



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



ADMED 

Executive Summary/Heft 67

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

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.