

Augurzky, Boris et al.

Research Report

Krankenhaus Rating Report 2011: Die fetten Jahre sind vorbei ; Executive Summary

RWI Materialien, No. 67

Provided in Cooperation with:

RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Essen

Suggested Citation: Augurzky, Boris et al. (2011) : Krankenhaus Rating Report 2011: Die fetten Jahre sind vorbei ; Executive Summary, RWI Materialien, No. 67, ISBN 978-3-86788-299-6, Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI), Essen, <https://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:101:1-201106243343>

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/62154>

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.



Materialien

Boris Augurzky
Rosemarie Gülker
Sebastian Krolop
Christoph M. Schmidt
Hartmut Schmidt
Hendrik Schmitz
Stefan Terkatz

Krankenhaus Rating Report 2011

Die fetten Jahre sind vorbei

Impressum

Vorstand des RWI

Prof. Dr. Christoph M. Schmidt (Präsident)

Prof. Dr. Thomas K. Bauer (Vizepräsident)

Prof. Dr. Wim Kösters

Verwaltungsrat

Dr. Eberhard Heinke (Vorsitzender);

Dr. Henning Osthues-Albrecht; Dr. Rolf Pohlig; Reinhold Schulte
(stellv. Vorsitzende);

Manfred Breuer; Oliver Burkhard; Dr. Hans Georg Fabritius;

Hans Jürgen Kerkhoff; Dr. Thomas Köster; Dr. Wilhelm Koll;

Prof. Dr. Walter Krämer; Dr. Thomas A. Lange; Hermann Rappen;

Dr.-Ing. Sandra Scheermesser; Reinhard Schulz

Forschungsbeirat

Prof. Michael C. Burda, Ph.D.; Prof. David Card, Ph.D.; Prof. Dr. Clemens Fuest;

Prof. Dr. Justus Haucap; Prof. Dr. Walter Krämer; Prof. Dr. Michael Lechner;

Prof. Dr. Till Requate; Prof. Nina Smith, Ph.D.

Ehrenmitglieder des RWI

Heinrich Frommknecht; Prof. Dr. Paul Klemmer †; Dr. Dietmar Kuhnt

RWI Materialien Heft 67

Herausgeber:

Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung

Hohenzollernstraße 1-3, 45128 Essen, Tel. 0201 – 8149-0

Alle Rechte vorbehalten. Essen 2011

Schriftleitung:

Prof. Dr. Christoph M. Schmidt

Redaktionelle Bearbeitung:

Joachim Schmidt

Konzeption und Gestaltung:

Julica Marie Bracht, Daniela Schwindt, Benedict Zinke

ISSN 1612-3573

ISBN 978-3-86788-299-6

Materialien

Boris Augurzky, Rosemarie Gülker, Sebastian Krolop,
Christoph M. Schmidt, Hartmut Schmidt, Hendrik Schmitz
und Stefan Terkatz

Krankenhaus Rating Report 2011

Die fetten Jahre sind vorbei

Executive Summary

Heft 67

Die gesamte Studie kann zum Preis von 270 € beim
RWI oder über den Buchhandel bezogen werden.



ADMED

Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über: <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

ISSN 1612-3573

ISBN 978-3-86788-299-6

Vorwort

Bei dem vorliegenden Krankenhaus Rating Report 2011 handelt es sich um den siebten. Sein wichtigstes Ziel ist die Verbesserung der Transparenz im deutschen Krankenhausmarkt. Daraus abgeleitet ergibt sich der Anspruch, den Entscheidungsträgern auf den verschiedenen Ebenen (Krankenhäuser und deren Geschäftspartner, Politik, Krankenversicherungen, Banken und Investoren) empirisch abgesicherte Erkenntnisse über diesen Markt an die Hand zu geben.

Für die aktuelle Ausgabe wurden 687 Jahresabschlüsse aus dem Jahr 2008 untersucht. Sie umfassen insgesamt 1 035 Krankenhäuser. Außerdem liegen bereits 366 Jahresabschlüsse aus 2009 vor. Über 2010 und 2011 liegen noch keine Zahlen vor. Dies erlaubt detaillierte Analysen, z.B. zur Lage der kleinen Kliniken, der ländlichen Kliniken sowie zu regionalen Unterschieden. Erstmals untersuchen wir auch die Lage der Kliniken in katholischer und evangelischer Trägerschaft sowie im Detail die Grundversorgung in ländlichen Gebieten.

Wir danken Dr. Rudolf Kösters, Ferdinand Rau sowie Corinna Hentscher, Dr. Michaela Lemm, Carina Mostert, Adam Pilny, Konstantin Römer und Joachim Schmidt für wertvolle Unterstützung, Kommentare und Anregungen bei der Erstellung der Studie, Prof. Dr. Andreas Beivers für den Beitrag zur Grundversorgung in ländlichen Regionen, Andreas Schmid für seinen Beitrag zur Konsolidierung im Krankenhausbereich, Dr. Philipp Schwegel für den Beitrag über freigemeinnützige Krankenhäuser. Dem Statistischen Bundesamt danken wir für die Bereitstellung von amtlichen Daten, Karl-Heinz Herlitschke für die engagierte Unterstützung bei Fragen zu den Daten und Anette Hermanowski, Julica Bracht, Lutz Morgenroth, Daniela Schwindt, Marlies Tapaß und Benedict Zinke, für die organisatorische Hilfe. Die Verantwortung für den Inhalt und für eventuelle Fehler tragen selbstverständlich allein die Autoren. Wir freuen uns über Kritik und Anregungen zur stetigen Verbesserung des Reports.

Büttelborn, Essen, Pulheim, 20. Mai 2011

Dr. Boris Augurzky, Dr. Sebastian Krolop, Rosemarie Gülker, Prof. Dr. Christoph M. Schmidt, Hartmut Schmidt, Dr. Hendrik Schmitz, Prof. Dr. Stefan Terkatz

Krankenhaus Rating Report 2011

•	Vorwort	3
•	Executive Summary	13
1.	Einleitung	19
2.	Der Krankenhausmarkt	20
2.1	Status quo	20
2.1.1	Marktübersicht	20
2.1.2	Leistungen	21
2.1.3	Preise	28
2.1.4	Kosten	31
2.1.5	Fördermittel	36
2.1.6	Kapazitäten	41
2.1.7	Medizinische Versorgungszentren	48
2.2	Projektionen	50
2.2.1	Zahl der Fälle	53
2.2.2	Kapazitäten	56
2.2.3	Kosten und Erlöse	61
2.3	Wesentliche Ergebnisse im Überblick	68
2.3.1	Status quo	68
2.3.2	Hochrechnungen	70
3.	Das Rating der Krankenhäuser	71
3.1	Datengrundlage	71
3.2	Methodik	74
3.3	Aktuelle Situation und vergangene Entwicklung	77
3.3.1	Aktuelle Situation	77
3.3.2	Vergangene Entwicklung	82
3.3.3	Erwartete Situation 2010 und 2011	82
3.3.4	Ergebnisse für Untergruppen	85
3.3.5	Multivariate Analyse	93
3.3.6	Qualität, Patientenzufriedenheit und Wirtschaftlichkeit	94
3.4	Hochrechnung des Ratings	99
3.5	Wesentliche Ergebnisse im Überblick	104
4.	Sonderanalysen	106
4.1	Freigemeinnützige und kommunale Kliniken	106
4.1.1	Freigemeinnützige Krankenhäuser	106
4.1.2	Kommunale Krankenhäuser	117

Krankenhaus Rating Report 2011

- 4.2 Ländliche Versorgung 123
- 4.3 Bundesländer 136
- 4.4 Marktkonsolidierung 145
- 4.5 Wesentliche Ergebnisse im Überblick 152

5. Schlussfolgerungen 154

- 5.1 Wirtschaftliche Lage 154
- 5.2 Investitionsfähigkeit 155
- 5.3 Ländliche Versorgung 156
- 5.4 Motor der Marktbereinigung 158
- 5.5 DRG-System 159
- 5.6 Konfessionelle Krankenhäuser 159
- 5.7 Das Krankenhaus der Zukunft 160

6. Anhang: Benchmarks 162

- 6.1 Das Ratingverfahren in dieser Studie 174

7. Glossar 175

• Literatur 178

Verzeichnis der Schaubilder

- Schaubild 1 Marktvolumen 21
- Schaubild 2 Verteilung der Gesundheitsausgaben 22
- Schaubild 3 Zahl der stationären Fälle und der ambulanten Operationen 23
- Schaubild 4 Um Alter und Geschlecht bereinigte Zahl der stationären Fälle je Einwohner 23
- Schaubild 5 CMI nach Größe, Trägerschaft und Siedlungsstruktur 25
- Schaubild 6 Hauptdiagnosen nach ICD-10 27
- Schaubild 7 Veränderung der Zahl der Fälle nach ICD-10 27
- Schaubild 8 Zahl der Fälle nach Fachabteilungen 28
- Schaubild 9 Veränderung der Zahl der Fälle nach Fachabteilungen 29
- Schaubild 10 Direktüberweisungen aus Akutkrankenhäusern in Rehabilitationseinrichtungen 30
- Schaubild 11 Direktüberweisungen aus Akutkrankenhäusern in Pflegeheime 30
- Schaubild 12 Aufnahmeanlässe in die akutstationäre Behandlung 31
- Schaubild 13 Landesbasisfallwerte der Bundesländer 32
- Schaubild 14 Relative Änderung des Landesbasisfallwerts bei Konvergenz zu Korridorgrenzen 32

Schaubild 15	Bereinigte Kosten je Einwohner nach Berücksichtigung von Patientenwanderungen	33
Schaubild 16	Personal- und Sachkosten	33
Schaubild 17	Verteilung der Personalkosten nach Dienstarten	34
Schaubild 18	Personaleinsatz in Krankenhäusern nach Dienstart	35
Schaubild 19	Personalausgaben nach Dienstart	37
Schaubild 20	Verteilung der Sachkosten auf Sachmittelarten	37
Schaubild 21	Veränderung der KHG-Fördermittel	38
Schaubild 22	KHG-Fördermittel	38
Schaubild 23	Kumulierte KHG-Fördermittel ¹ nach Bundesländern	39
Schaubild 24	Kumulierte Investitionslücke und Investitionsstau in Abhängigkeit von als notwendig erachteten Investitionsquoten	40
Schaubild 25	Kumulierte Investitionslücke und Investitionsstau nach Bundesländern	40
Schaubild 26	Zahl der Krankenhäuser und Krankenhausbetten	42
Schaubild 27	Veränderung der Zahl der Krankenhausbetten nach Fachabteilungen	43
Schaubild 28	Marktanteil nach Trägerschaft gemessen in Zahl der Fälle	49
Schaubild 29	Verweildauer und Belegungstage in Krankenhäusern	49
Schaubild 30	Veränderung der Verweildauer nach Fachabteilung	50
Schaubild 31	Bettenauslastung der Krankenhäuser	51
Schaubild 32	Zahl der MVZ und Anteil mit Krankenhausbeteiligung	51
Schaubild 33	Verteilung der MVZ nach Bundesländern	52
Schaubild 34	Zahl der Ärzte in MVZ nach Art der Anstellung	52
Schaubild 35	Zahl der Krankenhausfälle nach Alter und Geschlecht	53
Schaubild 36	Zahl der Krankenhausfälle nach Alter	54
Schaubild 37	Ambulantes Potenzial bis 2020 nach Alter des Patienten	55
Schaubild 38	Projektion der Zahl der stationären Fälle	57
Schaubild 39	Altersverteilung der Patienten bei Berücksichtigung der demografischen Entwicklung, der wachsenden Prävalenzraten und des ambulanten Potenzials	57
Schaubild 40	Zahl der Fälle nach Indikationen bei konstanten Prävalenzraten ohne ambulantes Potenzial	59
Schaubild 41	Annahme zur durchschnittlichen Verweildauer	60
Schaubild 42	Erwartete Zahl der Betten und Überkapazitäten im Szenario „Nur Demografie“	60
Schaubild 43	Personalbedarf in der Hochrechnung	63
Schaubild 44	Personalkosten nach Dienstart	63
Schaubild 45	Projektion der Sachkosten	65

Krankenhaus Rating Report 2011

Schaubild 46	Preisindex für ausgewählte Güter	65
Schaubild 47	Projektion der Erlöse	66
Schaubild 48	Veränderung der gesamten Erlöse und Kosten	67
Schaubild 49	Verteilung der Krankenhäuser nach Bundesländern in der Stichprobe und Grundgesamtheit	72
Schaubild 50	Verteilung der Krankenhäuser nach Trägerschaft in der Stichprobe und Grundgesamtheit	73
Schaubild 51	Verteilung der Krankenhäuser nach der Zahl der Betten in der Stichprobe und Grundgesamtheit	73
Schaubild 52	Kennzahlen zur Bestimmung des Bilanzratings	75
Schaubild 53	Ratingklassifizierung über errechnete Ausfallwahrscheinlichkeiten	76
Schaubild 54	Durchschnittliche Ausfallwahrscheinlichkeit und Verteilung von Einrichtungen nach der Ampelklassifikation	78
Schaubild 55	Ertragslage der Krankenhäuser	78
Schaubild 56	Investitionsfähigkeit und Kapitalkosten	79
Schaubild 57	Verbindlichkeiten der Krankenhäuser gegenüber Kreditinstituten nach Trägerschaft	81
Schaubild 58	Durchschnittliche PD und Verteilung von Einrichtungen nach der Ampelklassifikation im Zeitverlauf	81
Schaubild 59	Umsatzrendite und Eigenkapitalquote im Zeitverlauf	82
Schaubild 60	Kurzfrist-Projektion der PD und Verteilung nach der Ampelklassifikation	83
Schaubild 61	Kurzfrist-Projektion der Verteilung der Krankenhäuser nach dem Jahresüberschuss	83
Schaubild 62	Verteilung des Jahresüberschusses nach dem DKI-Barometer	84
Schaubild 63	Ausfallwahrscheinlichkeit nach Untergruppen von Krankenhäusern	86
Schaubild 64	Ausfallwahrscheinlichkeit im Zeitverlauf nach Höhe des BFW	87
Schaubild 65	Ausfallwahrscheinlichkeit nach Größe und Konzentration der Fälle	87
Schaubild 66	Zahl der Krankenhäuser nach ihrem Angebot an psychiatrischen Leistungen	89
Schaubild 67	Ampelklassifikation und PD nach Angebot an psychiatrischen Leistungen	89
Schaubild 68	Verteilung der EBITDA-Marge nach der Größe des Krankenhauses	90
Schaubild 69	Ampelklassifikation kleiner Krankenhäuser nach Untergruppen I	91

Schaubild 70	Ampelklassifikation kleiner Krankenhäuser nach Untergruppen II	92
Schaubild 71	Ampelklassifikation nach Art der Qualität	95
Schaubild 72	Durchschnittliche PD und EBITDA-Marge nach Art der Qualität	96
Schaubild 73	Ampelklassifikation nach Höhe der Patientenzufriedenheit	97
Schaubild 74	Patientenzufriedenheit nach Untergruppen	98
Schaubild 75	Projektion der Ampelklassifikation im Basisszenario	99
Schaubild 76	Projektion der Verteilung der Höhe der Jahresabschlüsse im Basisszenario	100
Schaubild 77	Projektion der Ampelklassifikation bei Produktivitätsfortschritt	101
Schaubild 78	Projektion der Verteilung der Höhe der Jahresabschlüsse bei Produktivitätsfortschritt	102
Schaubild 79	Projektion der Ampelklassifikation bei Produktivitätsfortschritt und Marktbereinigung	102
Schaubild 80	Projektion der Verteilung der Höhe der Jahresüberschüsse bei Produktivitätsfortschritt und Marktbereinigung	103
Schaubild 81	Projektion der PD in verschiedenen Szenarien	103
Schaubild 82	Eigenschaften der bei Marktbereinigung ausscheidenden Krankenhäuser	104
Schaubild 83	Ampelklassifikation und Jahresüberschuss nach Trägerschaft	107
Schaubild 84	Art der freigemeinnützigen Krankenhäuser	108
Schaubild 85	Erreichungsgrad BQS-Vorgaben kirchlicher Krankenhäuser	111
Schaubild 86	Ausfallwahrscheinlichkeit nach Art der kirchlichen Trägerschaft	111
Schaubild 87	Ausfallwahrscheinlichkeit nach Autonomiegrad kirchlicher Krankenhäuser	114
Schaubild 88	Ausfallwahrscheinlichkeit nach Verbundart kirchlicher Krankenhäuser	114
Schaubild 89	Ausfallwahrscheinlichkeit nach Organisationsstruktur kirchlicher Krankenhäuser	115
Schaubild 90	Ausfallwahrscheinlichkeit nach Anzahl ehrenamtlicher Mitarbeiter kirchlicher Krankenhäuser	116
Schaubild 91	PD nach Trägerschaft	117
Schaubild 92	Streuung der EBITDA-Marge nach Trägerschaft	118
Schaubild 93	Ampelklassifikation nach Trägerschaft und Ost/West	119
Schaubild 94	Defizite der defizitären öffentlich-rechtlichen Krankenhäuser	119

Krankenhaus Rating Report 2011

Schaubild 95	Rechtsform der öffentlich-rechtlichen Krankenhäuser	121
Schaubild 96	Kosten für Altersvorsorge nach Trägerschaft	122
Schaubild 97	Krankenhausdichte und Bevölkerungsdichte	125
Schaubild 98	Krankenhausgröße und Anteil kleiner Krankenhäuser	126
Schaubild 99	Anzahl Krankenhäuser und Betten nach Art der Versorgung	130
Schaubild 100	BFW und CMI nach Art der Versorgung	131
Schaubild 101	Ausfallwahrscheinlichkeit nach Art der Versorgung	131
Schaubild 102	Verteilung nach der Ampelklassifikation und nach Höhe des Jahresüberschusses nach Art der Versorgung	132
Schaubild 103	Ausfallwahrscheinlichkeit nach Art der Versorgung und Trägerschaft	133
Schaubild 104	Änderung der Bevölkerungszahl nach Kreistyp	135
Schaubild 105	Ampelklassifikation nach Bundesländern	136
Schaubild 106	Ausfallwahrscheinlichkeit nach Bundesländern	137
Schaubild 107	Verteilung nach Höhe des Jahresüberschusses	139
Schaubild 108	Standardabweichung der EBITDA-Marge nach Bundesländern	139
Schaubild 109	Änderung der durchschnittlichen Ausfallwahrscheinlichkeit nach Bundesländern	140
Schaubild 110	Verteilung kleiner Kliniken in der Stichprobe nach Bundesländern	141
Schaubild 111	Verteilung kommunaler Kliniken in der Stichprobe nach Bundesländern	142
Schaubild 112	PD der kommunalen Krankenhäuser nach Bundesländern	144
Schaubild 113	Verteilung der Marktkonzentration	148
Schaubild 114	Boxplot des HHI nach siedlungsstrukturellen Kreistypen	149
Schaubild 115	Strukturbilanz des repräsentativen Krankenhauses	163
Schaubild 116	Struktur-GuV des repräsentativen Krankenhauses	163

Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1	Multivariate Regressionsanalyse zur PD	93
Tabelle 2	Multivariate Regressionsanalyse der Differenz aus Kapitalrendite und -kosten	95
Tabelle 3	Klassifikation der Krankenhäuser	128
Tabelle 4	Zusammensetzung der Fachabteilungen nach Art des Krankenhauses	129
Tabelle 5	Zahl der Krankenhäuser und Träger	146
Tabelle A1	Das repräsentative Krankenhaus nach Ausfallwahrscheinlichkeit	164

Tabelle A2	Das repräsentative Krankenhaus nach Ampelklassifikation	165
Tabelle A3	Das repräsentative Krankenhaus nach Trägerschaft	166
Tabelle A4	Das repräsentative öffentlich-rechtliche Krankenhaus nach Ausfallwahrscheinlichkeit	167
Tabelle A5	Das repräsentative Krankenhaus nach Größe	168
Tabelle A6	Das repräsentative Krankenhaus nach hohem und niedrigem BFW	169
Tabelle A7	Das repräsentative Krankenhaus nach Stadt und Land	170
Tabelle A8	Das repräsentative Krankenhaus nach Bundesländern	171
Tabelle A9	Das repräsentative Krankenhaus nach Psychiatrischen Fachabteilungen	172
Tabelle A10	Das repräsentative Krankenhaus nach Konfession	173

Verzeichnis der Kästen

Kasten 1	Sonderanalyse Nordrhein-Westfalen	143
-----------------	-----------------------------------	-----

Verzeichnis der Karten

Karte 1	Um Alter und Geschlecht bereinigte Zahl der stationären Fälle je Einwohner	24
Karte 2	Zahl der Krankenhausbetten	44
Karte 3	Marktanteil von privaten Krankenhäusern nach Zahl der Betten	45
Karte 4	Marktanteil von freigemeinnützigen Krankenhäusern nach Zahl der Betten	46
Karte 5	Marktanteil von öffentlich-rechtlichen Krankenhäusern nach Zahl der Betten	47
Karte 6	Veränderung der Zahl der Fälle bei konstanten Prävalenzraten ohne amb. Potenzial	58
Karte 7	Anteil katholischer Krankenhäuser an allen Krankenhäusern	109
Karte 8	Anteil evangelischer Krankenhäuser an allen Krankenhäusern	110
Karte 9	Anteil gefährdeter kommunaler Krankenhäuser nach Regionen	120
Karte 10	Krankenhausdichte	124
Karte 11	Anteil gefährdeter Krankenhäuser nach Regionen	138

Krankenhaus Rating Report 2011

Executive Summary

Im Jahr 2009 befanden sich 12% der Krankenhäuser im „roten Bereich“ mit erhöhter Insolvenzgefahr, 75% lagen im grünen Bereich, die restlichen 13% dazwischen. Die durchschnittliche Ausfallwahrscheinlichkeit betrug 2009 1,2%. Die wirtschaftliche Lage hat sich damit 2009 gegenüber 2008, als 14% der Krankenhäuser im roten und nur 69% im grünen Bereich waren, verbessert. Grundlage für diese Analysen ist eine Stichprobe von 687 Jahresabschlüssen aus 2008, die insgesamt 1035 Krankenhäuser umfassen, und 366 aus 2009.

2009 erhöhten sich die KHG-Fördermittel erstmals seit 1995 spürbar um 6,5% auf 2,85 Mrd. €. Damit dürfte aber der langfristige Rückgang der Mittel nicht durchbrochen sein. Vielmehr dürfte es sich um eine antizyklische Stabilisierungsmaßnahme als Folge der Finanzkrise gehandelt haben. Legt man einen als notwendig erachteten jährlichen Investitionsbedarf von 10% des Krankenhausumsatzes zugrunde, beläuft sich die seit 1991 kumulierte Investitionslücke auf 30 Mrd. €. Allerdings füllen die Krankenhäuser einen wachsenden Teil dieser Lücke durch Investitionen aus Eigenmitteln, sodass der tatsächliche Investitionsstau nun 14 Mrd. € betragen dürfte. Die sinkende Fördermittelquote bestätigt sich auch in den Krankenhausbilanzen.

Die Investitionsfähigkeit der Krankenhäuser fällt generell schlecht aus. Das Betriebsergebnis vor Zinsen, Steuern und Abschreibungen inklusive KHG-Mittel im Verhältnis zum Umsatz (EBITDA-Marge inkl. KHG-Mittel) lag 2009 im Durchschnitt bei 8%. Um ausreichend investieren zu können, sollte der Wert mindestens 10% betragen. In diesem Sinne voll investitionsfähig sind nur rund 30% aller Krankenhäuser. Bei privaten Krankenhäusern trifft dies auf über 50% zu, bei nicht-privaten nur auf 20%. Allerdings muss man berücksichtigen, dass sich die Kapitalkosten privater und nicht-privater Anbieter unterscheiden. Während privates Eigenkapital marktüblich verzinst werden muss, um es für Investitionszwecke einsetzen zu können, steht öffentliches oder kirchliches Kapital günstiger, evtl. kostenlos zur Verfügung. Damit ist die relevante Frage, ob es einem Krankenhaus gelingt, seine Kapitalkosten zu erwirtschaften. Je nach individueller Kapitalstruktur (Eigenkapital, Sonderposten, Fremdkapital) und der Höhe der Eigenkapitalkosten ergeben sich unterschiedliche Gesamtkapitalkosten, 2009 im Durchschnitt 2,4%. Es zeigt sich, dass derzeit rund 56% aller Krankenhäuser ihre Kapitalkosten erwirtschaften, 85% der privaten, 49% der freigemeinnützigen und 43% der öffentlich-rechtlichen. Durch rückläufige öffentliche Fördermittel und damit steigende Kapitalkosten dürften jedoch diese Anteile sinken.

Krankenhaus Rating Report 2011

Die Angebotsstrukturen haben sich 2009 gegenüber dem Vorjahr kaum geändert. Sowohl die Zahl der Betten als auch die Zahl der Krankenhäuser blieb nahezu unverändert bei rund 503 000 bzw. 2 068. Die durchschnittliche Verweildauer der Patienten sank auf 8 Tage, die Bettenauslastung stieg leicht auf 77,5%. In Bezug auf die Träger von Krankenhäusern lässt sich bei Betrachtung eines längeren Zeitraums jedoch eine Marktkonsolidierung feststellen. Die Zahl der Träger sank zwischen 1995 und 2007 um 19% von 1 583 auf 1 280. Die Angebotskonzentration ist in manchen Regionen schon relativ hoch: Knapp 40% der Krankenhäuser agierten 2007 in hoch konzentrierten Märkten, die häufiger in ländlichen als in städtischen Regionen anzutreffen sind. Damit ist die Kettenbildung auf regionaler Ebene begrenzt.

Die Zahl stationärer Fälle nahm von 2005 bis 2009 um 7,7% zu. Der Gesamtumsatz von Krankenhäusern betrug 2009 71 Mrd. €. Er wuchs zwischen 2005 und 2009 um 15% und damit geringer als der Umsatz von Arztpraxen (22%) oder ambulanter und stationärer Pflege (20%). Der Zuwachs bei Krankenhäusern in diesem Zeitraum ist zu 43% auf eine steigende Zahl der Fälle, zu 36% auf steigende CMI und zu 21% auf steigende Preise (Basisfallwerte) zurückzuführen. Rein demografisch, bei konstanten Prävalenzraten, rechnen wir bis 2020 mit 6% mehr Fällen als 2009. Schreibt man Trends in den Prävalenzraten fort, würde die Zahl der Fälle bis 2020 um 18% zunehmen, unter zusätzlicher Berücksichtigung des ambulanten Potenzials um 14%.

In der Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen zeigen sich beachtliche innerdeutsche Unterschiede. Sie reichen von 14% weniger Fälle je Einwohner als der Durchschnitt in Baden-Württemberg bis zu 12% darüber in Thüringen. Die Krankenhauskosten je Einwohner fielen 2009 mit 717 € je Einwohner in Baden-Württemberg am niedrigsten und mit 988 € im Saarland am höchsten aus. Dabei sind diese Zahlen um eine unterschiedliche Zusammensetzung der Bevölkerung nach Alter und Geschlecht bereinigt. Werden darüber hinaus der Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und der sozioökonomische Status der lokalen Bevölkerung sowie die Bettendichte, Haus- und Facharztdichte berücksichtigt, schrumpfen die Unterschiede zwischen den Ländern um 40%. Es bleibt aber immer noch 60% unerklärt. Um das Gesundheitswesen langfristig finanzierbar zu halten, gilt es daher, die „Ausreißer“ bzgl. der Inanspruchnahme zu identifizieren, die genauen Ursachen dafür zu ergründen und Maßnahmen für eine nachhaltige Reduzierung einzuleiten. Dazu ist das derzeitige DRG-System mit seinen Anreizen zur Leistungsausweitung so anzupassen, dass Anreize zur Leistungsvermeidung entstehen. Dies ist vermutlich nur über ein sektorübergreifendes Vergütungssystem möglich.

Executive Summary

Der Personalkostenanteil der Krankenhäuser betrug 2005 64%, 2009 noch 60% der Gesamtkosten. In diesem Zeitraum gab es bei der Zahl der Pflegekräfte (Vollzeitäquivalente) keine nennenswerten Änderungen: 302 000 im Jahr 2005 und 304 000 im Jahr 2009. Im ärztlichen Dienst nahm die Zahl der Vollkräfte dagegen von 122 000 auf 131 000 zu. Die Kosten je Vollkraft im ärztlichen Dienst stiegen außerdem um 16%, in den nicht-ärztlichen Diensten um 5 bis 8%. Die Löhne für ärztliches Personal dürften auch in den nächsten Jahren weiterhin stärker zunehmen als für nicht-ärztliches. Unter Berücksichtigung der erwarteten Veränderungen der Zahl der Fälle und der Personalmenge würden die Personalkosten von 2009 bis 2020 um 44% bzw. 3,4% p.a. wachsen, die Sachkosten um 26% bzw. 2,1% p.a. und die gesamten Kosten um 37% bzw. 2,9%. Das GKV-FinG beschränkt das Preiswachstum 2011 auf 0,9% und 2012 auf etwa 1,0%. Die Zunahme der Zahl der Fälle und anderer Erlöse führen jedoch zu zusätzlichen Erlössteigerungen. Bis 2020 rechnen wir aber nur mit um 33% höhere Gesamterlöse als 2009.

Öffentlich-rechtliche Krankenhäuser scheiden signifikant schlechter ab als private oder freigemeinnützige. 2009 lagen 21% der kommunalen Häuser im roten Bereich, während es bei freigemeinnützigen 10% und bei privaten 4% waren. Dies trifft jedoch nicht auf ostdeutsche kommunale Kliniken zu, die genauso gut abschneiden wie nicht-kommunale. Ein Teil des Unterschieds erklärt sich durch die hohe Belastung mit Altersvorsorgeaufwendungen der westdeutschen kommunalen Kliniken. Eine Verbesserung der Lage kommunaler Kliniken in den vergangenen vier Jahren zeigt sich nicht. Ungeachtet dessen ist eine bemerkenswerte Heterogenität bei kommunalen Kliniken festzustellen. Die Top-20% schafften 2009 eine EBITDA-Marge von über 10%.

Erstmals konnten Unterschiede innerhalb der freigemeinnützigen Krankenhäuser untersucht werden: 19% aller Krankenhäuser sind in katholischer, 11% in evangelischer und 8% in sonstiger freigemeinnütziger Trägerschaft – allerdings mit ganz erheblichen regionalen Schwankungen. Die wirtschaftliche Lage fällt bei katholischen Trägern überdurchschnittlich gut und signifikant besser aus als bei evangelischen. Für kirchliche Krankenhäuser vorteilhaft sind ein hoher Autonomiegrad gegenüber der verfassten Kirche, die Verbundbildung, die Organisationsstruktur einer Ordensgemeinschaft sowie eine hohe Anzahl ehrenamtlicher Mitarbeiter.

In Rheinland-Pfalz/Saarland, Sachsen-Anhalt/Thüringen und in Sachsen ist die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser 2009 am besten, gefolgt von Nordrhein-Westfalen. Im Mittelfeld befinden sich Schleswig-Holstein/Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern/Brandenburg/Berlin. Am schwierigsten scheint die Lage in Baden-Württemberg, Hessen, Niedersachsen/Bremen und Bayern zu sein. Im

Krankenhaus Rating Report 2011

Vergleich zum Vorjahr hat sich die Situation in fast allen Regionen verbessert oder blieb unverändert. Gegen diesen Trend hat sich die Lage in Mecklenburg-Vorpommern/Brandenburg/Berlin leicht verschlechtert. Besonders von einer Verschlechterung betroffen war Baden-Württemberg, das nunmehr das Schlusslicht bildet.

Die Gründe für diese Unterschiede sind sehr komplex und können im Rahmen dieses Reports nicht im Detail untersucht werden. Festzuhalten ist aber, dass sich offensichtlich die Bevölkerungsdichte zwischen den Bundesländern stark unterscheidet. Es ist offensichtlich, dass in Gebieten mit geringer Bevölkerungsdichte mehr und kleinere Krankenhäuser vorgehalten werden als in Gebieten mit hoher Dichte. Unklar ist aber, weshalb z.B. in Bayern mit ähnlicher Bevölkerungsdichte wie Niedersachsen/Bremen 15% mehr Krankenhäuser je Einwohner benötigt werden und rund 40% mehr als in Ostdeutschland. Dies trifft auch auf andere Regionen zu. Damit werden unwirtschaftliche Strukturen dauerhaft am Leben gehalten – zu Lasten der restlichen Marktteilnehmer.

Kleine Krankenhäuser schneiden signifikant schlechter ab als große. Kleine Häuser mit einer hohen Konzentration ihres Leistungsportfolios weisen indessen ein besseres Rating auf als andere kleine. Rein psychiatrische Kliniken befinden sich in einer signifikant besseren wirtschaftlichen Lage als Allgemeinkrankenhäuser. Wirtschaftlichkeit, Qualität und Patientenzufriedenheit gehen Hand in Hand: Häuser mit qualitativen Auffälligkeiten weisen ein signifikant schlechteres Rating auf als solche ohne Auffälligkeiten, ebenso Häuser mit einer geringen Patientenzufriedenheit.

Ohne Gegenmaßnahmen dürfte sich die Situation der Krankenhäuser ab 2011 wieder verschlechtern. Langfristig muss davon ausgegangen werden, dass ohne Gegenmaßnahmen die Kosten stärker steigen als die Erlöse. Ohne Produktivitätsfortschritte würde der Anteil der Krankenhäuser im roten Bereich bis 2020 auf 22% steigen. Bei einem jährlichen Produktivitätsfortschritt von 0,25% könnte sich die Lage langfristig etwas stabilisieren. Aber auch dann dürften nicht alle Krankenhäuser überleben: Bis 2020 könnten etwa 10% aus dem Markt ausscheiden. Von einem Ausfall besonders betroffen wären kleine, manche ländliche Häuser, solche mit einem bislang hohen Basisfallwert und öffentlich-rechtliche, vor allem in vielen Teilen Bayerns, in Baden-Württemberg, in Südhessen und in Teilen Niedersachsens.

Die geodemografische Entwicklung wird dazu führen, dass v.a. strukturschwache ländliche Räume neben der Alterung ihrer Bevölkerung spürbare Bevölkerungseinbußen erleiden werden. Die derzeitige Krankenhausinfrastruktur kann

Executive Summary

daher in manchen Gebieten nicht in vollem Umfang aufrechterhalten werden. Die wirtschaftliche Lage der ländlichen Grundversorger fiel 2009 am schlechtesten aus, gefolgt von den städtischen Grundversorgern. Ländliche und städtische Spezialisten schneiden dagegen gut ab. Große Versorger (über 300 Betten) weisen die beste wirtschaftliche Lage auf – sowohl im ländlichen als auch im städtischen Raum. Dabei stehen ländliche und städtische Grundversorger in nicht-kommunaler Hand signifikant besser da als die in kommunaler Trägerschaft. Offenbar sind bei der ländlichen Grundversorgung erstens größere Einheiten – egal ob in kommunaler oder anderer Trägerschaft – anzustreben. Zweitens ist zu diskutieren, weshalb die kleinen ländlichen Grundversorger in nicht-kommunaler Hand weit besser abschneiden als solche in kommunaler Hand. Dabei ist auch die Schließung betroffener Häuser in Erwägung zu ziehen. In den meisten Fällen ist nicht davon auszugehen, dass dadurch die Versorgungssicherheit auf dem Land in Gefahr geraten könnte.

Wenn die Versorgung auf hohem Niveau auch mit weniger, aber größeren und wirtschaftlicheren Krankenhausstandorten und darüber hinaus ohne Gefährdung der Versorgungssicherheit gewährleistet werden kann, stellt sich die Frage nach dem Motor der dafür notwendigen Marktberreinigung. Hierbei besteht das Problem, dass davon zwar eine breite Mehrheit von Krankenhäusern und Bürgern profitieren, aber eine kleine Minderheit verlieren würde. Während sich die Mehrheit jedoch nicht organisiert, werden sich die betroffenen Krankenhäuser und Kommunen sehr lautstark gegen jede Strukturveränderung zu Wort melden. Insofern wird die Kommunalpolitik eine Marktberreinigung nicht unterstützen. Aber auch die Landespolitik kann hier kaum mit positiven Wählerstimmen rechnen und wird sich zurückhalten.

Indirekt könnten die Banken in ihrer Funktion als Fremdkapitalgeber Katalysator einer Marktberreinigung sein, indem sie Investitionsentscheidungen von Krankenhäusern über die Kreditvergabe bzw. Nicht-Vergabe maßgeblich mitbestimmen. Sie unterstützen damit eine effiziente Kapitalallokation im Krankenhausbereich. Nichtsdestoweniger wäre es hilfreich, wenn auch die über die Krankenversicherungen gebündelte Nachfrage nach Krankenhausleistungen stärkeren Einfluss auf das Leistungsangebot nehmen könnte. Damit könnte die Marktberreinigung im Sinne der Patienten und Beitragszahler erfolgen. Vor dem Hintergrund der Passivität der Politik erscheinen daher Elemente des selektiven Kontrahierens von Krankenversicherungen unumgänglich.