „Buddenbrooks – Verfall einer Familie“, Frankfurt a. M. 1997.
- „Netzeitung“**, Pressemeldung vom 21.07.2005: „Ärztmangel in Deutschland verschärft sich“, unter: <http://www.netzeitung.de>, abgerufen am 02.01.2006.
- „Sonntagsblatt Bayern“** Pressemeldung am 21.07.2002: „Personalmangel in den Pflegeberufen“, unter: <http://www.sonntagsblatt-bayern.de>, abgerufen am 03.01.2006.
- Statistisches Bundesamt** (2004): „Datenreport 2004“, Bonn 2004.

„**Die Welt**“ Pressebericht vom 28.09.2005: „Studie: Ärztemangel nimmt drastische Ausmaße an“, unter: <http://www.welt.de>, abgerufen am 02.01.2006.

**Wiegand**, Markus (2004): Absturz mit Raten, unter: [http://www.gdv.de/Publikationen/Zeitschrift\\_Positionen\\_\\_Linkliste/Ausgabe\\_Nr.\\_39\\_November\\_2004/inhaltsseite354.html](http://www.gdv.de/Publikationen/Zeitschrift_Positionen__Linkliste/Ausgabe_Nr._39_November_2004/inhaltsseite354.html), abgerufen am 27.05.2006.

**Zweites Deutsches Fernsehen**, Bericht am 16.04.2005, unter: <http://www.heute.de>, abgerufen am 02.01.2006.

## **Autorenangaben**

Andreas Beck  
c/o Fachbereich Wirtschaft  
Hochschule Wismar  
Philipp-Müller-Straße  
Postfach 12 10  
D – 23966 Wismar  
Fax: ++49 / (0)3841 / 753 131

## WDP - Wismarer Diskussionspapiere / Wismar Discussion Papers

- Heft 01/2003 Jost W. Kramer: Fortschrittsfähigkeit gefragt: Haben die Kreditgenossenschaften als Genossenschaften eine Zukunft?
- Heft 02/2003 Julia Neumann-Szyszka: Einsatzmöglichkeiten der Balanced Scorecard in mittelständischen (Fertigungs-)Unternehmen
- Heft 03/2003 Melanie Pippig: Möglichkeiten und Grenzen der Messung von Kundenzufriedenheit in einem Krankenhaus
- Heft 04/2003 Jost W. Kramer: Entwicklung und Perspektiven der produktivgenossenschaftlichen Unternehmensform
- Heft 05/2003 Jost W. Kramer: Produktivgenossenschaften als Instrument der Arbeitsmarktpolitik. Anmerkungen zum Berliner Förderungskonzept
- Heft 06/2003 Herbert Neunteufel/Gottfried Rössel/Uwe Sassenberg: Das Marketingniveau in der Kunststoffbranche Westmecklenburgs
- Heft 07/2003 Uwe Lämmel: Data-Mining mittels künstlicher neuronaler Netze
- Heft 08/2003 Harald Mumm: Entwurf und Implementierung einer objektorientierten Programmiersprache für die Paula-Virtuelle-Maschine
- Heft 09/2003 Jost W. Kramer: Optimaler Wettbewerb – Überlegungen zur Dimensionierung von Konkurrenz
- Heft 10/2003 Jost W. Kramer: The Allocation of Property Rights within Registered Co-operatives in Germany
- Heft 11/2003 Dietrich Nöthens/Ulrike Mauritz: IT-Sicherheit an der Hochschule Wismar
- Heft 12/2003 Stefan Wissuwa: Data Mining und XML. Modularisierung und Automatisierung von Verarbeitungsschritten
- Heft 13/2003 Bodo Wiegand-Hoffmeister: Optimierung der Sozialstaatlichkeit durch Grundrechtsschutz – Analyse neuerer Tendenzen der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zu sozialen Implikationen der Grundrechte -
- Heft 14/2003 Todor Nenov Todorov: Wirtschaftswachstum und Effektivität der Industrieunternehmen beim Übergang zu einer Marktwirtschaft in Bulgarien
- Heft 15/2003 Robert Schediwy: Wien – Wismar – Weltkulturerbe. Grundlagen, Probleme und Perspektiven
- Heft 16/2003 Jost W. Kramer: Trends und Tendenzen der Genossenschaftsentwicklung in Deutschland
- Heft 01/2004 Uwe Lämmel: Der moderne Frege
- Heft 02/2004 Harald Mumm: Die Wirkungsweise von Betriebssystemen am Beispiel der Tastatur-Eingabe
- Heft 03/2004 Jost W. Kramer: Der Einsatz strategischer Planung in der Kirche

- Heft 04/2004 Uwe Sassenberg: Stand und Möglichkeiten zur Weiterentwicklung des Technologietransfers an der Hochschule Wismar
- Heft 05/2004 Thomas Gutteck: Umfrage zur Analyse der Kunden des Tourismuszentrum Mecklenburgische Ostseeküste GmbH
- Heft 06/2004: Anette Wilhelm: Probleme und Möglichkeiten zur Bestimmung der Promotioneffizienz bei konsumentengerichteten Promotions
- Heft 07/2004: Jana Otte: Personalistische Aktiengesellschaft
- Heft 08/2004 Andreas Strelow: VR-Control – Einführung eines verbundeinheitlichen Gesamtbanksteuerungskonzepts in einer kleinen Kreditgenossenschaft
- Heft 09/2004 Jost W. Kramer: Zur Eignung von Forschungsberichten als einem Instrument für die Messung der Forschungsaktivität
- Heft 10/2004 Jost W. Kramer: Geförderte Produktivgenossenschaften als Weg aus der Arbeitslosigkeit? Das Beispiel Berlin
- Heft 11/2004 Harald Mumm: Unterbrechungsgesteuerte Informationsverarbeitung
- Heft 12/2004 Jost W. Kramer: Besonderheiten beim Rating von Krankenhäusern
- Heft 01/2005 Michael Laske/Herbert Neunteufel: Vertrauen eine „Conditio sine qua non“ für Kooperationen?
- Heft 02/2005 Nicole Uhde: Rechtspraktische Probleme bei der Zwangseinziehung von GmbH-Geschäftsanteilen – Ein Beitrag zur Gestaltung von GmbH-Satzungen
- Heft 03/2005 Kathrin Kinder: Konzipierung und Einführung der Prozesskostenrechnung als eines Bestandteils des Qualitätsmanagements in der öffentlichen Verwaltung
- Heft 04/2005: Ralf Bernitt: Vergabeverfahren bei öffentlich (mit)finanzierten sozialen Dienstleistungen
- Heft 05/2005: Jost W. Kramer: Zur Forschungsaktivität von Professoren an Fachhochschulen am Beispiel der Hochschule Wismar
- Heft 06/2005 Harald Mumm: Der vollständige Aufbau eines einfachen Fahrradcomputers
- Heft 07/2005: Melanie Pippig: Risikomanagement im Krankenhaus
- Heft 08/2005: Yohanan Stryjan: The practice of social entrepreneurship: Theory and the Swedish experience
- Heft 09/2005: Sebastian Müller/Gerhard Müller: Sicherheits-orientiertes Portfoliomanagement
- Heft 10/2005: Jost W. Kramer: Internes Rating spezieller Kundensegmente bei den Banken in Mecklenburg-Vorpommern, unter besonderer Berücksichtigung von Nonprofit-Organisationen
- Heft 11/2005: Rolf Steding: Das Treuhandrecht und das Ende der Privatisierung in Ostdeutschland – Ein Rückblick –

- Heft 12/2005: Jost W. Kramer: Zur Prognose der Studierendenzahlen in Mecklenburg-Vorpommern bis 2020
- Heft 13/2005: Katrin Pampel: Anforderungen an ein betriebswirtschaftliches Risikomanagement unter Berücksichtigung nationaler und internationaler Prüfungsstandards
- Heft 14/2005: Rolf Steding: Konstruktionsprinzipien des Gesellschaftsrechts und seiner (Unternehmens-)Formen
- Heft 15/2005: Jost W. Kramer: Unternehmensnachfolge als Ratingkriterium
- Heft 16/2005: Christian Mahnke: Nachfolge durch Unternehmenskauf – Werkzeuge für die Bewertung und Finanzierung von KMU im Rahmen einer externen Nachfolge –
- Heft 17/2005: Harald Mumm: Softwarearchitektur eines Fahrrad-Computer-Simulators
- Heft 18/2005: Momoh Juanah: The Role of Micro-financing in Rural Poverty Reduction in Developing Countries
- Heft 19/2005: Uwe Lämmel, Jürgen Cleve, René Greve: Ein Wissensnetz für die Hochschule – Das Projekt ToMaHS
- Heft 20/2005: Annett Reimer: Die Bedeutung der Kulturtheorie von Geert Hofstede für das internationale Management
- Heft 21/2005: Stefan Wissuwa, Jürgen Cleve, Uwe Lämmel: Analyse zeitabhängiger Daten durch Data-Mining-Verfahren
- Heft 22/2005: Jost W. Kramer: Steht das produktivgenossenschaftliche Modell in Estland, Lettland und Litauen vor einer (Wieder-)Belebung?
- Heft 23/2005: Jost W. Kramer: Der Erfolg einer Genossenschaft. Anmerkungen zu Definition, Operationalisierung, Messfaktoren und Problemen
- Heft 24/2005: Katrin Heduschka: Ist die Integrierte Versorgung für Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken das Modell der Zukunft?
- Heft 01/2006: Christian Andersch/Jürgen Cleve: Data Mining auf Unfalldaten
- Heft 02/2006: Kathrin Behlau: Arbeitszeitmodelle im Kinderzentrum Mecklenburg - Job-Sharing und Arbeitszeitkonten –
- Heft 03/2006: Christin Possehl: Das Eigenkapitalverständnis des IASB
- Heft 04/2006: Ines Pieplow: Zur Problematik der Abgrenzung von Eigen- und Fremdkapital nach IAS 32
- Heft 05/2006: Rüdiger-Waldemar Nickel: Der Markenwert. Ermittlung – Bilanzierung – Auswirkungen von IFRS
- Heft 06/2006: Jost W. Kramer: Sozialwirtschaft – Zur inhaltlichen Strukturierung eines unklaren Begriffs
- Heft 07/2006: Monika Paßmann: Potential und Grenzen automatischer Verhaltensmuster als Instrument erfolgreichen Selbstmanagements
- Heft 08/2006: Mandy Hoffmann/Antje Deike: Analyse der Auslandsaktivitäten von Unternehmen in Westmecklenburg



- Heft 09/2006: Jost W. Kramer: Grundkonzeption für die Entwicklung eines Qualitätsmanagements im sozialwirtschaftlichen Bereich
- Heft 10/2006: Dierk A. Vagts: Ärztliche Personalbedarfsermittlung in der Intensivmedizin
- Heft 11/2006: Andreas Beck: Die sozialwirtschaftliche Branche als qualitatives Ratingkriterium – unter besonderer Berücksichtigung von NPO-Krankenhäusern