



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  RWI

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; Reinhard Schulz;
Hermann Rappen; Dr.-Ing. Sandra Scheermesser

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

Heft 67

ADMED



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.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 Hentschker, 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 Marktberreinigung 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 Dienstarbeit 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-Fördermittel¹ 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 Marktberreinigung 102
- Schaubild 80 Projektion der Verteilung der Höhe der Jahresüberschüsse bei Produktivitätsfortschritt und Marktberreinigung 103
- Schaubild 81 Projektion der PD in verschiedenen Szenarien 103
- Schaubild 82 Eigenschaften der bei Marktberreinigung 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 1 035 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 Bayern, Baden-Württemberg, Hessen und Niedersachsen/Bremen und zu sein.

Krankenhaus Rating Report 2011

Im 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.

Die Gründe für diese Unterschiede sind sehr komplex und können im Rahmen dieses Reports nicht im Detail untersucht werden. Zwar werden in Gebieten mit geringer Bevölkerungsdichte mehr und kleinere Krankenhäuser vorgehalten 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 daher in manchen Gebieten nicht in vollem Umfang aufrechterhalten werden. Die wirtschaftliche Lage der ländlichen Grundversorger fiel 2009 am schlechtesten

Executive Summary

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.

Krankenhaus Rating Report 2011

1. Einleitung

Die Jahre 2009 und 2010 waren für die meisten Krankenhäuser gute Jahre. Zwar stiegen ihre Kosten 2009 außerordentlich stark. Gleichwohl konnten in mindestens ebenso hohem Maße die Erlöse gesteigert werden, sodass sich die wirtschaftliche Lage im Durchschnitt verbesserte. Alle Anzeichen deuten darauf hin, dass dies auch für 2010 gilt. Das DKI-Krankenhausbarometer und Aussagen einzelner Wirtschaftsprüfer bestätigen diese Einschätzung. Gründe für die Erlössteigerungen waren erstens das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG), das 2009 verabschiedet wurde, und zweitens das Konjunkturpaket II, das auch Krankenhäusern zu Gute kam.

Anders sieht allerdings der Blick in die Zukunft aus. Mit dem Ende 2010 verabschiedeten GKV-Finanzierungsgesetz können Krankenhäuser 2011 und 2012 nur sehr geringe Erlössteigerungen erwarten, während die Kosten, vor allem beim Personal, weiter zunehmen dürften. Es liegt auf der Hand, dass sich ihre wirtschaftliche Lage daher wieder verschlechtern dürfte. Erst im Bundestagswahljahr 2013 ist wohl wieder mit einer großzügigen Erhöhung der Erlöse zu rechnen. Langfristig dürften sich indessen Selektivverträge durchsetzen. Für das einzelne Krankenhaus bedeutet dies Chance und Risiko zugleich.

Mittelfristig dürfte interessant werden, ob es zu einer Konvergenz der derzeit noch unterschiedlichen Landesbasisfallwerte (LBFW) kommen wird. Ein vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragtes Gutachten zur Analyse der Unterschiede soll bis Mitte 2012 vorliegen. Ferner werden sicherlich einige Bundesländer Gebrauch von Investitionspauschalen machen und ihre Investitionsfinanzierung für Krankenhäuser allmählich umstellen. Neue politische Konstellationen in den einzelnen Bundesländern könnten hier beschleunigend wirken.

Der vorliegende Report gibt einen Überblick über den aktuellen Krankenhausmarkt, untersucht die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser und erstellt einen Ausblick für das kommende Jahrzehnt. In *Abschnitt 2* untersuchen wir den gesamten Krankenhausmarkt und erstellen Hochrechnungen zur Zahl der Fälle und zum Bettenbedarf unter Berücksichtigung der Alterung der Gesellschaft, wachsender Prävalenzraten, z.B. durch medizinisch-technischen Fortschritt, und eines ambulanten Potenzials.

Abschnitt 3 analysiert und prognostiziert die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser. Zentrale Kennziffern sind die Ein-Jahres-Ausfallwahrscheinlichkeit (PD), die aus der Verknüpfung verschiedener finanzieller Kennzahlen resultiert.

Krankenhaus Rating Report 2011

Dazu gelang es, 687 Jahresabschlüsse aus 2008 und 366 aus 2009 zu untersuchen. Sie umfassen 2008 insgesamt 1 035 Krankenhäuser bzw. rund 50% des Gesamtmarkts. *Abschnitt 4* beinhaltet ausgewählte Sonderanalysen (i) erstmalig zu freigemeinnützigen, (ii) zu kommunalen Krankenhäusern, (iii) zur Lage der Krankenhäuser der Grundversorgung in ländlichen Gebieten, (iv) zur Lage in den Bundesländern und (v) zu ausgewählten Elementen der Marktkonsolidierung. *Abschnitt 5* diskutiert Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen für die Politik und Krankenhäuser. Im Anhang finden sich neben weiteren Schaubildern Bilanzbenchmarks für ausgewählte Untergruppen (Größe, Trägerschaft u.a.).

2. Der Krankenhausmarkt

2.1 Status quo

2.1.1 Marktübersicht

Der deutsche Gesundheitsmarkt erreichte im Jahr 2009 ein Volumen von rund 277 Mrd. € und damit 14 Mrd. € bzw. 5,2% mehr als 2008. Es handelt sich um das größte Wachstum in den vergangenen 15 Jahren. Gleichzeitig brach das Bruttoinlandsprodukt in Folge der Finanzkrise stark ein, sodass die Gesundheitsausgaben 2009 erstmals 11,5% des BIP ausmachten – nach 10,5% im Vorjahr. 25,6% davon entfielen auf den Krankenhausektor (71 Mrd. €); (Schaubild 1). Dies ist durchaus beachtlich, vergegenwärtigt man sich die Größenordnung der die Wirtschaft prägenden Sektoren wie die Automobilindustrie mit 317 Mrd. € Umsatz 2009 oder den Maschinenbau mit 177 Mrd. € (Statistisches Bundesamt 2011f).¹

Der Anteil des Krankenhausmarkts an den gesamten Gesundheitsausgaben ist leicht rückläufig. 1997 betrug er 27,2%, 2009 noch 25,6% (Schaubild 2). Ein Grund ist das deutliche Wachstum des Pflegemarkts (Schaubild 1). Dieser dürfte aufgrund der Alterung der Bevölkerung auch in Zukunft hohe Zuwachsraten aufweisen (Augurzky et al. 2009a). Ein weiterer Grund ist der überproportionale Zuwachs bei Arztpraxen sowie Apotheken inkl. Arzneimittel. Die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) trugen 2009 82,5% der Ausgaben des Krankenhausektors, die privaten 10,3%. Die restlichen Ausgaben übernahmen Arbeitgeber, private Haushalte, die Gesetzliche Unfallversicherung und öffentliche Haushalte.

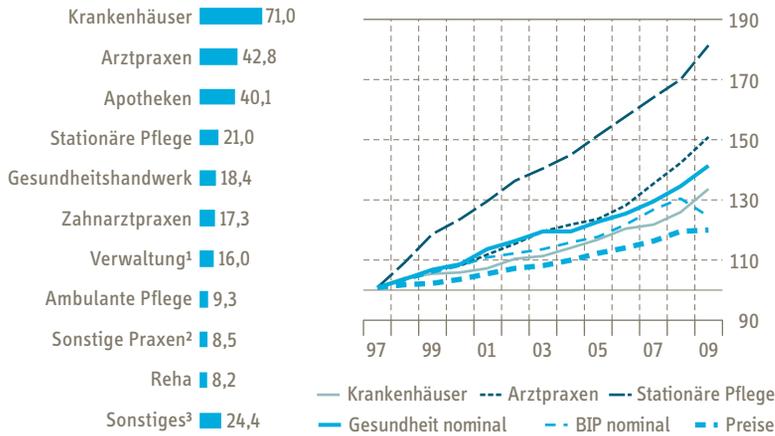
¹ Nach 331 Mrd. € in der Automobilbranche 2008 und 211 Mrd. € im Maschinenbau 2008.

2. Der Krankenhausmarkt

Schaubild 1

Marktvolumen

2009 (in Mrd. €) und Änderung 1997-2009 (1997 = 100)



Summe: 277 Mrd. €

¹Davon vor allem Verwaltungsausgaben der Krankenkassen. – ²Praxen sonstiger medizinischer Berufe: physio-, sprach-, ergo- und musiktherapeutische Praxen, Massagepraxen, Praxen von Hebammen, Heilpraktikern oder medizinischen Fußpflegern. – ³Investitionen (Krankenhausfördermittel, Mittel für Pflegeheime u.a.), Gesundheitsschutz, Rettungsdienste, sonst. Einrichtungen und private Haushalte. – Gesamtkosten ohne Kosten fürs Ausland; Quelle: Statistisches Bundesamt (2011e); ADMED/HCB/RWI.

2.1.2 Leistungen

Zwischen 2005 und 2009 nahm die Zahl stationärer Fälle um 7,7% von 16,5 auf 17,8 Mill. zu (Schaubild 3).² Die Zahl der ambulanten Operationen nach §115b SGB V stieg besonders stark an: seit 2005 um 32%, seit 2002 sogar um 215% (Statistisches Bundesamt 2011b). Die Zahl der Krankenhausfälle je Einwohner fällt regional jedoch sehr unterschiedlich aus (Karte 1 und Schaubild 4).³ Die ausgewiesenen Werte wurden dabei bereits um unterschiedliche Altersstrukturen und Geschlechterverhältnisse der Regionen angepasst. Baden-Württemberg und die Stadtstaaten weisen die geringste Zahl auf. Relativ gering fallen sie auch in

² Auf Grund des Umstiegs auf DRG im Jahr 2004, und des damit einhergehenden Systemwechsels betrachten wir häufig nur den Zeitraum 2005 bis 2009, um Sondereffekte durch den Systemwechsel auszuschließen.

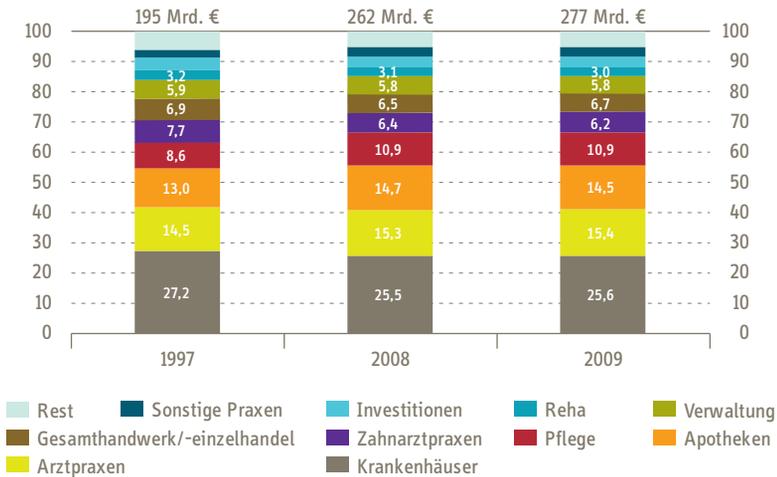
³ Im Folgenden beziehen sich einige Analysen auf das Jahr 2008 statt auf 2009, weil für sie auf die Originaldaten des Statistischen Bundesamts zurückgegriffen werden muss. Die Originaldaten stehen jedoch derzeit nur für 2008 zur Verfügung.

Krankenhaus Rating Report 2011

Schaubild 2

Verteilung der Gesundheitsausgaben

1997 und 2009; Anteil in %



Rest: Gesundheitsschutz, sonstige Einrichtungen, Rettungsdienste, sonstige Einrichtungen und private Haushalte, ohne Kosten fürs Ausland. – Quelle: Statistisches Bundesamt (2011e); ADMED/HCB/RWI.

Schleswig-Holstein, Hessen und Niedersachsen aus. Sehr hohe Werte findet man dagegen in Thüringen, Sachsen-Anhalt, Brandenburg und im Saarland. Leicht überdurchschnittliche Werte liegen in Rheinland-Pfalz, Nordrhein-Westfalen und Mecklenburg-Vorpommern vor.

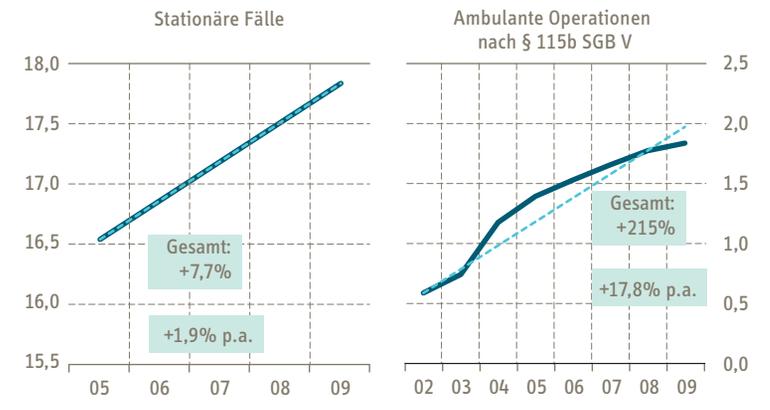
Über die Gründe dieser relativ großen Unterschiede in der Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen ist bisher wenig bekannt. Erste Untersuchungen auf Basis des Sozioökonomischen Panels (SOEP) ergeben interessante Einsichten (Gülker und Schmitz 2011). Das SOEP ist ein repräsentativer Haushaltsdatensatz mit jährlich etwa 20 000 Befragten seit 1984. Es enthält Fragen unter anderem zu Gesundheitszustand und -verhalten, Krankenhausaufenthalten sowie zum sozioökonomischen Status.

Ähnliche regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen wie in der Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamts zeigen sich auch im SOEP. Die Unterschiede nehmen um rund 16% ab, wenn man die Alters- und Geschlechtsstruktur der Bundesländer heraus rechnet. Berücksichtigt man

2. Der Krankenhausmarkt

Schaubild 3

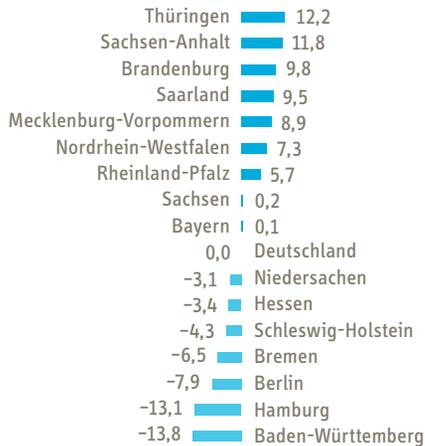
Zahl der stationären Fälle und der ambulanten Operationen
2005 bis 2009; in Mill.



Quelle: Statistisches Bundesamt (2011b), ADMED/HCB/RWI.

Schaubild 4

Um Alter und Geschlecht bereinigte Zahl der stationären Fälle je Einwohner
2008; Abweichung vom Bundesdurchschnitt in %

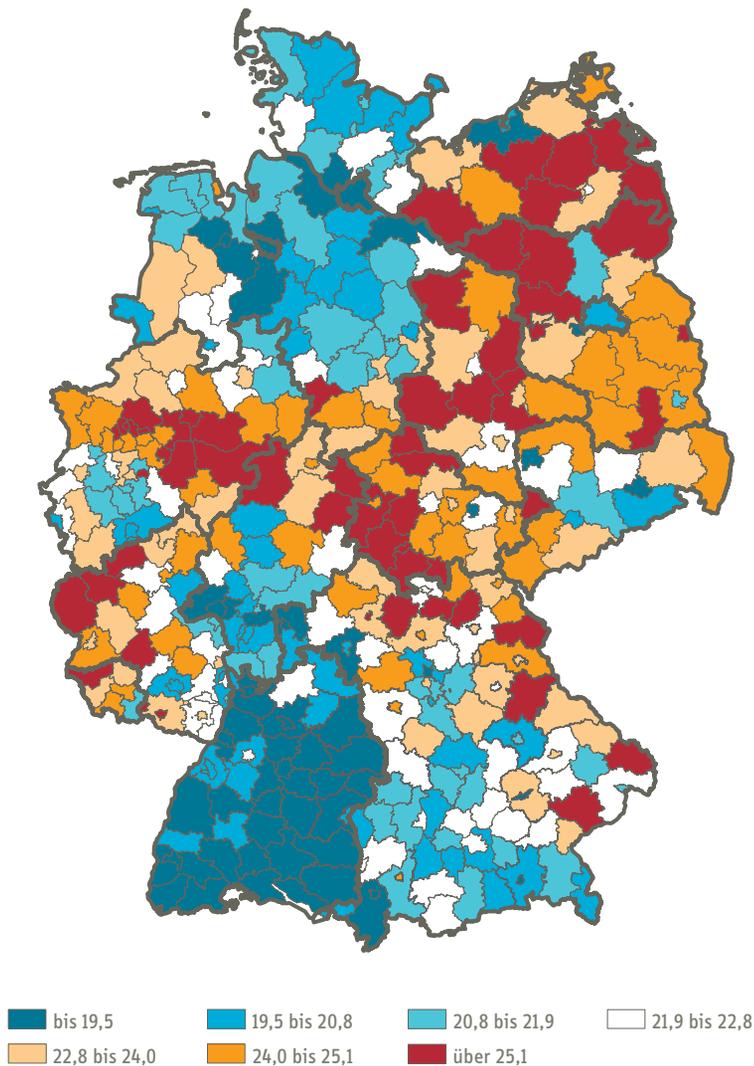


Bereinigung nach Alter und Geschlecht der Patienten; Fälle nach Wohnort. –
Quelle: ADMED/HCB/RWI; FDZ (2011)

Krankenhaus Rating Report 2011

Karte 1

Um Alter und Geschlecht bereinigte Zahl der stationären Fälle je Einwohner
2008; pro 100 Einwohner



Bereinigung nach Alter und Geschlecht der Patienten; Fälle nach Wohnort. –
Quelle: ADMED/HCB/RWI; FDZ (2011)

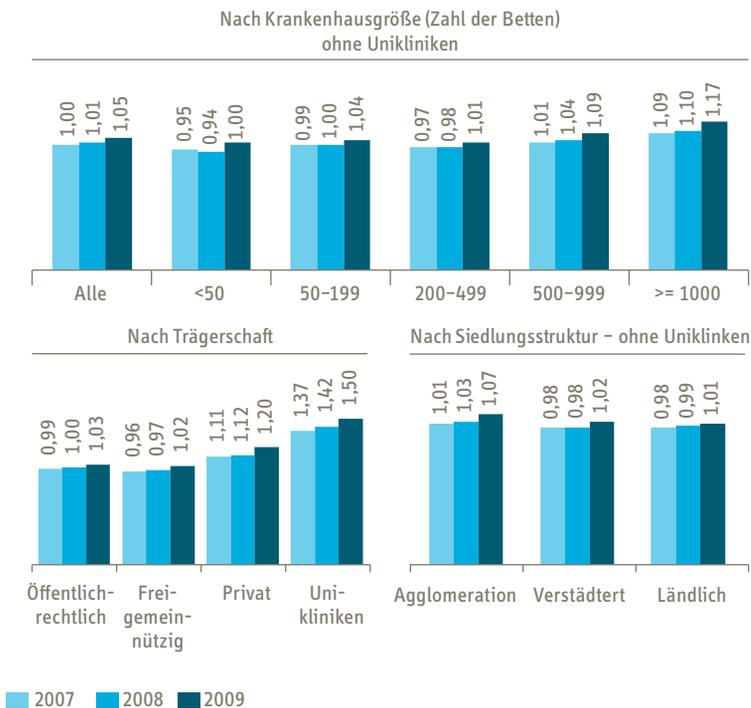
2. Der Krankenhausmarkt

außerdem den subjektiv empfundenen Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und den sozioökonomischen Status der Befragten lassen sich insgesamt 36% der Unterschiede erklären. Fügt man schließlich angebotsseitige Faktoren wie Bettendichte, Hausarzt- und Facharztdichte hinzu, erreicht die Erklärungskraft 41%. Dabei ist die Hausarztdichte positiv, die Facharztdichte indessen negativ mit der Inanspruchnahme korreliert. Aber immerhin bleiben fast 60% der regionalen Unterschiede nach aktuellem Forschungsstand unerklärt. Einerseits stellt sich somit die Frage nach effektiveren Steuerungsmechanismen, andererseits besteht weiterer Forschungsbedarf.

Schaubild 5

CMI nach Größe, Trägerschaft und Siedlungsstruktur

2007 bis 2009



1417 Krankenhäuser, davon Unikliniken: 31. – Quelle: ADMED/HCB/RWI; WIdO (2011); Statistisches Bundesamt (2008a), (2009b) (2010c) (2011b); BBR (2010)

Krankenhaus Rating Report 2011

Wie hoch die gesamten stationären Kosten ausfallen, hängt wesentlich von der Schwere der Erkrankungen und den Preisen ab. Der Schweregrad der Fälle (Case-mix Index, CMI) nimmt mit der Größe des Krankenhauses zu und lag 2009 zwischen 1,05 und 1,17. Universitätskliniken sind dabei heraus gerechnet. Ihr durchschnittlicher CMI fällt mit 1,50 deutlich größer aus (Schaubild 5). Krankenhäuser in privater Trägerschaft besitzen einen deutlich höheren CMI als solche in nicht-privater Trägerschaft. In ländlichen Regionen liegt der CMI leicht niedriger als in Agglomerationsräumen (ohne Universitätskliniken).

Über 50% aller stationären Fälle fallen in fünf ICD-Kapitel⁴: „Kreislaufsystem“, „Neubildungen“, „Verdauungssystem“, „Verletzungen, Vergiftungen und äußere Ursachen“ sowie „Muskel-Skelett-System und Bindegewebe“ (Schaubild 6). Die größte Zunahme der Zahl der Fälle erlebten zwischen 2005 und 2008 die ICD-Kapitel „Symptome und abnorme klinische Befunde“, „Infektionen“, „Muskel-Skelett-System und Bindegewebe“, „Krankheiten des Blutes“ sowie „Haut“ (Schaubild 7). Die nach Fällen bemessen drei größten Fachabteilungen waren 2008 die „Innere Medizin“, die „Chirurgie“ und die „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“; auf sie entfielen 67% aller Fälle (Schaubild 8). Das größte Wachstum zwischen 2005 und 2008 erlebten die „Herzchirurgie“, „Neurologie“ und die „Plastische Chirurgie“ (Schaubild 9).

Gemessen an der Zahl der Direktüberweisungen von Krankenhäusern in die Rehabilitation scheint die Integration des akutstationären mit dem Reha-Sektor bis 2006 zuzunehmen, danach jedoch zu stagnieren. Während 1997 nur 1,9% aller Patienten in eine Rehabilitationseinrichtung direkt überwiesen wurden, waren es 2006 schon 4,0% (Schaubild 10). Die Überweisungen in Pflegeheime nahmen dagegen zwischen 2002 und 2009 kontinuierlich zu: 2002 fanden nur 0,3% der Patienten nach dem Krankenhausaufenthalt ihren Weg in ein Pflegeheim, 2009 schon 1,4% (Schaubild 11). Ein Teil dieses Anstiegs dürfte der sich ändernden Altersstruktur der Patienten geschuldet sein.

In Bezug auf die Aufnahmeanlässe in Krankenhäusern gewinnt der Notfall an Bedeutung, während immer weniger Patienten durch einen Arzt eingewiesen werden (Schaubild 12). Welche Gründe dahinter liegen und ob es sich tatsächlich immer um echte Notfälle handelt, bleibt dabei offen⁵.

⁴ Bei der International Classification of Diseases (ICD) handelt es sich um eine internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. Derzeit findet das System ICD-10 Verwendung.

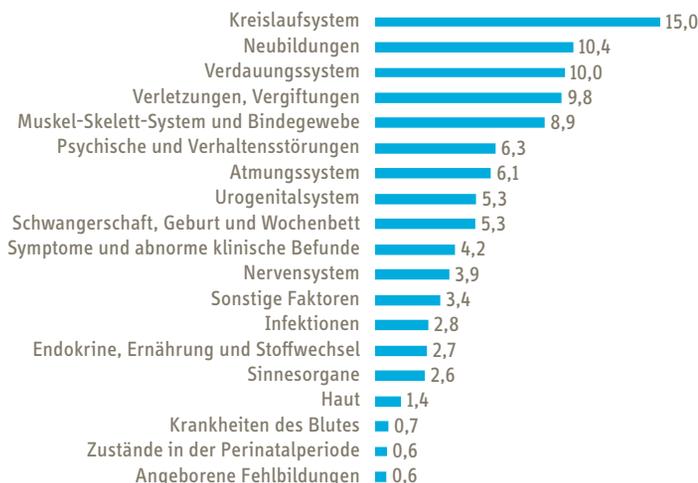
⁵ So gelten z.B. Selbsteinweisungen nach offizieller Dienstzeit auch als Notfälle.

2. Der Krankenhausmarkt

Schaubild 6

Hauptdiagnosen nach ICD-10

2008; Anteil in %

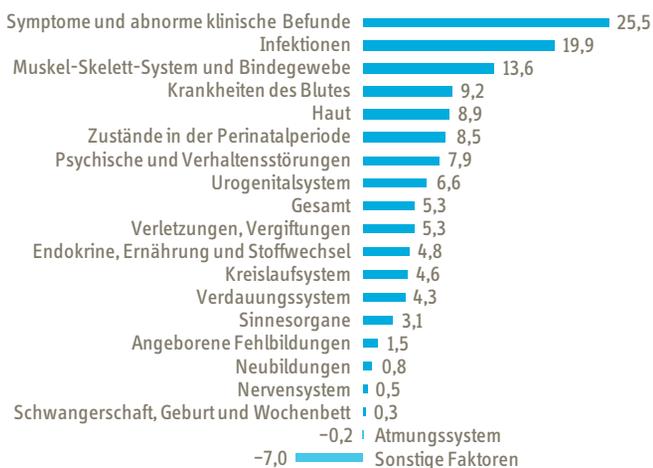


Quelle: ADMED/HCB/RWI; FDZ (2011)

Schaubild 7

Veränderung der Zahl der Fälle nach ICD-10

2005 bis 2008; Anteil in %



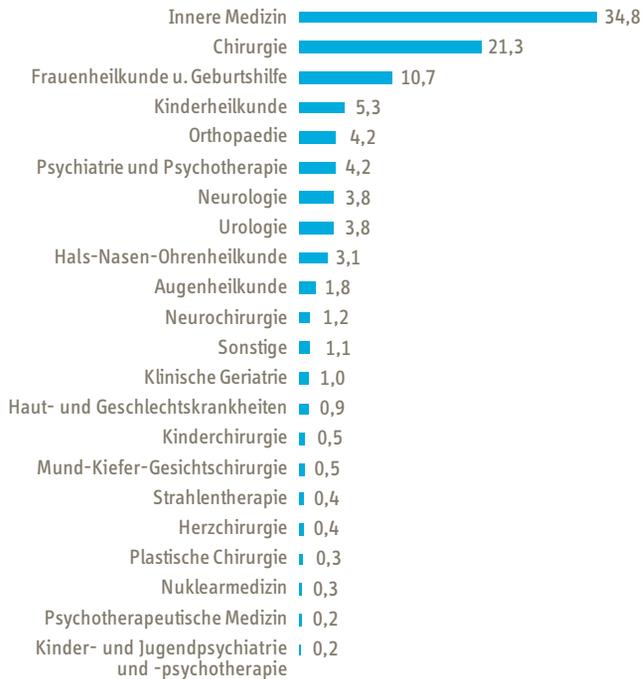
Quelle: ADMED/HCB/RWI; FDZ (2011)

Krankenhaus Rating Report 2011

Schaubild 8

Zahl der Fälle nach Fachabteilungen

2008; Anteil in %



Quelle: ADMED/HCB/RWI; FDZ (2011)

2.1.3 Preise

Mittlerweile werden alle Krankenhäuser eines Bundeslands nach einem einheitlichen LBFW vergütet. Die LBFW sind zwischen 2005 und 2009 im Durchschnitt um rund 3,7% angehoben worden. Der durchschnittliche CMI stieg um 5,2%. Mithin ist das Erlöswachstum der Krankenhäuser in diesem Zeitraum nur zu 21% auf steigende Preise (LBFW), zu 36% auf steigende CMI und zu 43% auf eine steigende Zahl der Fälle zurückzuführen.

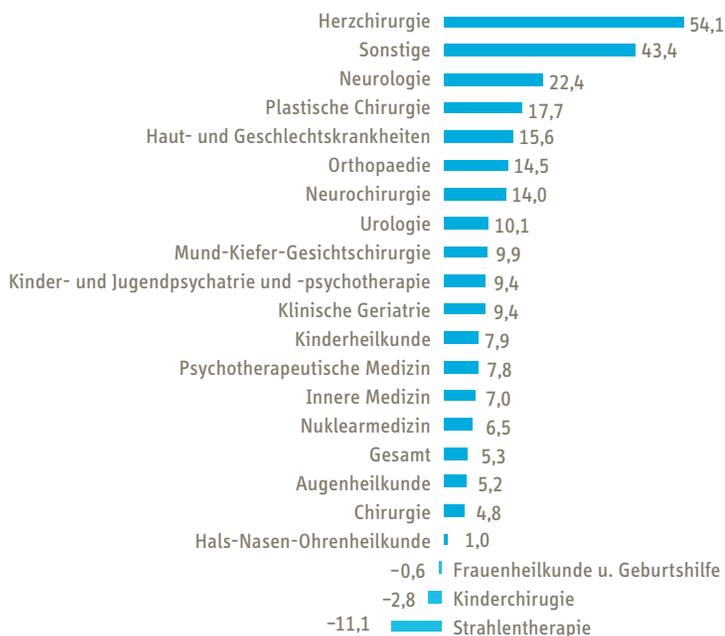
Mit dem KHRG 2009 wurden erste Schritte zur Bundeskonvergenz eingeleitet. 2010 startete diese Konvergenz der LBFW hin zu einem Korridor um den Bundesbasisfallwert (BBFW). Bis 2014 konvergieren alle LBFW außerhalb dieses Korridors schrittweise auf die Korridor Grenzen. Die obere Korridor Grenze liegt 2,5% über

2. Der Krankenhausmarkt

Schaubild 9

Veränderung der Zahl der Fälle nach Fachabteilungen

2005 bis 2008; Anteil in %



Quelle: ADMED/HCB/RWI; FDZ (2011)

dem BFFW, die untere 1,25% darunter. Schaubild 13 zeigt die Verteilung der LBFW nach Bundesländern im Jahr 2011.⁶ Bei dieser Konstellation werden die LBFW von Rheinland-Pfalz und dem Saarland bis 2014 schrittweise auf den oberen Korridorwert abgesenkt. Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Brandenburg, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Sachsen, Thüringen und Mecklenburg-Vorpommern können indessen mit einem steigenden LBFW und damit steigender Vergütung rechnen (Schaubild 14).

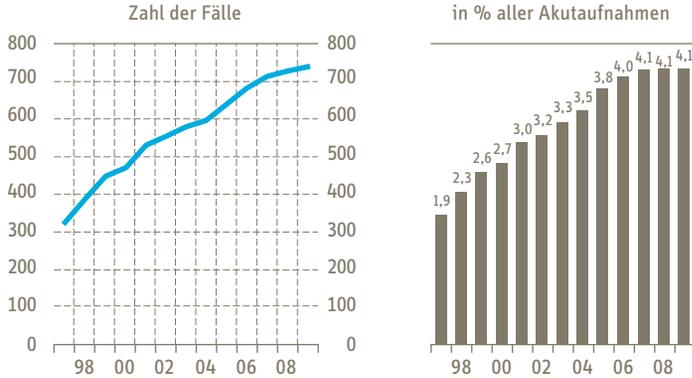
Die Höhe des LBFW ist jedoch nicht allein ausschlaggebend für hohe Krankenhauskosten. Unter Verwendung der Kostennachweise der Krankenhäuser (Statistisches Bundesamt 2011d) und nach Bereinigung um Patientenwanderungen ergibt sich je Einwohner ein anderes Bild (Schaubild 15). Die Krankenhauskosten je Einwohner

⁶ Für Berlin lag noch kein LBFW 2011 vor. Er wurde daher geschätzt.

Krankenhaus Rating Report 2011

Schaubild 10

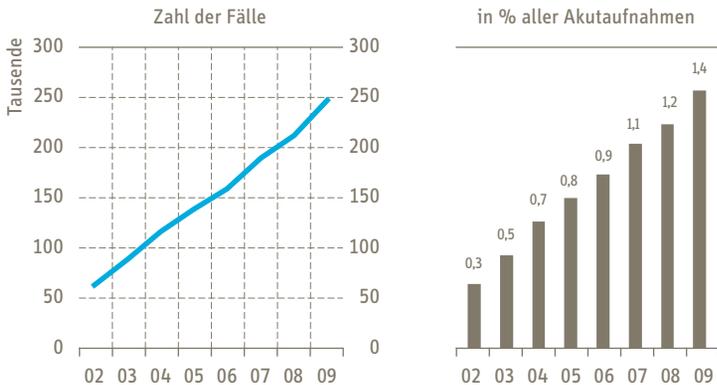
Direktüberweisungen aus Akutkrankenhäusern in Rehabilitationseinrichtungen
1997 bis 2009



Als Direktüberweisungen gelten auch Anschlussheilbehandlungen, die bis zu 6 Wochen nach dem Akutaufenthalt stattfinden. – Quellen: ADMED/HCB/RWI; Statistisches Bundesamt (2011b), (2011c)

Schaubild 11

Direktüberweisungen aus Akutkrankenhäusern in Pflegeheime
2002 bis 2009



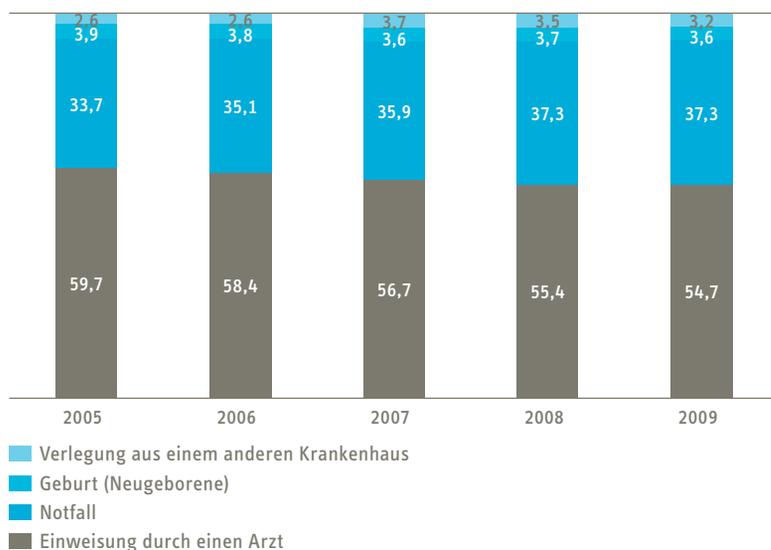
Quellen: ADMED/HCB/RWI; Statistisches Bundesamt (2011b).

2. Der Krankenhausmarkt

Schaubild 12

Aufnahmeanlässe in die akutstationäre Behandlung

2005 bis 2009



Als fünfter Aufnahmeanlass gilt nach einer Reha(vor)behandlung, die jedoch unter 1 Promille aller Aufnahmen ausmacht. – Quelle: ADMED/HCB/RWI; Statistisches Bundesamt (2010).

sind im Saarland mit 988 € pro Jahr am höchsten, gefolgt von Sachsen-Anhalt und Bremen. Am niedrigsten fallen sie in Niedersachsen, Berlin und Baden-Württemberg aus, wo sie mit 717 € um 28% geringer sind als im Saarland.

2.1.4 Kosten

Der Trend eines sinkenden Personal- und im Gegenzug steigenden Sachkostenanteils setzte sich 2009 fort (Schaubild 16). 2002 betrug der Personalkostenanteil noch 65,2%, 2009 waren es 60,2%. Der Anteil der Sachkosten nahm von 33,7% auf 38,5% zu. Bezogen auf die Zahl der Fälle stiegen die Sachkosten in diesem Zeitraum um 40%, die Personalkosten „nur“ um 13%. Wir vermuten dahinter Personalabbau im Rahmen betriebswirtschaftlicher Optimierungen, u.a. in Form von Outsourcing von Dienstleistungen.

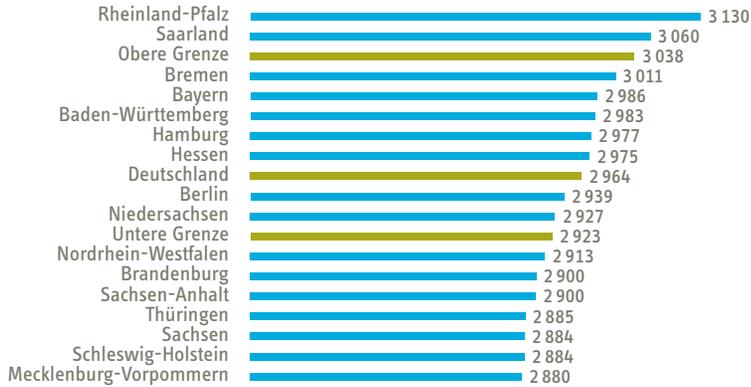
Auf den Pflegedienst entfällt mit 32,3% der größte Teil der Personalkosten, gefolgt vom ärztlichen Dienst mit 28,5% (Schaubild 17). Medizinisch-technischer und Funktionsdienst machen zusammen 23,3% der Personalkosten aus. Noch 1999 lag

Krankenhaus Rating Report 2011

Schaubild 13

Landesbasisfallwerte der Bundesländer

2011; in €

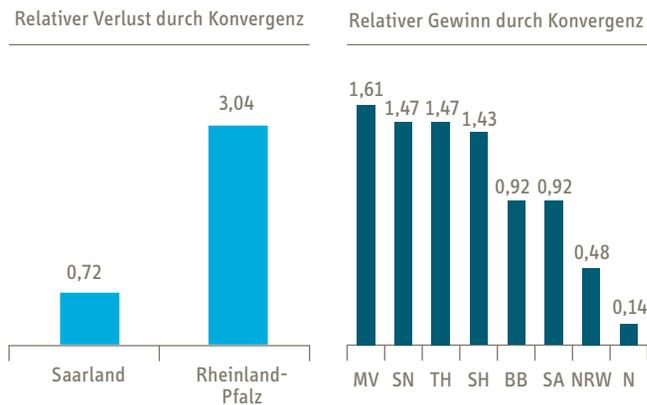


Landesbasisfallwerte ohne Ausgleiche und ohne Kappung; LBFW für Berlin geschätzt: Erhöhung des LBFW um 0,4% = durchschnittliche Erhöhung in den anderen Bundesländern. – Quelle: ADMED/HCB/RWI; AOK-Bundesverband (2011a)

Schaubild 14

Relative Änderung des Landesbasisfallwerts bei Konvergenz zu Korridorgrenzen

2011 bis 2014; in %



Anmerkung: Landesbasisfallwerte ohne Ausgleiche und ohne Kappung; LBFW für Berlin geschätzt: Erhöhung des LBFW um 0,4% = durchschnittliche Erhöhung in den anderen Bundesländern. – Quelle: ADMED/HCB/RWI; AOK-Bundesverband (2011).

2. Der Krankenhausmarkt

Schaubild 15

Bereinigte Kosten¹ je Einwohner nach Berücksichtigung von Patientenwanderungen

2009; in €

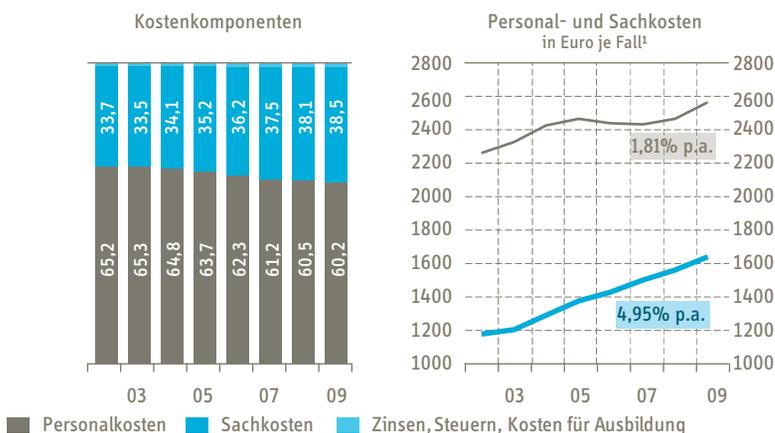


¹Umlegung der gesamten Kosten je Krankenhaus auf die Fälle, Bereinigung um Ambulanz, Forschung und Lehre sowie Anderes; inklusive Aufwendungen für Ausbildungsfonds. – Quelle: Statistisches Bundesamt (2011a), (2011d); RWI.

Schaubild 16

Personal- und Sachkosten

2002 bis 2009; Anteil in % bzw. in € je Fall



¹Fallzahl einschließlich Stundenfälle. – Quelle: ADMED/HCB/RWI; Statistisches Bundesamt (2011b), (2011d)

Krankenhaus Rating Report 2011

Schaubild 17

Verteilung der Personalkosten nach Dienstartern

1999 bis 2009; Anteil in %



■ Pflegedienst
 ■ Ärztlicher Dienst
 ■ Medizinisch-technischer Dienst
■ Funktionsdienst
 ■ Sonstiges Personal

Sonstige Dienste = klinisches Hauspersonal, technischer, Verwaltungs-, Wirtschafts- und Versorgungsdienst, Sonderdienste, sonstiges Personal, nicht zurechenbare Personalkosten.
 – Quelle: ADMED/HCB/RWI; Statistisches Bundesamt (2011d)

der Anteil des Pflegedienstes mit 39,4% fast doppelt so hoch wie der des ärztlichen Dienstes (21,6%). Der Kostenanteil des Pflegedienstes sank um 7,1%-Punkte, während der des ärztlichen Dienstes um 6,9%-Punkte anstieg. Dies erklärt sich durch eine starke Zunahme der Zahl der ärztlichen Vollzeitkräfte und der Vergütung der Ärzte bei gleichzeitigem Abbau des Pflegedienstes.

Zwischen 1999 und 2009 nahm die Zahl der Ärzte (Vollkräfte) um 23 000 bzw. 21% zu, während die Zahl der Pflegekräfte um rund 31 000 bzw. 9% sank (Schaubild 18). Eine leichte Zunahme um 4% ist beim medizinisch-technischen Dienst festzustellen. Der Anteil des Funktionsdienstes wuchs indessen um 11%. Ein sehr erheblicher Rückgang war bei den sonstigen Diensten zu verzeichnen (-22%), darunter klinisches Hauspersonal, Wirtschafts- und Versorgungsdienste, technischer Dienst, Verwaltungsdienst und Sonderdienst. Dies untermauert die Vermutung, dass Outsourcing eine zunehmende Rolle spielt.

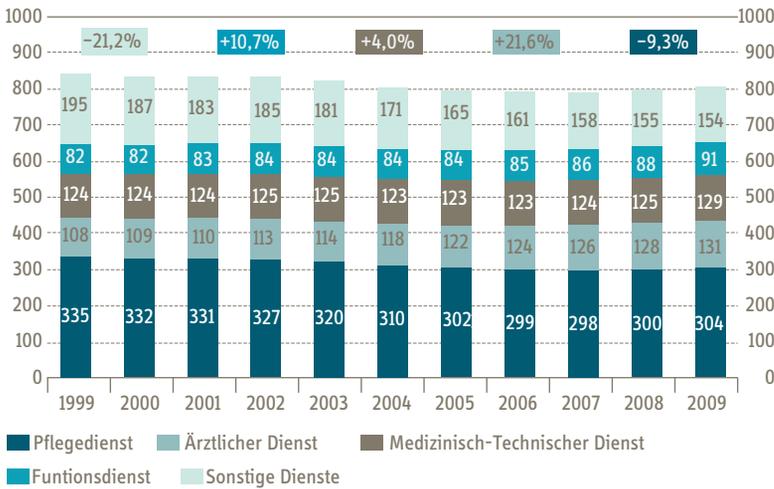
Die jährliche Zunahme im ärztlichen Dienst lag zwischen 1999 und 2009 bei 2,0%. Sie hatte sich nach Einführung des DRG-Systems 2004 und 2005 kurzzeitig auf über 3% erhöht. Vor allem aber die Umsetzung von neuen Arbeitszeitgesetzen seit

2. Der Krankenhausmarkt

Schaubild 18

Personaleinsatz in Krankenhäusern nach Dienstart

1999 bis 2009; in 1 000 Vollkräfte



Sonstige Dienste = klin. Hauspersonal, technischer, Verwaltungs-, Wirtschafts- und Versorgungsdienst, Sonderdienste, sonstiges Personal. – Quelle: ADMED/HCB/RWI; Statistisches Bundesamt (2011b)

2004, die Begrenzung der Regelarbeitszeit und die stärkere Berücksichtigung der Bereitschaftsdienste als Regelarbeitszeit dürften einen bedeutenden Anteil daran haben.

Im Pflegedienst wurden bis 2007 im Durchschnitt jährlich 1,4% der Stellen abgebaut, seitdem jedoch pro Jahr 0,9% wieder aufgebaut. Gründe für den Abbau bis 2007 dürften unter anderem Betriebsoptimierungen und der erhebliche Rückgang der Verweildauer der Patienten im Krankenhaus sein. Mit einer geringeren Verweildauer sinkt ceteris paribus der Pflegeaufwand. Die Ergebnisse von Werblow und Schoffer (2010) zeigen sogar, dass es nach Berücksichtigung zahlreicher Einflussfaktoren, wie Bettenabbau, Rückgang der Pflegetage und steigende Personalkosten, sogar einen signifikanten Trend zum Aufbau von Pflegepersonal gibt. Ein Grund für den starken Anstieg zwischen 2008 und 2009 dürfte in dem vom KHRG in die Wege geleiteten Pflegeprogramm zu finden sein.

Die Kosten je Vollkraft stiegen am deutlichsten im ärztlichen Dienst: zwischen 2002 und 2009 um 22,5%, dabei besonders stark seit 2007 (Schaubild 19). Im Pflegedienst belief sich der Anstieg auf 11,5%, im medizinisch-technischen Dienst auf

Krankenhaus Rating Report 2011

15,4%, im Funktionsdienst auf 11,2%. Die sonstigen Dienste verzeichneten einen nur moderaten Anstieg, wobei es allerdings innerhalb der sonstigen Dienste zu Verschiebungen gekommen ist.

Fast die Hälfte der Sachkosten ist auf den medizinischen Bedarf zurückzuführen (Schaubild 20). Der Rest verteilt sich auf pflegesatzfähige Instandhaltungen, Wirtschaftsbedarf, Wasser und Energie, Verwaltungsbedarf, Lebensmittel und Sonstiges. Dabei nahm der Anteil der sonstigen Kosten zu, darunter Kosten für Mieten und Pachten, Sachaufwand der Fort- und Weiterbildung, Prämien im Rahmen des betrieblichen Vorschlagswesens u.a. Im Gegensatz zu den Personalkosten liegen keine Angaben zu den Mengen vor. Es ist aber zu vermuten, dass keine großen Verschiebungen innerhalb der Sachkosten erfolgten.

2.1.5 Fördermittel

Die gesamten KHG-Fördermittel stiegen 2009 erstmals um 6,5% auf 2,85 Mrd. € (DKG 2010), nachdem sie im Vorjahr nur um 0,8%. Ob damit der langfristige Trend schrumpfender Mittel durchbrochen ist, darf jedoch stark bezweifelt werden. Es dürfte sich 2009 vielmehr um eine antizyklische Stabilisierungsmaßnahme als Folge der Finanzkrise gehandelt haben. Eine weitere Erhöhung der Fördermittel ist gerade vor dem Hintergrund der 2009 implementierten „Schuldenbremse“ von Bund und Ländern zur Reduktion der öffentlichen Haushaltsdefizite unwahrscheinlich. Die Erhöhung der Fördermittel 2009 verteilt sich völlig unterschiedlich auf die einzelnen Bundesländer (Schaubild 21). Besonders hoch fiel sie in Niedersachsen, Hessen, Berlin und Baden-Württemberg aus. Eine erhebliche Reduktion war in Sachsen, im Saarland und in Sachsen-Anhalt zu verzeichnen.

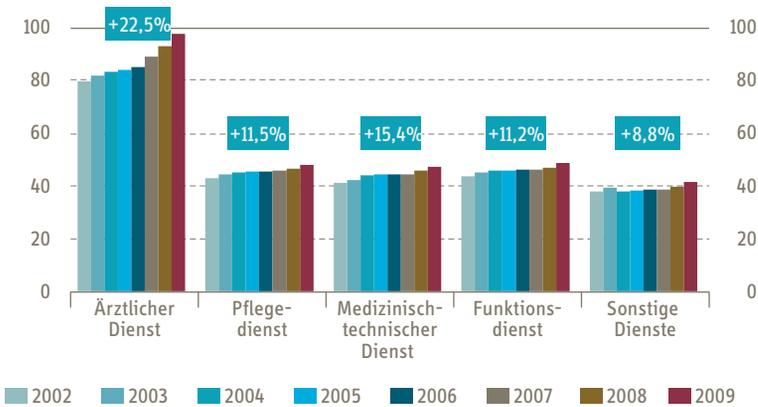
Anfang der neunziger Jahre betragen die gesamten KHG-Mittel nominal noch 3,6 Mrd. €. Rechnet man in Preisen von 2009, entsprachen sie einem realen Wert von 5,1 Mrd. € (Schaubild 22). Seitdem erreichte die höchste kumulierte Förderung unter den westdeutschen Bundesländern – in Preisen von 2009 – Bayern mit 6 275 € je Fall (Schaubild 23). Dabei sind nur Krankenhäuser, die im Krankenhausplan der Länder aufgenommen sind, berücksichtigt. Für ostdeutsche Länder liegen die Werte zwischen 8 000 € und 9 600 €. Allerdings mussten sie seit 1991 den größten Rückgang (-74%) hinnehmen. Ebenfalls ein hoher Rückgang ist in Bayern (-60%), dem Saarland (-64%), Nordrhein-Westfalen (-56%) und Bremen (-71%) festzustellen. Am geringsten ist der Rückgang in Schleswig-Holstein (-28%), Hamburg (-19%) und Hessen (-17%).

2. Der Krankenhausmarkt

Schaubild 19

Personalausgaben nach Dienstart

2002 bis 2009; in 1 000 € je Vollkraft



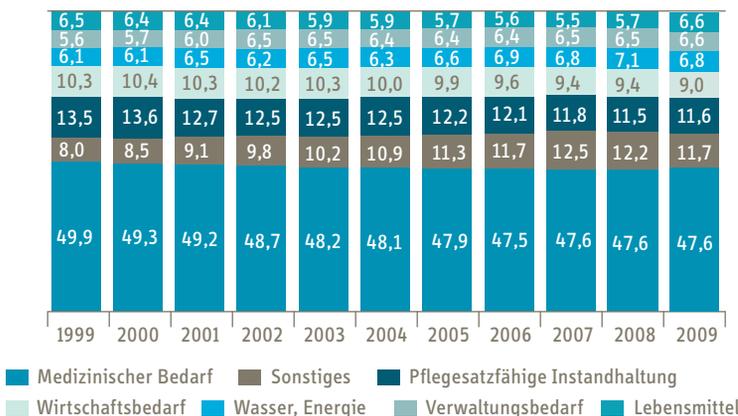
Zum Vergleich: Verbraucherpreisindex 2002 bis 2007: +11,6%

Bis 2002 Nettoprinzip, nicht-pflegesatzfähige Kosten nicht enthalten, daher kein Vergleich mit Daten vor 2001 möglich; Sonstige Dienste = klinisches Hauspersonal, technischer, Verwaltungs-, Wirtschafts- und Versorgungsdienst, Sonderdienste, sonstiges Personal. - Quelle: Statistisches Bundesamt (2011b), (2011d); ADMED/HCB/RWI.

Schaubild 20

Verteilung der Sachkosten auf Sachmittelarten

1999 bis 2009; Anteil in %



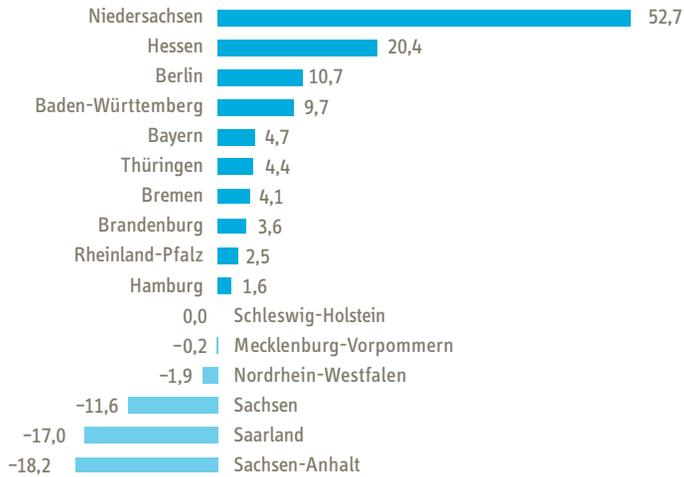
Sonstige = Zentraler Verw. und Gemeinschaftsdienst, sonst. Angaben, Versicherungen, wiederbeschaffte Gebrauchsgüter, sonstige Sachkosten. - Quelle: ADMED/HCB/RWI; Statistisches Bundesamt (2011d)

Krankenhaus Rating Report 2011

Schaubild 21

Veränderung der KHG-Fördermittel

2008 bis 2009; in %

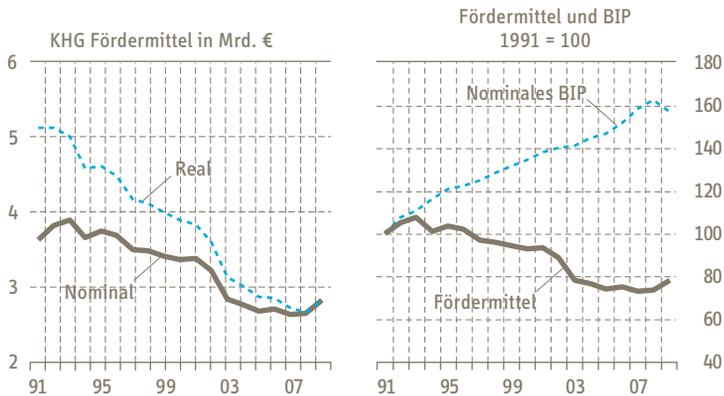


Quelle: ADMED/HCB/RWI; DKG (2010)

Schaubild 22

KHG-Fördermittel

1991 bis 2009; in Mill. €



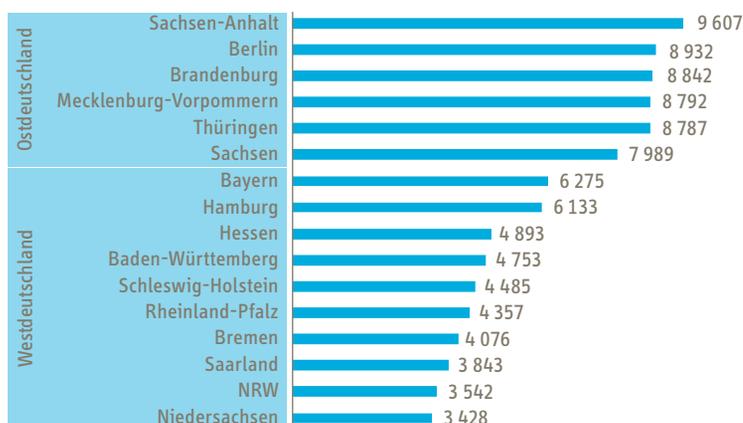
Quelle: ADMED/HCB/RWI; DKG (2010)

2. Der Krankenhausmarkt

Schaubild 23

Kumulierte KHG-Fördermittel¹ nach Bundesländern

1991 bis 2009; in € je Fall (in Preisen von 2009, nur Plankrankenhäuser)



¹In aktuellen Preisen, d.h. unter Beachtung der Inflation seit 1991. Fälle bezogen auf Behandlungsort, nicht Wohnort. – Quelle: ADMED/HCB/RWI; DKG (2010); Statistisches Bundesamt (2011b).

2009 betragen die durch Fördermittel getätigten Investitionen bundesweit rund 4,8% des Umsatzes der Krankenhäuser. Zur Abschätzung des Umsatzes greifen wir u.a. auf die bereinigten Kosten nach Bundesländern 1991 bis 2009 zurück (Statistisches Bundesamt 2011d). Diese Kosten sind um die Aufwendungen für die Ambulanzen und für wissenschaftliche Forschung und Lehre bereinigt. Ferner reduzieren wir den Kostenanteil der Universitätskliniken, die nach dem Hochschulbauförderungsgesetzes (HBFG) gefördert wurden. 2009 betrug der Anteil der Universitätskliniken an den bereinigten Kosten 13,8%. Je nach angenommener Höhe der erforderlichen Investitionsquote errechnet sich daraus seit 1991 eine jährliche Investitionslücke je Bundesland in Preisen von 2009. Zur Berechnung der kumulierten Investitionslücke schreiben wir die jährlichen Investitionslücken in Preisen von 2009 mit einer jährlichen Rate von 4% ab.⁷ Bei einer angenommenen erforderlichen Investitionsquote von 10%⁸ ergibt sich dann eine seit 1991 bis 2009

⁷ Dabei haben wir „Überinvestitionen“, die oberhalb der angenommenen erforderlichen Investitionsquote entstehen, wie dies z.B. in den neuen Bundesländern lange Zeit der Fall war und kumuliert heute noch der Fall ist, nicht gegengerechnet. Wahrscheinlich war dort der Investitionsbedarf wegen der schlechten Substanz in den ersten Jahren nach der Wende höher.

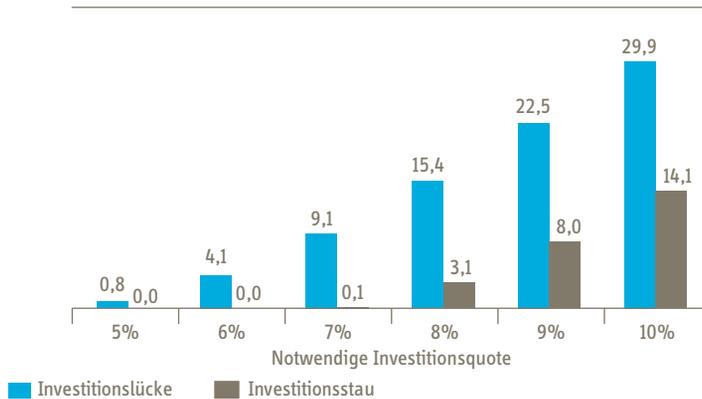
⁸ Wie die Jahresabschlüsse der großen privaten Klinikketten zeigen, investieren sie regelmäßig über 10% ihres Umsatzes.

Krankenhaus Rating Report 2011

Schaubild 24

Kumulierte Investitionslücke und Investitionsstau in Abhängigkeit von als notwendig erachteten Investitionsquoten

2009; in Mrd. € (in Preisen von 2009)

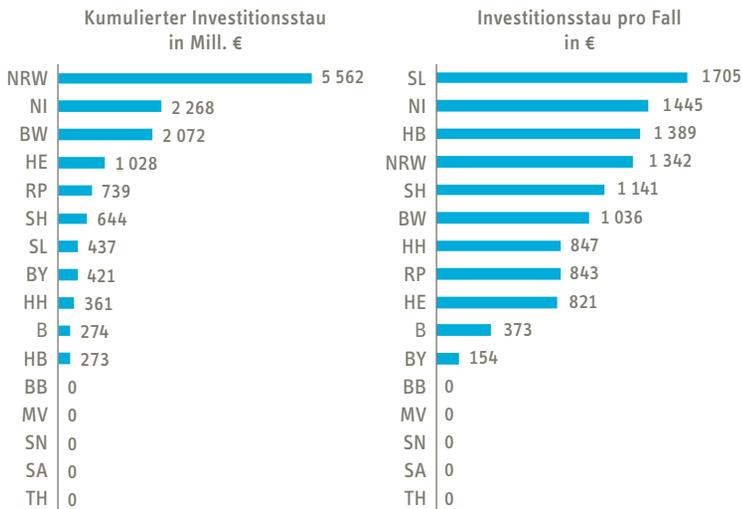


Berechnung über KHG-Mittel der Bundesländer pro Fall und Jahr in Preisen von 2009. – Quelle: ADMED / HCB / RWI; DKG (2010)

Schaubild 25

Kumulierte Investitionslücke und Investitionsstau nach Bundesländern

2009; in Mill. € (in Preisen von 2009)



Fälle bezogen auf Behandlungsort, nicht Wohnort. – Quelle: ADMED / HCB / RWI; DKG (2010)

2. Der Krankenhausmarkt

kumulierte Investitionslücke von 30 Mrd. €. Schaubild 24 zeigt die Höhe der Lücke in Abhängigkeit von angenommenen erforderlichen Investitionsquoten. Bei einer nötigen Investitionsquote von nur 9% belief sich die Lücke auf 22,5 Mrd. €.

Die Investitionslücke wurde in der Vergangenheit teilweise durch eigenfinanzierte Investitionen der Krankenhäuser geschlossen. Auf Grundlage der vorliegenden Bilanzdaten stellen wir fest, dass die Krankenhäuser im Jahr 2008 und 2009 jährlich etwa 2 Mrd. € aus Eigenmitteln investiert haben. Wir nehmen an, dass dies in der Vergangenheit auch der Fall war, allerdings in geringerem, über die Zeit steigendem Maße⁹. Damit belief sich der „tatsächliche“ Investitionsstau 2009 auf 14 Mrd. € bei einer insgesamt notwendigen Investitionsquote von 10% und auf 8 Mrd. € bei 9%. Auf Ebene der Bundesländer stellt Schaubild 25 die nicht geförderten Investitionslücken und den Investitionsstau bei einer als notwendig erachteten Investitionsquote von 10% dar. Eine sinkende Fördermittelquote schlägt sich auch in den in Kapitel 3 untersuchten Krankenhausbilanzen nieder. Der Anteil des geförderten am gesamten Anlagevermögen sank von 59% im Jahr 2006 auf 55% bis 56% 2009.

2.1.6 Kapazitäten

Der Abbau von Betten nahm 2009 ein Ende, ihre Zahl blieb weitgehend unverändert bei 503 000 (Schaubild 26). Bereits seit 2006 verlangsamte sich der Kapazitätsabbau. Im Vergleich zu 1999 gab es 2009 12% weniger Betten. Auch die Zahl der Krankenhäuser blieb nahezu konstant bei 2 084, 7,9% weniger als 1999. Dieser Rückgang ist allerdings kaum auf echte Schließungen zurückzuführen, sondern auf Fusionen, Übernahmen und Zusammenlegungen von Institutionskennzeichen der Krankenhäuser. Zwischen 2003 und 2007 ist über 90% des Rückgangs auf Fusionen oder Zusammenlegungen von Institutionskennzeichen von Krankenhäusern zurückzuführen (Augurzky et al. 2009b). Die Veränderung der Zahl der Krankenhäuser selbst sagt noch nicht viel über eine Konsolidierung des Krankenhausmarkts aus. Um darüber eine Aussage treffen zu können, ist es wichtig, die Zahl der Krankenhausträger näher zu untersuchen. Abschnitt 4.5 stellt eine Untersuchung für den Zeitraum 1995 bis 2007 dar.

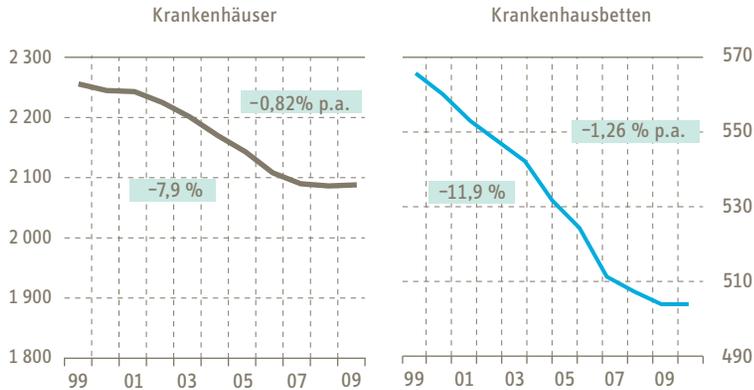
Auf Fachabteilungsebene war der Bettenabbau unterschiedlich stark (Schaubild 27). Überproportional betroffen waren die „Augenheilkunde“, „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“, „Hals-Nasen-Ohrenheilkunde“, „Mund-Kiefer-Gesichts-

⁹ Wir nehmen an, dass Anfang der neunziger Jahre noch nicht aus Eigenmitteln investiert wurde, danach allerdings mit wachsender Tendenz, Ende der neunziger Jahre bereits ungefähr die Hälfte des Wertes aus 2009.

Krankenhaus Rating Report 2011

Schaubild 26

Zahl der Krankenhäuser und Krankenhausbetten
1999 bis 2009



Quelle: ADMED/HCB/RWI; Statistisches Bundesamt (2011b).

chirurgie“ sowie „Kinderheilkunde“. Auf der anderen Seite erhöhte sich die Zahl der Betten u.a. in den Abteilungen „Klinische Geriatrie“, „Neurochirurgie“, „Neurologie“ und „plastische Chirurgie“.

Karte 2 zeigt die regionale Bettendichte 2008, gemessen als Zahl der Betten je 1 000 Einwohner. Sie wurde auf Ebene von Raumordnungsregionen (ROR), nicht auf Kreisebene erstellt. Damit versuchen wir Patientenströme in große Behandlungszentren zu berücksichtigen, die auf Kreisebene ansonsten sehr hohe Werte aufweisen würden, weil sie auch umliegende Regionen versorgen (z.B. Bremen, Hamburg oder Berlin). Dabei weisen große Teile von Nordrhein-Westfalen, Nord-Hessen, Rheinland-Pfalz, das Saarland, Thüringen, Sachsen-Anhalt und Teile Bayerns eine vergleichsweise hohe Bettendichte auf.

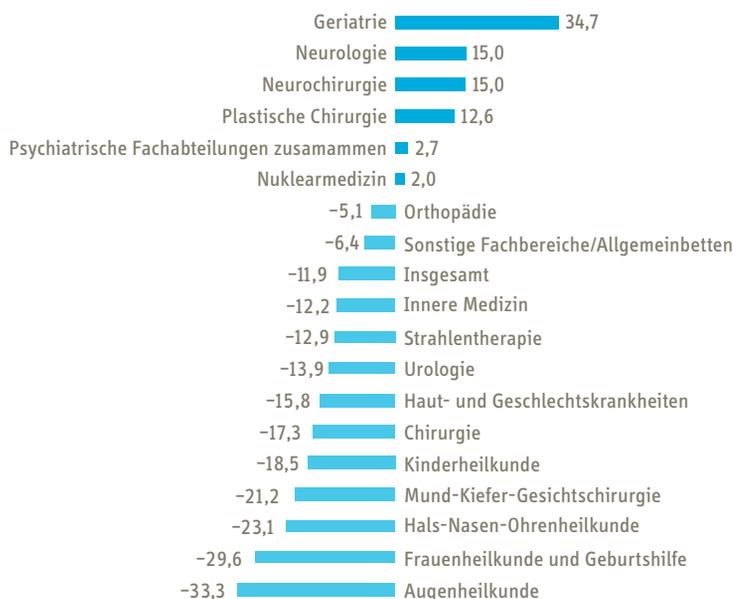
Verschiebungen bei den Marktanteilen nach Trägerschaften – gemessen an der Zahl der Betten – gab es 2008 und 2009 kaum. Private Krankenhäuser konnten ihren Marktanteil 2009 nur sehr leicht von 14,8% auf 15,5% erhöhen. Der Marktanteil öffentlich-rechtlicher Krankenhäuser sank von 50,1% auf 49,9%, während der Anteil freigemeinnütziger von 35,1% auf 34,6% fiel (Schaubild 28). Seit 2002 hat sich damit der Marktanteil der privaten Häuser um 7,3%-Punkte erhöht. Der Anteil privater Krankenhäuser ist regional allerdings sehr unterschiedlich: In Ostdeutschland, in Hamburg und in Teilen Schleswig-Holsteins, Niedersachsens, Hessens und im nördlichen Bayern ist er überdurchschnittlich hoch (Karte 3). Der Anteil freigemeinnütziger Krankenhäuser fällt dagegen in Niedersachsen, Nord-

2. Der Krankenhausmarkt

Schaubild 27

Veränderung der Zahl der Krankenhausbetten nach Fachabteilungen

1999 bis 2009; in %



Herzchirurgie wird zu Chirurgie gezählt, Kinderchirurgie wird zur Kinderheilkunde gezählt. -
Quelle: ADMED/HCB/RWI; Statistisches Bundesamt (2011b).

rhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz hoch aus (Karte 4). Entsprechend liegt im Süden und Osten der Anteil öffentlich-rechtlicher Häuser verhältnismäßig hoch (Karte 5).

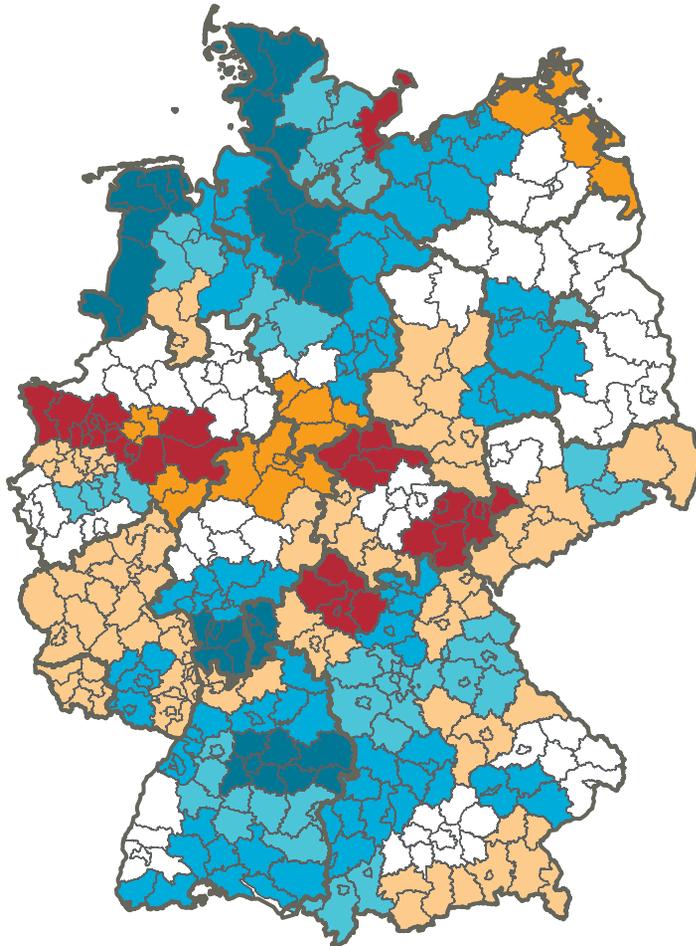
Die durchschnittliche Verweildauer nahm 2009 weiter ab, auf 8,0 Tage nach 8,1 Tagen im Vorjahr (Schaubild 29). Seit 1999 reduzierte sich die Verweildauer damit um 19,1%. Der Rückgang fand auch schon vor Einführung des DRG-Systems statt. Seit 2004 lässt sich entgegen den Erwartungen sogar eine leichte Verlangsamung des Rückgangs erkennen. Grund hierfür dürfte die parallel stattfindende Umschichtung von stationären zu ambulanten Fällen sein. Dies hat zur Folge, dass ehemals stationäre Fälle mit einer geringen Verweildauer mittlerweile zum Teil entfallen und sich damit die durchschnittliche Verweildauer erhöht. Der starke Rückgang der Verweildauer führte zwischen 1999 und 2006 trotz steigender Zahl der Fälle zu einem beachtlichen Rückgang der Belegungstage. Seit 2007 bleibt

Krankenhaus Rating Report 2011

Karte 2

Zahl der Krankenhausbetten

2008; je 1 000 Einwohner



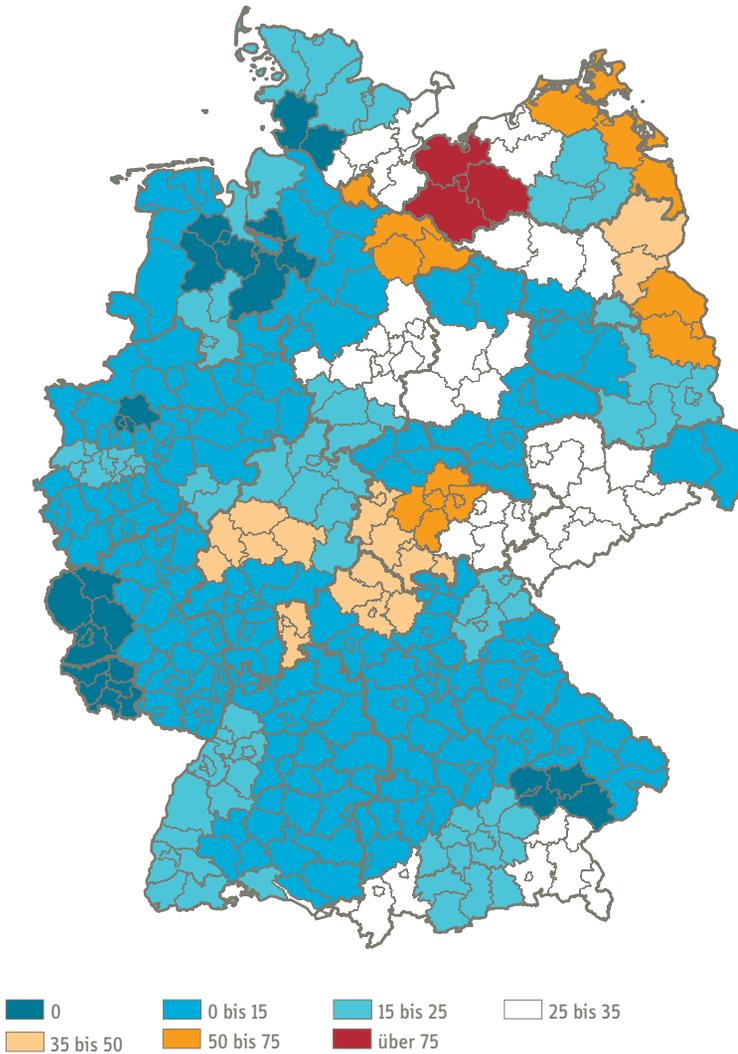
■ unter 5 ■ 5 bis 5,5 ■ 5,5 bis 6 ■ 6 bis 6,5 ■ 6,5 bis 7 ■ 7 bis 7,5 ■ über 7,5

Quelle: ADMED/HCB/RWI; Statistisches Bundesamt (2010c); BBR (2010)

2. Der Krankenhausmarkt

Karte 3

Marktanteil von privaten Krankenhäusern nach Zahl der Betten
2008; Anteil in %

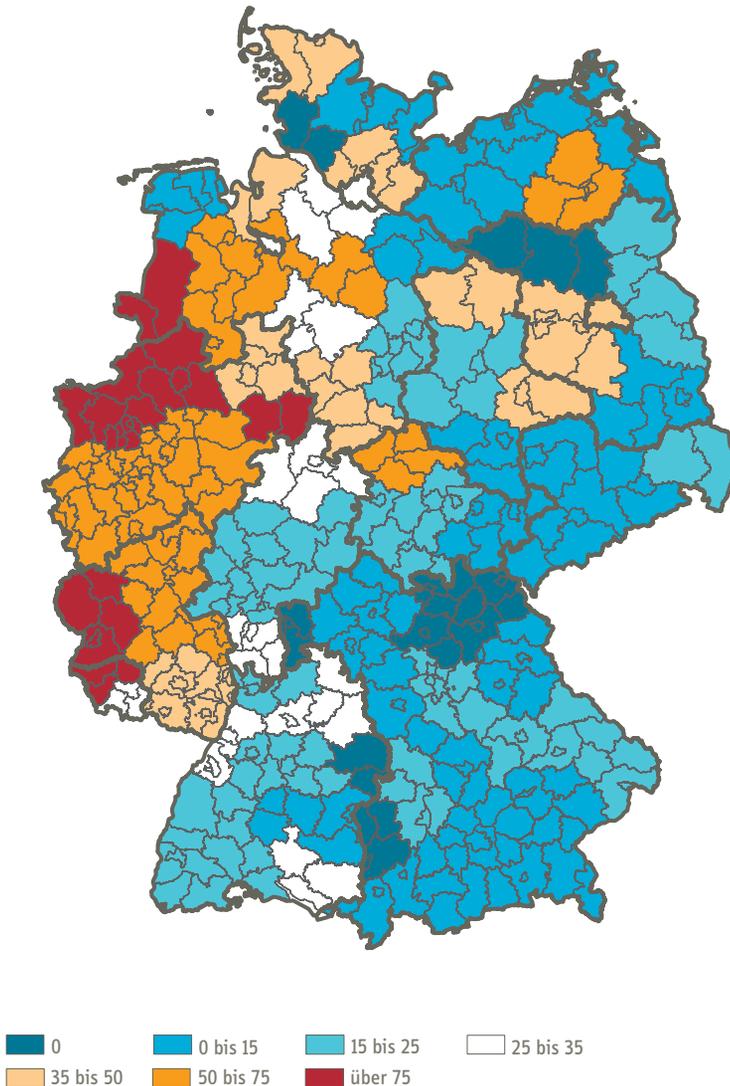


Anteile gemessen an Betten 2008, berechnet auf Ebene der Raumordnungsregionen. – Quelle: ADMED/HCB/RWI; Statistisches Bundesamt (2010c); BBR (2010)

Krankenhaus Rating Report 2011

Karte 4

Marktanteil von freigemeinnützigen Krankenhäusern nach Zahl der Betten
2008; Anteil in %

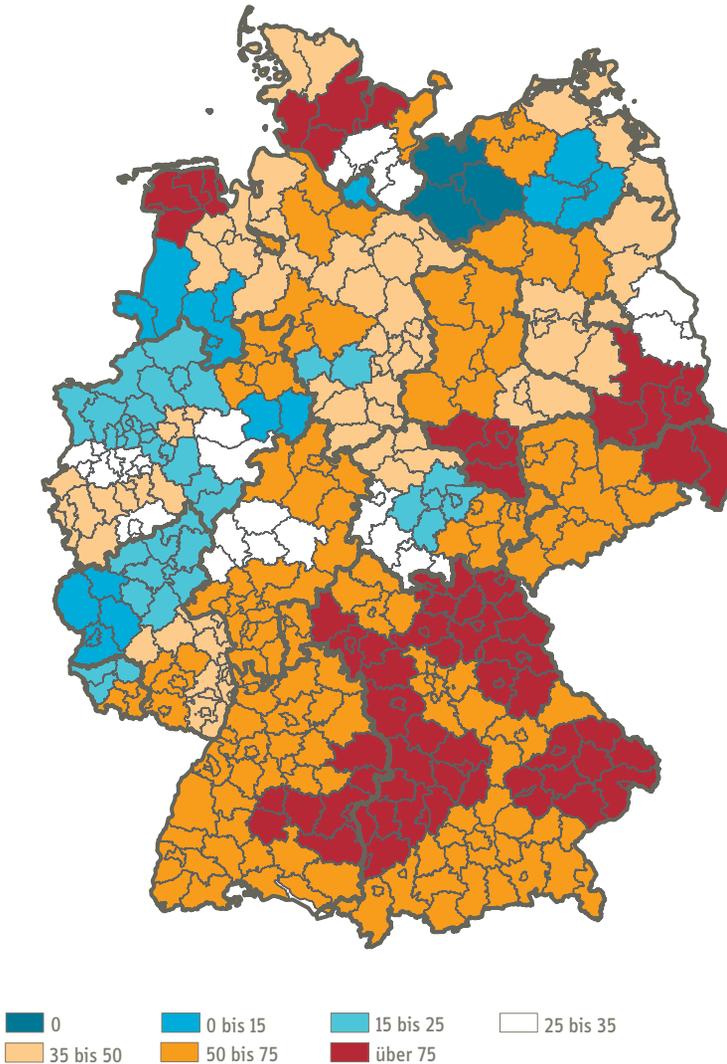


Anteile gemessen an Betten 2008, berechnet auf Ebene der Raumordnungsregionen. – Quelle: ADMED/HCB/RWI; Statistisches Bundesamt (2010c); BBR (2010).

2. Der Krankenhausmarkt

Karte 5

Marktanteil von öffentlich-rechtlichen Krankenhäusern nach Zahl der Betten
2008; Anteil in %



Anteile gemessen an Betten 2008, berechnet auf Ebene der Raumordnungsregionen. – Quelle: ADMED/HCB/RWI; Statistisches Bundesamt (2010c); BBR (2010).

Krankenhaus Rating Report 2011

die Zahl der Belegungstage jedoch relativ konstant bei 142,5 Mill. Der Rückgang der Verweildauer wird durch die Zunahme der Zahl der Fälle kompensiert. Die Fachabteilungen „Neurologie“, „Haut- und Geschlechtskrankheiten“ und „Orthopädie“ fallen in Bezug auf diesen Rückgang besonders auf (Schaubild 30).

Die Auslastung war trotz eines erheblichen Bettenabbaus bis 2005 insgesamt rückläufig. Seit 2006 stieg sie jedoch wieder an und erreichte 2009 77,5% (Schaubild 31), was zunächst immer noch Überkapazitäten vermuten lässt. Private und freigemeinnützige Krankenhäuser weisen durchgehend eine leicht geringere Auslastung als öffentlich-rechtliche auf, allerdings konnten die privaten seit 2007 aufholen. Berücksichtigt man, dass das Statistische Bundesamt die Bettenauslastung auf eine 7-Tage-Woche bezieht, dürften die tatsächlichen Überkapazitäten geringer ausfallen. Bezogen auf eine 6,5-Tage-Woche und eine Vorhaltung von Notfallkapazitäten von 10% schätzen wir die Überkapazitäten für 2009 auf 6% bis 7%. Derzeit mögen die Überkapazitäten gering erscheinen. Dies dürfte sich in Zukunft ändern. In Abschnitt 2.2.2 schätzen wir den zur Deckung der erwarteten Nachfrage erforderlichen zukünftigen Bettenbedarf vor dem Hintergrund einer weiter sinkenden Verweildauer und vermehrter ambulanter Operationen ab.

2.1.7 Medizinische Versorgungszentren

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) 2004 wurde die Möglichkeit zur Gründung von größeren ambulanten Einheiten, den Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) geschaffen. Im ersten Quartal 2010 gab es bereits 1 503 MVZ, davon 39% mit Krankenhausbeteiligung (Schaubild 32). Insgesamt arbeiteten in MVZ rund 7 500 Ärzte. In den Bundesländern sind MVZ unterschiedlich häufig vertreten. 2010 fanden sich die meisten MVZ je 1 Mill. Einwohner in Berlin, Thüringen, Sachsen, Hamburg und Bayern (Schaubild 33). Am wenigsten MVZ gab es in Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz, Nordrhein-Westfalen, Bremen und Baden-Württemberg. In den neuen Bundesländern existieren relativ mehr MVZ mit Krankenhausbeteiligung als in den alten.

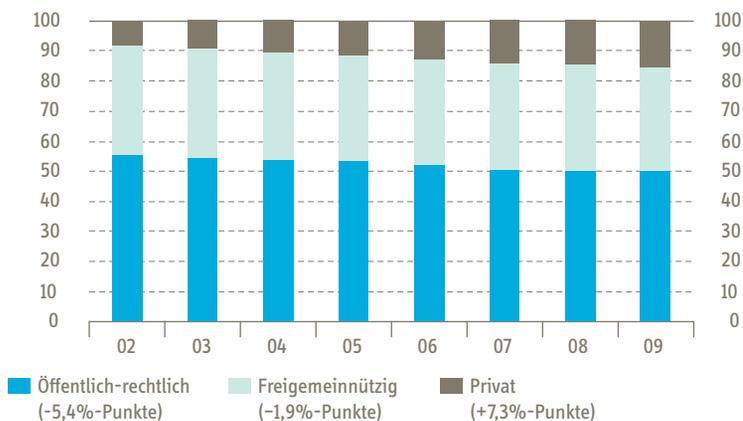
MVZ können gegenüber Einzelpraxen erhebliche Vorteile bieten, sowohl für die Ärzteschaft als auch für die Patienten. Erstens schaffen sie für junge Ärzte, die sich niederlassen wollen, damit nunmehr zwei Optionen: eine selbständige freiberufliche Laufbahn mit hohem unternehmerischem Risiko und hohen Anfangsinvestitionen oder die Laufbahn eines Angestellten innerhalb eines MVZ. Zweitens können in einem MVZ Verwaltungskosten durch die gemeinsame Nutzung der Infrastruktur verringert werden. Tatsächlich entscheiden sich mittlerweile 82% der Ärzte innerhalb eines MVZ für ein Angestelltenverhältnis (Schaubild 34). 2005 waren es nur 42%, 2008 73%.

2. Der Krankenhausmarkt

Schaubild 28

Marktanteil nach Trägerschaft gemessen in Zahl der Fälle

2002 bis 2009; in %

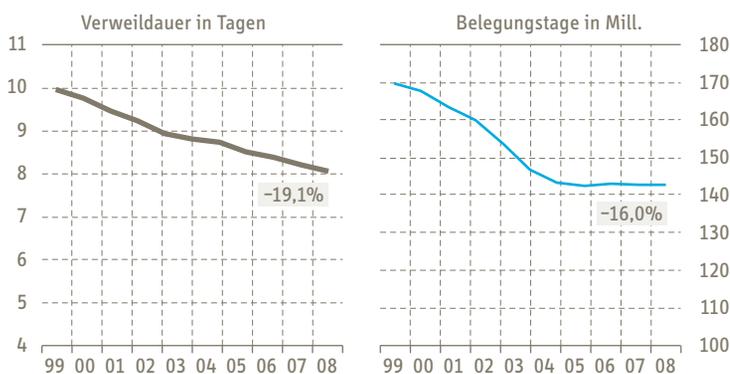


Alle Krankenhäuser. – Quelle: ADMED/HCB/RWI; Statistisches Bundesamt (2011b).

Schaubild 29

Verweildauer und Belegungstage in Krankenhäusern

1999 bis 2009



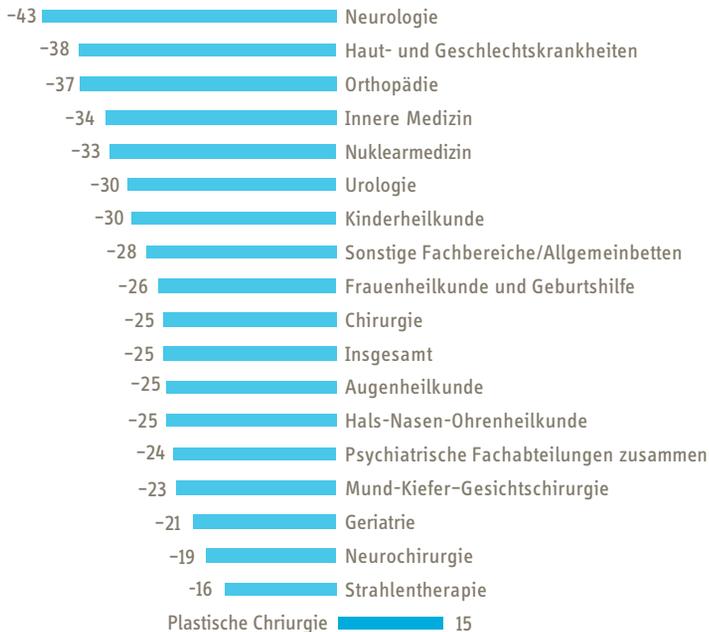
Quelle: ADMED/HCB/RWI; Statistisches Bundesamt (2011b).

Krankenhaus Rating Report 2011

Schaubild 30

Veränderung der Verweildauer nach Fachabteilung

1999 bis 2009; in %



Quelle: ADMED/HCB/RWI; Statistisches Bundesamt (2011b).

Trotz rasanter Zunahme in den vergangenen vier Jahren ist die Bedeutung der MVZ im niedergelassenen Bereich insgesamt jedoch sehr gering; Unter 6% aller niedergelassenen Ärzte sind in einem MVZ tätig. Das Wachstumspotenzial ist damit hoch. Aus Patientensicht sollten im MVZ ein besserer Service als in Einzelpraxen geboten, Öffnungszeiten ausgeweitet, das Wartezeiten-Management professionalisiert und verschiedene Fachärzte unter einem Dach rasch erreicht werden.

2.2 Projektionen

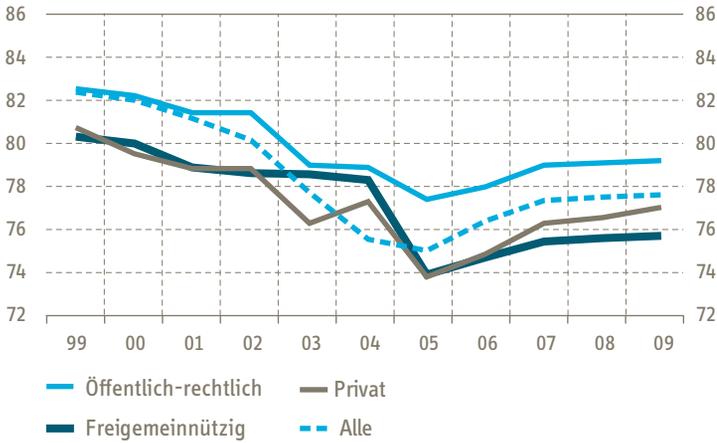
Die Daten zur Darstellung des Status quo im vorherigen Abschnitt stammen aus den Jahren bis 2009 und können aktuelle Entwicklungen nicht widerspiegeln. Wir erstellen daher Projektionen unter Berücksichtigung bereits bekannter und erwarteter Einflussfaktoren auf Kosten und Erlöse sowie auf die Zahl der Fälle und den Bettenbedarf. Die Ergebnisse fließen in die Projektion der wirtschaftlichen Lage in Abschnitt 3 ein.

2. Der Krankenhausmarkt

Schaubild 31

Bettenauslastung der Krankenhäuser

1999 bis 2009; in %

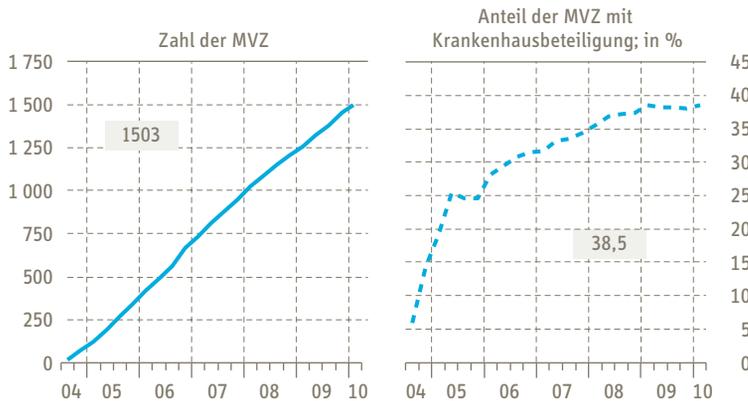


Quelle: ADMED/HCB/RWI; Statistisches Bundesamt (2011b)

Schaubild 32

Zahl der MVZ und Anteil mit Krankenhausbeteiligung

2004 bis 2010



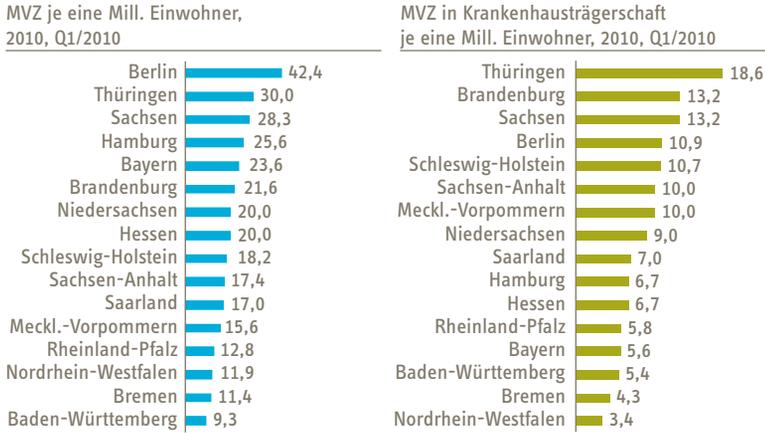
Quelle: ADMED/HCB/RWI; KBV (2010b)

Krankenhaus Rating Report 2011

Schaubild 33

Verteilung der MVZ nach Bundesländern

2010; je 1 Mill. Einwohner



Quelle: ADMED/HCB/RWI; KBV (2010a), Statistisches Bundesamt (2010b).

Schaubild 34

Zahl der Ärzte in MVZ nach Art der Anstellung

2004 bis 2010



Quelle: ADMED/HCB/RWI; KBV (2010b)

2. Der Krankenhausmarkt

2.2.1 Zahl der Fälle

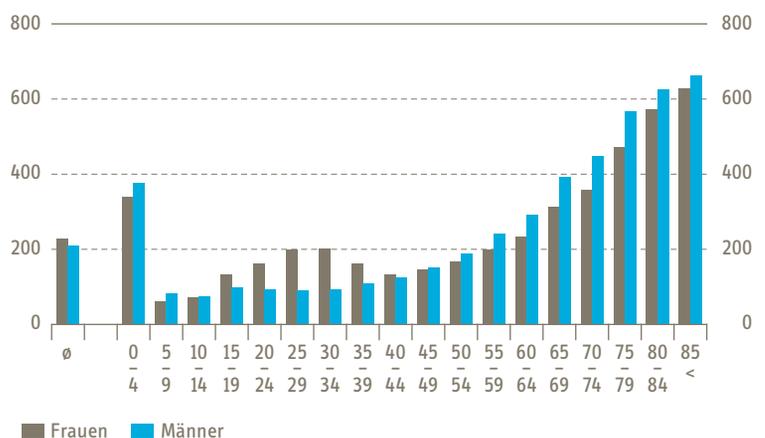
Auf Basis der demografischen Entwicklung auf Kreisebene, Trends in den vergangenen Jahren und mit Annahmen über ein ambulantes Potenzial¹⁰ in den Indikationen sowie über die Verweildauer schreiben wir die Zahl der Fälle und den Bettenbedarf bis 2030 fort. Hierzu bestimmen wir ausgehend von der regionalen Krankenhausinanspruchnahme im Jahr 2008 (FDZ 2011) die regionalen Prävalenzraten (stationäre Fälle je Einwohner) je ICD, Alter und Geschlecht. Schaubild 35 zeigt zusammengefasst die bundesweiten Prävalenzraten nach Alter und Geschlecht, gemittelt über alle ICD.

Die Prävalenzraten haben sich zwischen 2005 und 2008 bei Personen unter 70 Jahren kaum verändert, bei Personen ab 70 Jahren etwas erhöht. Besonders stark fällt die Zunahme bei der Bevölkerung aus, die im Jahr 2008 über 85 Jahre alt ist. Die durchschnittliche Prävalenzrate stieg in diesem Zeitraum leicht von 203 auf 218 je 1 000 Einwohner bzw. um 6,8% (Schaubild 36). Diese leichte Zunahme könnte ein Indiz für einen medizinisch-technischen Fortschritt sein, von dem wir anneh-

Schaubild 35

Zahl der Krankenhausfälle nach Alter und Geschlecht

2008; je 1 000 Einwohner



Mit gesunden Neugeborenen. – Quelle: ADMED/HCB/RWI; FDZ (2011).

¹⁰ Das ambulante Potenzial definiert sich als der Anteil der traditionell stationär durchgeführten Fälle, die prinzipiell auch ambulant durchführbar wären.

Krankenhaus Rating Report 2011

men, dass er grundsätzlich zu einem Anstieg der Zahl der Fälle führt. Rein auf Basis der Bevölkerungsentwicklung zwischen 2005 und 2008 würden bei konstanten Prävalenzraten 2008 weniger Fälle erwartet werden, als zu beobachten sind.

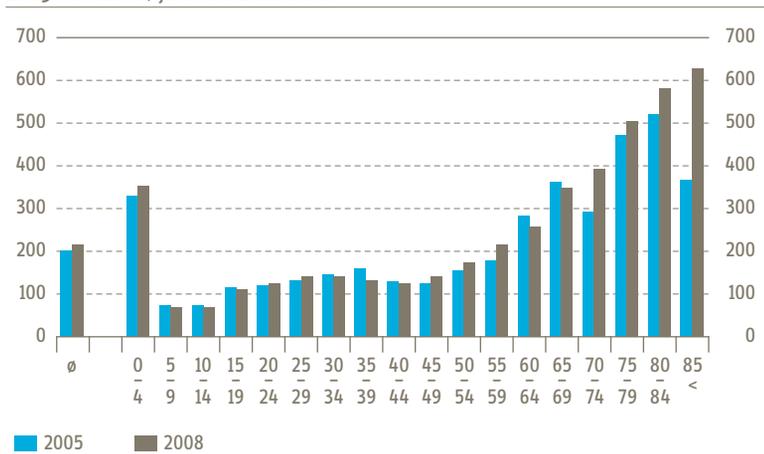
Für die Projektion schreiben wir die vergangenen Trends der Prävalenzraten für jede Indikation auf Bundesebene, nach Altersklasse und Geschlecht jeweils separat fort. Anders als in den Vorjahren berücksichtigen wir nur noch Trends seit 2005, nach Einführung des DRG-Systems. Damit besteht für den untersuchten Zeitraum eine einheitliche Datengrundlage ohne Systemwechsel. Die Prävalenzraten werden mit der regionalen Bevölkerungsentwicklung verknüpft, sodass wir eine Projektion der Zahl der Fälle für jede Indikation auf regionaler Ebene, für jede Altersklasse sowie für Männer und Frauen erhalten.

Darüber hinaus gehen wir davon aus, dass in Zukunft ein Teil der stationären Fälle ambulant erbracht wird. Wir treffen für jede dreistellige ICD eine Annahme über das ambulante Potenzial auf Grundlage der vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) veröffentlichten Leistungsdaten der Kalkulationshäuser, des Katalogs ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärer Eingriffe gemäß § 115b SGB V sowie zusätzlich patientenbezogener Faktoren,

Schaubild 36

Zahl der Krankenhausfälle nach Alter

2005 und 2008; je 1 000 Einwohner



Quelle: ADMED/HCB/RWI; FDZ (2011)

2. Der Krankenhausmarkt

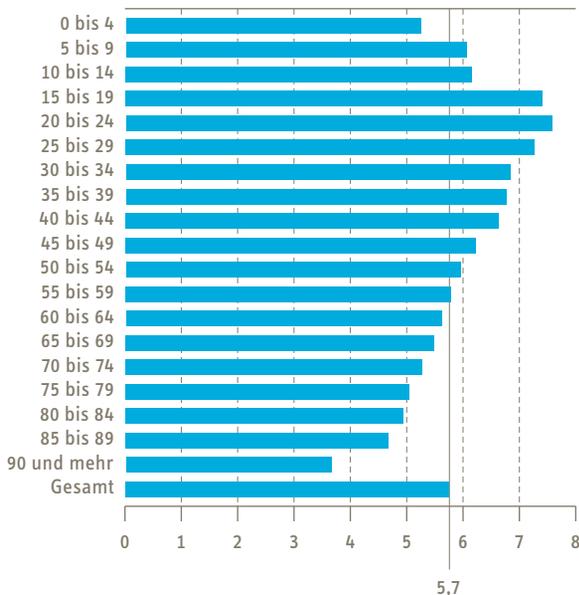
darunter der Schweregrad PCCL (patient clinical complexity level).¹¹ Im Durchschnitt schätzen wir das ambulante Potenzial auf 5,7%. Für ältere Menschen liegt es niedriger, für jüngere höher (Schaubild 37). Wir geben die geschätzte Zahl der Fälle jeweils mit und ohne ambulantes Potenzial an.

Unter Berücksichtigung des Trends der Prävalenzraten, möglicherweise verursacht durch medizinisch-technischen Fortschritt, rechnen wir bundesweit bis 2020 mit etwa 18% mehr Fällen als 2009. Dies entspricht einer jahresdurchschnittlichen Zunahme um rund 1,5%. Bis 2030 belief sich die Zunahme auf 34%. Bei konstanten Prävalenzraten würde der Anstieg bis 2020 rund 6% bzw. 0,5% p.a. betragen. Unter Berücksichtigung des ambulanten Potenzials dürfte die Zunahme schließ-

Schaubild 37

Ambulantes Potenzial bis 2020 nach Alter des Patienten

Anteil in %



Das ambulante Potenzial auf Basis ICD-3-Steller beruht auf einer Schätzung aus InEK-Kalkulationsdaten, jedem Patienten aus der Grundgesamtheit aller Aufnahmen wird das ambulante Potenzial zugeordnet, Patienten mit Verweildauer über 7 Tagen besitzen kein ambulantes Potenzial. – Quelle: ADMED/HCB/RWI, FDZ (2011), InEK (2011)

¹¹ Die Zuordnung des ambulanten Potenzials zur ICD erfolgt dadurch, dass zunächst zu jeder DRG anhand der hinterlegten Prozeduren ein ambulantes Potenzial bestimmt wird. Dieses wird den bei einer DRG erbrachten ICD oder Fachabteilungen zugeordnet. Dieser Umweg ist erforderlich, weil keine direkte Korrelation zwischen ICD und durchgeführten Prozeduren besteht.

Krankenhaus Rating Report 2011

lich nur 3% bzw. 0,3% p.a. erreichen (Schaubild 38). Von großer Bedeutung wird die Verschiebung der Altersstruktur der Patienten sein. Während 2009 noch etwa 50% unter 60 Jahre alt waren, dürften es 2030 nur noch 38% sein (Schaubild 39).

Auf regionaler Ebene ergibt sich ein sehr heterogenes Bild. Karte 6 stellt die erwartete Zunahme der Zahl der Fälle bis 2020 auf Kreisebene bei konstanten Prävalenzraten dar, d.h. den rein demografischen Effekt. In diesem Szenario nimmt in vielen Regionen die Zahl der Fälle zu. In Regionen Ostdeutschlands kann es jedoch zu einem Rückgang um bis zu 4% kommen. Ein kleiner Rückgang ist auch in wenigen Regionen Westdeutschlands zu erwarten, z.B. in Nord-Hessen und im südöstlichen Niedersachsen. Mit einem überproportionalen Wachstum ist in Südbayern um die Region München zu rechnen, in Teilen Nordrhein-Westfalens (außerhalb des Ruhrgebiets), im westlichen Niedersachsen und in Brandenburg.

Differenziert nach ICD stellt Schaubild 40 die erwartete Veränderung der Zahl der Fälle bei konstanten Prävalenzraten und ohne Berücksichtigung des ambulanten Potenzials dar. Überproportional zulegen dürften folgende Indikationsgruppen: „Kreislaufsystem“, „Krankheiten des Blutes“, „Endokrine, Ernährung und Stoffwechsel“, „Neubildungen“, „Sinnesorgane“, „Atmungssystem“, „Verdauungssystem“. Bei den restlichen ICD dürfte die Zahl der Fälle leicht unterdurchschnittlich zunehmen oder sogar zurückgehen.

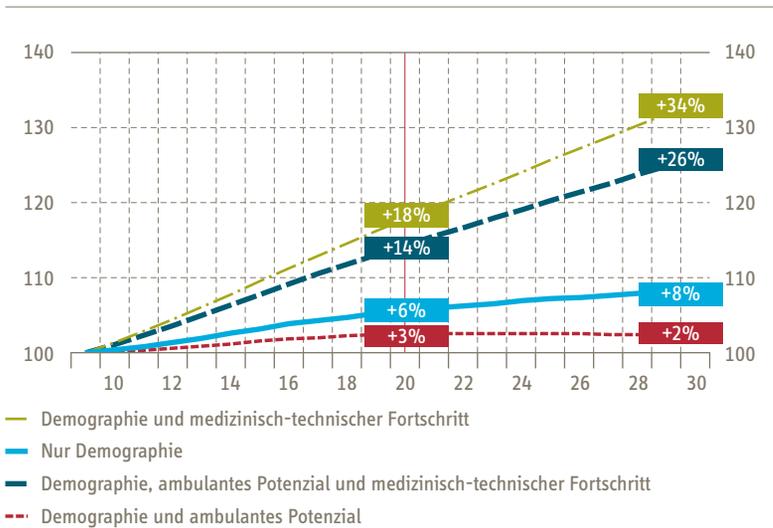
2.2.2 Kapazitäten

Zur Hochrechnung des Bettenbedarfs ist neben der zukünftigen Zahl der Krankenhaushfälle die Verweildauer entscheidend. In allen Indikationsgruppen war sie in den vergangenen Jahren rückläufig. Im Durchschnitt lag sie 2009 bei 8,0 Tagen. Unter den OECD-Ländern wiesen nur Japan und Südkorea höhere Werte auf (OECD 2011). Auch wenn ein solcher Vergleich keine landesspezifischen Besonderheiten berücksichtigt, gibt er einen Hinweis auf das Potenzial für eine weitere Verweildauerreduktion. Wir schreiben die Verweildauer je Indikationsgruppe bis 2020 gemäß ihrem Trend zwischen 2000 und 2009 fort. Eine weitere Reduktion dürfte dann immer schwerer werden. Für die Zeit nach 2020 gehen wir daher von einer geringeren Reduktion der Verweildauer aus. Bis 2020 sinkt die angenommene durchschnittliche, indikationsunabhängige Verweildauer um 30% auf 6,15 Tage und bis 2030 um weitere 8% auf 5,70 Tage (Schaubild 41). Damit nehmen trotz Zunahme der Zahl der Fälle die Belegungstage im Szenario „konstanter Prävalenzraten und ohne ambulantes Potenzial“ bis 2020 um rund 21% und bis 2030 um rund 25% ab.

2. Der Krankenhausmarkt

Schaubild 38

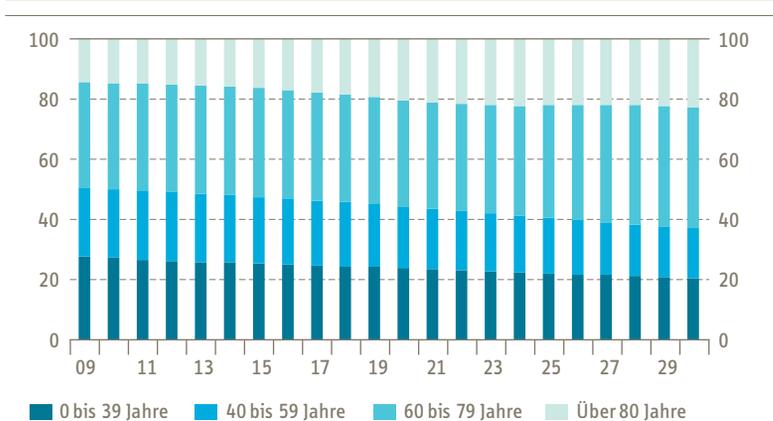
Projektion der Zahl der stationären Fälle
2009 bis 2030; 2009=100



Quelle: ADMED/HCB/RWI; FDZ (2011)

Schaubild 39

Altersverteilung der Patienten bei Berücksichtigung der demografischen
Entwicklung, der wachsenden Prävalenzraten und des ambulanten Potenzials
2009 bis 2030; in %



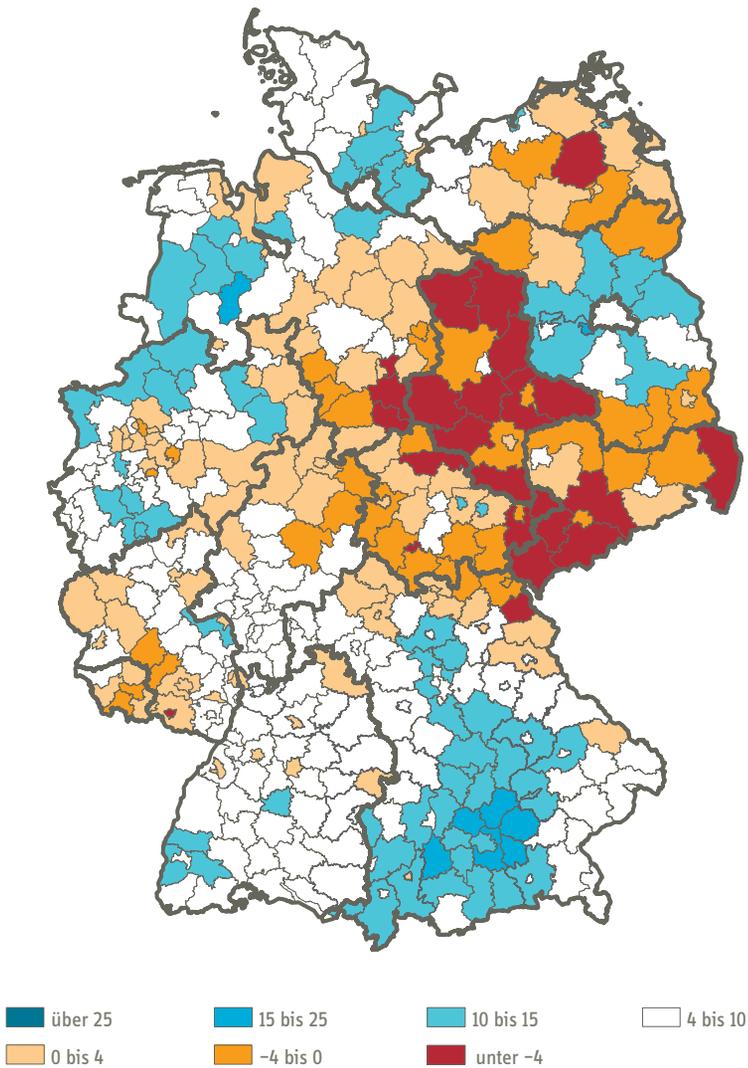
Quelle: ADMED/HCB/RWI; FDZ (2011)

Krankenhaus Rating Report 2011

Karte 6

Veränderung der Zahl der Fälle bei konstanten Prävalenzraten ohne amb. Potenzial

2009 bis 2020; in %



Quelle: ADMED/HCB/RWI, FDZ (2011)

2. Der Krankenhausmarkt

Schaubild 40

Zahl der Fälle nach Indikationen bei konstanten Prävalenzraten
ohne ambulantes Potenzial
2009 bis 2020; in %



Quelle: ADMED/HCB/RWI; FDZ (2011)

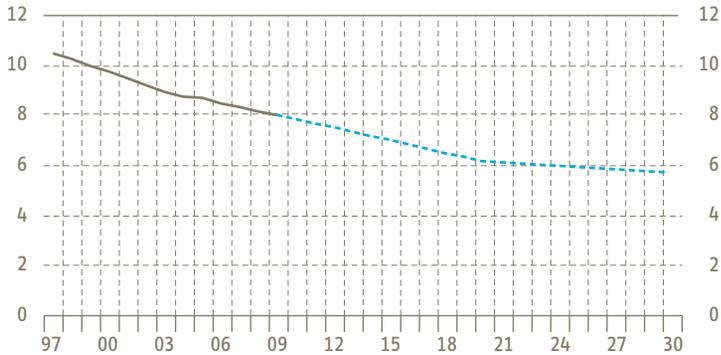
Zur Bestimmung des Bettenbedarfs und damit der Überkapazitäten treffen wir schließlich eine Annahme zur Bettennutzung. Zunächst ist davon auszugehen, dass ein gewisser Teil der Betten (Annahme 10%) für unerwartete Notfälle zur Verfügung steht. Ferner kann bei einer sinkenden Verweildauer nicht erwartet werden, dass ein Bett volle sieben Tage in der Woche genutzt werden kann, da die medizinischen Dienste in Krankenhäusern am Wochenende weniger stark besetzt sind als während der Woche. Daher nehmen wir an, dass Betten nur 6,5 Tage pro Woche genutzt werden können. Unter diesen Annahmen rechnen wir im Szenario „Nur Demografie“ mit einem substantiellen Rückgang des Bettenbedarfs bis 2030 von 470 000 auf 377 000 (Schaubild 42). Ohne weitere Anpassungen dürften die Überkapazitäten von derzeit etwa 6,5% auf 22% bis 2020 und auf 25% bis 2030 zunehmen. Unter Berücksichtigung des ambulanten Potenzials könnten sie künftig sogar noch höher ausfallen, unter Berücksichtigung steigender Prävalenzraten geringer. Auf der regionalen Ebene können die Überkapazitäten jedoch unterschiedlich sein.

Krankenhaus Rating Report 2011

Schaubild 41

Annahme zur durchschnittlichen Verweildauer

1997 bis 2030; in Tagen

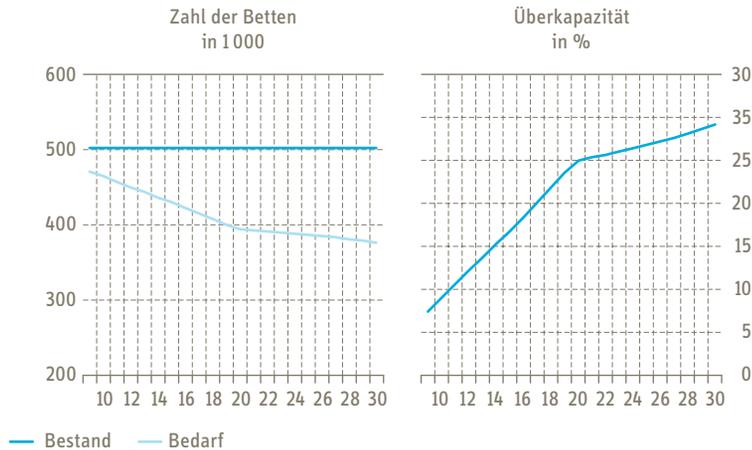


Die Verweildauer (VWD) bezieht sich nur auf stationäre Fälle; stationäre Fälle, die zukünftig ambulant erbracht werden und meist heute schon eine geringe VWD aufweisen, werden der Berechnung der mittleren VWD nicht berücksichtigt. – Quelle: ADMED/HCB/RWI; Statistisches Bundesamt (2011a)

Schaubild 42

Erwartete Zahl der Betten und Überkapazitäten im Szenario „Nur Demografie“

2009 bis 2030



Berechnungen auf Basis der prognostizierten Nachfrageentwicklung und der oben getroffenen Annahmen; der Bettenbedarf errechnet sich aus $(\text{Verweildauer} * \text{Fälle}) / (\text{Maximale Auslastung} * \text{Relevante Arbeitstage})$. – Quelle: ADMED/HCB/RWI; FDZ (2011)

2. Der Krankenhausmarkt

2.2.3 Kosten und Erlöse

Die Hochrechnung der Kosten und Erlöse orientiert sich am Modell in RWI (2008) und an Werblow und Schoffer (2010). Ziel ist die Fortschreibung des Status quo, d.h. betriebliche Optimierungsmaßnahmen von Krankenhäusern werden nicht berücksichtigt. Die Personalkosten werden über den Personalbedarf und die erwarteten Lohn- und Gehaltszunahmen bis 2020 fortgeschrieben. Wir bestimmen die Personalmenge auf Basis eines angepassten Modells von Werblow und Schoffer (2010). In diesem Modell wird die eingesetzte Personalmenge im ärztlichen Dienst, im Pflegedienst, im medizinisch-technischen Dienst, im Funktionsdienst sowie in den nicht-medizinischen Diensten zwischen 2002 und 2008 über folgende Faktoren erklärt: Zahl der Betten, Zahl der Pfl egetage, Casemix, Kosten je Vollkraft in den einzelnen Dienstarten sowie Relation zwischen Personal- und Sachkosten als Maßstab für Outsourcing. Außerdem wird eine unterschiedliche Grundmenge an Personal für die Trägerschaften öffentlich-rechtlich, freigemeinnützig, privat und Universitätskliniken sowie für Ost- und Westdeutschland zugelassen. Ein Zeittrend je Trägerschaft in Bezug auf die Grundmenge ergänzt das Modell. Datengrundlage bildeten die Kostennachweise der Krankenhäuser der Jahre 2002 bis 2007.

Die Ergebnisse finden sich in Augurzky et al. (2010). Sie zeigen, dass in öffentlich-rechtlichen Krankenhäusern im Vergleich zu freigemeinnützigen bei fast allen Dienstarten mehr Personal eingesetzt wird. Private Krankenhäuser indessen setzen im Pflegedienst und in den nicht-medizinischen Diensten weniger Personal als freigemeinnützige Krankenhäuser ein. Nicht überraschend ist, dass Universitätskliniken bei allen Dienstarten, insbesondere im ärztlichen Bereich, deutlich mehr Personal beschäftigen. Ein Großteil davon dürfte im Bereich der Forschung und Lehre tätig sein. Weiterer Grund dürfte der durchschnittlich höhere CMI sein. Erwartungsgemäß zeigt sich ein positiver Trend beim Einsatz von Ärzten. Dieser Trend unterscheidet sich überdies nicht zwischen den Trägerschaften. Erstaunlicherweise ist jedoch auch der Trend in allen anderen Personalgruppen signifikant positiv. So wurden beispielsweise in den vergangenen Jahren *ceteris paribus* auch immer mehr Pflegekräfte eingesetzt. Vor dem Hintergrund einer rückläufigen Zahl der Betten und Pfl egetage und gleichzeitigen steigenden Kosten für Pflegepersonal würde man 2008 weniger Pflegekräfte erwarten, als tatsächlich eingesetzt wurden.

Von großem Einfluss auf die Beschäftigung aller Dienstarten war der Rückgang der Zahl der Betten und Pfl egetage. Sehr deutlich erkennbar ist ferner der Zusammenhang zwischen Personalkosten je Vollkraft und Personaleinsatz: Steigen die Personalkosten je Vollkraft einer Dienstart an, wird von dieser Dienstart weniger Personal eingesetzt, dafür aber mehr Personal anderer Dienstarten. Mit anderen

Krankenhaus Rating Report 2011

Worten liegt zum Teil eine Substitutionsbeziehung zwischen Personalgruppen vor. Schließlich hat der Grad des Outsourcings, gemessen als Relation von Personal zu Sachkosten, den zu erwartenden Einfluss auf die Personalmenge.

Das hier vorgestellte Modell erklärt Veränderungen in den Jahren 2002 bis 2008. Dieser Zeitraum war u.a. durch eine starke Ausweitung des ärztlichen Dienstes infolge von Arbeitszeitrestriktionen geprägt. Damit lässt sich der im Vergleich zu anderen Dienstarten außerordentlich markante Umfang im ärztlichen Dienst erklären. Da wir für die Zukunft nicht von einer permanenten Ausweitung der Arbeitszeitrestriktionen ausgehen, ist der vergangene Zeitraum für die Hochrechnung bis 2020 nicht repräsentativ. Wir passen daher die geschätzten Koeffizienten des Modells von Schoffer und Werblow (2010) an.¹²

Auf Grundlage der erwarteten Zahl der Fälle im Szenario mit demografischem Wandel, wachsenden Prävalenzraten und ambulantem Potenzial, der Änderung der Verweildauer und einem konstanten Grad an Outsourcing zeigt Schaubild 43 den Personalbedarf bis 2020. Insgesamt schätzen wir einen um 9% höheren Bedarf als 2009, der allerdings für die medizinischen Dienste deutlich höher ausfällt und für die nicht-medizinischen Dienste negativ ist.

Für den ärztlichen und nicht-ärztlichen Dienst nehmen wir jeweils eigene Lohnsteigerungen an. Grundsätzlich dürften diese für den ärztlichen Dienst aufgrund seiner größeren Knappheit höher als für den nicht-ärztlichen ausfallen. Für den ärztlichen Dienst gehen wir 2010 und 2011 von Lohnsteigerungen in Höhe von jährlich 3,0% und ab 2012 jährlich von 2,8% aus. Für die nicht-ärztlichen Dienste erwarten wir für 2010 und 2011 je 2,5% und ab 2012 jährlich 2,2%. Wir berücksichtigen ferner Änderungen in den Lohnnebenkosten, die 2010 38,65% betragen und bis 2020 auf 40,6% steigen könnten. Unter diesen Annahmen erhöhen sich die Gesamtkosten je Vollkraft für Ärzte mit 37% am stärksten, für nicht-ärztliche Dienste um 29% (Schaubild 44). Kombiniert man die Mengen- und Preiseffekte, steigen die gesamten Personalkosten zwischen 2009 und 2020 um 44% bzw. 3,4% p.a.

Auch für die Sachkosten schreiben wir die Mengen- und Preiskomponente getrennt fort (Schaubild 45). Wir differenzieren die Sachmittel nach den Bereichen Lebensmittel, medizinischer Bedarf, Wasser, Energie und Brennstoffe, Wirtschaftsbedarf,

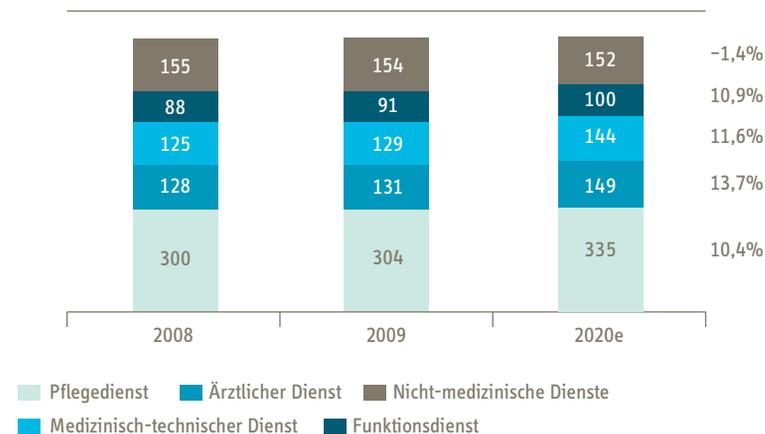
¹² Wir entfernen die Trends – mit Ausnahme des Trends der öffentlichen Krankenhäuser, dessen Umfang wir halbieren. Weiter reduzieren wir bei allen Dienstarten den starken Einfluss der Zahl der Betten und Pflegetage und erhöhen im Gegenzug die Bedeutung des Casemix auf den Personalbedarf. Den Einfluss der Personalkosten je Vollkraft belassen wir weitgehend wie im Originalmodell.

2. Der Krankenhausmarkt

Schaubild 43

Personalbedarf in der Hochrechnung

2008 bis 2020; in 1 000 VollkräfteK

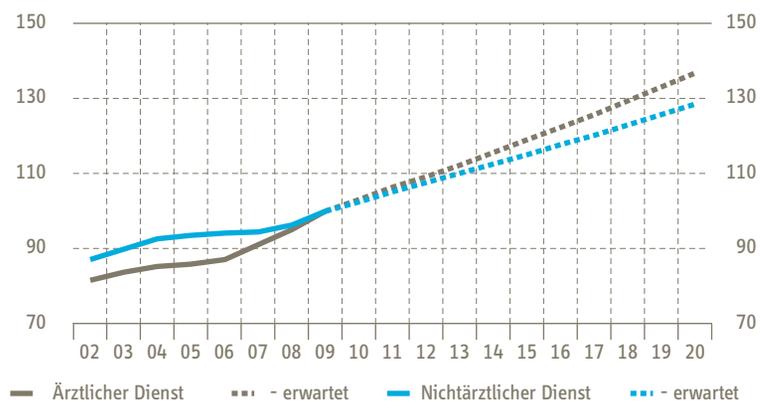


Quelle: ADMED/HCB/RWI; Statistisches Bundesamt (2011b); Schoffer und Werblow (2010)

Schaubild 44

Personalkosten nach Dienstart

2002 bis 2020; 2009 = 100



Quelle: ADMED/HCB/RWI; Statistisches Bundesamt (2011b, 2011d).

Krankenhaus Rating Report 2011

Verwaltungsbedarf, zentrale Verwaltungsdienste, zentrale Gemeinschaftsdienste, Versicherungen sowie sonstige Abgaben, pflegesatzfähige Instandhaltungen, wiederbeschaffte Gebrauchsgüter und Sonstiges. Den medizinischen Bedarf unterteilen wir in Arzneimittel; Blut, Blutkonserven und -plasma; Verband-, Heil-, Hilfsmittel; ärztliches und pflegerisches Verbrauchsmaterial, Instrumente; Nar-kose- und sonstiger OP-Bedarf; Laborbedarf sowie Sonstiges.

Die Sachmittel hängen unterschiedlich stark von der Zahl der Fälle und der Belegungstage ab. So ist der medizinische Bedarf stärker von der Zahl der Fälle abhängig, während die Menge an Wasser, Energie und Brennstoffen weitgehend konstant bleiben dürfte. Für Lebensmittel nehmen wir an, dass sie zu 40% von der Zahl der Fälle und zu 40% von den Belegungstagen abhängen, 10% lassen wir konstant und weitere 10% schreiben wir mit dem Trend fort. Den medizinischen Bedarf knüpfen wir durchschnittlich zu rund 70% an die Zahl der Fälle, zu 12% an die Belegungstage, zu 10% an den Trend und 8% belassen wir konstant. Wasser, Energie und Brennstoffe lassen wir zu 80% konstant, zu 10% von den Fällen und zu 10% vom Trend abhängen. Die übrigen Sachmittel halten wir zu 40% bis 60% konstant und knüpfen sie zu 30% an die Zahl der Fälle, zu 0% bis 10% an die Belegungstage und zu 10% an den Trend. Wir weisen darauf hin, dass die Projektionen stets davon ausgehen, dass kein Outsourcing von Dienstleistungen und daher keine Umschichtungen von Personal- zu Sachkosten stattfinden. Insgesamt wächst damit die Sachmittelmenge im Szenario „demografischer Wandel, wachsende Prävalenzraten und ambulantes Potenzial“ zwischen 2009 und 2020 um 4,6%.

Die Preise für Sachmittel schreiben wir auf Basis ausgewählter Preisindizes fort (Schaubild 46). Die Lebensmittelpreise fielen 2009 um fast 2%, 2010 stabilisierten sie sich, 2011 dürften sie wieder steigen. Die Preise für Energie wiesen 2009 einen sehr starken Rückgang um über 5% auf, 2010 stiegen sie nur sehr leicht um 0,4%. Ab 2011 und auf die lange Frist gesehen dürften sie allerdings nach wie vor überdurchschnittlich steigen, wir nehmen 3,5% bis 4,0% p.a. an. Der Preisindex für den Großhandel mit pharmazeutischen Erzeugnissen stieg 2009 um 0,9% und fiel 2010 um 1,3%. Für die Zukunft erwarten wir einen leichten jährlichen Anstieg um 0,5%. Weitere Preisindizes verwenden wir für die übrigen Güter des medizinischen Bedarfs sowie für die restlichen Güter.

Kombiniert man die Mengen- und Preiseffekte, nehmen die gesamten Sachkosten zwischen 2009 und 2020 um 26% bzw. 2,1% p.a. zu. Andere Kostenbestandteile wie Zinsen, Steuern und Kosten für Ausbildungsstätten spielen eine untergeordnete Rolle. Wir nehmen jedoch an, dass die Zinsaufwendungen aufgrund einer

2. Der Krankenhausmarkt

Schaubild 45

Projektion der Sachkosten

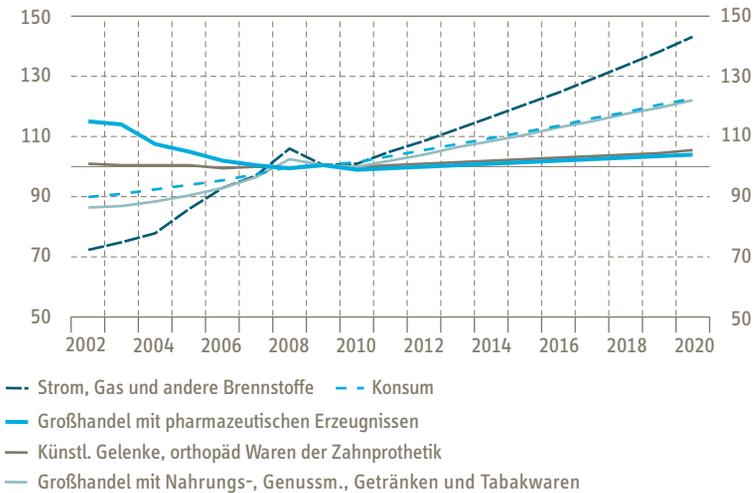


Quelle: ADMED/HCB/RWI.

Schaubild 46

Preisindex für ausgewählte Güter

2000 bis 2020; 2009 = 100



Rund 95% der Arzneimittel erwirbt das Krankenhaus vom Großhandel, ca. 5% als Endverbraucher bei Apotheken. Für beide Preise fällt der volle Mehrwertsteuersatz an. Die Erhöhung der Mehrwertsteuer 2007 ist bei beiden Preisindizes berücksichtigt. – Quelle: ADMED/HCB/RWI; Statistisches Bundesamt (2011d).

Krankenhaus Rating Report 2011

wachsenden Fremdkapitalquote zunehmen werden. Keine wesentlichen Änderungen nehmen wir für Steuern und Kosten für Ausbildungsstätten an. Zusammen dürften Personal- und Sachkosten bis 2020 um 37% steigen (2,9% p.a.).

Auch bei den Erlösen unterscheiden wir eine Mengen- und eine Preiskomponente (Schaubild 47). Die Anpassung der Vergütung für Krankenhausleistungen richtet sich bis 2010 nach der Veränderung der Grundlohnsumme etwa zwei Jahre vor der Vergütungsanpassung. Frühestens 2013 gilt der vom Statistischen Bundesamt zu errechnende Orientierungswert als Grundlage zur Festlegung der Budgetanpassung (GKV-FinG). Die Vergütungsanpassung gilt für alle Fälle der Gesetzlichen und Privaten Krankenversicherung, die zusammen rund 80% der Krankenhaus Erlöse ausmachen (RWI 2008)¹³. 2009 lag die Vergütungsanpassung bundesweit bei 1,41% und 2010 bei 1,54%. Für 2011 hat der Gesetzgeber im Rahmen des GKV-FinG die Vergütungsanpassung auf 0,9% und für 2012 auf rund 1,0% beschränkt. Ab 2013 gehen wir von einer jährlichen Steigerung um 1,6% aus, allerdings mit wahlzyklischen Schwankungen, d.h. vor Bundestagswahlen höhere und danach niedrigere Anpassungen.

Daneben beeinflusst die Zahl der Fälle und der CMI die Erlöse. Allerdings gehen wir davon aus, dass zusätzliche Fälle nicht zu 100% vergütet werden. Wir nehmen an, dass zusätzliche Fälle bis 2012 effektiv nur zu rund 55% vergütet werden und

Schaubild 47

Projektion der Erlöse

| 1. Mengenkategorie | 2. Preiskategorie |
|---|--|
| <p>Je Erlöskategorie: Vergangene Entwicklungen und Annahmen über die Zukunft Definition der Bezugsgröße: Zahl der Fälle und sonstige Leistungen Prognose der Zahl der Fälle</p> | <p>Je Erlöskategorie: Grundlohnsummensteigerung Preisreduktion (Erlösausgleich bei Veränderung der Zahl der Fälle) inkl. in wie weit eine Zunahme der Mengen in Erlöse übertragen werden kann</p> |

Quelle: ADMED/HCB/RWI.

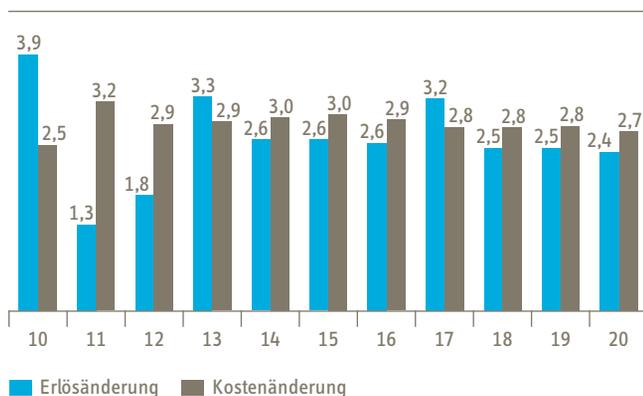
¹³ Neben dem reinen Krankenhausbetrieb können die Jahresabschlüsse der Krankenhäuser zum Teil auch noch andere Betriebe umfassen, z.B. ein angeschlossenes Pflegeheim.

2. Der Krankenhausmarkt

Schaubild 48

Veränderung der gesamten Erlöse und Kosten

2009 bis 2020; in %



Quelle: ADMED/HCB/RWI.

in den Folgejahren bis zu 80%. Die Erlöse aus Krankenhausleistungen steigen aufgrund der jährlichen Zunahme der Zahl der Fälle damit stärker als nur gemäß der Grundlohnrate bzw. des Orientierungswerts. 2010 gab es mit dem KHRG außerdem noch einmalige Sondereinflüsse, die sich positiv auf die Erlöse der Krankenhäuser auswirkten (Augurzky et al. 2010).

Den CMI halten wir bis 2020 konstant. Zwar stieg er zwischen 2005 und 2009 stark an. Wir führen diesen Anstieg (i) auf Katalogeffekte, (ii) auf Lerneffekte der Krankenhäuser in Bezug auf die korrekte Kodierung der Fälle und (iii) auf die Alterung des durchschnittlichen Patienten zurück. Die ersten beiden Punkte sollten in Zukunft aber kaum noch eine Rolle spielen. Der rein demografische Effekt könnte zu einer weiteren leichten Erhöhung des CMI führen. Wir gehen aber davon aus, dass dies die Erlöse und Kosten ähnlich stark beeinflusst, sodass der Netto-Effekt unbedeutend ist.

Neben den Erlösen aus Krankenhausleistungen erwirtschaftet ein Krankenhaus Erlöse aus Wahlleistungen, aus ambulanten Leistungen, aus Nutzungsentgelten der Ärzte, aus Zuweisungen und Zuschüssen der öffentlichen Hand sowie aus sonstigen betrieblichen Erträgen. Wir gehen davon aus, dass diese Erlöse mit der allgemeinen Inflationsrate steigen, d.h. in der Regel etwas stärker als die Krankenhauserlöse. Bei den Zuweisungen und Zuschüssen der öffentlichen Hand erwarten wir allerdings nur ein halb so hohes, bei den sonstigen betrieblichen

Krankenhaus Rating Report 2011

Erträgen indessen ein anderthalb mal so hohes Wachstum. Damit nehmen die sonstigen Erträge real zu. Schaubild 48 fasst die Erlös- und Kostenänderungen zusammen. 2020 dürften die Erlöse um 33% höher liegen als 2009 – damit niedriger als die Zunahme der Kosten (37%). Die Erlöse würden aber aufgrund des positiven Einmaleffekts 2010 vorübergehend stärker wachsen als die Kosten.

2.3 Wesentliche Ergebnisse im Überblick

2.3.1 Status quo

Markt. Der deutsche Gesundheitsmarkt erreichte im Jahr 2009 ein Volumen von rund 277 Mrd. € bzw. 11,5% des BIP, etwa ein Viertel davon entfällt auf den Krankenhaussektor. Die Ausgaben für Krankenhäuser stiegen zwischen 1999 und 2008 etwas schwächer als das BIP, unter Einbeziehung von 2009 jedoch stärker als das BIP.

Leistung. Die Zahl stationärer Fälle nahm von 2005 bis 2009 um 7,7% zu. Baden-Württemberg und die Stadtstaaten wiesen die geringste (nach Alter und Geschlecht bereinigte) Zahl an Krankenhausfällen je Einwohner auf, Thüringen, Sachsen-Anhalt, Brandenburg und das Saarland die höchste. Der CMI liegt bei großen Krankenhäusern höher als bei kleinen, bei privaten höher als bei nicht-privaten und am höchsten bei Universitätskliniken. Den größten Zuwachs verzeichneten zwischen 2005 und 2008 folgende Indikationen: „Symptome und abnorme klinische Befunde“, „Infektionen“ und „Muskel-Skelett-System und Bindegewebe“.

Preise. Die DRG-Konvergenz auf Landesebene ist abgeschlossen. Alle Krankenhäuser eines Bundeslands werden einheitlich mit dem LBFW vergütet. Der durchschnittliche BFW stieg zwischen 2005 und 2009 um 3,7%. Das Erlöswachstum der Krankenhäuser ist in diesem Zeitraum jedoch nur zu 21% auf steigende Preise (Basisfallwerte), zu 36% auf steigende CMI und zu 43% auf eine wachsende Zahl der Fälle zurückzuführen. Bis 2014 folgt eine abgemilderte Bundeskonvergenz. Rheinland-Pfalz und das Saarland müssen mit einem leichten Preisrückgang rechnen. Eine Preiserhöhung können Krankenhäuser in Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen-Anhalt, Brandenburg, Schleswig-Holstein, Thüringen, Sachsen und Mecklenburg-Vorpommern erwarten. In den übrigen Bundesländern wird es voraussichtlich durch die abgemilderte Bundeskonvergenz zu keinen Änderungen kommen. Die Krankenhauskosten je Einwohner hängen jedoch auch von anderen Faktoren, z.B. der Krankenhausinanspruchnahme, ab. Sie fiel 2009 mit 717 € je Einwohner in Baden-Württemberg am niedrigsten und mit 988 € im Saarland am höchsten aus.

2. Der Krankenhausmarkt

Kosten. Als Anteil an den Gesamtkosten sind die Personalkosten in Krankenhäusern seit einigen Jahren rückläufig. 2005 betrug ihr Anteil 64%, 2009 noch 60%. Zwischen 2005 und 2009 gab es bei der Zahl der Pflegekräfte in Krankenhäusern keine nennenswerten Änderungen. Die Zahl der Vollzeitkräfte betrug 2009 304 000, 2005 waren es 302 000. Vor 2005 kam es zu einem größeren Abbau im Bereich des Pflegepersonals. Unter Berücksichtigung zahlreicher Einflussfaktoren, darunter Bettenabbau und Rückgang der Pflegeetage, lässt sich aber für diesen Zeitraum kein Trend zum Abbau von Pflegepersonal, der nicht in der Leistungsmenge begründet läge, erkennen. Im ärztlichen Dienst nahm die Zahl der Vollkräfte zwischen 2005 und 2009 von 122 000 auf 131 000 bzw. um 8% zu, im medizinisch-technischen und im Funktionsdienst stieg die Zahl um 6%. Um 7% abgenommen haben indessen sonstige Dienste, was ein Indiz für verstärktes Outsourcing ist. Zwischen 2005 und 2009 stiegen die Kosten je Vollkraft im ärztlichen Dienst um 16%, in den nicht-ärztlichen um 5 bis 8%.

Fördermittel. Die gesamten KHG-Fördermittel erhöhten sich 2009 erstmals wieder spürbar um 6,5% auf 2,85 Mrd. €. Ob damit der langfristige Trend schrumpfender Mittel durchbrochen ist, darf jedoch stark bezweifelt werden. Es dürfte sich 2009 vielmehr 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. Nach unseren Berechnungen belaufen sie sich kumuliert auf rund 16 Mrd. €, sodass der tatsächliche Investitionsstau „nur“ 14 Mrd. € betragen dürfte. Bei einer notwendigen und durchaus auch realistischen Investitionsquote von 9% beliefie sich der Stau auf nur 8 Mrd. €. Eine sinkende Fördermittelquote schlägt sich auch in den Krankenhausbilanzen nieder: Der Anteil des geförderten am gesamten Anlagevermögen sank im Beobachtungszeitraum von 59% im Jahr 2006 auf 55% bis 56% 2009.

Kapazitäten. Die Zahl der Betten belief sich 2009 wie auch 2008 auf rund 503 000. Der Bettenabbau kam damit zum Stillstand. Die Zahl der Krankenhäuser nahm auf 2 084 um eines zu. Private Krankenhäuser konnten ihren Marktanteil 2009 (bezogen auf die Zahl der Betten) nur sehr leicht von 14,8% auf 15,5% erhöhen. Der Marktanteil öffentlich-rechtlicher Krankenhäuser sank von 50,1% auf 49,9%, während der Anteil freigemeinnütziger Krankenhäuser von 35,1% auf 34,6% fiel. Der Anteil rechtlich unselbständiger öffentlich-rechtlicher Krankenhäuser hat gegenüber 2003 rasant abgenommen. Während 2003 noch mehr als die Hälfte rechtlich unselbständig war, war dies 2009 nicht einmal jedes fünfte Haus.

Krankenhaus Rating Report 2011

Die durchschnittliche Verweildauer der Patienten sank 2009 auf 8,0 Tage. Seit 1999 reduzierte sie sich um 19%. Die Bettenauslastung ging von 1999 bis 2005 von 81,1% auf 74,9% zurück. Bis 2009 stieg sie allerdings wieder auf 77,5% an. Private und freigemeinnützige Häuser weisen eine leicht geringere Auslastung als öffentlich-rechtliche auf. Bezogen auf eine 6,5-Tage-Woche und bei einer Vorkhaltung für Notfälle von 10% der Betten schätzen wir die Bettenüberkapazität für 2009 auf 6% bis 7%.

MVZ. Seit Inkrafttreten des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung 2004 wuchs die Zahl der MVZ beträchtlich an. Anfang 2010 gab es rund 1 503 MVZ mit rund 7 500 Ärzten, davon 82% fest angestellt. Bezogen auf die Einwohnerzahl gibt es in Berlin, Thüringen, Sachsen, Hamburg und Bayern die meisten MVZ, in Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz, Nordrhein-Westfalen, Bremen und Baden-Württemberg dagegen die wenigsten. Wir vermuten, dass das Wachstumspotenzial für MVZ erheblich ist. Gegenüber Einzelpraxen dürften MVZ sowohl für Patienten als auch für Ärzte große Vorteile bei Service und Wirtschaftlichkeit bieten.

2.3.2 Hochrechnungen

Zahl der Fälle. Auf Basis der regionalen demografischen Entwicklung, Annahmen zum ambulanten Potenzial, Trends in den Prävalenzraten sowie zur Verweildauer projizieren wir die Zahl der Fälle und den Bettenbedarf. Rein demografiebedingt rechnen wir bundesweit bis 2020 mit etwa 6% und bis 2030 mit 8% mehr Fällen als 2009. Auf der Ebene einzelner Indikationen, Fachabteilungen und Regionen zeigen sich dabei große Unterschiede. Schreibt man die Trends in den Prävalenzraten der Vergangenheit fort (möglicherweise medizinisch-technischer Fortschritt), würde die Zahl der Fälle bis 2020 um 18% und bis 2030 um 34% zunehmen. Unter zusätzlicher Berücksichtigung des ambulanten Potenzials dürfte sie bis 2020 jedoch nur um 14%, bis 2030 um 26% wachsen.

Kapazitäten. Bis 2020 nehmen wir einen Rückgang der Verweildauer auf 6,15 Tage, bis 2030 auf 5,70 Tage an. Wir rechnen daher entsprechend mit einem erheblichen Rückgang des Bettenbedarfs. Ohne weitere Anpassungen dürften die Überkapazitäten von 6,5% auf 22% (2020) und auf 25% (2030) steigen. Bei Berücksichtigung des ambulanten Potenzials können sie sogar noch höher ausfallen. Umgekehrt dürften wachsende Prävalenzraten (z.B. medizinisch-technischer Fortschritt) die Überkapazitäten senken.

3. Das Rating der Krankenhäuser

Personal. Ohne Berücksichtigung betrieblicher Gegenmaßnahmen erwarten wir im Szenario „Demografie, wachsende Prävalenzraten und ambulantes Potenzial“ bis 2020 eine Zunahme der Zahl der Vollkräfte im ärztlichen Dienst um etwa 14%, im Pflegedienst um etwa 10%, in den übrigen medizinischen Diensten um rund 11%, bei nicht-medizinischen Diensten eine Abnahme um 1%. In der Summe würde das Personal von derzeit 808 000 Vollkräften auf 880 000 um 9% steigen. In den anderen Szenarien fällt der Personalbedarf höher aus.

Kosten. Die Löhne für ärztliches Personal dürften in den nächsten Jahren weiterhin stärker steigen als die für nicht-ärztliches. Unter Berücksichtigung der Veränderungen der Personalmenge würden die gesamten Personalkosten von 2009 bis 2020 um 44% bzw. 3,4% p.a. wachsen, die gesamten Sachkosten um 26% bzw. 2,1% p.a. Die gesamten Kosten würden dann um 37% steigen.

Erlöse. DRG-Preise stiegen bislang durch die Vergütungsanpassung der Krankenhausleistungen nach der Grundlohnrate, ab frühestens 2013 in Anlehnung an den „Orientierungswert“. Das GKV-FinG beschränkte das Preiswachstum 2011 auf 0,9% und 2012 auf etwa 1,0%. Die Zunahme der Zahl der Fälle und Erlöse aus Wahlleistungen, ambulanten Leistungen, Nutzungsentgelten der Ärzte, Zuweisungen und Zuschüssen der öffentlichen Hand sowie sonstigen betrieblichen Erträgen führen zu zusätzlichen Erlössteigerungen. 2010 gab es mit dem KHRG noch einmalige Sondereinflüsse, die sich positiv auf die Erlöse der Krankenhäuser auswirkten. Bis 2020 rechnen wir mit einem Zuwachs der Gesamterlöse um 33%.

3. Das Rating der Krankenhäuser

3.1 Datengrundlage

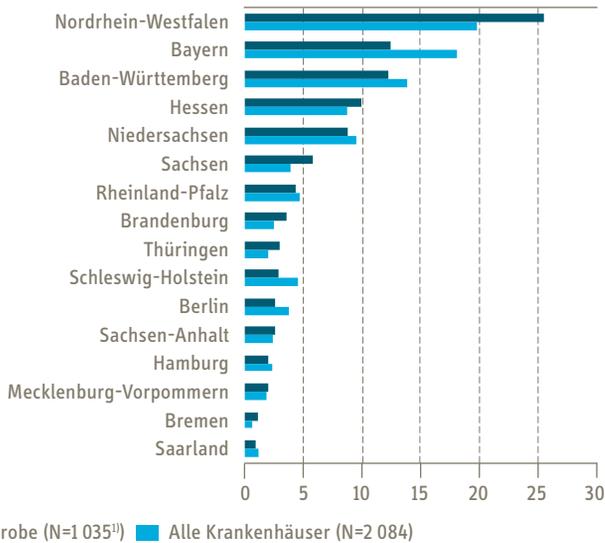
Wir greifen auf eine Stichprobe von 687 Jahresabschlüssen von Krankenhäusern aus dem Jahr 2008 und 366 von 2009 zurück. Auf Grundlage der Abschlüsse, die für beide Jahre vorlagen, wurde für die 329, die nur für 2008 vorliegen, eine Hochrechnung auf 2009 vorgenommen. Da Jahresabschlüsse für Klinikketten mehrere einzelne Krankenhäuser umfassen, beinhaltet die Stichprobe insgesamt 1 035 Krankenhäuser. Für viele Einrichtungen liegen Jahresabschlüsse seit 2004 vor.

Die vorliegenden Daten repräsentieren rund 50% des Krankenhausmarkts und sind damit sehr aussagekräftig. Dabei sind Krankenhäuser aus allen Bundesländern in der Stichprobe vertreten. Bayern, Berlin und Schleswig-Holstein sind leicht unter-, Bremen, Thüringen, Sachsen, Brandenburg und Nordrhein-Westfalen leicht überrepräsentiert (Schaubild 49). Bezogen auf die einzelnen Krankenhäu-

Krankenhaus Rating Report 2011

Schaubild 49

Verteilung der Krankenhäuser nach Bundesländern in der Stichprobe und Grundgesamtheit
2009; Anteil in %



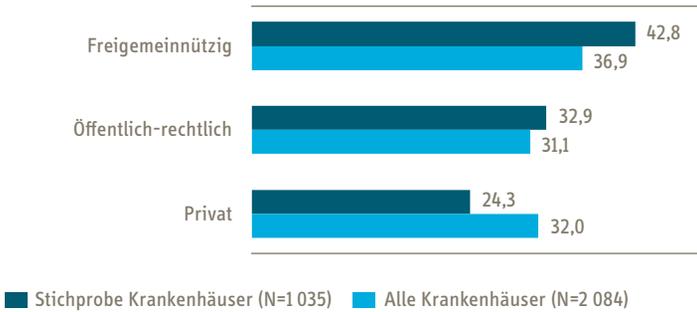
¹Insgesamt handelt es sich um 695 Jahresabschlüsse. Manche Bilanz umfasst jedoch eine kleine Kette von Krankenhäusern. – Quelle: ADMED/HCB/RWI; Statistisches Bundesamt (2010c).

ser wird die Verteilung der Trägerschaften in der Grundgesamtheit ausreichend gut abgebildet (Schaubild 50). Da es bei Krankenhäusern in privater Trägerschaft relativ viele große Klinikketten mit jeweils nur einer Bilanz gibt, liegen insgesamt weniger Bilanzen von privaten Einrichtungen vor. Wir verwenden stets die Konzernbilanzen, nicht jedoch Bilanzen einzelner Krankenhäuser einer Klinikette, die ohnehin oft nicht verfügbar sind. In den Analysen gewichten wir eine Bilanz nach der Zahl ihrer dazu gehörigen Krankenhäuser. Krankenhäuser mit weniger als 100 Betten sind in der Stichprobe unter-, jene mit über 100 Betten überrepräsentiert (Schaubild 51).

3. Das Rating der Krankenhäuser

Schaubild 50

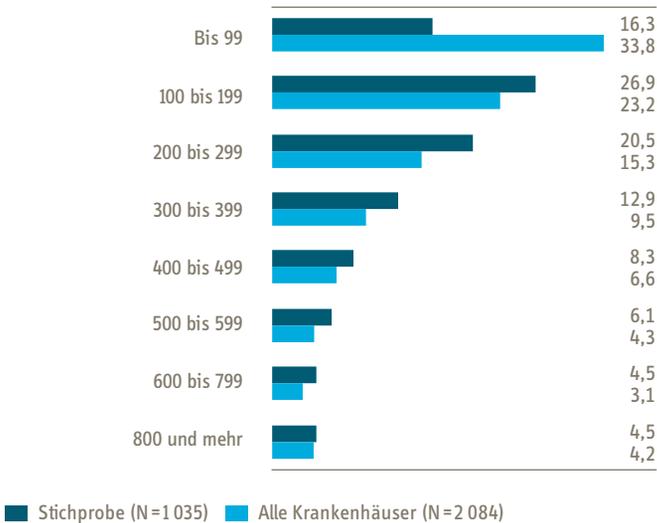
Verteilung der Krankenhäuser nach Trägerschaft in der Stichprobe und Grundgesamtheit
2009; Anteil in %



Quelle: ADMED/HCB/RWI; Statistisches Bundesamt (2010c).

Schaubild 51

Verteilung der Krankenhäuser nach der Zahl der Betten in der Stichprobe und Grundgesamtheit
2009; Anteil in %



Quelle: ADMED/HCB/RWI; Statistisches Bundesamt (2010c).

Krankenhaus Rating Report 2011

3.2 Methodik

Zentraler Indikator zur Beurteilung der wirtschaftlichen Lage eines Krankenhauses ist in dieser Studie die Ausfallwahrscheinlichkeit (Probability of Default, PD). Mit Hilfe eines Bilanzratings berechnen wir die PD für jedes Krankenhaus anhand der vorliegenden Jahresabschlüsse. Das Rating beruht auf Engelmann et al. (2003). Deren Modell enthält insgesamt elf Kennzahlen¹⁴ (Schaubild 52). Das Modell wurde im Rahmen eines Kooperationsprojekts durch die ADMED GmbH, die HCB GmbH, das RWI und die GENO-RiskSolutions GmbH für die vorliegenden Daten modifiziert. Im Anhang finden sich eine Beschreibung des Vorgehens zur Erstellung dieses Ratings und eine Beurteilung seiner Güte.

Die PD geben an, mit welcher Wahrscheinlichkeit das Krankenhaus innerhalb eines Jahres seinen Zahlungsverpflichtungen nicht mehr nachkommen kann und damit ggf. Insolvenz anmelden muss. Sie liegen theoretisch zwischen 0% und 100%. Für die weit überwiegende Zahl der Krankenhäuser bewegen sich die so errechneten PD zwischen 0% und etwa 5%. Eine hohe PD bzw. deren Erhöhung kann unterschiedliche Konsequenzen haben. Naheliegend ist eine Verteuerung der Kredite, wie sich am positiven Zusammenhang zwischen Zinszahlungen und PD belegen lässt (Augurzyk et al. 2007).

Die errechneten PD werden zur Veranschaulichung einem groben Ampelsystem und feineren Ratingklassen zugeordnet (Schaubild 53). Wir bezeichnen die Ratingklassen – in Anlehnung an ADMED/HCB/RWI – als AHR 1 bis 16. Der niedrigste Wert stellt das beste, der höchste Wert das schlechteste Rating dar. PD zwischen 0,0% und 1,0% spiegeln ein geringes bis moderates Ausfallrisiko wider und werden mit der Farbe grün hinterlegt. Eine Kreditaufnahme sollte im grünen Bereich einfach bzw. zu geringen Kosten möglich sein. Werte zwischen 1,0% und 2,6% sind gelb hinterlegt. Die Kreditaufnahme ist erschwert, und Kredite werden teurer. Alle Werte darüber sind rot hinterlegt; hier ist mit erheblichen Problemen bei der Kreditaufnahme zu rechnen bzw. sie ist sogar unmöglich.

Wir bilden zu erwartende Entwicklungen im Krankenhausesektor in Form von Planbilanzen und Plan-Gewinn- und Verlustrechnungen (Plan-GuV), die dann ebenfalls dem Rating unterzogen werden, bis 2020 in einem so genannten Basisszenario ab. In die Planbilanzen fließen die Annahmen zu Kosten und Erlösen gemäß Abschnitt 2.2.3 ein. Zusätzlich dazu berücksichtigen wir den Einfluss des Ratings auf die Finanzierungskosten. Ein schlechtes Rating erhöht die Finanzierungskosten, ein gutes verringert sie („Basel II-Effekt“). Zudem nehmen wir an, dass eine steigende

¹⁴ Es wurde auf Bundesbankdaten getestet und kalibriert (Engelmann et al. 2003).

3. Das Rating der Krankenhäuser

Schaubild 52

Kennzahlen zur Bestimmung des Bilanzratings

| Kennzahl | Definition | Wertung |
|---------------------------|--|------------------------------|
| Verschuldungsgrad | Verbindlichkeiten / Bilanzsumme | Geringer ist besser |
| Bankverschuldungsgrad | Bankverbindlichkeiten / Bilanzsumme | Geringer ist besser |
| Liquidität | Schecks & Kassenbestand / Verbindlichkeiten bis 1 Jahr | Höher ist besser |
| Finanzkraft | Ertragswirtschaftlicher Cash Flow / (Verbindlichkeiten – Erhaltene Anzahlungen) | Höher ist besser |
| Umlaufvermögen | Umlaufvermögen / Umsatz | Geringer ist besser |
| Kurzfristige Verschuldung | Verbindlichkeiten bis 1 Jahr / Bilanzsumme | Geringer ist besser |
| Reinvermögensquote | Verbindlichkeiten aus Lieferung und L. / (Bilanzsumme – nicht durch Eigenkapital gedeckter Fehlbetrag) | Geringer ist besser |
| Kapitalumschlag | Umsatz / Bilanzsumme (Umsatz – Materialaufwand) / Personalaufwand | Höher ist besser |
| Wertschöpfung | Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit / | Höher ist besser |
| Return on Capital | Bilanzsumme | Höher ist besser |
| Umsatzwachstum | Umsatz / Umsatz des Vorjahres | Moderat ist gut ¹ |

¹Bis zu einem Umsatzwachstum von 25% gilt „Je mehr desto besser“, danach kehrt sich die Aussage um. – Quelle: Engelmann, Hayden und Tasche (2003); angepasst durch Genoverband Stuttgart und RWI Essen und ADMED GmbH.

Krankenhaus Rating Report 2011

Schaubild 53

Ratingklassifizierung über errechnete Ausfallwahrscheinlichkeiten

| | | Ausfallwahrscheinlichkeit p.a. (PD) | AHR-Rating ² | | | | | |
|--|-----------------|-------------------------------------|-------------------------|--|---|-----------------|---|------------------|
| <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 50%;">Aktiva</td> <td style="width: 50%;">Passiva</td> </tr> <tr> <td colspan="2">GuV</td> </tr> </table> | Aktiva | Passiva | GuV | | Formelwerk basierend auf modernen statistischen Schätzverfahren | 0,000% - 0,016% | 1 | Investment Grade |
| | Aktiva | Passiva | | | | | | |
| | GuV | | | | | | | |
| | 0,016% - 0,025% | 2 | | | | | | |
| | 0,025% - 0,040% | 3 | | | | | | |
| | 0,040% - 0,063% | 4 | | | | | | |
| | 0,063% - 0,100% | 5 | | | | | | |
| | 0,100% - 0,158% | 6 | | | | | | |
| | 0,158% - 0,251% | 7 | | | | | | |
| | 0,251% - 0,398% | 8 | | | | | | |
| | 0,398% - 0,631% | 9 | | | | | | |
| | 0,631% - 1,000% | 10 | | | | | | |
| | 1,000% - 1,585% | 11 | Non-Investment Grade | | | | | |
| | 1,585% - 2,600% | 12 | | | | | | |
| | 2,600% - 3,981% | 13 | | | | | | |
| | 3,981% - 6,310% | 14 | | | | | | |
| 6,310% - 10,00% | 15 | | | | | | | |
| 10,00% - 100,0% | 16 | | | | | | | |

¹Ähnliche Ampelklassifikationen werden häufig von Kreditinstituten verwendet. – ²AHR Rating, von ADMED, HCB und RWI gewählte Ratingklassen. – Quelle: ADMED/HCB/RWI; Experteninterviews.

Zahl ambulanter Fälle das Krankenhaus weder belastet noch ihm wirtschaftlich nützt, d.h. dass die Erlöse aus ambulanten Leistungen den Kosten entsprechen. Weiter gehen wir davon aus, dass die öffentlichen Investitionsfördermittel in Zukunft (real) um 1% p.a. abnehmen.¹⁵

Viele der getroffenen Annahmen des Basisszenarios führen zu einer Verschlechterung der Bilanzzahlen, manche zu einer Verbesserung. Im Durchschnitt ist davon auszugehen, dass sich das Rating der Krankenhäuser bis 2020 verschlechtern wird, weil die Kosten langfristig stärker steigen als die Erlöse. Im Basisszenario unterstellen wir, dass Krankenhäuser keine betrieblichen Gegenmaßnahmen zur Verbesserung ihrer wirtschaftlichen Situation einleiten. Im Szenario „Produkti-

¹⁵ Sinkende Fördermittel führen dazu, dass die Sonderpostenquote sukzessive sinkt und damit die jährlichen Erträge durch Auflösung von Sonderposten in der GuV. Wir nehmen an, dass das Anlagevermögen konstant bleibt. Damit steigen entsprechend die Abschreibungen auf nicht-gefördertes Anlagevermögen.

3. Das Rating der Krankenhäuser

vitätsfortschritt“ hingegen nehmen wir einen jährlichen Produktivitätsfortschritt von 0,25% ab 2012 an, d.h. dann sind jährlich 0,25% weniger Aufwendungen erforderlich, um die Krankenhausleistungen bereitzustellen. Schließlich untersuchen wir im Szenario „Marktberreinigung“ den Effekt des Ausscheidens von Krankenhäusern aus wirtschaftlichen Gründen.

3.3 Aktuelle Situation und vergangene Entwicklung

3.3.1 Aktuelle Situation

In diesem Abschnitt stellen wir die Ergebnisse für die Bilanzdaten aus dem Jahr 2009 vor¹⁶. Aufgrund erheblicher Veränderungen in den Rahmenbedingungen für Krankenhäuser in den Jahren danach, insbesondere 2011, kann dabei aber nicht von einer Darstellung der aktuellen Situation gesprochen werden. Deshalb präsentieren wir auch eine Hochrechnung für 2010 und 2011.

Die durchschnittliche PD beträgt in der Stichprobe 2009 1,2% (Schaubild 54). Sie liegt damit leicht besser als bei Pflegeheimen und deutlich besser als bei Reha-Kliniken. 12,1% der Krankenhäuser waren im roten, 13,0% im gelben, immerhin 75,0% im grünen Bereich angesiedelt. Die Werte liegen besser als im Report 2010, dem allerdings zum Teil eine andere Stichprobe zugrunde lag. Ein direkter Vergleich ist daher nur begrenzt möglich. Allerdings bestätigen die aktuellen Daten, dass sich bei Krankenhäusern, für die sowohl ein Jahresabschluss aus 2008 als auch aus 2009 vorliegt, die durchschnittliche PD 2009 verbessert hat.

Die Ertragslage der Krankenhäuser ist nur unter Berücksichtigung der KHG-Mittel als ausreichend zu bezeichnen. Das Betriebsergebnis vor Zinsen, Steuern, Abschreibungen und Amortisation (EBITDA) im Verhältnis zum Umsatz lag 2009 ohne Berücksichtigung von KHG-Mitteln durchschnittlich bei 5,0%, mit KHG-Mitteln bei 8,2% (Schaubild 55). 20% aller Krankenhäuser wiesen eine EBITDA-Marge (mit KHG-Mitteln) unter 4,8% auf. Dagegen erzielten immerhin 20% einen Wert von über 12,0%. Gegenüber 2008 hatte sich die Situation verbessert.

Um jedoch in ausreichendem Maße Investitionen finanzieren zu können, sollte mindestens ein Wert von 10% erreicht werden. Dies gelang 2009 nur 29% aller Krankenhäuser (Schaubild 56). Bei 50% lag eine schwache Investitionsfähigkeit vor, d.h. ihr EBITDA lag unter 10%, aber noch über 5%. 21% der Krankenhäuser waren mit einer EBITDA-Marge unter 5% nicht investitionsfähig. Ihre Zukunftsfä-

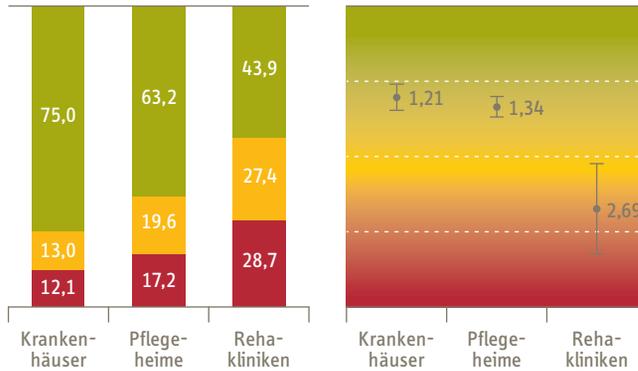
¹⁶ Zum Teil handelt es sich um 2009 hochgerechnete Abschlüsse aus dem Jahr 2008.

Krankenhaus Rating Report 2011

Schaubild 54

Durchschnittliche Ausfallwahrscheinlichkeit und Verteilung von Einrichtungen nach der Ampelklassifikation

2009; in %

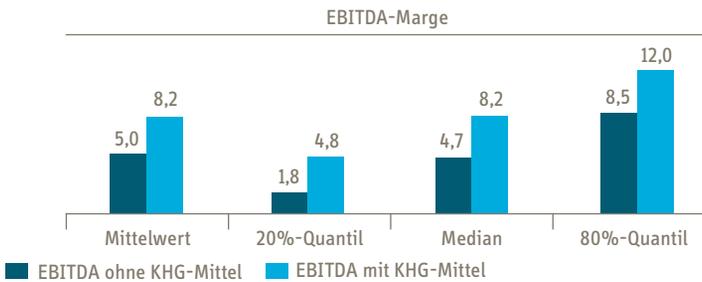


¹Spannweite (Fehlerbalken) entspricht zwei Standardabweichungen. – Quelle: ADMED/HCB/RWI; Reha Rating Report 2009 (update 2010); Pflegeheim Rating Report 2009 (update 2010).

Schaubild 55

Ertragslage der Krankenhäuser

2009; in %



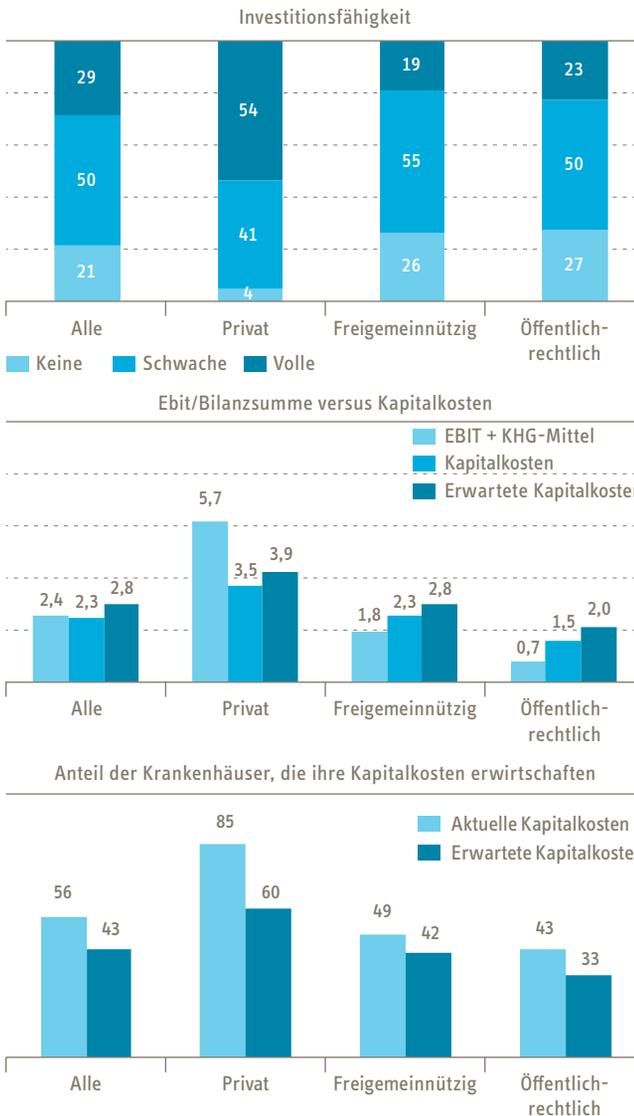
Quelle: ADMED/HCB/RWI.

3. Das Rating der Krankenhäuser

Schaubild 56

Investitionsfähigkeit und Kapitalkosten

2009; in %



Nicht finanzierungsfähig bei EBITDA (inkl. KHG-Mittel) < 5%; schwach finanzierungsfähig bei 5% bis <10%, finanzierungsfähig ab 10%; Kapitalkosten setzen sich zusammen aus Kosten für EK, Sopo und FK; Erwartung: Sopo sinken lgfr. um 30%; entsprechend erhöht sich der FK-Anteil und damit die Gesamtkapitalkosten. – Quelle: ADMED/HCB/RWI.

Krankenhaus Rating Report 2011

higkeit ist ernsthaft in Gefahr. Bei Krankenhäusern in privater Trägerschaft waren nach dieser Definition 54% voll und nur 4% nicht investitionsfähig. Bei den nicht-privaten Krankenhäusern war die Lage deutlich schlechter.

Allerdings muss berücksichtigt werden, dass private Anbieter auch ihr eingesetztes Eigenkapital verzinsen müssen. Zwar erlaubt eine solche Verzinsung die Akquise von Eigenkapital zu Investitionszwecken, gleichzeitig fallen aber die Kapitalkosten höher aus. Relevant ist daher, ob die Kapitalkosten langfristig verdient werden können. In diesem Fall sollte für Investitionszwecke genügend Kapital akquiriert werden können. Wir nehmen an, (i) dass Fördermittel (Sonderposten) kostenlos, also zu einem Zinssatz von 0% zur Verfügung stehen, (ii) dass Fremdkapital mit 4% zu verzinsen ist und (iii) dass öffentliches Eigenkapital ebenfalls kostenlos, freigemeinnütziges zu 3% und privates zu 8% zur Verfügung stehen. Unter diesen Annahmen lagen die Gesamtkapitalkosten 2009 durchschnittlich bei rund 2,3%. Sie wurden von 56% der Krankenhäuser erwirtschaftet. Für private Krankenhäuser lagen sie bei 3,5%, für freigemeinnützige bei 2,3% und für öffentlich-rechtliche bei 1,5%. 2009 erwirtschafteten 85% der privaten ihre Kapitalkosten, jedoch nur 49% der freigemeinnützigen und 43% der öffentlich-rechtlichen.

Da öffentliches Kapital in Form von Fördermitteln in Zukunft sehr wahrscheinlich noch knapper werden wird, ist davon auszugehen, dass fehlende Fördermittel immer stärker durch kostenpflichtiges Fremd- oder Eigenkapital ersetzt werden müssen. Würden beispielsweise die Sonderposten um 30% abnehmen und muss diese Differenz durch Fremdkapital ersetzt werden, würden die durchschnittlichen Kapitalkosten von 2,3% auf 2,8% steigen („erwartete Kapitalkosten“ in Schaubild 56). Nur noch 43% der Krankenhäuser wären dann in der Lage, diese zu erwirtschaften. Insofern ist eine Mehrheit der Krankenhäuser nicht für die Zukunft gerüstet. In Bezug auf Krankenhausgröße oder Ländlichkeit ergeben sich keine besonderen Unterschiede dieser Kennzahlen.

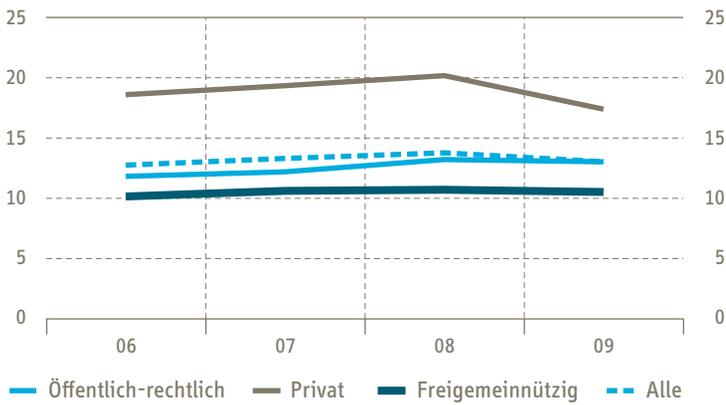
Bislang lässt sich noch nicht feststellen, dass die Verbindlichkeiten der Krankenhäuser gegenüber Kreditinstituten zugenommen haben (Schaubild 57). Ihr Anteil an der Bilanzsumme lag zwischen 2006 und 2009 relativ konstant in einem Bereich von 12% bis 14%. Für private Krankenhäuser lag er rund 6%-Punkte höher.

3. Das Rating der Krankenhäuser

Schaubild 57

Verbindlichkeiten der Krankenhäuser gegenüber Kreditinstituten nach Trägerschaft

2006 bis 2009; Anteil an der Bilanzsumme in %

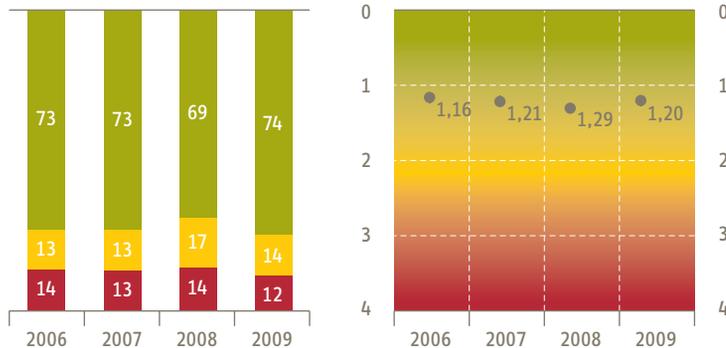


Quelle: ADMED/HCB/RWI

Schaubild 58

Durchschnittliche PD und Verteilung von Einrichtungen nach der Ampelklassifikation im Zeitverlauf

2006 bis 2009; in %



Quelle: ADMED/HCB/RWI

Krankenhaus Rating Report 2011

3.3.2 Vergangene Entwicklung

Für insgesamt 898 Krankenhäuser liegen Bilanzangaben zu allen Jahren von 2006 bis 2009 vor¹⁷. Für sie lässt sich der zeitliche Verlauf ausgewählter Kennzahlen untersuchen. Die Kennzahlen für 2009 können von denen im vorherigen Abschnitt abweichen, weil es sich hier nur um eine Teilstichprobe handelt, deren durchschnittlichen Werte von denjenigen der gesamten Stichprobe abweichen können. Zwischen 2006 und 2008 verschlechterte sich die durchschnittliche PD (Schaubild 58), 2009 folgte eine Verbesserung. Nach der Ampelklassifikation lässt sich ein ähnlicher Trend erkennen: Der Anteil der Krankenhäuser im grünen Bereich sank bis 2008 und erhöhte sich 2009 wieder. Die Umsatzrendite und die Eigenkapitalquote erhöhten sich zwischen 2006 und 2009 jedoch stetig (Schaubild 59).

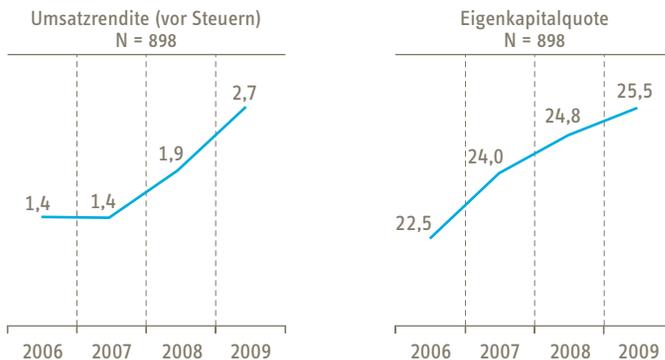
3.3.3 Erwartete Situation 2010 und 2011

Auf Basis der Hochrechnungen gemäß Abschnitt 2.2 schreiben wir die Jahresabschlüsse der Stichprobe für 2010 und 2011 fort. Es handelt sich dabei um rechnerische Ergebnisse, nicht um tatsächliche Werte. Die durchschnittliche PD verbesserte sich 2010 merklich (Schaubild 60): Der Anteil der Krankenhäuser im roten Bereich sinkt von 12,1% auf 7,9%. Zugleich nimmt der Anteil der Häuser mit einem Jahresverlust von 12,8% auf 9,9% ab (Schaubild 61). 2011 wird sich die Situation aufgrund des GKV-FinG wieder verschlechtern.

Schaubild 59

Umsatzrendite und Eigenkapitalquote im Zeitverlauf

2006 bis 2009; in %



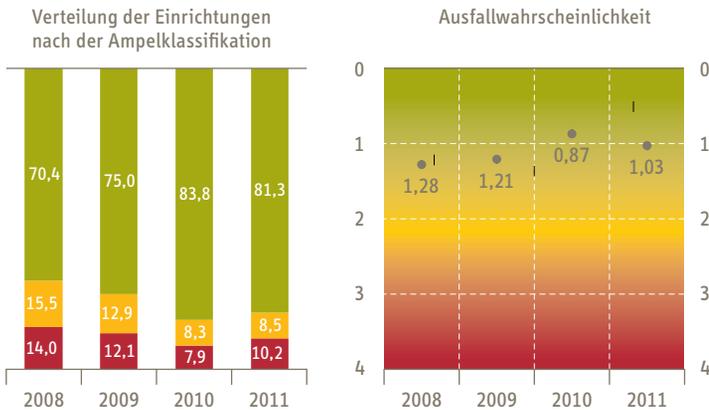
Quelle: ADMED/HCB/RWI

¹⁷ Für das Jahr 2009 sind hier auch wieder hochgerechnete Bilanzen enthalten.

3. Das Rating der Krankenhäuser

Schaubild 60

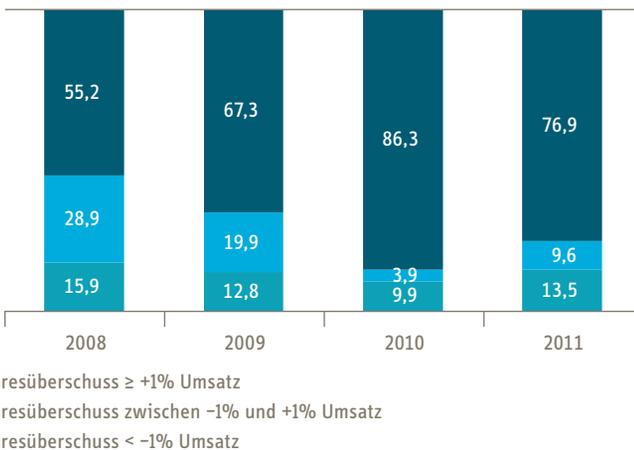
Kurzfrist-Projektion der PD und Verteilung nach der Ampelklassifikation
2010 und 2011; in %



Quelle: ADMED/HCB/RWI

Schaubild 61

Kurzfrist-Projektion der Verteilung der Krankenhäuser nach dem
Jahresüberschuss
2010 und 2011; Anteil in %



Quelle: ADMED/HCB/RWI

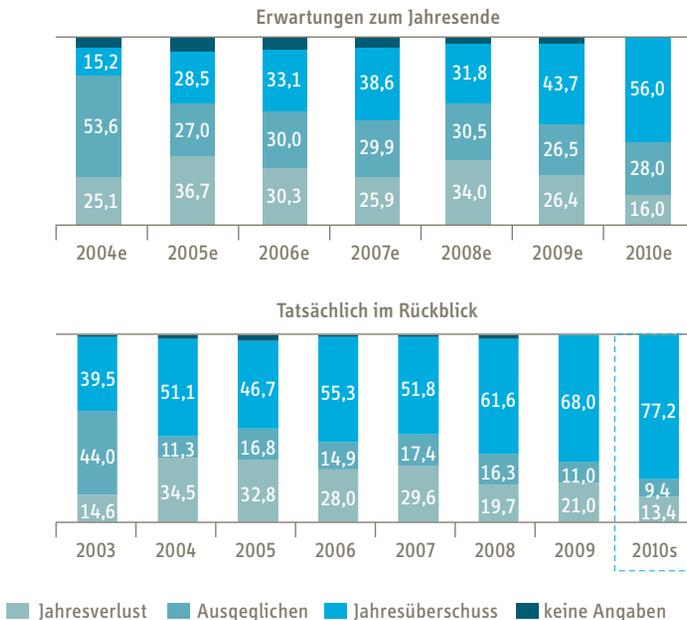
Krankenhaus Rating Report 2011

Auch nach dem DKI-Krankenhausbarometer (DKI 2010) müsste 2010 ein sehr gutes Jahr für Krankenhäuser geworden sein. Tatsächliche Zahlen liegen noch nicht vor, sondern nur Erwartungen. Berücksichtigt man aber, dass in allen früheren Krankenhausbarometern die Erwartungen zum aktuellen Befragungsjahr stets deutlich schlechter ausfielen, als sich rückblickend die tatsächliche Lage herausstellte („Erwartungsverzerrung“), müssten 2010 nach Abzug des Erwartungsbias immerhin 77% aller Häuser schwarze Zahlen geschrieben haben (Schaubild 62)¹⁸ – so viel wie noch nie seit der ersten Befragung 2003, jedoch weniger als gemäß unseren Erwartungen (Schaubild 61).

Schaubild 62

Verteilung des Jahresüberschusses nach dem DKI-Barometer

2003 bis 2010; Anteil in %



Summation über alle drei Kategorien < 100%, weil manche Krankenhäuser ohne Angabe; 2010s = Bereinigung um den „Erwartungsbias“. – Quelle: DKI Krankenhausbarometer 2004-2010; ADMED/HCB/RWI

¹⁸ Die Definition des „ausgeglichenen Jahresabschlusses“ dürfte im DKI-Krankenhausbarometer allerdings leicht anders als die hier gewählte sein.

3. Das Rating der Krankenhäuser

3.3.4 Ergebnisse für Untergruppen

Das Rating fällt für Untergruppen von Krankenhäusern unterschiedlich aus (Schaubild 63). Wir führen zunächst eine rein bivariate Analyse durch, d.h. wir unterteilen die Stichprobe stets nach nur einem Kriterium, z.B. nur nach Größe oder nur nach Trägerschaft. Kombinationen mehrerer Kriterien (multivariate Analyse) finden sich in Abschnitt 3.3.5. Je nach Fragestellung gibt die bivariate oder die multivariate Analyse die richtige Antwort. Stellt man sich beispielsweise die Frage, ob der Faktor „private Trägerschaft“ oder „Krankenhausgröße“ maßgeblich für eine geringe PD sei, so gibt die multivariate Analyse die richtige Antwort. Fragt man indessen, ob ländliche Krankenhäuser unterdurchschnittliche Überlebenschancen haben, ist die bivariate Analyse angemessen, weil hier nur die Gesamtheit aller ländlichen Häuser (mit allen ihren unterschiedlichen Eigenschaften wie Größe, Trägerschaft, CMI usw.) interessiert.

Kleine Krankenhäuser (weniger als 150 Betten) weisen ein signifikant schlechteres Rating auf als große (mehr als 400 Betten) oder mittelgroße (150-400 Betten). Eine detaillierte Untersuchung dazu erfolgt in diesem Abschnitt weiter unten. Westdeutsche Krankenhäuser schneiden schlechter ab als ostdeutsche. Anders als in den Vorjahren ist erstmals ein leichtes Nord-Süd-Gefälle¹⁹ zu Gunsten des Nordens vorhanden. Wie in Abschnitt 4.3 diskutiert, zeigen sich allerdings zwischen einzelnen Bundesländern und Regierungsbezirken erhebliche Unterschiede. Häuser mit einem hohen BFW 2009 schneiden schlechter ab als solche mit einem niedrigen.

Erkennbar sind auch Unterschiede zwischen Häusern mit einem zu Beginn der Konvergenzphase niedrigen und hohen BFW. Mittlerweile weisen jene mit einem anfänglich hohen BFW ein signifikant schlechteres Rating auf. Zu Beginn der Konvergenzphase 2004 und 2005 war es genau anders. Schaubild 64 zeigt die Änderung der PD für jene Krankenhäuser, für die Jahresabschlüsse für alle Jahre von 2004 bis 2009 vorliegen und die in allen Jahren nach der Höhe ihres Start-BFW 2004 unterteilt wurden. Offenbar scheint die DRG-Konvergenz zu wirken.

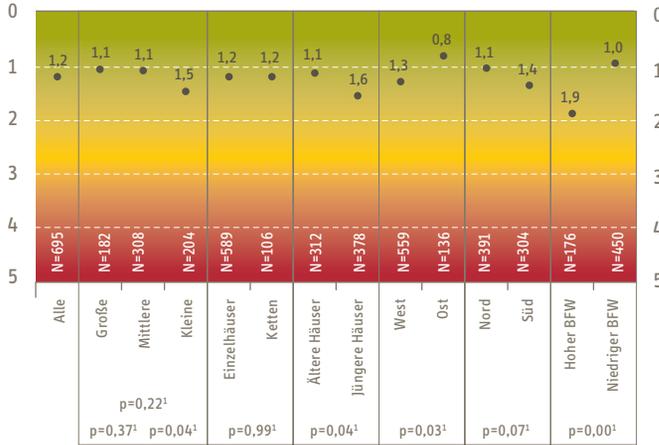
Wie in allen Vorgängerstudien gibt es klare Unterschiede zwischen den Trägerschaften: Freigemeinnützige und private Krankenhäuser schneiden im Rating am besten ab. Mit einer PD von durchschnittlich 1,8% belegen öffentlich-rechtliche Krankenhäuser den hinteren Platz. Eine detaillierte Analyse zur Lage der kommunalen Kliniken erfolgt in Abschnitt 4.1.2. Weitere eindeutige Unterschiede lassen sich dieses Jahr nicht erkennen. Allein eine hohe Konzentration des Leistungsport-

¹⁹ Unter „Norden“ fassen wir Schleswig-Holstein, Hamburg, Niedersachsen, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Berlin, Nordrhein-Westfalen zusammen.

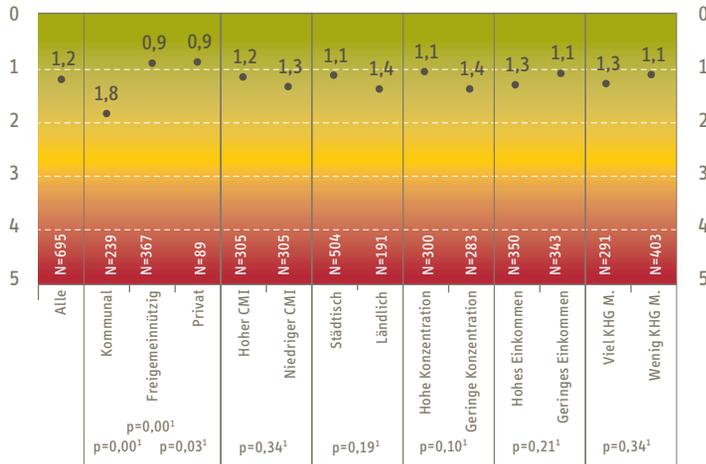
Krankenhaus Rating Report 2011

Schaubild 63

Ausfallwahrscheinlichkeit nach Untergruppen von Krankenhäusern
2009; in %



Anmerkung: klein: weniger als 150 Betten, mittelgroß: 150 bis 400 Betten, groß: über 400 Betten. Ältere Häuser: Alter über Median-Alter, jüngere Häuser: Alter unter Median-Alter. Hoher BFW: BFW über LBFW, niedriger BFW: BFW unter LBFW. p-Werte geben das statistische Signifikanzniveau an, p<0,05 weist auf statistisch signifikante Unterschiede hin. – Quelle: ADMED/HCB/RWI.

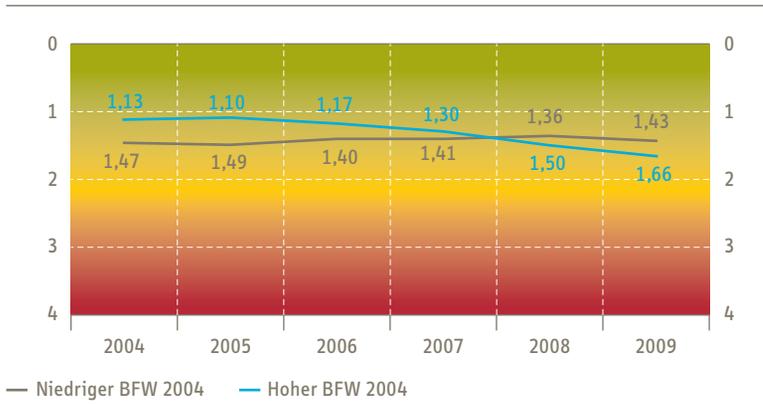


Hoher CMI: CMI über Median-CMI, niedriger CMI: CMI unter Median-CMI. Analog die anderen Kategorien; p-Werte geben das statistische Signifikanzniveau an, p<0,05 weist auf statistisch signifikante Unterschiede hin. – Quelle: ADMED/HCB/RWI

3. Das Rating der Krankenhäuser

Schaubild 64

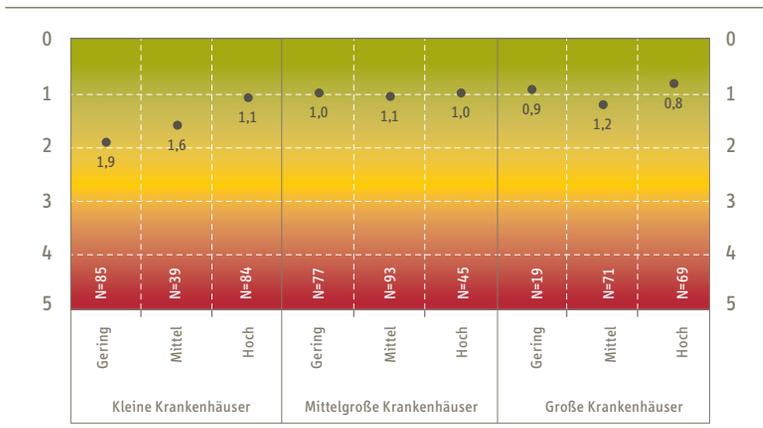
Ausfallwahrscheinlichkeit im Zeitverlauf nach Höhe des BFW
2004 bis 2009; in %



Quelle: ADMED/HCB/RWI.

Schaubild 65

Ausfallwahrscheinlichkeit nach Größe und Konzentration der Fälle
2009; in %



Klein: weniger als 200 Betten, mittelgroß: 200 bis 400 Betten, groß: über 400 Betten.
Einteilung der Fallkonzentration nach gering, mittel, hoch mittels 33% und 66%-Quantilen der Verteilung.; Jahresabschlüsse von 2009, Konzentration von 2004. - Quelle: ADMED/HCB/RWI.

Krankenhaus Rating Report 2011

folios eines Krankenhauses scheint zu einer leicht geringeren PD zu führen.²⁰ Dieser Unterschied kann bei multivariaten Analysen aber nicht mehr nachgewiesen werden. Bei näherer Betrachtung zeigt sich allerdings, dass gerade bei kleinen Häusern die Konzentration der Fälle von großer Bedeutung ist (Schaubild 65). Bei mittleren und großen Krankenhäusern lässt sich ein solcher Zusammenhang nicht feststellen.

Keine statistisch signifikanten Unterschiede stellen wir zwischen Einzelhäusern und Klinikketten, Häusern mit hohem und niedrigem CMI, städtischen und ländlichen sowie Krankenhäusern in einer Region mit hohem und niedrigem Einkommensniveau fest. Schließlich ist die Höhe der KHG-Mittel nicht mit dem Rating korreliert. Viele KHG-Mittel bedeuten also nicht notwendigerweise auch eine gute wirtschaftliche Lage.

Vor dem Hintergrund der anstehenden Reform der Vergütung von Leistungen der Psychiatrie und Psychotherapie, der psychotherapeutischen Medizin und der Kinder- und Jugendpsychiatrie stellt sich die Frage nach der wirtschaftlichen Lage der betroffenen Einrichtungen. Wir unterscheiden im Folgenden drei Kategorien von Krankenhäusern: (i) jene, die keine psychiatrischen Behandlungen²¹ anbieten, (ii) jene, die neben akutmedizinischen auch psychiatrische Leistungen anbieten und schließlich (iii) solche, die nur psychiatrische Leistungen anbieten („Solitäre“). 2009 gab es bundesweit in der ersten Gruppe 1 523 Krankenhäuser, in der zweiten 318 und von den Solitären 187 (Schaubild 66). In unserer Stichprobe mit Jahresabschlüssen befinden sich jeweils 783, 192 bzw. 60 Kliniken.

Die Solitären weisen ein besseres Rating auf als die übrigen Krankenhäuser (Schaubild 67). Nur 3% der Solitären befinden sich im roten, nur 8% im gelben Bereich. Zwischen den akutmedizinischen Krankenhäusern ohne psychiatrische Fachabteilung und solchen mit mindestens einer psychiatrischen Abteilung gibt es nur geringe Unterschiede.

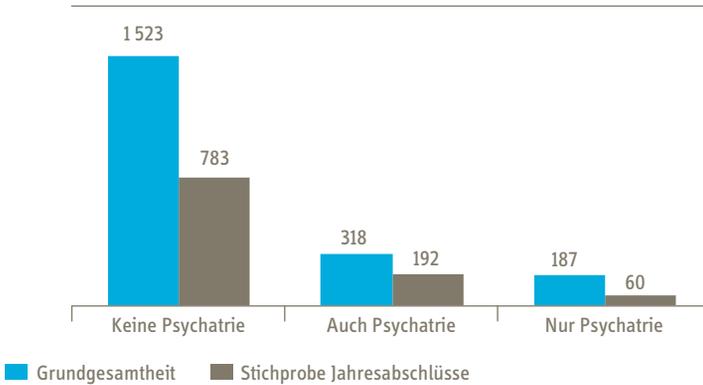
²⁰ Ohne eindeutiges Unterscheidungskriterium (wie Trägerschaft) unterteilen wir die Stichprobe jeweils in zwei Hälften (orientiert am Median). Beispielsweise haben dann 50% eine hohe und 50% eine niedrige Konzentration.

²¹ Wir sprechen kurz von „psychiatrischen Behandlungen“, wenn die Leistungen der drei Fachabteilungen „Psychiatrie und Psychotherapie“, der „psychotherapeutischen Medizin“ oder der „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ (nach der Klassifikation des Statistischen Bundesamts) gemeint sind.

3. Das Rating der Krankenhäuser

Schaubild 66

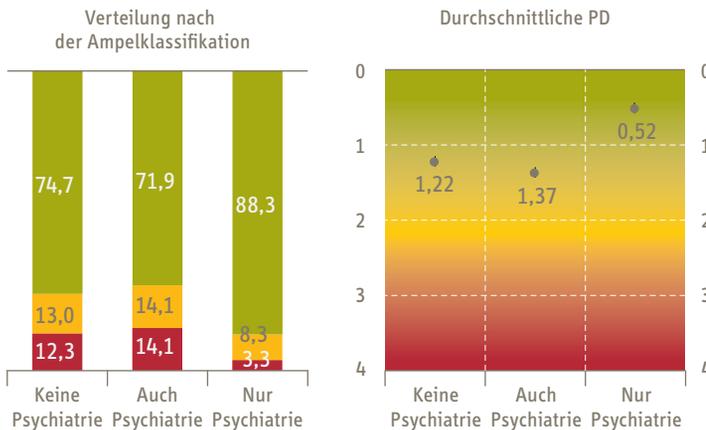
Zahl der Krankenhäuser nach ihrem Angebot an psychiatrischen Leistungen
2009



Quelle: ADMED/HCB/RWI; Statistisches Bundesamt (2010c).

Schaubild 67

Ampelklassifikation und PD nach Angebot an psychiatrischen Leistungen
2009; in %



Quelle: ADMED/HCB/RWI.

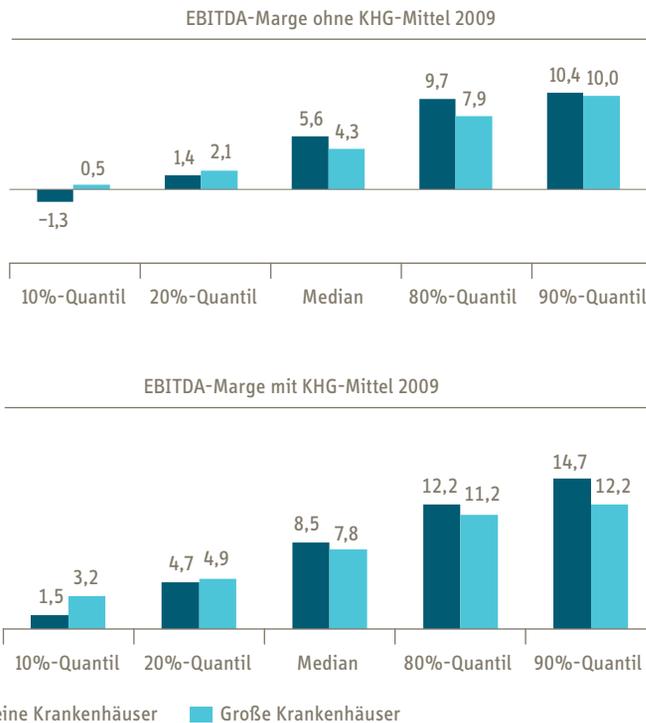
Krankenhaus Rating Report 2011

Schließlich untersuchen wir kleine Kliniken, die im Durchschnitt schlechter abschneiden als mittlere und große. Wir definieren für diese Subanalysen eine Klinik als klein, wenn sie weniger als 200 Betten besitzt.²² Die Lage ist allerdings sehr heterogen. Klein bedeutet nicht automatisch schlecht. Beispielsweise streut die EBITDA-Marge von kleinen Kliniken stärker als von großen (Schaubild 68). Die Top-10% der kleinen Krankenhäuser erreichen eine EBITDA-Marge (inkl. KHG-Mittel) von mindestens 14,7%, die Top-10% der großen Häuser nur mindestens 12,2%. Auf der anderen Seite fallen die Werte bei den unteren 10% der kleinen Häuser deutlich schlechter aus als bei den großen.

Schaubild 68

Verteilung der EBITDA-Marge nach der Größe des Krankenhauses

2009; Anteile in %



Quelle: ADMED/HCB/RWI.

²² Wir wählen hier die Trennlinie bei 200 Betten statt bei 150 wie weiter oben, um eine größere Stichprobe für die Subanalyse untersuchen zu können.

3. Das Rating der Krankenhäuser

Schaubild 69 zeigt, dass kleine ländliche Kliniken mit größeren Problemen kämpfen als städtische. Auch weisen öffentlich-rechtliche ein deutlich schlechteres Rating auf; jedoch auch kleine freigemeinnützige scheinen größere Schwierigkeiten zu haben als kleine private. Vermutlich handelt es sich bei den kleinen privaten Kliniken um sehr spezialisierte Einrichtungen, die relativ erfolgreich am Markt agieren. Ferner zeigt sich wieder das typische Ost-West-Gefälle und darüber hinaus ein leicht besseres Abschneiden der kleinen Kliniken in Süddeutschland. Teil einer größeren Klinikette zu sein, scheint nur einen kleinen Vorteil zu bieten.

Schaubild 69

Ampelklassifikation kleiner Krankenhäuser nach Untergruppen I

2009; Anteile in %



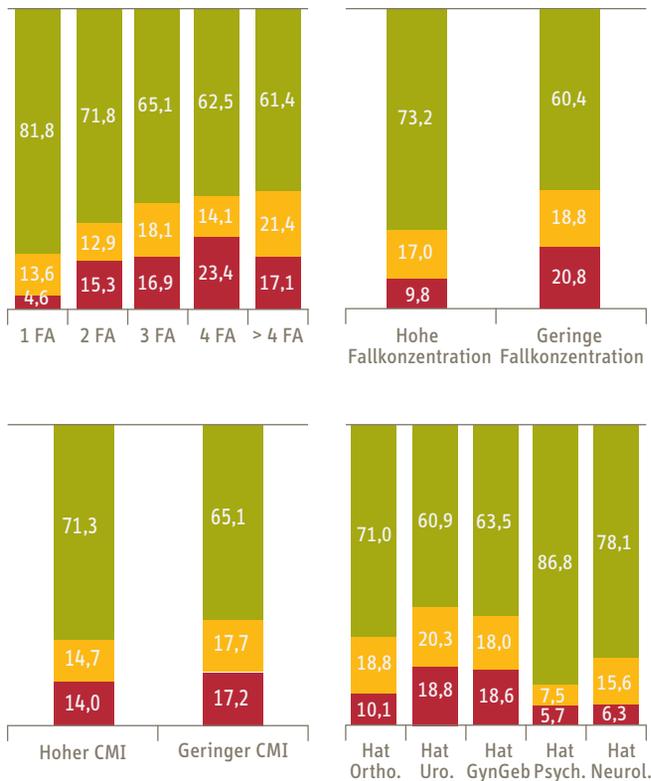
„Klein“ = unter 200 Betten. – Quelle: ADMED/HCB/RWI

Krankenhaus Rating Report 2011

Fokussierung dürfte das Erfolgsrezept kleiner Krankenhäuser zu sein (Schaubild 70): Je mehr Fachabteilungen eine kleine Klinik vorhält, desto schlechter ist ihr Rating. Dies wird bestätigt, wenn man statt nach der Zahl der Fachabteilungen nach der Konzentration des Leistungsportfolios unterteilt. Vorteilhaft ist überdies ein hoher CMI. Beim Einfluss der Fachabteilungen, lassen sich nur grobe Aussagen machen: Eine orthopädische Abteilung zu haben, scheint leicht günstiger zu sein als eine urologische und gynäkologische. Am besten stehen Kliniken mit einer psychiatrischen oder neurologischen Abteilung da.

Schaubild 70

Ampelklassifikation kleiner Krankenhäuser nach Untergruppen II
2009; Anteile in %



Quelle: ADMED/HCB/RWI.

3. Das Rating der Krankenhäuser

3.3.5 Multivariate Analyse

Die bisherigen Analysen verglichen stets anhand nur eines Merkmals Untergruppen miteinander, beispielsweise private mit öffentlich-rechtlichen Krankenhäusern. Dabei bleibt in diesem Beispiel unberücksichtigt, dass private Häuser in der Regel auch kleiner als öffentlich-rechtliche sind. Es könnte bei dem Vergleich zwischen den Trägerschaften aber zu einer Überlagerung verschiedener Einflüsse kommen, nämlich jenen der Größe und der Trägerschaft. In diesem Falle wäre die Behauptung, dass die Trägerschaft *ursächlich* das Rating beeinflusst, falsch. Denn die Trägerschaft würde in einer solchen einfachen bivariaten Regression einen Teil des eigentlich der Größe zuzuschreibenden Effekts mit aufnehmen. Eine multivariate Analyse indessen isoliert die Einflussfaktoren durch gleichzeitige Berücksichtigung aller übrigen Faktoren (Tabelle 1).

Lässt man *alle anderen Einflussfaktoren konstant*, weisen eine große und mittelgroße Klinik gegenüber einer kleinen eine signifikant geringere PD auf. Ein aktuell (2009) hoher BFW korreliert signifikant mit einer höheren PD. Ein Haus in Ostdeutschland schneidet signifikant besser ab als eines in Westdeutschland. Im Vergleich zu einem freigemeinnützigem Krankenhaus geht es einem öffentlich-rechtlichen wirtschaftlich signifikant schlechter. Fügt man in der Analyse die Aufwendungen für Altersvorsorge ein, verringert sich der Unterschied zwischen

Tabelle 1
Multivariate Regressionsanalyse zur PD
2009

| Signifikant höhere PD | Kein signifikanter Zusammenhang mit PD |
|--|--|
| Öffentlich-rechtliches im Vergleich zu freigemeinnützigem KH | Privates im Vergleich zu freigemeinnützigem Krankenhaus |
| Kleine Kliniken im Vergleich zu mittelgroßen und großen | Höhe des CMI |
| Westdeutsches Bundesland | Norddeutsches Bundesland |
| Höherer BFW | Höhe der KHG-Mittel des einzelnen Krankenhauses |
| | Geringer Anteil pauschaler Fördermittel an allen KHG-Mitteln |
| | Einkommensniveau des Kreises |
| | Ländliches im Vergleich zu städtischem Krankenhaus |

Krankenhaus Rating Report 2011

öffentlich-rechtlichen und freigemeinnützigen Krankenhäusern, allerdings bleibt er signifikant. Dennoch hat die Altersvorsorge einen spürbaren Einfluss auf die PD. In Augurzky et al. (2010) untersuchten wir dieses Thema detaillierter.

Anders als in der Vorgängerstudie ist der Zusammenhang zwischen dem Anteil der pauschalen Fördermittel an den gesamten KHG-Mitteln eines Bundeslands und der PD nicht mehr signifikant. Nach wie vor gilt aber, dass die Höhe der KHG-Mittel, die dem Krankenhaus 2009 zur Verfügung standen, nicht mit dem Rating korreliert. Keinen statistisch signifikanten Unterschied erkennen wir zwischen privaten und freigemeinnützigen, zwischen ländlichen und städtischen sowie zwischen Klinikketten und Einzelhäusern. Auch die Höhe des CMI oder das regionale Einkommensniveau spielen keine Rolle. Anders als in der bivariaten Analyse schneiden Krankenhäuser in Norddeutschland nicht signifikant besser ab als in Süddeutschland. Das in der bivariaten Analyse beobachtete Nord-Süd-Gefälle dürfte daher durch die Häufung der öffentlich-rechtlichen sowie kleineren Kliniken im Süden erklärbar sein.

Ergänzend finden sich in Tabelle 2 Ergebnisse einer multivariaten Analyse des Unterschieds zwischen Kapitalrendite und Kapitalkosten, die in Abschnitt 3.3.1 definiert wurden. Private Krankenhäuser weisen ein signifikant besseres Verhältnis zwischen Kapitalrendite und -kosten auf, obwohl ihre Kapitalkosten insgesamt höher ausfallen. In Ostdeutschland gelingt dies den Krankenhäusern ebenfalls besser als in Westdeutschland. Vorteilhaft sind ferner eine hohe Konzentration des Portfolios und ein niedriger Basisfallwert 2009.

3.3.6 Qualität, Patientenzufriedenheit und Wirtschaftlichkeit

Im Krankenhaus Rating Report 2008 untersuchten wir erstmals öffentlich zugängliche Qualitätsdaten von Krankenhäusern, insbesondere im Zusammenhang mit Wirtschaftlichkeitsmaßen. Wir griffen auf Qualitätsdaten der *Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (BQS)* aus dem Jahr 2006 zurück, die auch im Rahmen der Krankenhaus-Qualitätsberichte 2006 veröffentlicht wurden. Details zu den Daten finden sich in Augurzky et al. (2008). Hier haben wir die Analysen aktualisiert. Die Aussagen ließen sich weiter festigen.

Unterteilt man die Krankenhäuser nach der Art der Qualität in die drei Kategorien (a) keine Probleme, (b) unter Beobachtung (Kontrollnotwendigkeit im nächsten Jahr) und (c) auffällig, erkennt man einen klaren Zusammenhang zum Rating (Schaubild 71). Der Anteil im roten Bereich ist mit 9,2% am niedrigsten bei jenen Krankenhäusern ohne Probleme und am höchsten bei jenen mit Auffälligkeiten. Ein ähnliches Bild ergibt sich, wenn man die durchschnittliche PD nach der Kont-

3. Das Rating der Krankenhäuser

Tabelle 2

Multivariate Regressionsanalyse der Differenz aus Kapitalrendite und -kosten 2009

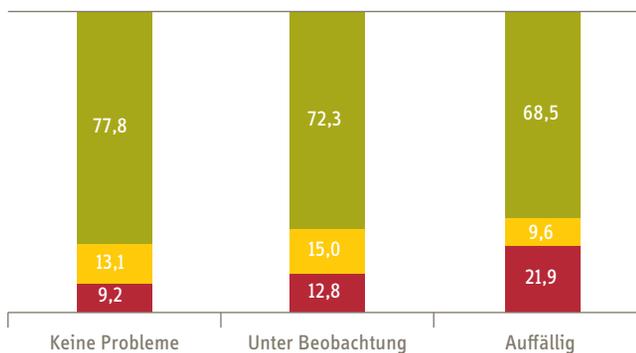
| Signifikant geringere EBITDA-Marge | Kein signifikanter Zusammenhang mit EBITDA-Marge |
|---|---|
| Privates im Vergleich zu öffentlich-rechtlichem Krankenhaus | Freigemeinnütziges im Vergleich zu öffentlich-rechtlichem Krankenhaus |
| Ostdeutsches Bundesland | Größe des Krankenhauses |
| Hohe Fallkonzentration | Ländliches im Vergleich zu städtischem Krankenhaus |
| Niedriger BFW | Höhe des CMI |
| | Höhe der Fördermittel |
| | Geringer Anteil pauschaler Fördermittel an allen KHG-Mitteln |
| | Norddeutsches Bundesland |

rollnotwendigkeit im nächsten Jahr oder nach qualitativen Auffälligkeiten unterteilt. Bei schlechterer Qualität ist die PD signifikant höher (Schaubild 72). In Bezug auf die EBITDA-Marge ergeben sich ähnliche Zusammenhänge. Es bleibt festzuhalten, dass sich Wirtschaftlichkeit und Qualität nicht ausschließen, sondern im Gegenteil sogar gegenseitig zu begünstigen scheinen.

Schaubild 71

Ampelklassifikation nach Art der Qualität

2009; Anteil in %



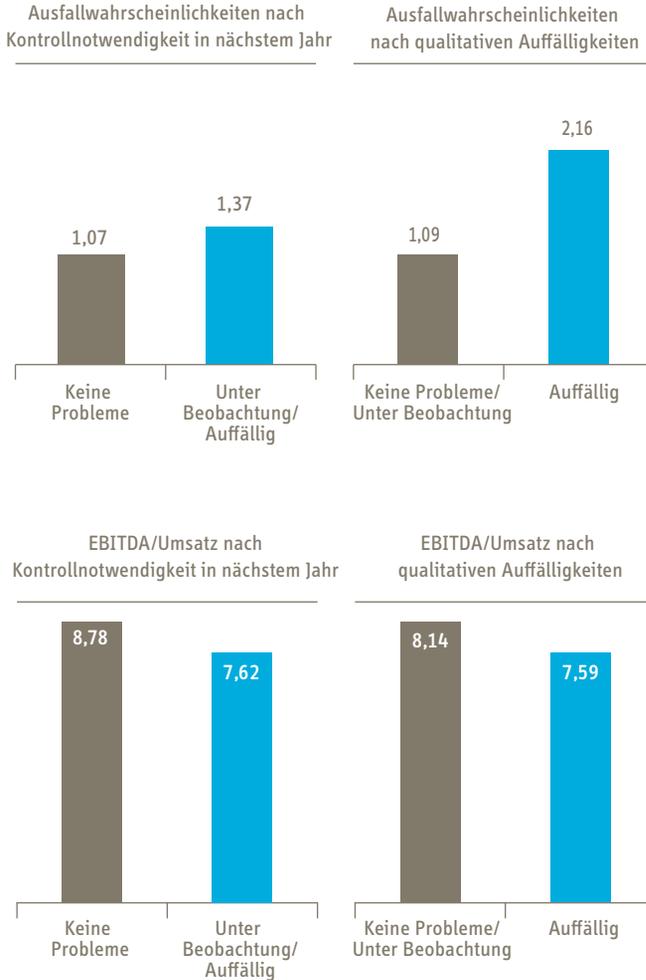
BQS-Daten. Zur Definition der Qualitätsmaße siehe Krankenhaus Rating Report 2009. –
Quelle: ADMED/HCB/RWI; BQS 2008

Krankenhaus Rating Report 2011

Schaubild 72

Durchschnittliche PD und EBITDA-Marge nach Art der Qualität

2009; in %



Unterschiede sind statistisch signifikant zum Signifikanzniveau 5% für den rechten oberen und linken unteren Block. Unterschied links oben signifikant zum 10%-Niveau. –

Quelle: ADMED/HCB/RWI, BQS 2008

3. Das Rating der Krankenhäuser

Da größere Krankenhäuser aufgrund ihrer größeren Zahl von Fällen naturgemäß auch mehr qualitative Auffälligkeiten aufweisen können, muss aus den Analysen die Größe heraus gerechnet werden. Berücksichtigen wir Größe, Ländlichkeit, Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland bzw. Nord- und Süddeutschland in einer multivariaten Analyse parallel, bleiben signifikante Unterschiede zwischen Trägerschaften bestehen: Private Krankenhäuser weisen signifikant niedrigere qualitative Auffälligkeiten auf oder stehen seltener unter Beobachtung als freigemeinnützige. Kommunale Krankenhäuser stehen häufiger unter Beobachtung als freigemeinnützige. Ferner scheint es im Süden mehr qualitative Auffälligkeiten zu geben und auch mehr Kliniken unter Beobachtung zu stehen. Keine nennenswerten Unterschiede zeigen sich zwischen ländlichen und städtischen Krankenhäusern.

Wie im Vorjahr verknüpfen wir Informationen über die Patientenzufriedenheit mit den Jahresabschlussdaten. Dazu nutzen wir öffentlich zugängliche Daten zur Patientenzufriedenheit aus dem Jahr 2006 der Techniker Krankenkasse. Diese liegen bundesweit für 624 Krankenhäuser vor: Davon finden sich 378 in unseren Jahresabschlussdaten. Im Ergebnis ist das Rating in Krankenhäusern mit hoher Patientenzufriedenheit signifikant besser (Schaubild 73). Damit gilt, dass eine hohe Wirtschaftlichkeit wohl auch die Patientenzufriedenheit begünstigt – oder umgekehrt.

Schaubild 73

Ampelklassifikation nach Höhe der Patientenzufriedenheit

2009; Anteil in %



Quelle: ADMED/HCB/RWI; Patientenzufriedenheit nach TK-Befragung aus 2006.

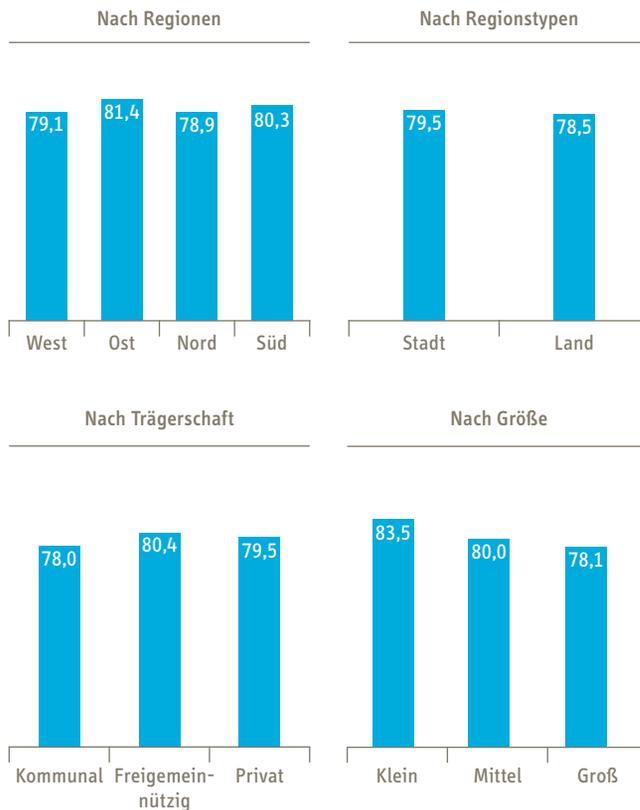
Krankenhaus Rating Report 2011

Unabhängig von den Bilanzdaten lässt sich die Gesamterhebung der Patientenzufriedenheit nach verschiedenen Untergruppen auswerten (Schaubild 74). Dabei zeigen sich leichte, aber signifikante Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland sowie Nord- und Süddeutschland. Nur geringe Unterschiede sind zwischen ländlichen und städtischen Regionen erkennbar. Nach Trägerschaft schneiden freigemeinnützige und private besser ab als kommunale. Besonders signifikant sind die Unterschiede nach der Größe der Krankenhäuser: Kleine wei-

Schaubild 74

Patientenzufriedenheit nach Untergruppen

2006; Werte zwischen 0 und 100



Unterschiede nach Region und Größe jeweils signifikant; nach Stadt/Land nicht signifikant; Unterschied kommunal und privat signifikant, jedoch zwischen fgn und privat nicht. – Quelle: ADMED/HCB/RWI; Patientenzufriedenheit nach TK-Befragung aus 2006

3. Das Rating der Krankenhäuser

sen eine viel höhere Patientenzufriedenheit auf als große, was vermutlich an der weniger anonymen Atmosphäre in kleinen Häusern liegt. Diese Ergebnisse bestätigen sich in multivariaten Analysen, allerdings verschwindet der Unterschied zwischen privaten und kommunalen Kliniken.

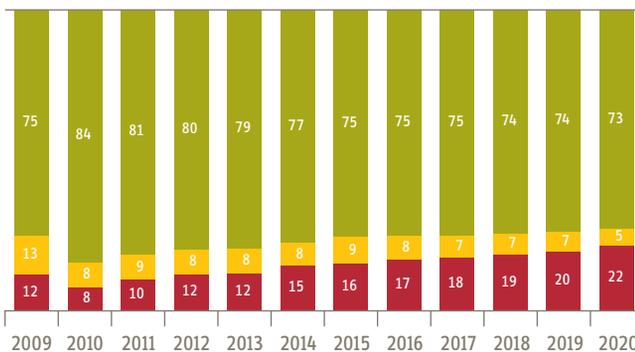
3.4 Hochrechnung des Ratings

Schaubild 75 stellt die erwartete Situation bis 2020 unter den in Abschnitt 2.2 getroffenen Annahmen zum Basisszenario dar. Wie bereits erwähnt, dürfte sich 2010 die Lage der Krankenhäuser gegenüber 2009 nochmals verbessert haben. Ab 2011 ist jedoch mit einer Verschlechterung zu rechnen, weil ohne betriebliche Gegenmaßnahmen die Kosten generell stärker wachsen dürften als die Erlöse. 2011 und 2012 wird dies durch das GKV-FinG noch verstärkt. Im Basisszenario dürften sich 2020 rund 22% der Krankenhäuser im roten Bereich befinden. Die Ertragslage zeigt in der Projektion einen ähnlichen Verlauf, reagiert aber deutlich volatiliter als das Rating (Schaubild 76). Bis 2010 verbessert sich die Situation spürbar. Danach nimmt die Zahl der Krankenhäuser, die rote Zahlen schreiben, zu. Ohne Maßnahmen zur Steigerung der Produktivität würden bis 2020 fast 30% der Krankenhäuser einen Jahresverlust ausweisen und nur noch 60% einen Jahresüberschuss.

Schaubild 75

Projektion der Ampelklassifikation im Basisszenario

2009 bis 2020; Anteil in %

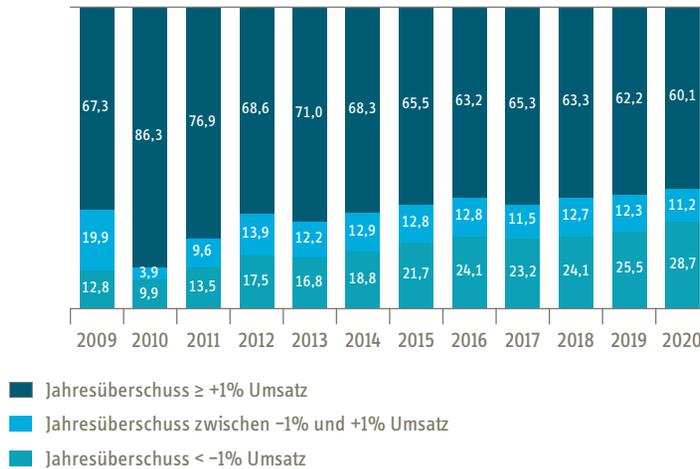


Quelle: ADMED/HCB/RWI.

Krankenhaus Rating Report 2011

Schaubild 76

Projektion der Verteilung der Höhe der Jahresabschlüsse im Basisszenario
2009 bis 2020; Anteil in %



Quelle: ADMED/HCB/RWI.

Für einzelne Untergruppen kann dies völlig anders aussehen. Besonders auffällig ist nach wie vor der Unterschied zwischen Gewinnern und Verlierern der DRG-Konvergenz. DRG-Gewinner (in Bezug auf 2009) erfahren bis 2010 eine Erhöhung ihres BFW, Verlierer hingegen eine Absenkung. Daher können sich DRG-Gewinner trotz der zum Teil widrigen Einflüsse bis 2020 sehr gut halten, DRG-Verlierer fallen jedoch bereits relativ früh tief in den roten Bereich (ohne Schaubild). Wiederum werden dabei mögliche Gegenmaßnahmen der DRG-Verlierer nicht berücksichtigt.

Es ist nicht davon auszugehen, dass sich die Krankenhäuser demgegenüber völlig passiv verhalten. Zahlreiche Häuser bemühen sich um eine kontinuierliche Verbesserung ihrer wirtschaftlichen Lage durch eine Erhöhung ihrer Produktivität. Vermutlich dürften zukünftige Finanzierungslücken daher teilweise geschlossen werden. Insofern ist das hier vorgestellte Basisszenario bis 2020 keine realistische Projektion, sondern zeigt lediglich auf, wie sich die Situation ohne Gegenmaßnahmen verändern würde. Sollte es den Krankenhäusern ab 2012 gelingen, jährlich die gleiche Leistung mit im Durchschnitt 0,25% weniger Aufwand zu erbringen, würde sich ein besseres Bild ergeben (Schaubild 77). Trotzdem würden auch hier die Kosten stärker steigen als die Erlöse und damit der Anteil der Einrichtungen mit Verlusten zunehmen (Schaubild 78).

3. Das Rating der Krankenhäuser

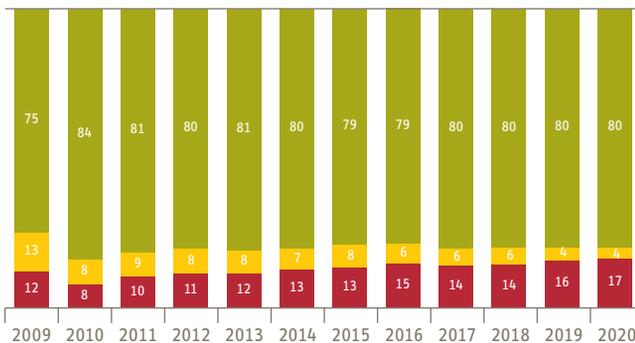
Trotz Produktivitätssteigerungen werden jedoch kaum alle Krankenhäuser überleben können. Auf freien Wettbewerbsmärkten würde sich wirtschaftliche Ineffizienz nur temporär halten können. Ineffiziente Anbieter müssten im Vergleich zu ihren Wettbewerbern höhere Preise für die gleiche Qualität verlangen und würden daher relativ schnell ihre Kunden verlieren. Eine Marktberreinigung im Krankenhaussektor könnte die wirtschaftliche Lage insgesamt verbessern. Aufgrund der zu erwartenden Ratings gehen wir davon aus, dass bis 2020 rund 10% der wirtschaftlich schwachen Krankenhäuser vom Markt verschwinden könnten und die verbleibenden Häuser deren Patienten übernehmen. Schaubild 79 schreibt die Ampel in dem kombinierten Szenario „Produktivitätsfortschritt“ und „Marktberreinigung“ fort. In diesem sehr positiven Fall reduziert sich der rote Bereich langfristig sehr stark, und der Anteil der Häuser mit einem Jahresverlust ginge bis 2020 wieder auf rund 11% zurück (Schaubild 80). Schaubild 81 fasst die Änderung der PD in den verschiedenen Szenarien zusammen. In Bezug auf die PD zeigen sich die positiven Effekte der Marktberreinigung deutlicher als in der Ampelklassifikation.

Schaubild 82 zeigt schließlich für das Szenario Marktberreinigung den zu erwartenden Anteil an Ausfällen bis 2020 nach Untergruppen. Kleine Krankenhäuser dürften deutlich häufiger betroffen sein als große, öffentlich-rechtliche stärker als private oder freigemeinnützige. Besonders auffallend ist der Unterschied nach der Höhe des BFW: Krankenhäuser mit einem BFW 2009 unterhalb des LBFW dürften fast gar nicht von Schließungen betroffen sein. In Norddeutschland dürften leicht

Schaubild 77

Projektion der Ampelklassifikation bei Produktivitätsfortschritt

2009 bis 2020; Anteil in %



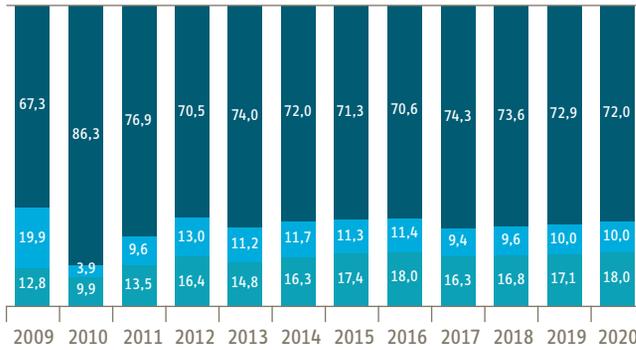
Quelle: ADMED/HCB/RWI.

Krankenhaus Rating Report 2011

Schaubild 78

Projektion der Verteilung der Höhe der Jahresabschlüsse bei Produktivitätsfortschritt

2009 bis 2020; Anteil in %



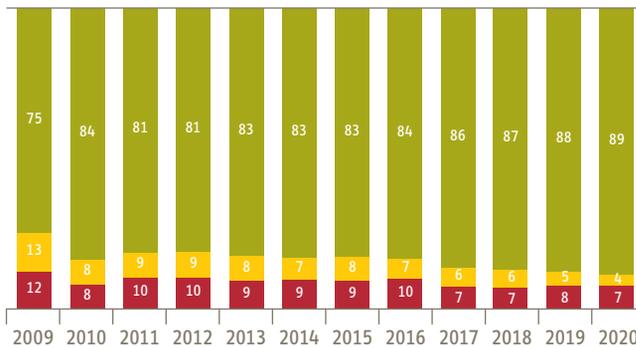
- Jahresüberschuss $\geq +1\%$ Umsatz
- Jahresüberschuss zwischen -1% und $+1\%$ Umsatz
- Jahresüberschuss $< -1\%$ Umsatz

Quelle: ADMED/HCB/RWI.

Schaubild 79

Projektion der Ampelklassifikation bei Produktivitätsfortschritt und Marktberreinigung

2009 bis 2020; Anteil in %

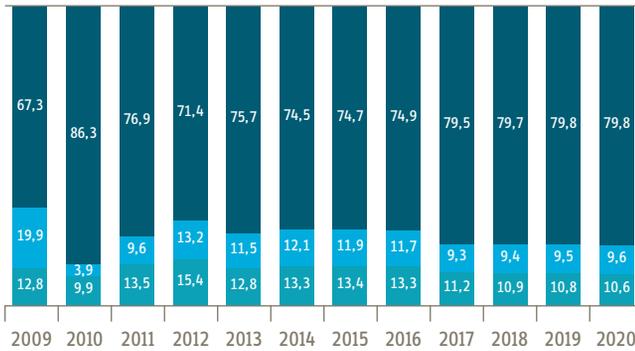


Quelle: ADMED/HCB/RWI.

3. Das Rating der Krankenhäuser

Schaubild 80

Projektion der Verteilung der Höhe der Jahresüberschüsse bei Produktivitätsfortschritt und Marktberreinigung 2009 bis 2020; Anteil in %

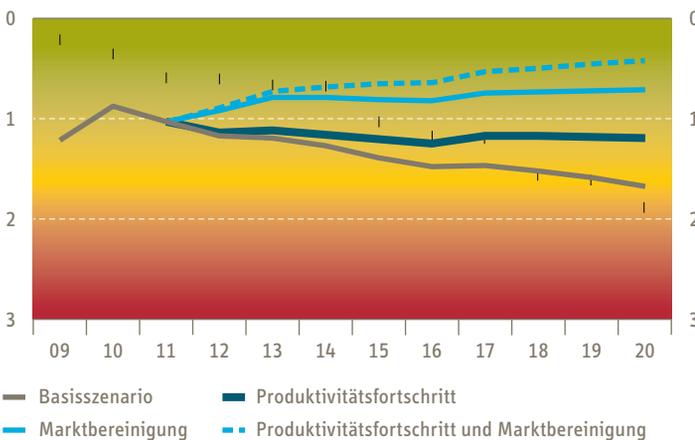


- Jahresüberschuss $\geq +1\%$ Umsatz
- Jahresüberschuss zwischen -1% und $+1\%$ Umsatz
- Jahresüberschuss $< -1\%$ Umsatz

Quelle: ADMED/HCB/RWI.

Schaubild 81

Projektion der PD in verschiedenen Szenarien 2009 bis 2020; in %

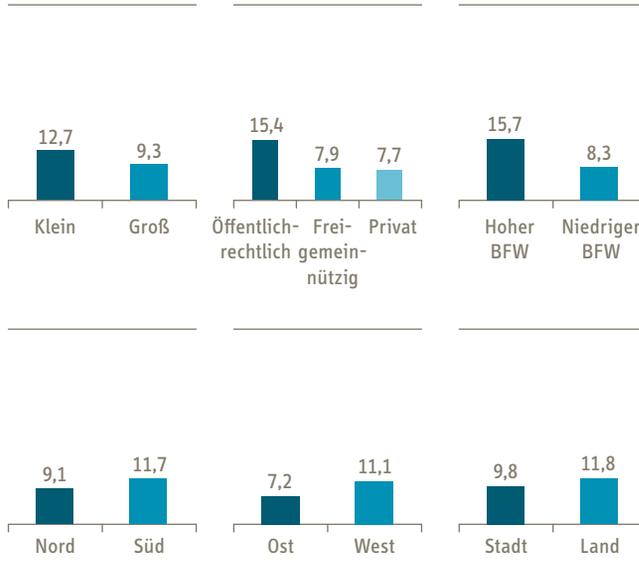


Quelle: ADMED/HCB/RWI.

Krankenhaus Rating Report 2011

Schaubild 82

Eigenschaften der bei Marktberreinigung ausscheidenden Krankenhäuser
Bis 2020; Anteil an allen Krankenhäusern in %



Quelle: ADMED/HCB/RWI.

weniger Krankenhäuser ausfallen als in Süddeutschland und weniger in Ost- als in Westdeutschland. Schließlich dürften mehr ländliche als städtische Krankenhäuser betroffen sein.

3.5 Wesentliche Ergebnisse im Überblick

Daten. Wir greifen auf eine Stichprobe von 687 Jahresabschlüssen aus dem Jahr 2008 zurück, die insgesamt 1 035 Krankenhäuser umfassen. Für 2009 liegen 366 Jahresabschlüsse vor.

Rating. Die durchschnittliche Ausfallwahrscheinlichkeit (PD) in der Stichprobe betrug 2009 1,2%. 12,1% der Krankenhäuser lagen im roten, 13,0% im gelben und 75,0% im grünen Bereich. Damit hat sich das Rating 2009 gegenüber 2008 verbessert.

3. Das Rating der Krankenhäuser

Ertragslage. Das Betriebsergebnis vor Zinsen, Steuern, Abschreibungen und Amortisation inklusive KHG-Mittel im Verhältnis zum Umsatz (EBITDA-Marge inkl. KHG-Mittel) lag 2009 im Durchschnitt bei 8,2%. 20% aller Krankenhäuser wiesen einen Wert unter 4,8% auf, 20% über 12,0%. Um ausreichend Investitionen finanzieren zu können, sollte die EBITDA-Marge mindestens 10% betragen. In diesem Sinne voll investitionsfähig sind nur 29% aller Krankenhäuser. Die Gesamtkapitalrentabilität lag im Durchschnitt bei 2,4%. 56% aller Häuser erwirtschaften ihre Kapitalkosten, die durchschnittlich etwa 2,3% betragen. Durch zurückgehende öffentliche Fördermittel (ohne Kapitalkosten) dürften die durchschnittlichen Kapitalkosten jedoch mittelfristig steigen, sodass viele Krankenhäuser zusätzliche Finanzierungsprobleme bekommen dürften. 2009 hatte sich die Ertragslage verbessert, 2010 ist von einer nochmaligen spürbaren Verbesserung auszugehen. Auch nach dem DKI-Krankenhausbarometer sollte 2019 ein besonders gutes Jahr gewesen sein. 2011 und 2012 dürfte sich die Lage indessen als Folge des GKV-FinG wieder verschlechtern.

Untergruppen. Kleine Krankenhäuser schneiden signifikant schlechter ab als große oder mittelgroße, westdeutsche Krankenhäuser schlechter als ostdeutsche, öffentlich-rechtliche schlechter als private oder freigemeinnützige, ländliche leicht schlechter als städtische. Kleine Häuser mit einer hohen Konzentration ihrer Fälle weisen ein besseres Rating auf als andere kleine Häuser. Mittlerweile erreichen die Häuser mit einem zu Beginn der Konvergenzphase hohen BFW ein signifikant schlechteres Rating als jene mit einem anfänglich niedrigen BFW. Schließlich befinden sich rein psychiatrische Kliniken in einer signifikant besseren wirtschaftlichen Lage als andere.

Multivariate Analysen zeigen, dass ein niedriger BFW die PD reduziert. Zudem haben Größe, private oder freigemeinnützige Trägerschaft sowie die Lage in Ostdeutschland einen positiven Einfluss auf die PD. Die Höhe der Altersvorsorgeaufwendungen kann einen Teil des negativen Einflusses der Trägerschaft „öffentlich-rechtlich“ erklären, allerdings nicht den gesamten. Keinen statistisch signifikanten Einfluss in der multivariaten Analyse haben: Klinikette im Vergleich zu Einzelhäusern, private gegenüber freigemeinnützigen Häusern, das Einkommensniveau der Region sowie die Höhe der KHG-Mittel eines Krankenhauses. Der einzelne Faktor Ländlichkeit führt nicht zu einem schlechteren Rating.

Qualität und Patientenzufriedenheit. Krankenhäuser mit qualitativen Auffälligkeiten weisen ein signifikant schlechteres Rating auf als solche ohne Auffälligkeiten. Auch in Bezug auf die Ertragslage gilt: je geringer die qualitativen Auffälligkeiten, desto höher die EBITDA-Marge und desto geringer die PD. Das Rating von Kran-

Krankenhaus Rating Report 2011

kenhäusern mit hoher Patientenzufriedenheit ist besser. Wirtschaftlichkeit und Qualität gehen Hand in Hand und schaffen wohl die Voraussetzungen für eine hohe Patientenzufriedenheit. Nach Trägerschaft schneiden bei der Patientenzufriedenheit freigemeinnützige und private besser ab als kommunale, kleine Häuser besser als große.

Hochrechnung. Ohne Gegenmaßnahmen dürfte sich die Situation der Krankenhäuser ab 2011 wieder verschlechtern. Langfristig muss davon ausgegangen werden, dass 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. Wir rechnen damit, dass bis 2020 etwa 10% aus dem Markt ausscheiden. Dies und Produktivitätssteigerungen würden dazu führen, dass sich der Anteil der Krankenhäuser im roten Bereich bis 2020 auf 7% reduzieren würde. Von einem Ausfall besonders betroffen wären kleine, öffentlich-rechtliche und ländliche Häuser sowie solche mit einem hohen BFW.

4. Sonderanalysen

4.1 Freigemeinnützige und kommunale Kliniken

Die wirtschaftliche Lage der kommunalen Krankenhäuser ist signifikant schlechter als die der privaten oder freigemeinnützigen. Dies gilt hinsichtlich des Ratings und des Jahresüberschusses besonders im Vergleich zu privaten Krankenhäusern (Schaubild 83). 2009 befanden sich 21% der kommunalen Krankenhäuser im roten und rund 15% im gelben Bereich. Nur leicht über 50% der kommunalen Krankenhäuser erzielten 2009 einen Jahresüberschuss, dagegen fast 70% der freigemeinnützigen und 85% der privaten. Im Folgenden sollen die beiden Trägerschaften „kommunal“ und erstmals „freigemeinnützig“ detaillierter untersucht werden.

4.1.1 Freigemeinnützige Krankenhäuser

Ein Beitrag unter wesentlicher Mitwirkung von Dr. Philipp Schwegel

Die freigemeinnützigen Krankenhäuser stellen einen bedeutenden Wirtschaftsfaktor dar. Ihr Marktanteil (gemessen an der Zahl der Betten) lag 2009 bei 35%. Nach Angaben der amtlichen Statistik sowie einer eigenen Befragung (Schwegel 2011) sind 79% der freigemeinnützigen Krankenhäuser in kirchlicher Trägerschaft. Dies entspricht einer Anzahl von 624 Krankenhäusern bzw. ca. 28% aller Häuser. Insgesamt überwiegen die Häuser in katholischer (19% aller Krankenhäuser), gefolgt

4. Sonderanalysen

von Häusern in evangelischer Trägerschaft (11%). Die sonstigen freigemeinnützigen stellen weitere 8% (Schaubild 84), sind aber gemessen an ihrer Bettenzahl rund ein Drittel kleiner als die katholischen oder evangelischen.

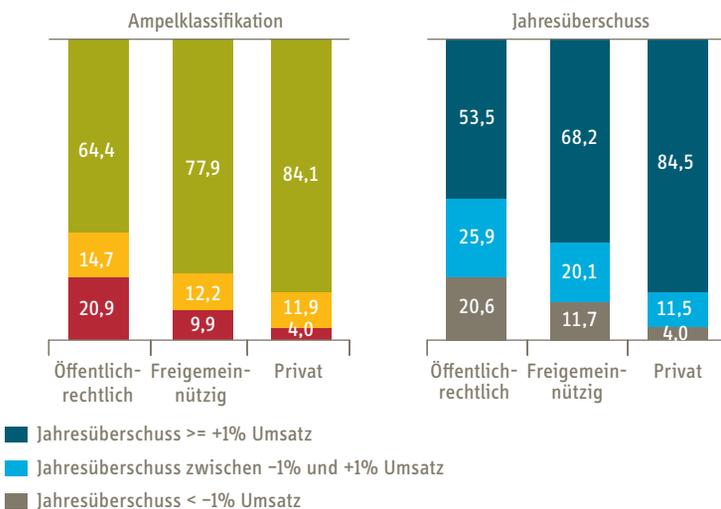
Der Anteil katholischer und evangelischer Krankenhäuser an allen Krankenhäusern unterliegt beträchtlichen regionalen Unterschieden. Die katholischen Krankenhäuser befinden sich überwiegend im westlichen Teil Niedersachsens, in Nordrhein-Westfalen und im westlichen Teil von Rheinland-Pfalz und des Saarlands (Karte 7). Bei evangelischen Krankenhäusern lässt sich kein so klarer räumlicher Cluster erkennen (Karte 8). In Süddeutschland finden sich sehr wenige, in Ostdeutschland, v.a. in Brandenburg und Sachsen-Anhalt treten sie dagegen häufiger auf.

Die medizinische Qualität ist für kirchliche Krankenhäuser ein entscheidender Wettbewerbsfaktor. Eine menschenorientierte und christlich motivierte Leistungserbringung muss sich auch an einer hohen medizinischen Qualität messen lassen. Wirft man an dieser Stelle einen näheren Blick auf die Indikatoren der BQS, offenbart sich ein heterogenes Bild, das nicht immer nur positiv erscheint. Stel-

Schaubild 83

Ampelklassifikation und Jahresüberschuss nach Trägerschaft

2009; Anteil in %

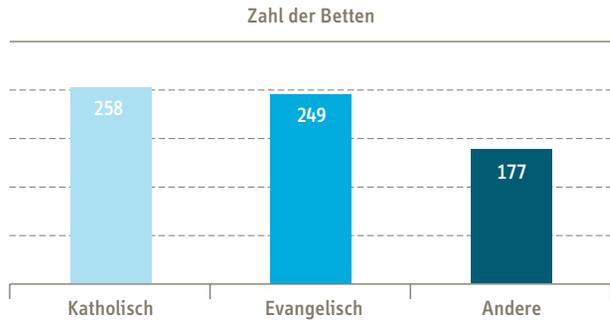
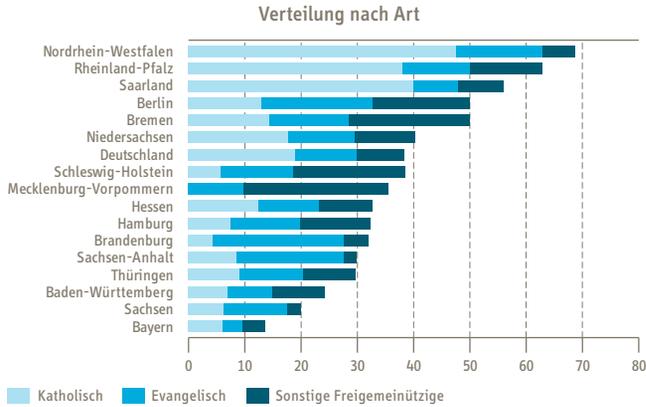


Quelle: ADMED/HCB/RWI

Krankenhaus Rating Report 2011

Schaubild 84

Art der freigemeinnützigen Krankenhäuser 2008; Anteile und Zahl der Betten



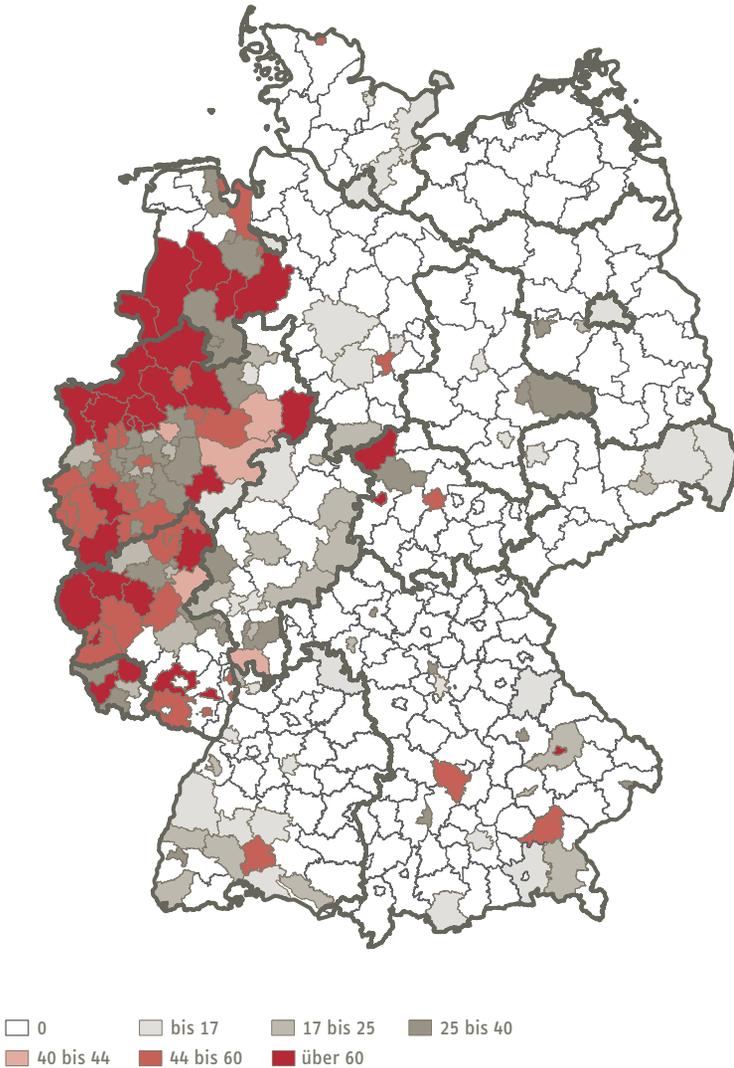
Quelle: ADMED/HCB/RWI; Statistisches Bundesamt (2010c); Schwegel (2010).

lenweise erreichen durchschnittlich nur 41% der kirchlichen Krankenhäuser die Vorgaben der BQS (Schaubild 85). Dies trifft beispielsweise für die Zielerreichung von Komplikationsraten bei Herzschrittmacher-Implantationen zu. In der Geburtshilfe lässt sich sogar die Vermutung anstellen, dass ein Krankenhaus die Vorgaben zur Qualitätssicherung eher erfüllt, wenn es von der verfassten Kirche autonom ist. Im orthopädischen Bereich zeigt sich ein anderes Bild. Hier erreichen 93% der kirchlichen Krankenhäuser die Zielvorgabe der BQS, was für diesen Bereich auf einen hohen Standardisierungsgrad schließen lässt.

4. Sonderanalysen

Karte 7

Anteil katholischer Krankenhäuser an allen Krankenhäusern
2008; Anteile in %



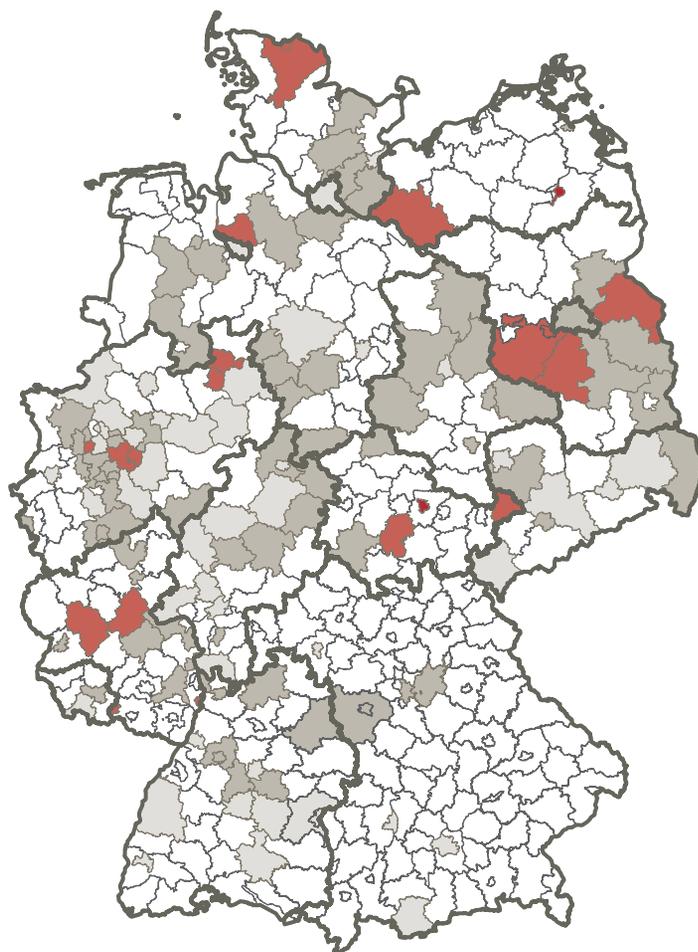
Quelle: ADMED/HCB/RWI; Schwegel (2010)

Krankenhaus Rating Report 2011

Karte 8

Anteil evangelischer Krankenhäuser an allen Krankenhäusern

2008; Anteile in %



Quelle: ADMED/HCB/RWI; Schwegel (2010).

4. Sonderanalysen

Schaubild 85

Erreichungsgrad BQS-Vorgaben kirchlicher Krankenhäuser

2008

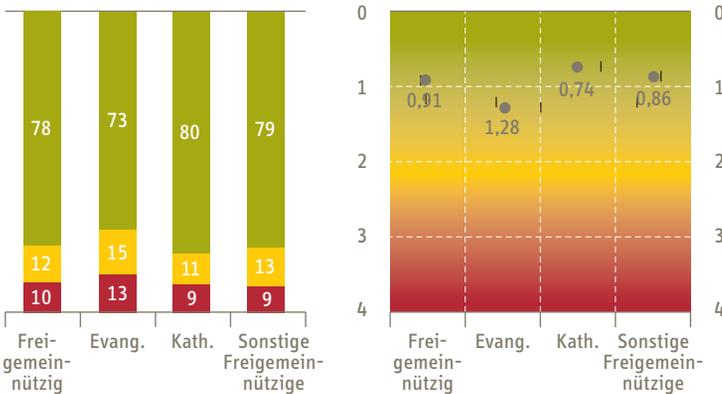


Quelle: Schwegel (2010).

Schaubild 86

Ausfallwahrscheinlichkeit nach Art der kirchlichen Trägerschaft

2009; in %



Quelle: Quelle: ADMED/HCB/RWI; Schwegel (2010).

Krankenhaus Rating Report 2011

Die wirtschaftliche Lage fällt bei katholischen Trägern überdurchschnittlich gut aus. Sie schneiden signifikant besser ab als evangelische Krankenhäuser (Schaubild 86). Dies gilt auch für die Ertragslage: 69% der katholischen Häuser schreiben schwarze Zahlen, jedoch nur 62% der evangelischen. Damit werden Ergebnisse auf Basis einer kleineren Stichprobe von Schwegel (2011) bestätigt. Als Gründe führt er die hohe Produktivität, die niedrigen Kosten je Casemixpunkt und den hohen GmbH-Anteil von katholischen Krankenhäusern aus. Damit liegt die durchschnittliche PD der katholischen Krankenhäuser niedriger als die der privaten. Die durchschnittliche PD der evangelischen Krankenhäuser fällt niedriger aus als die der öffentlich-rechtlichen.

Die katholische Kirche ist bekannt für hierarchische Strukturen und eine zentrale Entscheidungsgewalt. Dies zeigt sich bei den Aufsichtsgremien, die nicht selten mit Bistumsvertretern besetzt sind. Häufig befinden sich Krankenhäuser auch in direkter Trägerschaft der verfassten Kirche, d.h. von Bistümern und Kirchengemeinden. Hier kam es in den vergangenen Jahren zu deutlichen Veränderungen, sodass die verfasste Kirche stellenweise aktiv die Organisations- und Aufsichtsratsstrukturen professionalisiert hat. Als Beispiel sei auf die *CURA Beratungs- und Beteiligungsgesellschaft für soziale Einrichtungen aus Paderborn* verwiesen. Sie wurde 1984 vom Bistum mit dem Ziel etabliert, Krankenhäuser bei der Gründung von Kapitalgesellschaften zu unterstützen und im Aufsichtsrat beratend zu wirken.

Der Einfluss der verfassten Kirche wird damit immer poröser, was Identitätsfragen aufwerfen kann. Daran führt aber kein Weg vorbei, um eine wettbewerbsfähige Leistungserbringung sicherzustellen. *Dr. Christopher Bangert*, der Leiter der Stabsstelle Sozialwirtschaft beim *Deutschen Caritasverband*, schrieb in der neuen Caritas hierzu: „Falsch wäre es, nach mehr Zentralität und nach (noch) mehr staatlicher und kirchlicher Aufsicht zu rufen“ (Bangert, 2010). Untersuchungen in Schwegel (2011) zeigen, dass 80% der kirchlichen Krankenhäuser über eine hohe Autonomie, d.h. eine hohe institutionelle, normative, personelle und budgetäre Unabhängigkeit, gegenüber der verfassten Kirche verfügen. Damit entziehen sich diese Krankenhäuser einer personellen und finanziellen Steuerung durch die Bistümer. Die Verbindung fokussiert sich vielmehr auf die gemeinsame Erhaltung der christlichen Grundwerte. Die kirchlichen Träger fassen dies häufig in ihren Unternehmensbotschaften zusammen, beispielsweise „Weil Nähe zählt...“ (Malteser), „Ja zur Menschenwürde“ (GFO), „Unsere Werte verbinden“ (Agaplesion), „Aus Liebe zum Leben“ (Johanniter), „Weil das Leben wertvoll ist“ (Barmherzige Brüder Trier) oder „Der Mensch in guten Händen“ (Cellitinnen).

4. Sonderanalysen

Bei der Wirtschaftlichkeit hat ein hoher Autonomiegrad gegenüber der verfassten Kirche einen positiven Einfluss auf die Höhe der PD (Schaubild 87). Die aus dem öffentlichen Bereich bekannte und vermutlich schädigende Praxis der Einflussnahme der Kommunalpolitik auf das Krankenhausmanagement lässt sich damit auf den kirchlichen Bereich übertragen.

Der Krankenhausverbund stellt die bevorzugte Organisationsstruktur kirchlicher Krankenhäuser dar. Insgesamt sind 73% der kirchlichen Krankenhäuser Teil eines Verbunds mit zwei oder mehr Einrichtungen. Es kann davon ausgegangen werden, dass dieser Anteil zukünftig noch weiter steigen wird. Eine Vorreiterrolle nehmen die Ordensgemeinschaften ein, deren durchschnittliche Verbundgröße mit 3,3 Krankenhäusern (870 Betten) deutlich über dem kirchlichen Marktdurchschnitt in Höhe von 2,0 (560 Betten) liegt. Die Verbundbildung hinterlässt ebenfalls ihre Spuren bei der PD: Anders als bei den Analysen „Einzelhaus versus Ketten“ aus Abschnitt 3.3.4 schneiden kirchliche Verbünde besser ab als einzelne Krankenhäuser (Schaubild 88). Das Ergebnis bestätigt den seit Jahren anhaltenden Trend zur Bündelung der Krankenhausaktivitäten.

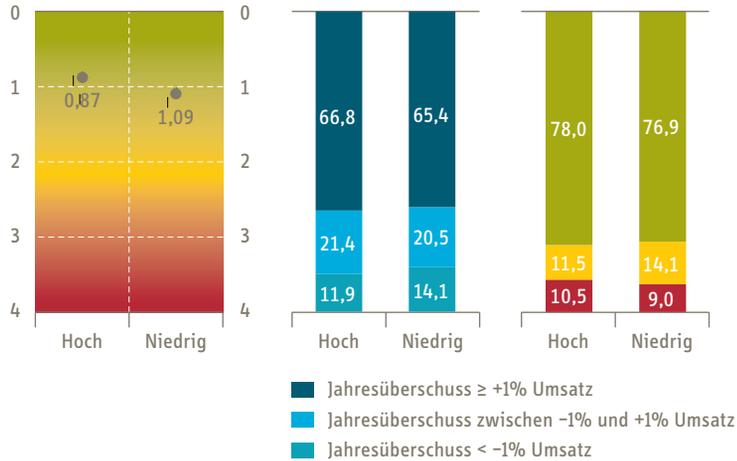
Die Ordensgemeinschaften zählen zu der Trägergruppe innerhalb der kirchlichen Krankenhäuser, die eine strikte Wachstumsstrategie verfolgen (Schwegel, Da-Cruz 2011, Berg und Schwegel 2011). 81% der Ordenskrankenhäuser sind auf Wachstum ausgerichtet (Schwegel 2011). Damit treten sie ambitionierter am Markt auf als die Krankenhäuser der verfassten Kirche (61%) und der Wohlfahrtspflege (68%). Im Vergleich zu Krankenhäusern in der Trägerschaft der verfassten Kirche (Bistümer und Kirchengemeinden) und der Wohlfahrtspflege (Caritas, Diakonisches Werk und Träger mit kirchlich orientierter Satzung) erzielen die Ordenshäuser die niedrigsten Werte bei der PD (Schaubild 89).

Im Durchschnitt verfolgen 71% aller kirchlichen Krankenhäuser eine Wachstumsstrategie, bei der sie auf die Etablierung neuer Fachbereiche, die Erschließung neuer Kundengruppen sowie die Akquisition von Krankenhäusern setzen. Immerhin 27% verharren in ihren bestehenden Strukturen (Stabilisierungsstrategie), und lediglich 2% der Träger verfolgen eine Desinvestitionsstrategie, bei der sie sich von Krankenhäusern trennen möchten (Schwegel 2011). Der Verkauf kirchlicher Krankenhäuser an private oder öffentliche Betreiber stellt aber eine Ausnahme dar. Meistens finden Übernahmen zwischen kirchlichen Trägern der gleichen Konfession statt. Ökumenische Krankenhausträger bilden eine Seltenheit.

Krankenhaus Rating Report 2011

Schaubild 87

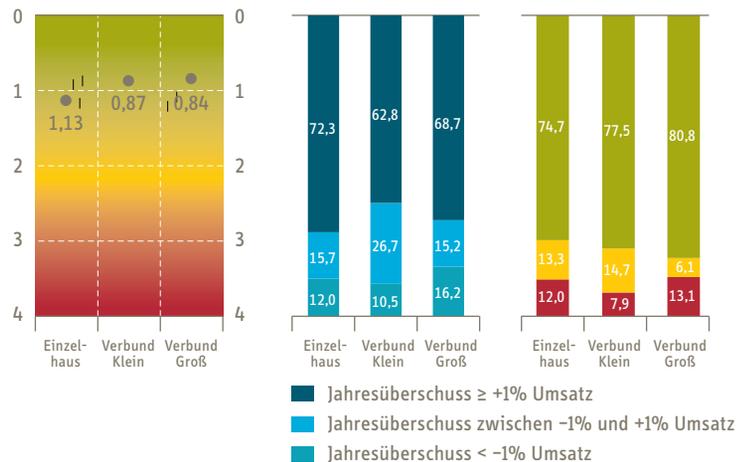
Ausfallwahrscheinlichkeit nach Autonomiegrad kirchlicher Krankenhäuser
2009; in %



Quelle: ADMED/HCB/RWI; Schwegel (2010).

Schaubild 88

Ausfallwahrscheinlichkeit nach Verbundart kirchlicher Krankenhäuser
2009; in %



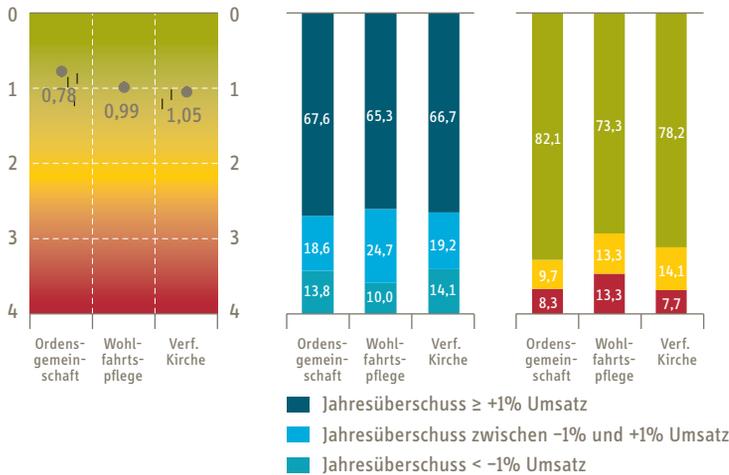
Quelle: ADMED/HCB/RWI; Schwegel (2010)

4. Sonderanalysen

Schaubild 89

Ausfallwahrscheinlichkeit nach Organisationsstruktur kirchlicher Krankenhäuser

2009; in %



Quelle: ADMED/HCB/RWI; Schwegel (2010)

Neben den Kirchengemeinden und den kirchlichen Trägern sind besondere die Ehrenamtlichen von Interesse. Insgesamt arbeiten 53% aller kirchlichen Krankenhäuser mit freiwilligen Helfern zusammen (Schwegel 2011). Im Jahr 2008 waren damit 5 576 ehrenamtliche Mitarbeiter (Köpfe) beschäftigt. Im Durchschnitt entspricht dies 22 je kirchlichem Krankenhaus bzw. 8 je 100 Betten (Schwegel 2011). Dabei handelt es sich um einen nicht zu unterschätzenden Produktivitätsfaktor, der einen wichtigen Beitrag zur Patientenbetreuung und -zufriedenheit leisten kann. Der Wert der Ehrenamtlichen zeigt sich auch in der PD: Je mehr ehrenamtliche Mitarbeiter sich im kirchlichen Krankenhaus engagieren, desto niedriger ist die PD (Schaubild 90).

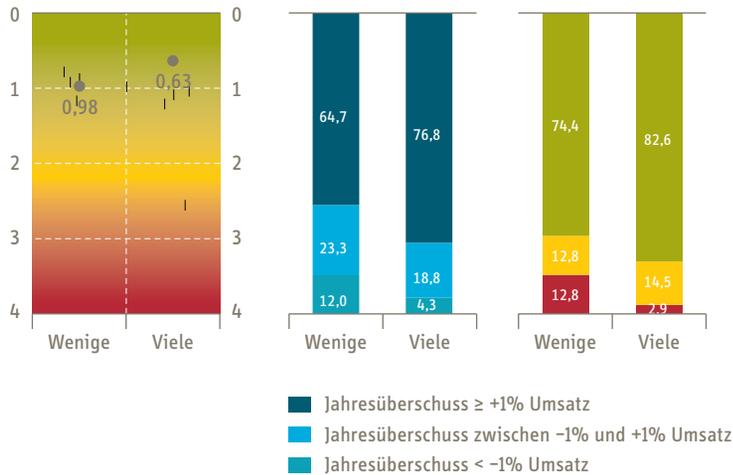
Die vorangegangenen Ausführungen werfen die Frage nach der Zukunft der kirchlichen Krankenhäuser auf. Wir gehen davon aus, dass sie ihren Marktanteil von 30% halten werden. Dies liegt insbesondere an den vielen innerkirchlichen Kooperationen, die nicht zwingend in einem Verkauf des Krankenhauses an einen nicht-kirchlichen Träger münden müssen. Stattdessen wirken sie wie ein Netz, das defizitäre Einrichtungen auffängt und entsprechend weiterentwickelt.

Krankenhaus Rating Report 2011

Schaubild 90

Ausfallwahrscheinlichkeit nach Anzahl ehrenamtlicher Mitarbeiter kirchlicher Krankenhäuser

2009; in %



Quelle: ADMED/HCB/RWI; Schwegel (2010)

Die Identifikation mit dem christlichen Auftrag und dem Wunsch, notleidenden Menschen umfassend zu helfen, offenbart sich in dem Anspruch einer ganzheitlichen Versorgung und einem hohen Diversifikationsgrad (Schwegel et al. 2011). 67% der kirchlichen Krankenhausträger sind in mehr als sechs Wirtschaftszweigen tätig.²³ Die Beispiele der Diakonie Neuendettelsau oder der Schwestern der heiligen Maria Magdalena Postel verdeutlichen, dass diese neben Krankenhausleistungen u.a. auch in den Bereichen der Alten-, Behinderten- und Jugendhilfe engagiert sind. Bei diesen Anbietern stellt das Krankenhausgeschäft stellenweise nur eine Nische dar, was nicht selten zu Restrukturierungen oder Konzentrationsprozessen führt. Die Beispiele des *Deutschen Ordens* oder der *Rummelsberger Anstalten* zeigen, dass man sich hier bewusst von den Krankenhäusern getrennt und den Schwerpunkt auf die Altenhilfe gelegt hat.

Als ganzheitliche Leistungserbringer verfügen die Träger der kirchlichen Krankenhäuser daher über hohe Synergiepotenziale zwischen den verschiedenen Geschäftsbereichen. Im Idealfall bildet ein Träger die gesamte medizinische und

²³ Für die Analyse, welche Geschäftsbereiche von kirchlichen Krankenhausträgern neben dem Krankenhaus noch betrieben werden, wird die Klassifikation der Wirtschaftszweige des Statistischen Bundesamtes herangezogen (Statistisches Bundesamt 2008b).

4. Sonderanalysen

soziale Versorgungskette ab, ohne dass der Patient trägerfremde Leistungen in Anspruch nehmen muss. Diese Form der „integrierten Versorgung“ geht weit über den Gesundheitsmarkt hinaus und bietet damit vielfältige Chancen für innovative Dienstleistungsangebote.

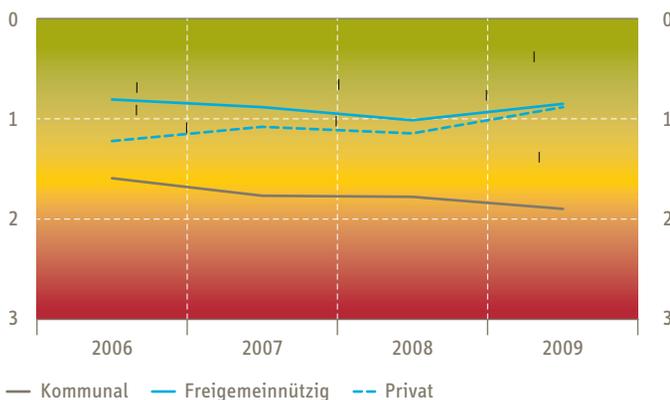
4.1.2 Kommunale Krankenhäuser

Zwischen 2006 und 2009 gelang es den kommunalen Krankenhäusern nicht, ihre wirtschaftliche Lage zu verbessern. Im Gegenteil fiel ihre durchschnittliche PD sogar leicht (Schaubild 91). Dagegen scheint sich die PD der nicht-kommunalen Häuser verbessert oder zumindest kaum verändert zu haben. Die kommunalen Krankenhäuser weisen darüber hinaus eine größere Spannbreite in ihrer EBITDA-Marge auf: Der Abstand zwischen dem 20%- und 80%-Quantil fällt größer aus als bei den übrigen Trägerschaften (Schaubild 92). 20% der kommunalen Kliniken schaffen eine EBITDA-Marge von über 10%. Außerdem ist nur die Lage der westdeutschen kommunalen Krankenhäuser unterdurchschnittlich. In Ostdeutschland sind fast keine trägerspezifischen Unterschiede feststellbar (Schaubild 93). Karte 9 verdeutlicht dies mit dem Anteil gefährdeter²⁴ kommunaler Kliniken auf regionaler Ebene. Vor allem in Baden-Württemberg, in weiten Teilen Bayerns, in Südhessen und im westlichen Niedersachsen beträgt ihr Anteil mehr als ein Drittel.

Schaubild 91

PD nach Trägerschaft

2006 bis 2009; in %



Quelle: ADMED/HCB/RWI

²⁴ Wir definieren den Anteil der gefährdeten Krankenhäuser als den Anteil im roten Bereich zuzüglich die Hälfte des Anteils im gelben Bereich.

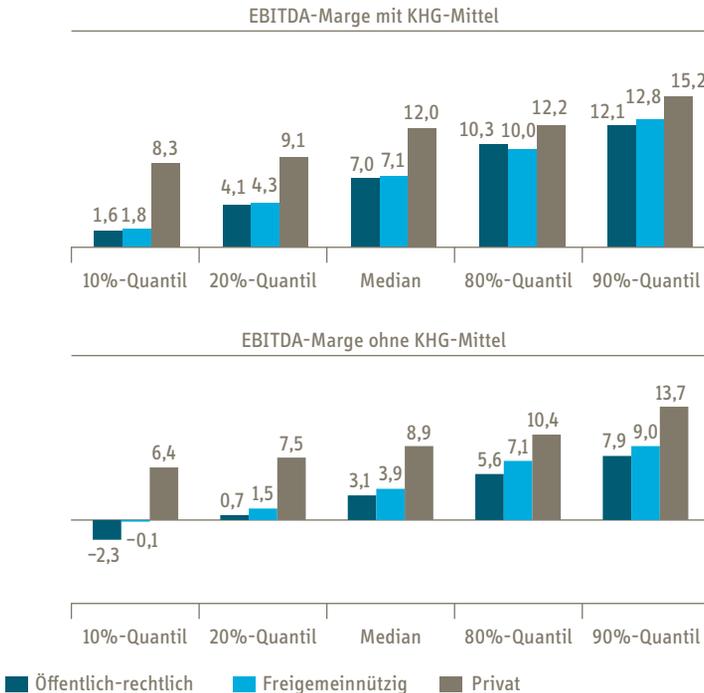
Krankenhaus Rating Report 2011

Während zwischen 2008 und 2010 nur über geringe Privatisierungsaktivitäten berichtet wurde, dürften derzeit und insbesondere ab 2012 wieder mehr kommunale Kliniken zum Verkauf anstehen. Für das Jahr 2010 gehen wir von einem kumulierten Defizit aller defizitären kommunalen Häuser von nur 140 Mill. € aus – so gering wie seit Jahren nicht (Schaubild 94). 2011 dürfte es jedoch nach unseren Projektionen wieder stark steigen, auf ca. 270 Mill. €. Im Basisszenario erwarten wir bis 2020 einen Anstieg auf rund 860 Mill. €. Die Schwierigkeiten kommunaler Kliniken dürften sich auf regionaler Ebene jedoch recht unterschiedlich äußern. Sie hängen von der Höhe der Verschuldung ihrer Träger und ihrer eigenen wirtschaftlichen Lage ab.

Schaubild 92

Streuung der EBITDA-Marge nach Trägerschaft

2009; in %



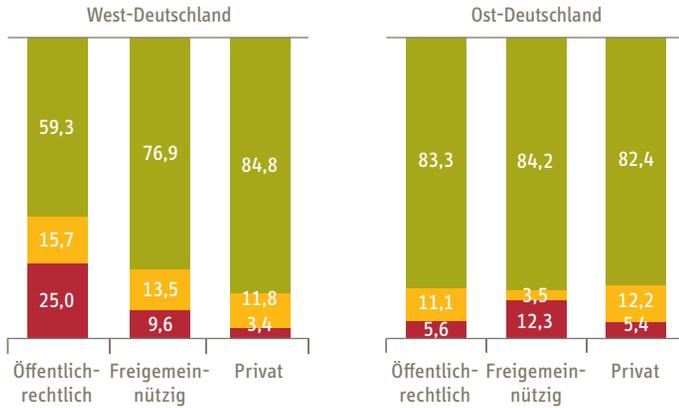
Quelle: ADMED/HCB/RWI.

4. Sonderanalysen

Schaubild 93

Ampelklassifikation nach Trägerschaft und Ost/West

2009; Anteil in %

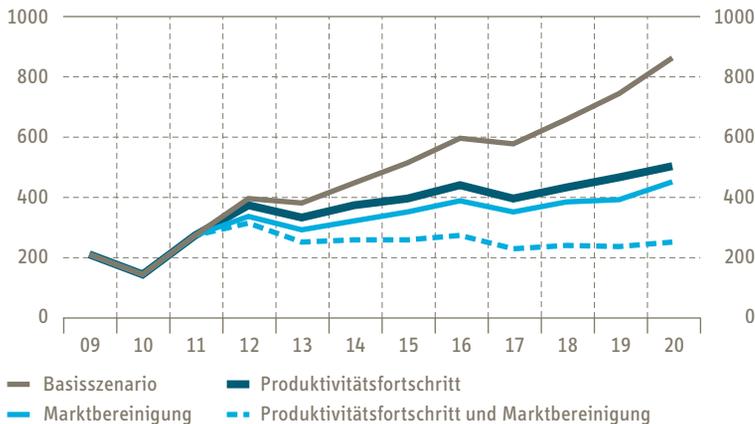


Quelle: ADMED/HCB/RWI.

Schaubild 94

Defizite der defizitären öffentlich-rechtlichen Krankenhäuser

2009 bis 2020; in Mill. €

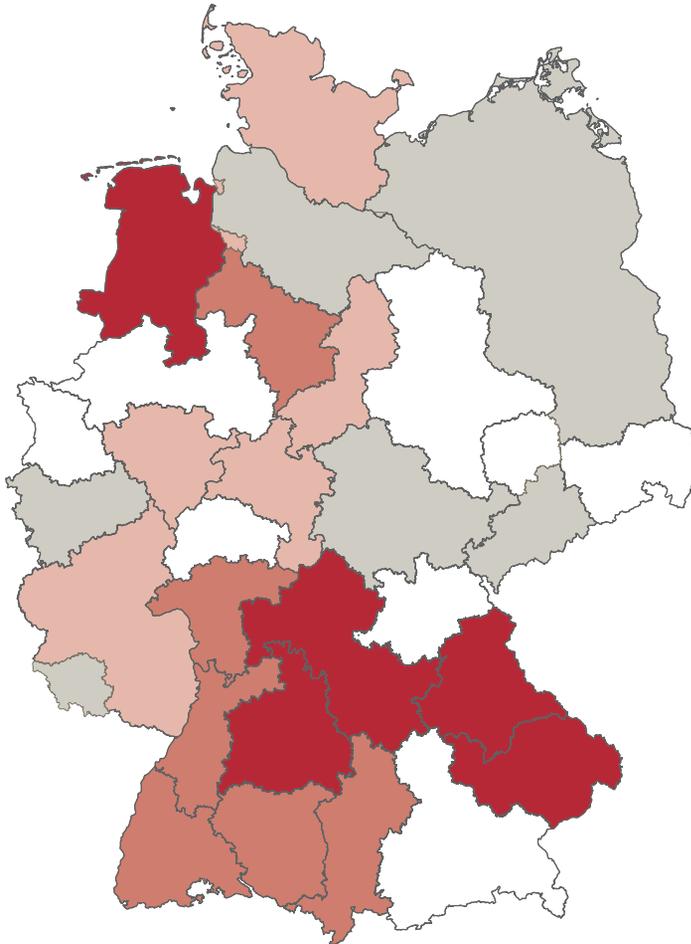


Quelle: ADMED/HCB/RWI.

Krankenhaus Rating Report 2011

Karte 9

Anteil gefährdeter kommunaler Krankenhäuser nach Regionen
2009; Anteil in %



□ bis 12,5 ◻ 12,5 bis 18,2 ◻ 18,2 bis 33,3 ◻ 33,3 bis 50 ◻ über 50

Anteil: Gefährdet = Anteil im roten Bereich zzgl. 50% des Anteils im gelben Bereich. -
Quelle: ADMED/HCB/RWI.

4. Sonderanalysen

Dabei nimmt die Zahl der rechtlich unselbständigen öffentlich-rechtlichen Krankenhäuser stark ab, während jene in einer privatrechtlichen Rechtsform wie der GmbH deutlich wächst (Schaubild 95). Dies ist ein Anzeichen dafür, dass sich auch öffentlich-rechtliche Häuser zunehmend professionalisieren und auf ein unabhängiges und eigenverantwortlich handelndes Management setzen.

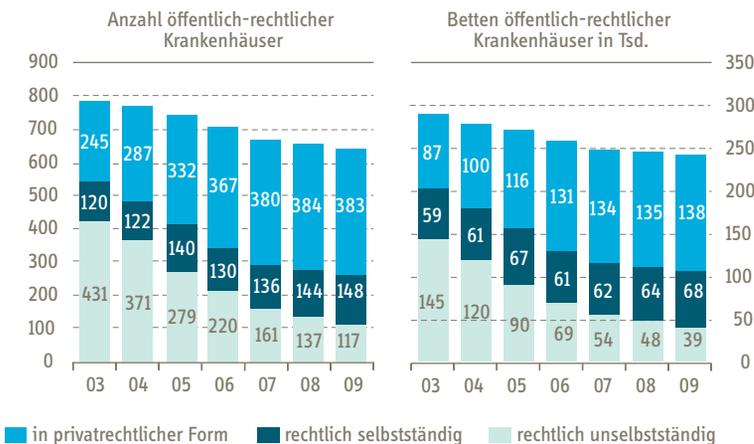
Bei der Suche nach Gründen für das schlechtere Abschneiden kommunaler Häuser, stößt man auf verschiedene Erklärungsmöglichkeiten. Wesentlicher Grund dürfte eine vergleichsweise schlechte „Corporate Governance“ sein. Die Aufsichtsgremien kommunaler Kliniken scheinen häufig andere Ziele zu verfolgen als eine wirtschaftliche medizinische Versorgung der Patienten. Auch beschränkt eine Einflussnahme von Aufsichtsgremien in das operative Geschäft die unternehmerische Freiheit des Managements, mit Nachteilen für die Unternehmensführung und den wirtschaftlichen Erfolg.

Von Bedeutung könnte die Tatsache sein, dass kommunale Krankenhäuser einen Anreiz haben, weniger Gewinne auszuweisen, als private, sodass die HGB-Bilanzen die Profitabilität unterzeichnen. Dieser Anreiz besteht allerdings auch für freigemeinnützige, deren Rating ebenso gut wie das der privaten ausfällt. Schließlich bedeuten die hohen Altersvorsorgeaufwendungen kommunaler Kliniken eine

Schaubild 95

Rechtsform der öffentlich-rechtlichen Krankenhäuser

2003 bis 2009; Anzahl nach Krankenhäusern und Betten



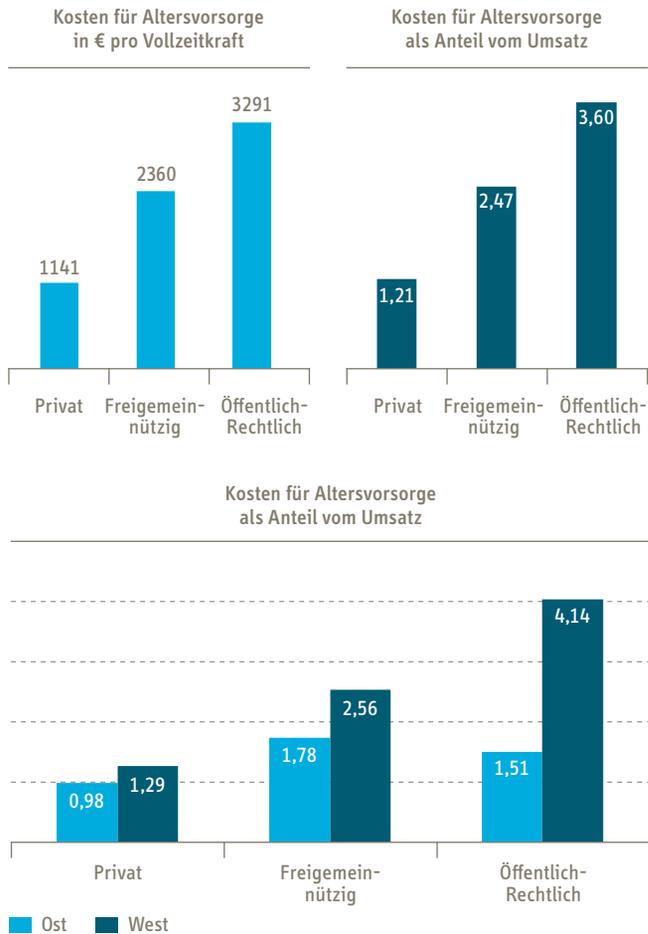
Quelle: ADMED/HCB/RWI; Statistisches Bundesamt (2011b).

Krankenhaus Rating Report 2011

Schaubild 96

Kosten für Altersvorsorge nach Trägerschaft

2009



Ausreißer wurden entfernt; Anzahl Köpfe im Datensatz umgerechnet auf Vollzeitkräfte (je Trägerschaft). – Quelle: ADMED/HCB/RWI.

4. Sonderanalysen

schwere Bürde. Augurzky et al. (2010) schätzen diese auf fast 20 Mrd. €. Diese Summe wäre nötig, um sich aus den öffentlichen Altersvorsorgesystemen freikaufen zu können. Schaubild 96 zeigt die aktualisierte Fassung der Belastung der Kliniken mit Altersvorsorgeaufwendungen. Dabei sind die westdeutschen kommunalen Krankenhäuser besonders stark belastet. Während sie 2009 im Durchschnitt 4,1% ihres Umsatzes für Altersvorsorgeaufwendungen aufbringen mussten, waren es bei den ostdeutschen Kliniken nur 1,5%.

4.2 Ländliche Versorgung

Ein Beitrag unter wesentlicher Mitwirkung von Prof. Dr. Andreas Beivers

Die geodemografische Entwicklung wird in den einzelnen Regionen sehr unterschiedlich sein. Die Bevölkerung wird keineswegs überall zurückgehen, vielmehr zeigt sich auf Kreisebene ein Nebeneinander von Wachstum und Schrumpfung, wobei die Zahl der Kreise mit abnehmender Bevölkerung künftig stark ansteigen wird (BMVBS 2006). Strukturschwache ländliche Räume, insbesondere in den neuen Bundesländern, werden neben der Alterung spürbare Bevölkerungseinbußen erleiden. Die Alterung der Bevölkerung wird zwar zu einer steigenden Nachfrage nach Krankenhausleistungen führen, jedoch kann diese durch den zu erwartenden Bevölkerungsrückgang überkompensiert werden. Es ist daher davon auszugehen, dass die derzeitige Krankenhausinfrastruktur in den betroffenen Gebieten nicht in vollem Umfang aufrechterhalten werden kann. Vor dem Hintergrund einer wachsenden Patientenmobilität wird darüber hinaus ein starkdifferenziertes medizinisches Leistungsangebot im ländlichen Raum in Frage gestellt.

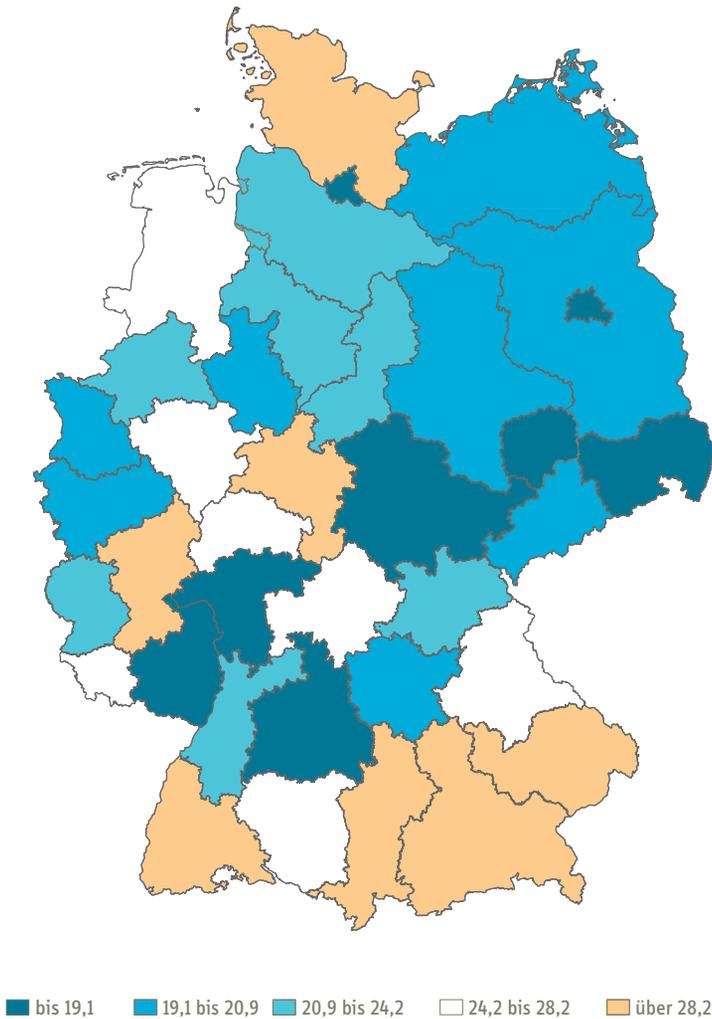
Es erscheint offensichtlich, dass im ländlichen Raum neue, ökonomisch tragbare Versorgungsformen geschaffen werden müssen. Hierbei hilft der Blick auf die sehr heterogenen Versorgungsstrukturen sowohl innerhalb als auch außerhalb Deutschlands (Augurzky et al. 2010). In Deutschland variiert die Krankenhausedichte erheblich (Karte 10). In Bayern, in Teilen Baden-Württembergs, im Saarland, in Teilen Rheinland-Pfalz, in Nordhessen, Niedersachsen und Schleswig-Holstein finden sich überdurchschnittliche viele Krankenhäuser je Einwohner. Zunächst ist dies nicht verwunderlich: In Regionen mit einer geringen Bevölkerungsdichte sind grundsätzlich mehr Krankenhäuser je Einwohner zu erwarten als in dicht besiedelten Gebieten. Tatsächlich zeigt sich für Westdeutschland näherungsweise ein solcher Zusammenhang (Schaubild 97). Erstaunlich ist allerdings, dass die neuen Bundesländer bei gleicher Bevölkerungsdichte wie Bayern mit rund einem Drittel

Krankenhaus Rating Report 2011

Karte 10

Krankenhausdichte

2008; Vertragskrankenhäuser nach Regierungsbezirken je 1 Mill. Einwohner



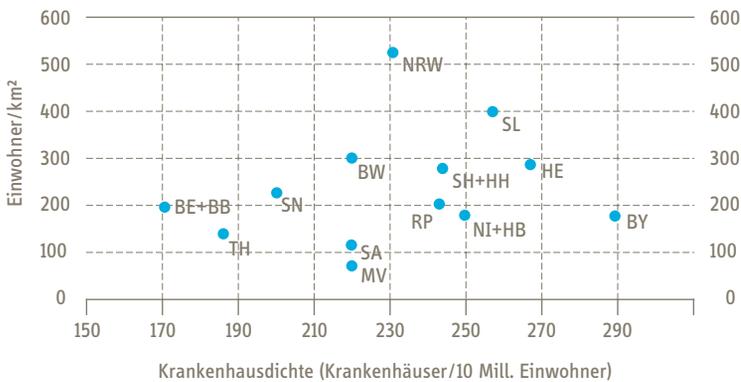
Quelle: ADMED/HCB/RWI; Statistisches Bundesamt (2010c).

4. Sonderanalysen

Schaubild 97

Krankenhausdichte und Bevölkerungsdichte

2009



Quelle: ADMED/HCB/RWI; Statistisches Bundesamt (2011b)

weniger Krankenhäusern je Einwohner auskommen, dafür aber mit durchschnittlich größeren Häusern ausgestattet sind (Schaubild 98). Mithin stellt sich die Frage, ob tatsächlich jedes Krankenhaus in Zukunft noch versorgungsrelevant ist.

Tatsächlich wird die medizinische Versorgung der Bevölkerung im ländlichen Raum in Deutschland derzeit intensiv diskutiert, nicht zuletzt im Rahmen des aktuellen Versorgungsgesetzes. Aus diesem Grund haben wir uns dieser Fragestellung noch angenommen. Die stationäre Versorgung ist – neben der ambulanten durch niedergelassenen Ärzte und MVZ – ein zentrales Element der ländlichen Versorgung. Die Sicherstellung einer angemessenen, flächendeckenden medizinischen Versorgung der Bevölkerung ist ein wichtiges Element der öffentlichen Daseinsvorsorge.

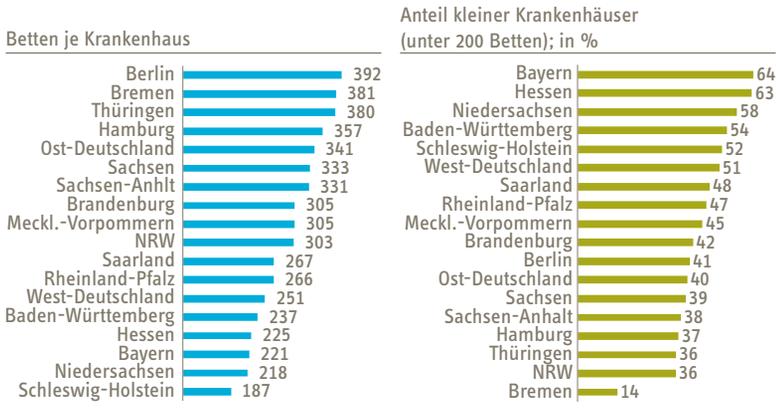
Die Bereitstellung flächendeckender Krankenhauskapazitäten geschieht in Deutschland über eine staatliche Angebots- bzw. Kapazitätsplanung und deren Umsetzung über die Krankenhauspläne der Bundesländer (Augurzky und Beivers 2011). Wie engmaschig diese Versorgung sein soll, ist bundesgesetzlich nicht definiert (Beivers und Spangenberg 2008). Um eine Flächendeckung über das gesamte Bundesgebiet sicherzustellen, wird auf planerischer Seite versucht, eine Dekonzentration der Krankenhauskapazitäten über eine Streuung hierarchisch gegliederter Standorte über das Bundesgebiet zu erreichen (Beivers 2010).

Krankenhaus Rating Report 2011

Schaubild 98

Krankenhausgröße und Anteil kleiner Krankenhäuser

2008



Quelle: ADMED/HCB/RWI; Statistisches Bundesamt (2010c).

Meldungen über die Schließung ländlicher Krankenhausstandorte führen dabei immer zu intensiven Diskussionen über die Zukunft der wohnortnahen Versorgung und die Gefährdung der Tagfähigkeit ländlicher Standorte. In manchen Gegenden wird es zu erheblichen Bevölkerungsrückgängen kommen und dabei auch die in den zentralen Orten gebündelte Infrastruktur – wie die ländlichen Krankenhäuser – gefährden (Beivers und Spangenberg 2008), weil Wirtschaftlichkeitsschwellen unterschritten werden können. Nach Prognosen des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung (BBR, 2006a und 2006b) wird sich gemäß der heutigen Situation bei rund 120 Mittelzentren ein Tragfähigkeitsproblem ergeben, da die Bevölkerungsmindestzahl von rund 35 000 Einwohnern im Verflechtungsbereich unterschritten wird. Besondere Problemräume sind vor allem die Altmark, Uckermark, Prignitz und die Niederlausitz in den neuen Bundesländern (Pütz und Spangenberg, 2006). Inwiefern jedoch die ländlichen Krankenhäuser heute schon in ihrer Tragfähigkeit gefährdet sind und ob der Grund dafür primär ihre örtliche Lage ist, gilt es zu erklären.

Ziele dieses Abschnitts sind, den Prototyp des „ländlichen Krankenhauses“ zu definieren, seine ökonomische Tragfähigkeit zu untersuchen und den Status quo darzustellen. Wir gehen auch der Frage nach, ob und warum ländliche Krankenhäuser, vor allem im Vergleich zu städtischen, häufiger in ihrer Existenz gefährdet sind.

4. Sonderanalysen

Im ersten Schritt ist hierfür der Begriff der „Ländlichkeit“ zu definieren. Im internationalen Vergleich verfügt Deutschland generell über eine relativ hohe Bevölkerungsdichte. Mit 232 Einwohnern pro km² steht Deutschland damit an sechster Stelle der bevölkerungsdichtesten 30 OECD-Mitgliedstaaten. Die Bevölkerungsdichte der 439 Kreise und kreisfreien Städte schwankt zwar zwischen 40 und 4 000 Einwohnern je km² erheblich. Wiederum verglichen mit anderen Ländern ist diese Schwankung jedoch nicht auffallend (OECD 2007). Je nach Bevölkerungsdichte und Zentralität einzelner Orte werden die Regionen in Deutschland vom BBR einzelnen siedlungsstrukturellen Regions- und Kreistypen zugeordnet. Dabei teilen sich die Regionstypen in drei Oberkategorien auf: Agglomerationsräume, verstärkerte und ländliche Räume.

Die jeweiligen Kreistypen werden in insgesamt neun feinere siedlungsstrukturellen Kreistypen ausdifferenziert. Die siedlungsstrukturellen Kreistypen teilen sich auf in: (1) Kernstädte in Agglomerationsräumen, (2) hochverdichtete Kreise in Agglomerationsräumen, (3) verdichtete Kreise in Agglomerationsräumen, (4) ländliche Kreise in Agglomerationsräumen, (5) Kernstädte in verstärkerten Räumen, (6) verdichtete Kreise in verstärkerten Räumen, (7) ländliche Kreise in verstärkerten Räumen, (8) ländliche Kreise höherer Dichte, (9) ländliche Kreise geringerer Dichte (Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung 2006, 2006a, 2006b). Zur Definition der Ländlichkeit wird nach Rücksprache mit dem BBR auf die siedlungsstrukturellen Kreistypen zurückgegriffen. Die Typen 4, 7, 8 und 9 bilden im Aggregat die Variable „Land“, alle übrigen Kreistypen (1, 2, 3 und 6) die Variable „Stadt“.²⁵

Wir definieren das Krankenhaus, das vor allem die wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung sicherstellen soll, als ein Plankrankenhaus der Grundversorgung²⁶ („Grund“) mit maximal 300 Betten (Beivers und Spangenberg 2008). Weitere Selektionskriterien sind erstens die Vorhaltung von mehr als nur einer Fachabteilung, davon mindestens die Chirurgie und Innere Medizin, sowie zweitens eine Mindestgröße von 50 Betten. Außerdem wurden Krankenhäuser mit nur der Fachabteilung Psychiatrie/Psychosomatik weggelassen. Darüber hinaus gibt es einige größere ländliche Krankenhäuser (mit über 300 Betten), die ebenfalls die ländliche Versorgung sicherstellen. Spezialkliniken („Spezial“) dagegen sind Krankenhäuser mit bis zu 300 Betten, die nicht in die Klassifikation „Grund“ fallen.

²⁵ Der Kreistyp 4 (ländliche Kreise in Agglomerationsräumen) stellt vor allem die suburbanen Räume um die Großstädte herum dar, welche durch andere (v.a. strukturelle) Rahmenbedingung geprägt sind als der restliche ländliche Raum.

²⁶ Einschließlich Krankenhäuser mit einem Versorgungsvertrag mit der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Krankenhaus Rating Report 2011

Tabelle 3

Klassifikation der Krankenhäuser

2008

| | Anzahl KH | Anzahl Betten | Betten je KH | Fachabteilungen je KH |
|----------------|-----------|---------------|--------------|-----------------------|
| Land, Grund | 230 | 38 433 | 167 | 4,3 |
| Land, Spezial | 250 | 20 929 | 84 | 1,4 |
| Land, Groß | 107 | 54 149 | 506 | 8,3 |
| Stadt, Grund | 384 | 72 824 | 190 | 4,0 |
| Stadt, Spezial | 536 | 43 611 | 81 | 1,6 |
| Stadt, Groß | 403 | 244 414 | 606 | 8,0 |
| Rest | 60 | 25 069 | 418 | 2,8 |

Quelle: Statistisches Bundesamt (2010c)

Tabelle 3 gibt einen ersten Überblick zur gewählten Klassifikation. Demzufolge gab es im Jahr 2008 insgesamt 230 ländliche Grundversorger und 107 ländliche Großversorger²⁷ zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung im ländlichen Raum, komplettiert von 250 ländlichen Spezialkliniken. Tabelle 4 stellt das Fachabteilungsportfolio dieser einzelnen Arten von Krankenhäusern dar. Ländliche und städtische Grundversorger besitzen per definitionem immer die Fachabteilungen Chirurgie und Innere Medizin. 80% der ländlichen und 65% der städtischen halten außerdem Frauenheilkunde und Geburtshilfe vor. Großversorger bieten darüber hinaus noch zahlreiche andere Disziplinen an.

Schaubild 99 stellt die Veränderung der Zahl der Krankenhäuser und Betten dar. Zwischen 2005 und 2008 ging die Zahl der ländlichen Grundversorgungskrankenhäuser um 7% zurück, während die der städtischen Grundversorger um 2% sank. Bei der Zahl der Betten war die Kapazitätsstreichung stärker als bei städtischen Grundversorgern. Im Vergleich zu allen anderen Krankenhäusern und den städti-

²⁷ Die 107 größeren ländlichen Versorger („Land, Groß“) sind dabei alle Krankenhäuser, die unter die gleichen Selektionskriterien wie „Land, Grund“ fallen, jedoch eine Bettenzahl von über 300 aufweisen. Gleiches gilt für die 403 Krankenhäuser der Kategorie „Stadt, Groß“ (d.h. auch sie weisen dieselben Selektionskriterien wie „Stadt, Grund“ auf, jedoch wiederum mit einer Bettenzahl von über 300). Die verbleibenden 60 Krankenhäuser („Rest“) sind Krankenhäuser unter 50 Betten sowie alle verbleibenden Krankenhäuser, die nicht den genannten Selektionskriterien entsprechen.

4. Sonderanalysen

Tabelle 4

**Zusammensetzung der Fachabteilungen nach Art des Krankenhauses
2008**

| | Land | | | Stadt | | |
|--|-------|---------|------|-------|---------|------|
| | Grund | Spezial | Groß | Grund | Spezial | Groß |
| Anzahl KH | 230 | 250 | 107 | 384 | 536 | 403 |
| Anteil mit (in %) | | | | | | |
| Augenheilkunde | 19 | 1 | 45 | 11 | 7 | 39 |
| Chirurgie | 100 | 11 | 100 | 100 | 18 | 100 |
| Frauenheilkunde und Geburtshilfe | 80 | 4 | 96 | 65 | 8 | 87 |
| Hals-Nasen-Ohrenheilkunde | 57 | 2 | 82 | 50 | 8 | 69 |
| Haut- und Geschlechtskrankheiten | 1 | 2 | 14 | 2 | 3 | 18 |
| Herzchirurgie | 1 | 1 | 3 | 0 | 3 | 10 |
| Innere Medizin | 100 | 30 | 100 | 100 | 22 | 100 |
| Geriatrie | 4 | 5 | 23 | 8 | 7 | 23 |
| Kinderchirurgie | 0 | 0 | 7 | 0 | 2 | 14 |
| Kinderheilkunde | 10 | 3 | 77 | 5 | 4 | 51 |
| Kinder-/Jugendpsychiatrie und -psychotherapie | 1 | 5 | 9 | 1 | 6 | 12 |
| Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie | 2 | 1 | 28 | 4 | 5 | 27 |
| Neurochirurgie | 1 | 2 | 21 | 2 | 4 | 25 |
| Neurologie | 2 | 20 | 44 | 6 | 10 | 45 |
| Nuklearmedizin | 0 | 0 | 16 | 1 | 1 | 22 |
| Orthopädie | 14 | 16 | 40 | 16 | 16 | 33 |
| Plastische Chirurgie | 0 | 1 | 4 | 4 | 7 | 13 |
| Psychiatrie und Psychotherapie | 5 | 21 | 33 | 3 | 23 | 30 |
| Psychotherapeutische Medizin | 2 | 16 | 7 | 2 | 4 | 13 |
| Strahlentherapie | 0 | 0 | 25 | 2 | 0 | 30 |
| Urologie | 31 | 1 | 76 | 24 | 5 | 57 |
| Sonstige Fachbereiche/ Allgemeinbetten | 4 | 8 | 11 | 8 | 7 | 22 |

Quelle: Statistisches Bundesamt (2010c)

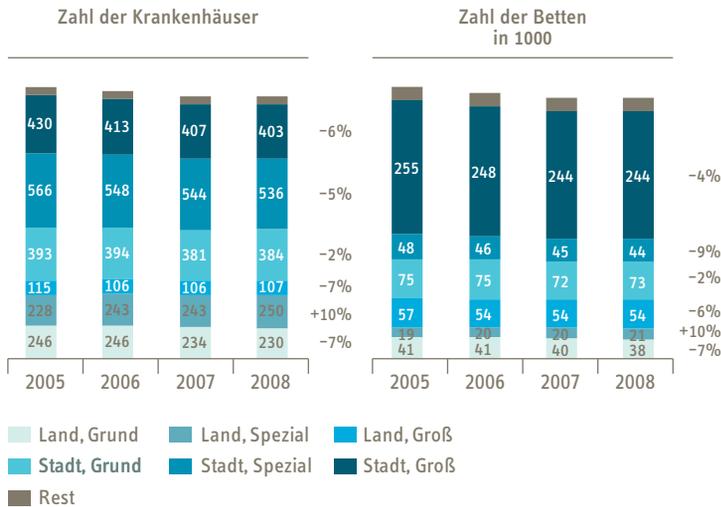
schen Spezialkliniken fällt die Reduktion jedoch nicht höher aus. Bei den größeren Versorgern scheint es im Ländlichen indessen keinen größeren Kapazitätsabbau gegeben zu haben als bei den städtischen.

Schaubild 100 zeigt die Veränderung des BFW und des CMI nach Art der Versorgung. Durch die Konvergenz auf zunächst landeseinheitliche BFW kam es zu Gewinnern und Verlierern. Die Krankenhäuser (Grund, Spezial ebenso wie Groß)

Krankenhaus Rating Report 2011

Schaubild 99

Anzahl Krankenhäuser und Betten nach Art der Versorgung
2005 bis 2008; Anzahl



Quelle: ADMED/HCB/RWI; Statistisches Bundesamt (2010c).

in ländlichen Räumen gehörten eindeutig zu den Konvergenzgewinnern²⁸ – bedingt durch ihre niedrigen Ausgangswerte, gefolgt von den städtischen Grundversorgern. Allerdings können auch Überlagerungen mit Kataloganpassungen nicht ausgeschlossen werden. Gerade große Krankenhäuser konnten ihre relative Position durch eine Detaillierung des DRG-Katalogs verbessern. Tatsächlich zeigt die Veränderung des CMI, dass insbesondere die spezialisierten Krankenhäuser (unabhängig von ihrer Lage), aber auch die anderen, ihren CMI erhöhen konnten, wohingegen die Grundversorger in Stadt und Land deutlich zurückliegen. Neben Katalogeffekten kann dies ein Indiz für die bereits angesprochene Abwanderung der Patienten, v.a. der schwereren Fälle, in die spezialisierte Versorgung sein.

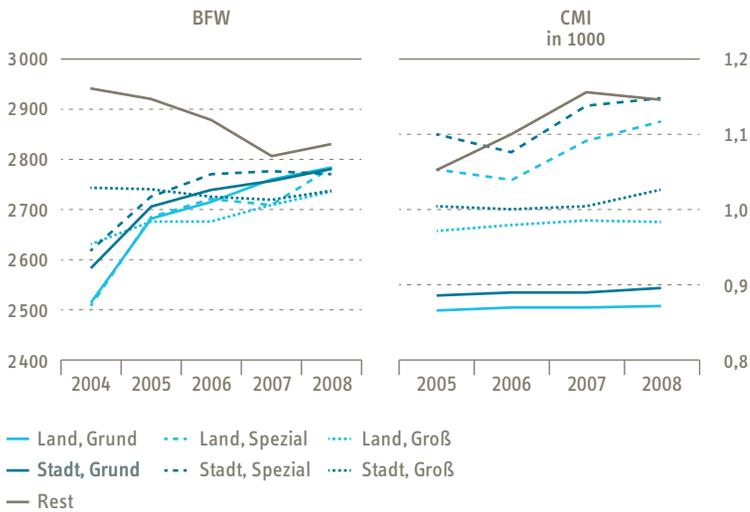
Bei der Betrachtung der ländlichen Versorgung und der Beantwortung der Frage, inwiefern die dortigen Krankenhäuser gefährdet sind, handelt es sich primär um eine strukturelle Frage (d.h. Grund versus Spezial) und nicht um eine der räum-

28 Wobei der Konvergenzgewinne bei „Land, Grund“ in der Kategorie „Land“ am höchsten ausgefallen sind.

4. Sonderanalysen

Schaubild 100

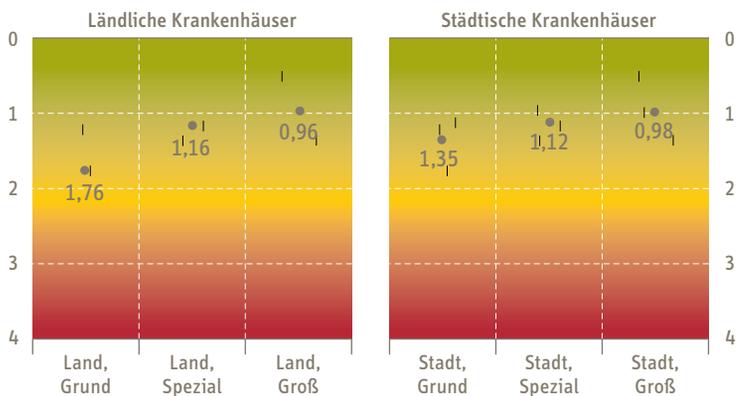
BFW und CMI nach Art der Versorgung
2004 bis 2008; in € und ohne Einheit



Quelle: ADMED/HCB/RWI; AOK (2011b); WIdO (2010).

Schaubild 101

Ausfallwahrscheinlichkeit nach Art der Versorgung
2009; in %



Selektionskriterium Grund: 50 bis 300 Betten; Groß: über 300 Betten; Große Spezialversorger liegen bei dieser Selektion praktisch nicht vor. – Quelle: ADMED/HCB/RWI.

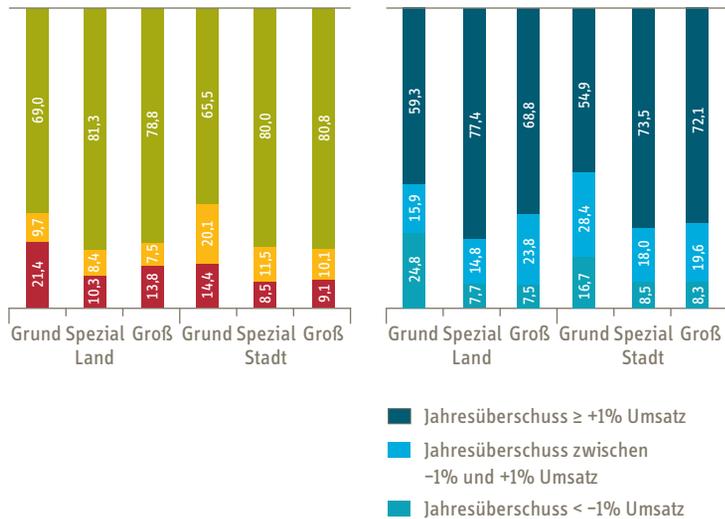
Krankenhaus Rating Report 2011

lichen Lage. Bezieht man die Entwicklung der ländlichen Großversorger („Land, Groß“) mit ein, hat neben der Spezialisierung auch die Größe einen positiven Einfluss.

Im Folgenden soll daher zusätzlich die wirtschaftliche Lage der verschiedenen Arten von Krankenhäusern, für die die Jahresabschlussdaten vorliegen, analysiert werden (Schaubild 101). Vor allem die ländlichen Krankenhäuser der Grundversorgung weisen ökonomische Probleme auf. Dies spricht dafür, dass sie in erster Linie Strukturprobleme haben. Zwar scheint auch die Lage, d.h. Stadt versus Land, einen gewissen Einfluss zu haben. Grundversorger auf dem Land haben eine um 0,4 %-Punkte höhere PD als städtische Grundversorger, ländliche Spezialkliniken dagegen eine kaum messbare höhere PD als städtische. Jedoch sind die Unterschiede zwischen Grundversorgern und Spezialkliniken signifikant größer als zwischen Stadt und Land.²⁹ Kein Unterschied ist allerdings zwischen den länd-

Schaubild 102

Verteilung nach der Ampelklassifikation und nach Höhe des Jahresüberschusses nach Art der Versorgung
2009; in %



Quelle: ADMED/HCB/RWI.

²⁹ Dieses Bild verändert sich jedoch ein wenig, wenn man die Definition „Land“ ohne den Kreistyp 4 (Ländliche Kreise in Agglomerationsräumen) definiert. Dann werden die Unterschiede zwischen Stadt und Land im Bereich der Grundversorger signifikant größer.

4. Sonderanalysen

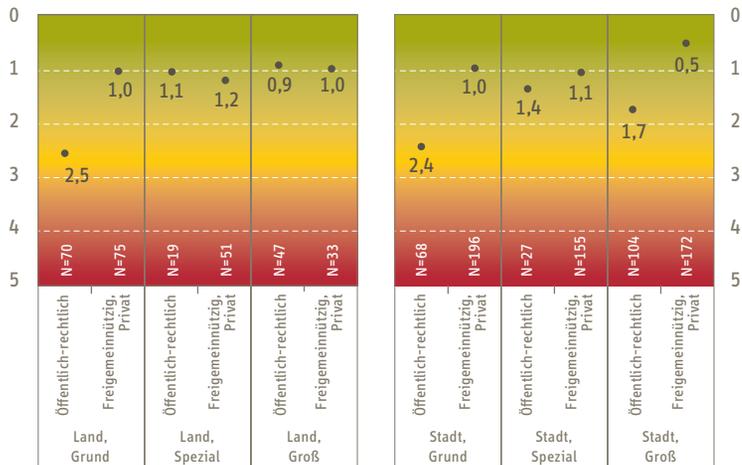
lichen und städtischen großen Krankenhäusern, die ebenfalls Grundversorgungsleistungen anbieten, festzustellen. Vielmehr haben die größeren Krankenhäuser generell eine geringere PD als alle anderen. Dies könnte durch Skaleneffekte zu erklären sein. Ein ähnliches Bild ergibt sich bei Betrachtung der Krankenhäuser in der Ampelklassifikation und nach der Höhe Jahresüberschusses (Schaubild 102).

Eine Erklärung dafür könnte eine regional unterschiedliche Trägerstruktur sein. Um zu kleine Stichprobenzahlen zu vermeiden und da sich die PD privater und freigemeinnütziger Krankenhäuser kaum unterscheiden, fassen wir die zuletzt genannten beiden zusammen und vergleichen kommunal gegenüber nicht-kommunal (Schaubild 103). Jetzt nivellieren sich die zuvor beobachteten strukturellen Unterschiede zwischen Grund- und Spezialkliniken. Stattdessen zeigt sich die generell schlechtere wirtschaftliche Lage der kommunalen Kliniken. Bei den Nicht-kommunalen scheinen weder Lage noch Art der Versorgung einen wesentlichen Einfluss zu haben. Bei kommunalen Kliniken hat indessen mangelnde Spezialisierung einen entscheidenden negativen Einfluss. Interessanterweise liegen

Schaubild 103

Ausfallwahrscheinlichkeit nach Art der Versorgung und Trägerschaft

2009; in %



Selektionskriterium: Grund: 50 bis 300 Betten; Groß: über 300 Betten; Große Spezialversorger liegen bei dieser Selektion praktisch nicht vor. – Statistisch signifikant ist jeweils nur der Unterschied öffentlich-rechtlicher Grundversorger (ländlich und städtisch) gegenüber allen anderen Kategorien. – Quelle: ADMED/HCB/RWI

Krankenhaus Rating Report 2011

zwischen großen Versorgern auf dem Land keine trägerspezifischen Unterschiede vor. Indessen schneiden große kommunale Versorger in der Stadt signifikant schlechter ab als nicht-kommunale.

Darüber hinaus ist die Lage in einer ländlichen Region alleine noch nicht mit einer schlechteren ökonomischen Situation korreliert. Vielmehr führt der relativ hohe Anteil kommunaler Kliniken in ländlichen Regionen (54% im Jahr 2008) zum schlechteren Abschneiden der ländlichen Krankenhäuser. Offenbar sind vor allem die öffentlich-rechtlichen Krankenhäuser der Grundversorgung in der Stadt sowie auf dem Land in ihrer Tragfähigkeit gefährdet.

Erweitert man dies mit den Aussagen der Bevölkerungsprognose 2030 des BBR auf Basis der einzelnen Kreistypen, werden die ländlichen – aber auch städtischen – Krankenhausstandorte v.a. in den neuen Bundesländern mit einer erheblichen Schrumpfung der Bevölkerung konfrontiert sein (Schaubild 104). Dies wird betroffene Krankenhausstandorte – unabhängig von der Trägerschaft – vor erhebliche Herausforderungen stellen. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die ohnehin schon mit wirtschaftlichen Problemen konfrontierten Grundversorgungskrankenhäuser in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft dadurch besonders belastet werden. Welche Auswirkungen dies auf die Sicherstellung der wohnortnahen Versorgung haben wird und ob die für diesen Fall vorgesehenen Sicherstellungszuschläge nach § 5 KHEntgG eine Lösung sind, gilt es noch im Einzelnen zu diskutieren. Offenbar sind größere Einheiten und private Grundversorger auf dem Land wirtschaftlich stabiler.

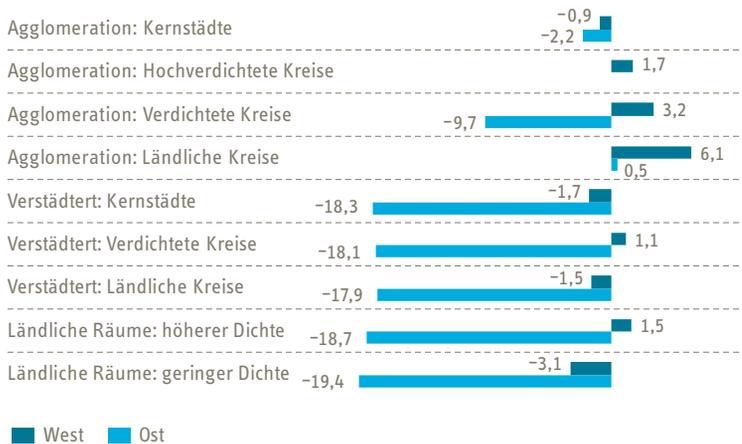
Die geringe Bevölkerungsdichte in Teilen Bayerns, Niedersachsens und Ostdeutschlands relativiert sich jedoch, wenn man über die nationalen Grenzen schaut. In vielen europäischen Ländern liegt die Bevölkerungsdichte deutlich niedriger als in den genannten Regionen (Augurzky et al. 2010). Trotzdem dürfte die Gesundheitsversorgung dort nicht mangelhaft sein. Eine detaillierte Analyse zur Erreichbarkeit von Krankenhäusern in Deutschland weist auf sehr kurze Wegezeiten im Status quo hin (Pütz und Spangenberg 2006). Rund drei Viertel der Bevölkerung erreichen mit dem PKW innerhalb von zehn Minuten und über 95% innerhalb von 20 Minuten das jeweils nächste Krankenhaus mit Grundversorgungsleistungen. Darüber hinaus haben Berechnungen zu Standortoptimierungen auf Basis des bestehenden Straßen- und Verkehrsnetzes ergeben, dass wesentlich weniger Standorte ausreichen würden, um eine bestimmte Erreichbarkeitsvorgabe für alle Bürger in der Bundesrepublik umzusetzen. Gibt man einen Mindeststandard von 30 Minuten PKW-Fahrzeit vor, würden danach bundesweit rund 350 Standorte ausreichen (Pütz und Spangenberg, 2006). Dies zeigt, dass derzeit nicht

4. Sonderanalysen

Schaubild 104

Änderung der Bevölkerungszahl nach Kreistyp

2010 bis 2030; in %



Quelle: ADMED/HCB/RWI; BBR (2011)

generell von einer Gefährdung der Versorgung – selbst bei vereinzelt Standort-schließungen – auszugehen ist. Jedoch gilt es hier immer, den Einzelfall gesondert zu prüfen.

Es wird von zentraler Bedeutung sein, dass die betroffenen Regionen beginnen, sich rechtzeitig auf die Probleme einzustellen. Dies bedeutet konkret Lösungsvorschläge zu erarbeiten und ökonomische Anreize so zu setzen, dass auch in Zukunft die Sicherstellung einer hochwertigen, wirtschaftlichen und flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen gewährleistet werden kann. So dürfte insbesondere in den ländlichen Gebieten eine stärkere Verzahnung des ambulanten und stationären Sektors, im Sinne einer sektorenübergreifenden, regionalen Gesundheitsversorgung, z.B. durch MVZ, komplettiert um stationäre Kapazitäten zur Durchführung einer hochwertigen Erst- und Notfallversorgung, zielführend sein. Des Weiteren ist darüber nachzudenken, inwiefern Krankenhäuser in den betroffenen Regionen die ambulante fachärztliche Versorgung mit übernehmen und mobile Hausärzte sowie mobile Pflegekräfte hier unterstützend zur Sicherung der wohnortnahen Versorgung eingesetzt werden könnten.

Krankenhaus Rating Report 2011

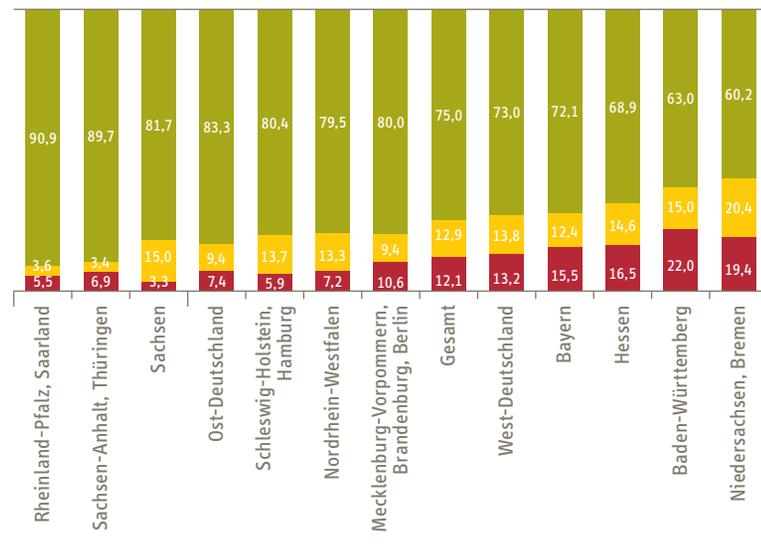
4.3 Bundesländer

Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser variiert innerhalb Deutschlands stark. Der auffälligste Unterschied besteht zwischen Ost- und Westdeutschland – wie er sich auch schon in allen Vorgängerreports zeigte. Während 2009 in Westdeutschland 13% der Krankenhäuser in den roten Bereich fallen, trifft dies in Ostdeutschland nur auf 7% zu (Schaubild 105). Schaubild 106 zeigt das Ranking nach durchschnittlicher PD je Bundesland. Danach ist die Lage der Krankenhäuser in Rheinland-Pfalz/Saarland, Sachsen-Anhalt/Thüringen³⁰ und in Sachsen 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 und Niedersachsen/Bremen zu sein.

Schaubild 105

Ampelklassifikation nach Bundesländern

2009; Anteil in %



Quelle: ADMED/HCB/RWI.

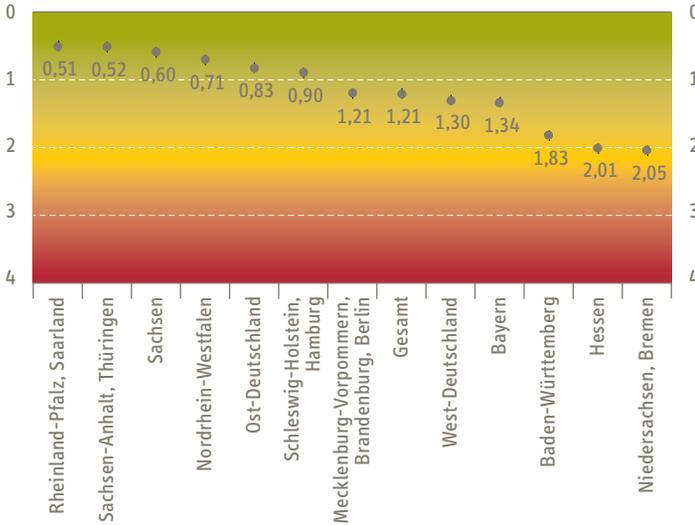
³⁰ Wegen zu kleiner Stichproben in kleineren Bundesländern müssen wir einzelne Bundesländer der zusammenfassen.

4. Sonderanalysen

Schaubild 106

Ausfallwahrscheinlichkeit nach Bundesländern

2009; in %



Quelle: ADMED/HCB/RWI

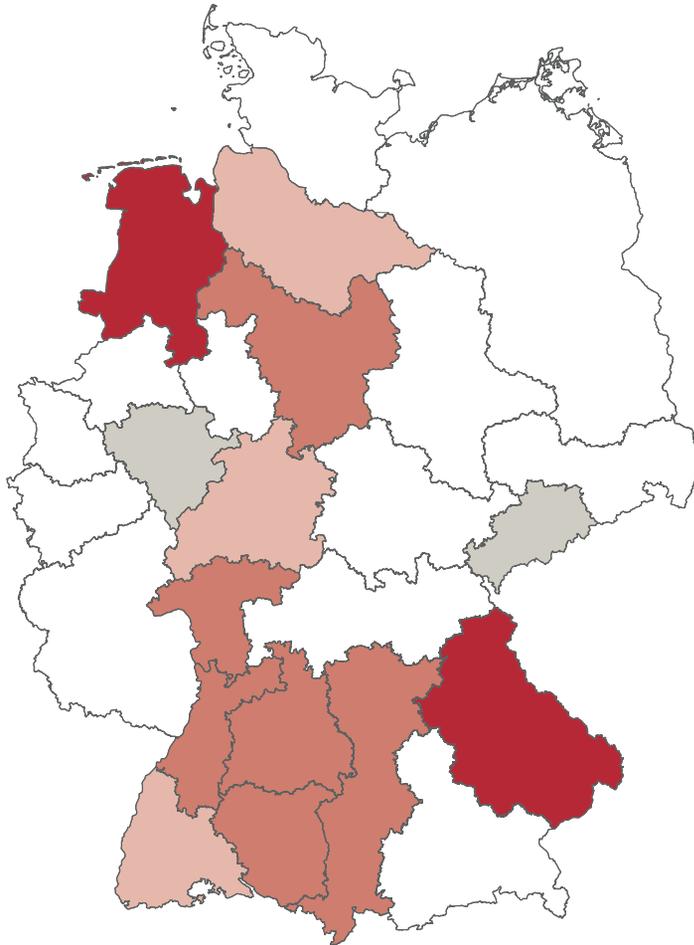
Karte 11 stellt die regionale Verteilung des Anteils gefährdeter Krankenhäuser dar, definiert als den Anteil im roten Bereich zuzüglich 50% des Anteils im gelben Bereich. Da wir hier nur fünf grobe Klassen bilden, können wir aus statistischen Gründen auch kleinere Regionen als die in Schaubild 105 gezeigten darstellen. Deutlich wird, dass es innerhalb von Bundesländern durchaus nennenswerte Unterschiede gibt. Nicht in allen Teilen Bayerns ist die Lage schwierig, in Hessen weist vor allem der Süden um das Rhein-Main-Gebiet größere Probleme auf.

Bei der Ertragslage ergibt sich ein leicht verändertes, aber doch vergleichbares Bild (Schaubild 107). Unterschiede erklären sich damit, dass die Ertragslage eine Momentaufnahme ist, während das auf elf Bilanzkennzahlen basierende Rating auch kumulierte Erfolge der Vergangenheit sowie die Liquiditätssituation abbildet. In diesem Zusammenhang dürfte die Heterogenität der Ertragslage innerhalb der Bundesländer interessant sein. Schaubild 108 stellt die Standardabweichung, d.h. die Variation der EBITDA-Marge dar. Hierbei liegen beispielsweise in Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein/Hamburg und Rheinland-Pfalz/Saarland die wirtschaftlich starken und die schwachen Krankenhäuser näher beieinander als in

Krankenhaus Rating Report 2011

Karte 11

Anteil gefährdeter Krankenhäuser nach Regionen
2009; Anteil in %



□ 0 bis 17 ■ 17 bis 20 ■ 20 bis 23 ■ 23 bis 40 ■ über 40

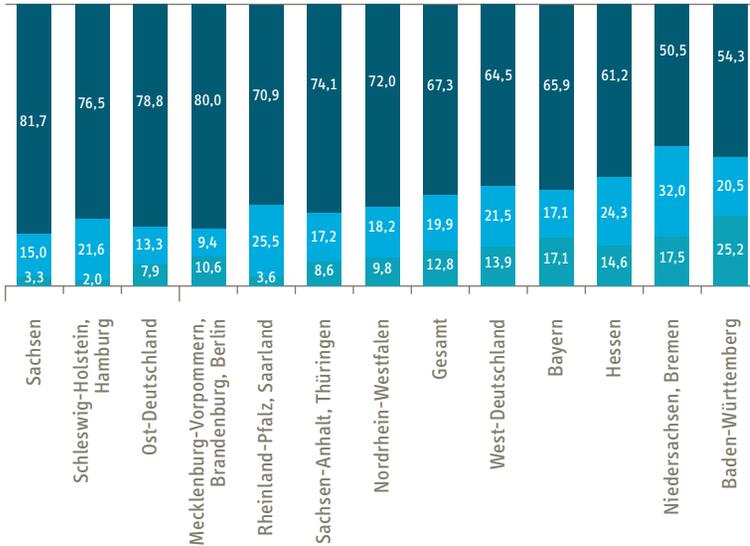
Quelle: ADMED/HCB/RWI

4. Sonderanalysen

Schaubild 107

Verteilung nach Höhe des Jahresüberschusses

2009; in %

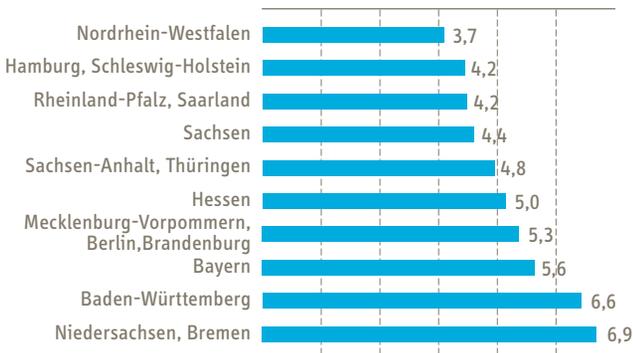


Quelle: ADMED/HCB/RWI

Schaubild 108

Standardabweichung der EBITDA-Marge nach Bundesländern

2009; in %



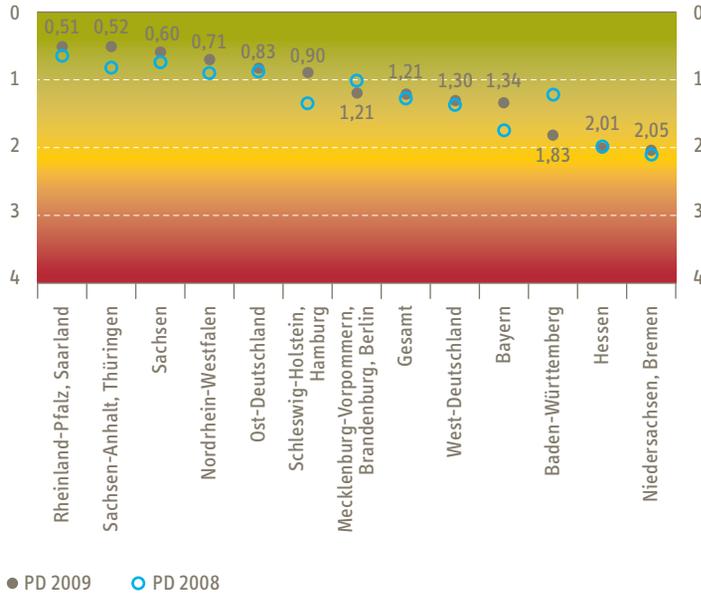
Quelle: ADMED/HCB/RWI

Krankenhaus Rating Report 2011

Schaubild 109

Änderung der durchschnittlichen Ausfallwahrscheinlichkeit nach Bundesländern

2008 und 2009; in %



Quelle: ADMED/HCB/RWI

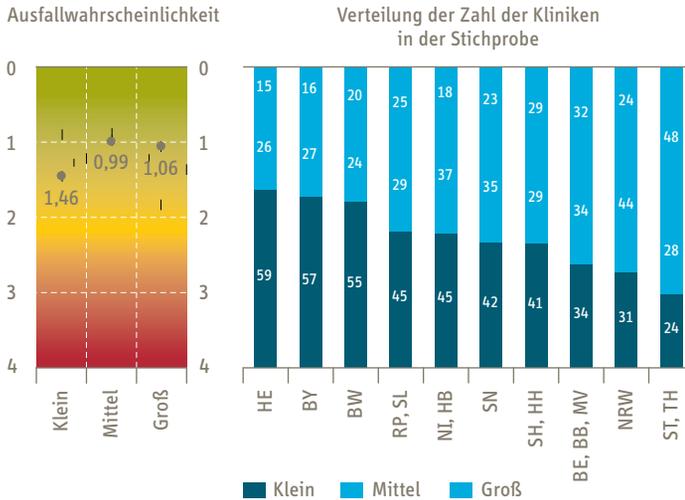
Bayern, Baden-Württemberg und Niedersachsen/Bremen. In diesen Ländern mag also zwar die durchschnittliche Lage schlecht sein. Allerdings gibt es dort umso mehr außergewöhnlich starke Krankenhäuser.

Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die Situation der Krankenhäuser in fast allen Regionen verbessert oder blieb unverändert (Schaubild 109). In Mecklenburg-Vorpommern/Brandenburg/Berlin hat sich die Lage hingegen leicht verschlechtert, in Baden-Württemberg stark verschlechtert. Gründe dafür lassen sich auf Basis der vorliegenden Daten nicht finden. Möglicherweise spielt die Änderung der Art der LBFW-Verhandlungen 2009 eine Rolle. Die von den Krankenkassen in Baden-Württemberg zuvor geübte Praxis der Berücksichtigung von Mehrleistungen wurde verlassen und von Krankenhäusern eine prospektive Leistungseinschätzung verlangt. Im LBFW 2009 musste damit eine Mengendegression von zwei Jahren „verarbeitet“ werden (retrospektiv 2008 und prospektiv 2009). Der LBFW in Baden-Württemberg stieg 2009 gegenüber 2008 mit 2,3% unterdurchschnittlich.

4. Sonderanalysen

Schaubild 110

Verteilung kleiner Kliniken in der Stichprobe nach Bundesländern
2009; Anteil in %



Quelle: ADMED/HCB/RWI

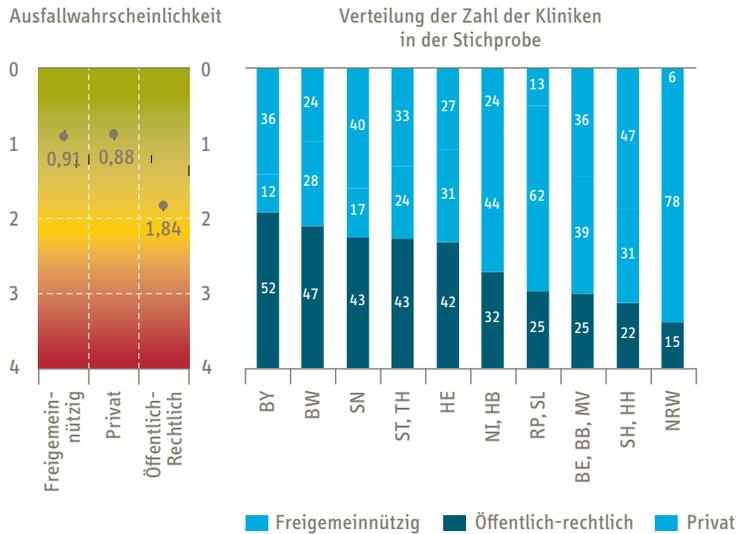
Eine umfassende Analyse der Hintergründe für die zum Teil sehr unterschiedliche Lage der Krankenhäuser in den Bundesländern kann hier nicht erfolgen. Auf Grundlage der beobachtbaren Daten sollen im Folgenden aber einige Muster diskutiert werden. Zunächst unterscheidet sich die Bevölkerungsdichte zwischen den Bundesländern stark. Während in Bayern oder in Niedersachsen/Bremen rund 180 Einwohner je qm² wohnen, sind dies in Baden-Württemberg 300 und in Nordrhein-Westfalen 525. In ostdeutschen Ländern wiederum liegt der Wert bis auf Sachsen sogar noch niedriger als in Bayern. 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. Bayern mit ähnlicher Bevölkerungsdichte wie Niedersachsen/Bremen 15% mehr Krankenhäuser benötigt und rund 40% mehr als Ostdeutschland (Schaubild 97).

Gerade aufgrund der Tatsache, dass kleine Kliniken wirtschaftlich schwächer aufgestellt sind als große, muss hinterfragt werden, ob jede kleine Klinik am Leben erhalten werden soll, wenn sie dies aus eigener Kraft nicht schaffen sollte und wenn darüber hinaus Patienten gute Ausweichmöglichkeiten haben. Wie Schaubild 110 zeigt, könnten Hessen, Bayern und Baden-Württemberg stark davon pro-

Krankenhaus Rating Report 2011

Schaubild 111

Verteilung kommunaler Kliniken in der Stichprobe nach Bundesländern
2009; Anteil in %



Quelle: ADMED/HCB/RWI

fitieren, wenn sie auf einige schwache kleine Krankenhäuser verzichten würden. Es zeigt sich ferner, dass gerade in Bayern und Baden-Württemberg die wirtschaftliche Lage der kleinen Kliniken sogar noch schlechter ausfällt als im Bundesdurchschnitt. Auffällig ist auch, dass in den Ländern mit schwachem Rating der Anteil kommunaler Krankenhäuser (in unserer Stichprobe, aber auch in der Grundgesamtheit) hoch oder die wirtschaftliche Lage der kommunalen Häuser besonders schlecht ist (Schaubild 111 und 112).

Weitere bundeslandspezifische Unterschiede gibt es in Bezug auf Leistungsportfolio, Leistungskonzentration, CMI oder Grad der Ländlichkeit. Eine Analyse aller Faktoren ist äußerst komplex und würde den Rahmen dieses Reports sprengen. Aus den Analysen der vorherigen Abschnitte lässt sich jedoch ableiten, dass in Westdeutschland die Höhe der KHG-Investitionsmittel – innerhalb einer gewissen Bandbreite – nur wenig mit dem Rating korreliert, solange die Unterschiede nicht so erheblich sind wie zwischen Ost- und Westdeutschland. Die sehr großzügige Förderung ostdeutscher Kliniken dürfte sich indessen positiv auf ihre wirtschaftliche Lage ausgewirkt haben. Im Westen könnte ein Mehr an wirtschaftlicher

4. Sonderanalysen

Kasten 1

Sonderanalyse Nordrhein-Westfalen

Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen ist 2009 überdurchschnittlich gut (Schaubild 106). Dabei sind keine Unterschiede zwischen dem Ruhrgebiet und dem restlichen Nordrhein-Westfalen festzustellen, ebenso wenig zwischen den Regierungsbezirken. Allein im Regierungsbezirk Arnsberg scheint die wirtschaftliche Lage kritischer auszufallen. Mit rund 70% Marktanteil dominieren freigemeinnützige Krankenhäuser die Krankenhauslandschaft in NRW. Außerdem gibt es weniger kleine und weniger ländliche Krankenhäuser als im übrigen Bundesgebiet. Gerade freigemeinnützige Krankenhäuser sowie größere Krankenhäuser weisen im Durchschnitt bessere Jahresabschlüsse auf als öffentlich-rechtliche oder kleine Krankenhäuser. Ein Grund für die überdurchschnittlich gute wirtschaftliche Lage der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser sind daher die genannten vorteilhaften Strukturen.

Aber selbst wenn wir diese vorteilhafte Krankenhausstruktur heraus rechnen, bleibt ein unerklärter positiver „NRW-Effekt“ bestehen, auch wenn der Abstand zu den übrigen westdeutschen Bundesländern schrumpft. Denn auch die freigemeinnützigen oder kleinen Krankenhäuser – und die ländlichen – in NRW schneiden besser ab als der westdeutsche Schnitt. Gründe hierfür sind nicht bekannt. Anders herum würde die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser in NRW sogar noch besser ausfallen, wenn nach dem Bundes- statt nach dem niedrigeren Landesbasisfallwert (LBFW) abgerechnet würde.

Allerdings besteht die Gefahr, dass die derzeit gute Lage zu Lasten der Substanz geht und daher langfristig nicht gehalten werden kann. Denn die Investitionsfähigkeit der Krankenhäuser in NRW war 2009 unterdurchschnittlich: nur 7,2% des Umsatzes stand für investive Zwecke zur Verfügung. Wir schätzen den Investitionsstau in NRW auf 5,6 Mrd. € (Schaubild 25). Da öffentliches Kapital in Zukunft kaum in größerem, sondern eher in geringerem Maße zur Verfügung stehen dürfte, besteht Handlungsbedarf, die Innenfinanzierungskraft zu stärken. Dazu gehören auch die Bildung größerer Einheiten und der Mut zur Aufgabe von einzelnen Fachabteilungen oder kleinen Standorten.

Nach Bereinigung um Alter und Geschlecht gibt es je Einwohner 21% mehr Krankenhausfälle als in Baden-Württemberg (Schaubild 4). Diese hohe Inanspruchnahme führt trotz niedrigem LBFW zu überdurchschnittlich hohen Krankenhauskosten je Einwohner (Schaubild 15). Vor dem Hintergrund der

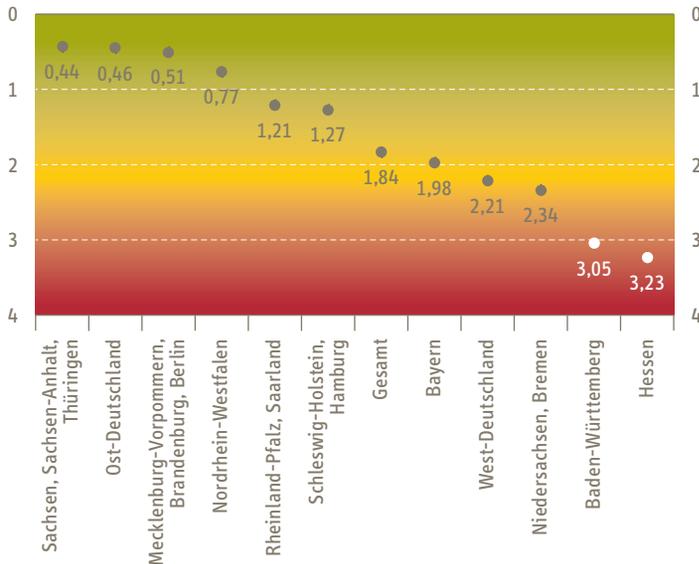
Krankenhaus Rating Report 2011

Kostenprobleme im Gesundheitswesen ist daher langfristig mit Maßnahmen zur Reduktion der Inanspruchnahme zu rechnen. Bei derzeit in NRW trotzdem niedriger Bettenauslastung und einer im Verhältnis zur Bevölkerungsdichte hohen Zahl von Standorten ist mit einer Marktkonsolidierung zu rechnen. Diese wäre für die verbleibenden Krankenhäuser von großem Vorteil: Würde die relative Zahl der Krankenhäuser in NRW auf das Niveau von Bundesländern mit einer sehr guten wirtschaftlichen Lage und Krankenhausstruktur, wie Sachsen, Sachsen-Anhalt oder Thüringen (-12%) sinken, erhielten die übrigen Krankenhäuser Luft zum Atmen und ihre wirtschaftliche Lage und Investitionsfähigkeit verbesserte sich. Die Versorgungssicherheit wäre dabei in NRW nicht in Gefahr. Dazu ist das Versorgungsnetz sehr eng, insbesondere im Vergleich zu anderen Regionen. Gleichzeitig könnte eine möglicherweise angebotsinduzierte Inanspruchnahme in NRW sinken und den Beitragszahler entlasten, ohne die übrigen Krankenhäuser in ihrer Existenz zu gefährden.

Schaubild 112

PD der kommunalen Krankenhäuser nach Bundesländern

2009; in %



Quelle: ADMED/HCB/RWI.

4. Sonderanalysen

Freiheit und weniger Planung den Krankenhäusern helfen. Eine Sonderanalyse Nordrhein-Westfalens, die im Rahmen des Gesundheitskongresses des Westens 2011 durchgeführt wurde, findet sich in Kasten 1.

4.4 Marktkonsolidierung

Ein Beitrag von Andreas Schmid, Universität Bayreuth

Ein Blick in das deutsche Krankenhausverzeichnis zeigt, dass die Zahl der Krankenhäuser von 1995 bis 2007 von 2 280 auf 2 032 um ca. 11% zurückgegangen ist. Wie Tabelle 5 illustriert, lief im gleichen Zeitraum auf Ebene der Träger eine noch viel stärkere Konsolidierung ab: Die Zahl der Träger reduzierte sich um 19% auf 1 280.³¹ Berücksichtigt man ferner, dass durch das Herstellen von Einhäusigkeit – zwei Krankenhausstandorte werden unter einer Krankenhauskennziffer zusammengefasst – die Statistik die Zahl der Krankenhausschließungen noch überschätzt, stellt die Zahl der Krankenhäuser alleine keinen verlässlichen Indikator für strukturelle Veränderungen in der stationären Versorgung dar.

Die Motivation für Fusionen und die damit einhergehende Schaffung größerer Trägerstrukturen liegt primär im ökonomischen Bereich. Kosteneinsparungen, die Erzielung von Synergieeffekten sowie die Erreichung einer wirtschaftlichen Betriebsgröße sind häufig genannte Schlagworte (Steffen und Offermanns 2011, S. 21). In diesem Kontext steigt die Bedeutung des Wettbewerbs um Patienten. Krankenhäuser mit unattraktivem Angebot verlieren Fälle an besser positionierte Wettbewerber und werden hierdurch sanktioniert (Henneck und Holtmann 2011, S. 2).

Dem Bestreben, eine – unter Kosten- und Qualitätsaspekten – optimale Betriebsgröße zu erreichen, steht jedoch aus Perspektive des Gesamtsystems die Gefahr gegenüber, marktmächtige Akteure entstehen zu lassen. Die geringe räumliche Größe von Krankenhausmärkten führt dazu, dass dies auch auf regionaler Ebene, z.B. durch den Zusammenschluss mehrerer kommunaler Krankenhäuser, zu kritischen Konzentrationsgraden führen kann. Durch den meist relativ geringen Umsatz fällt die Kontrolle dieser Zusammenschlüsse jedoch häufig nicht in den Aufgabenbereich des Bundeskartellamtes und wird systematisch vernachlässigt (Monopolkommission 2008, S. 361-375, und Sauter und Ellerbrock 2009). Mögliche Konsequenzen ergeben sich auf zwei Seiten. Erstens, sofern der Ansatz selekti-

³¹ Für umfassende Informationen zur hier vorgenommenen Definition der Trägerschaft, der Generierung eindeutiger Trägeridentifikationsnummern sowie weiteren Hintergründen zur amtlichen deutschen Krankenhausstatistik (Schmid und Ulrich 2011).

Krankenhaus Rating Report 2011

Tabelle 5
Zahl der Krankenhäuser und Träger
1995 bis 2007

| | 1995 | 2000 | 2003 | 2005 | 2007 |
|----------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Krankenhäuser | 2 280 | 2 221 | 2 152 | 2 096 | 2 032 |
| Krankenhausträger | 1 583 | 1 565 | 1 473 | 1 372 | 1 280 |
| Veränderung KHs in% | -3 | -3 | -3 | -3 | |
| Veränderung Träger in% | -1 | -6 | -7 | -7 | |
| Veränderung KHs absolut | -59 | -69 | -56 | -64 | |
| Veränderung Träger absolut | -18 | -92 | -101 | -92 | |

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis des deutschen Krankenhausverzeichnisses.

von Kontrahierens weiter gestärkt werden soll, wird dieser ad absurdum geführt, wenn Krankenkassen in einzelnen Regionen marktmächtigen Leistungserbringern gegenüber stehen.³² Zweitens haben Patienten in diesem Fall höhere Hürden, auf einen anderen Leistungserbringer bzw. Krankenhausträger auszuweichen, sollte der den regionalen Raum dominierende Anbieter kein akzeptables Angebotsniveau vorhalten. Die disziplinierenden Elemente des Marktmechanismus können vor diesem Hintergrund nur eingeschränkt wirken (Bangard 2007, S. 187-191).

Berücksichtigt man den bereits dargestellten Konsolidierungstrend auf Ebene der Krankenhausträger, drängen sich verschiedene Fragen auf. Zum einen ist zu eruieren, wie weit die Konzentration im Krankenhausmarkt bereits vorangeschritten ist. Eine eindeutige Antwort auf diese Frage zu finden ist schwer, da eine Vielzahl verschiedener Ansätze zur Erfassung von Konzentration existiert. In einem ersten Schritt wird deshalb im Folgenden eine konservative Abschätzung vorgenommen werden. Im zweiten Schritt wird der Frage nachgegangen, inwiefern es notwendig ist, die Messung der Konzentration auf Ebene der Träger und nicht auf Ebene der Krankenhäuser vorzunehmen. Da in der deutschen Krankenhausstatistik keine Trägeridentifikationsnummer existiert, werden in empirischen Studien im Regelfall Kennzahlen auf Ebene der einzelnen Häuser berechnet. Dies erscheint jedoch vor dem Hintergrund der Rolle der Krankenhausträger problematisch.

³² Die Problematik marktmächtiger Krankenkassen sollte in diesem Kontext nicht unberücksichtigt bleiben.

4. Sonderanalysen

Das wohl gängigste Maß zur Erfassung des Konzentrationsgrades ist der Herfindahl-Hirschman-Index (HHI).³³ Er steht für die Summe der quadrierten Marktanteile der im relevanten Markt vertretenen Unternehmen und bewegt sich folglich zwischen Null und Eins. Je größer die Konzentration in einem Markt bzw. je ungleicher die Verteilung der Marktanteile ist, desto höher ist sein Wert. Ein Wert nahe Null entspricht einem idealtypischen Polypol, ein Wert von Eins einem Monopol. In den USA gelten Märkte ab einem HHI von 0,18 als hoch konzentriert. Bei weiteren Fusionen jenseits dieser Grenze wird angenommen, dass hierdurch Marktmachtpotenzial generiert oder gesteigert bzw. die Ausübung von Marktmacht erleichtert wird (Gaynor und Vogt 2000, S. 1424-1425).

Zur Abgrenzung des relevanten Marktes sind die Dimensionen Produktmarkt und geografischer Markt zu definieren. Für den Produktmarkt wird im Folgenden die Definition des Bundeskartellamts zugrunde gelegt, die keine weitere Differenzierung – beispielsweise nach Fachgebieten oder Versorgungsstufen – vornimmt und einen allgemeinen Markt für Krankenhausleistungen unterstellt (z.B. BKartA 2005, S. 30).³⁴ Hinsichtlich der zu erwartenden Konzentrationsgrade stellt dies eine konservative Annahme dar. Der geografische Markt wird in Anlehnung an Zwanziger et al. (1990) für jeden Krankenhausträger³⁵ auf Basis historischer Patientenströme auf Ebene von Postleitzahlbezirken (PLZ) abgegrenzt. Hierzu werden in einem ersten Schritt alle PLZ anhand des Anteils sortiert, den sie zu allen Fällen des relevanten Krankenhausträgers beitragen. Im nächsten Schritt werden der Reihung folgend solange alle PLZ dem relevanten Markt zugeschlagen, bis 60% der gesamten Zahl der Fälle des Krankenhausträgers erreicht werden. Darüber hinaus werden nur noch Postleitzahlbezirke hinzugenommen, die für den Krankenhausträger „relevant“ sind, also mehr als 1% zur Gesamtfallzahl beitragen. Ausgehend vom so abgegrenzten relevanten Markt wird dann unter Einbeziehung aller relevanten Wettbewerber³⁶ der HHI berechnet.

33 *Der HHI wird aufgrund mangelhafter theoretischer Fundierung in der Literatur häufig kritisiert, zeigt sich bei korrekter Anwendung in der Praxis jedoch als robustes Kriterium (Gaynor und Vogt 2000; Schmid 2011; Kuchinke 2011).*

34 *Für eine differenzierte Auseinandersetzung mit der Definition des sachlichen und geografischen Marktes durch das Bundeskartellamt vgl. Kuchinke und Kallfass 2007.*

35 *Um Verzerrungen durch bundesweit tätige Krankenhausträger ohne zusammenhängenden Markt zu vermeiden, wurde die Annahme getroffen, dass Krankenhausträger auf Bundeslandebene eigenständig operieren. Ein in drei Bundesländern tätiger Träger wird also für die Analyse in drei unabhängige Krankenhausträger aufgespalten.*

36 *Aufgrund restriktiver Rechenressourcen mussten potenziell konkurrierende Träger, die aus keinem der dem relevanten Markt zugeschlagenen Postleitzahlbezirke wenigstens 3% ihrer Fälle bezogen, als nicht relevant eingestuft werden und blieben bei der Berechnung des HHI unberücksichtigt. Einem ähnlichen Ansatz folgen Zwanziger et al. (1990).*

Krankenhaus Rating Report 2011

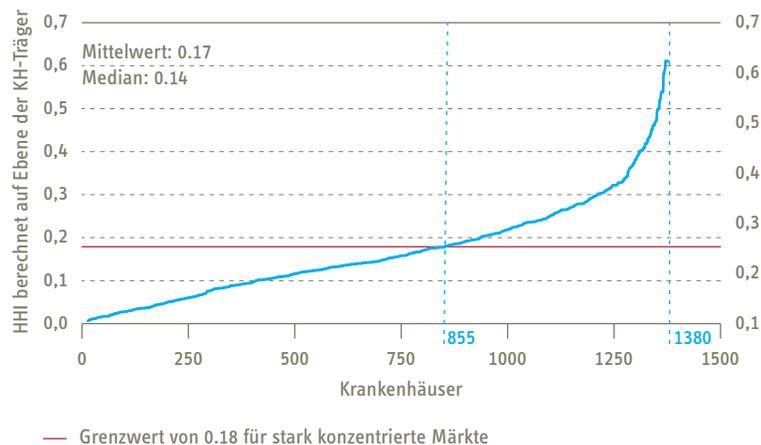
Die Datengrundlage für diese Analyse bildet die amtliche Krankenhausstatistik für das Jahr 2007. Sie enthält die Daten aller Krankenhausfälle, jedoch keine Trägeridentifikationsnummer. Unter Zuhilfenahme des Krankenhausverzeichnisses für das Jahr 2007 konnten diese generiert und dem Datensatz zugespielt werden. Für eine differenzierte Auswertung wurde ferner auf Krankensebene der siedlungsstrukturelle Kreistyp (SKT) des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung zugespielt (BBSR 2009). Nach Bereinigung des Datensatzes um Krankenhäuser mit weniger als 50 Betten sowie Krankenhäuser mit überwiegend psychiatrischem Schwerpunkt umfasst der Datensatz für das Jahr 2007 1 439 Krankenhäuser unter Leitung von 944 Trägereinrichtungen.

Knapp 40% der Krankenhäuser agierten demnach im Jahr 2007 in hoch konzentrierten Märkten (Schaubild 113). Für mehr als 10% erreicht der HHI Werte über 0,3. Bei Krankenhausträgern mit einem HHI von über 0,5 ist selbst bei vorsichtiger Sichtweise von einer starken Beeinträchtigung des Wettbewerbs auszugehen.

Schaubild 113

Verteilung der Marktkonzentration

2007



Quelle: FDZ der Stat. Ämter des Bundes und der Länder, Krankenhausstatistik 2007, eigene Berechnungen. Aus Gründen des Datenschutzes müssen die Ergebnisse am oberen und unteren Ende zensiert werden, weshalb die Zahl der ausgegebenen Krankenhäuser hier und im Folgenden nicht exakt mit der Zahl der im Datensatz vorhandenen übereinstimmt.

4. Sonderanalysen

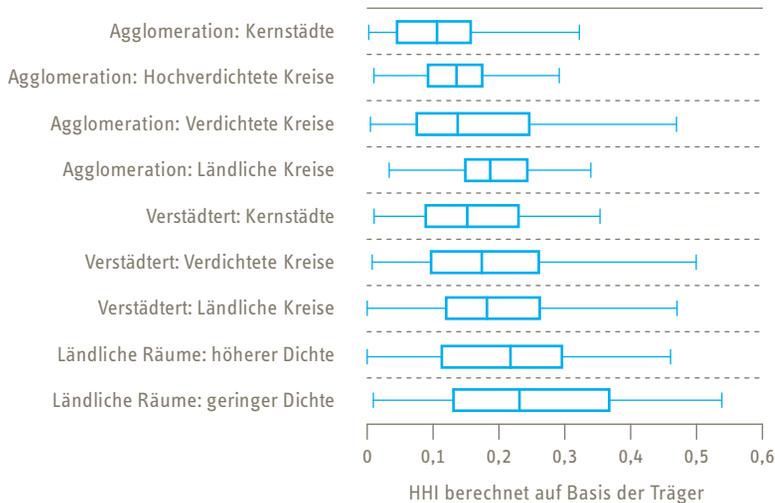
Die regionale Verteilung der Konzentrationsgrade wird für jeden siedlungsstrukturellen Kreistyp (SKT) durch Schaubild 114 illustriert. Die Typen eins bis vier werden Agglomerationsräumen zugerechnet, Typ fünf bis sieben verdichterten Räumen und Typ 8 und 9 ländlichen Räumen.³⁷ In ländlichen Regionen ist eine signifikant höherer Konzentration zu erwarten als in Ballungszentren und städtisch geprägten Regionen. In allen Regionen sind aber extreme Ausprägungen in beide Richtungen möglich.

Besonders deutlich wird dies bei den Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg. Während Berlin und Hamburg mit 0,04 bzw. 0,08 die erwarteten niedrigen Konzentrationsgrade aufweisen, übertrifft Bremen mit einem HHI von 0,27 alle Flächenländer. Hieraus wird klar, dass auch in urbanen Zentren mit überregionaler Bedeutung stark konzentrierte Krankenhausmärkte entstehen können. Dies steht in Einklang mit Erfahrungen im Krankenhaussektor der USA, die besagen, dass Phasen intensiver Konsolidierung selbst in großen Metropolen zu starker Konzentration führen können. So verweisen Abraham et al. (2007, S. 265-266) auf Boston,

Schaubild 114

Boxplot des HHI nach siedlungsstrukturellen Kreistypen

2007



Quelle: FDZ der Stat. Ämter des Bundes und der Länder, Krankenhausstatistik 2007, eigene Berechnungen.

³⁷ Für weiterführende Informationen zu den Abgrenzungskriterien vgl. BBSR (2009).

Krankenhaus Rating Report 2011

Minneapolis und San Francisco als Beispiele für urbane Krankenhausmärkte mit Millionen Einwohnern, die von zwei oder drei großen Krankenhausträgern dominiert werden.

Das Beispiel Bremen eignet sich auch sehr gut, um die zweite aufgeworfene Frage, die nach der Diskrepanz bei Messung des HHI auf Ebene der Träger versus auf Ebene der Krankenhäuser, zu beantworten. Berechnet man den HHI nicht für Träger, sondern für Krankenhäuser, zeigt sich im Mittelwert eine Absenkung des HHI von 0,17 auf 0,14. Geht man davon aus, dass die Krankenhausträger die relevante Unternehmenseinheit darstellen, wird auf der Ebene der Krankenhäuser die Konzentration leicht unterschätzt. Dies täuscht jedoch darüber hinweg, dass im Einzelfall die Abweichungen äußerst gravierend ausfallen können.

Während für das Bundesland Bremen auf Trägerebene ein sehr hoher HHI von 0,27 ausgewiesen wird, liegt der er auf Krankensebene lediglich bei 0,18 und somit rund 59% niedriger. Gemäß dem Krankenhausverzeichnis 2007 sind in Bremen ohne Bremerhaven zehn Krankenhäuser mit insgesamt 4 218 Betten erfasst. Alleine 2 580 Betten, mithin über 60%, hiervon entfallen auf die unter der *Gesundheit Nord gGmbH – Klinikverbund Bremen* zusammengefassten vier Krankenhäuser Klinikum Bremen-Mitte, Bremen-Nord, Bremen-Ost und Links der Weser. Würde man auf Basis dieser Bettenzahlen einen HHI berechnen, läge dieser bei atomistischer Struktur der Konkurrenz und einem dominanten Akteur mit 60% Marktanteil bereits bei 0,36. Nun berücksichtigt die hier vorgenommene Abgrenzung des Markts auch Postleitzahlbezirke außerhalb des Bundeslands und somit weitere Krankenhäuser, die im Einzugsgebiet des Krankenhausträgers liegen. Der Markt ist damit deutlich weiter abgegrenzt, was zum noch immer relativ hohen HHI von 0,27 führt. Die Konzentration in der Stadt Bremen selbst wird in der Tendenz vermutlich sogar unterschätzt, da das nördlich gelegene Bremerhaven zum Bundesland Bremen gehört und somit in die Mittelwertberechnung eingeht.³⁸ Eine eindeutige Aussage über die Wirkungsrichtung oder den Konzentrationsgrad des Marktes der *Gesundheit Nord gGmbH – Klinikverbund Bremen* ist jedoch nicht möglich, weil eine weitere Detailauflösung aus Datenschutzgründen nicht zulässig ist. Bremen steht hier exemplarisch für verschiedene Städte und Regionen, in denen eine Messung auf Krankensebene zu einer massiven Unterschätzung der Konzentration führt.

³⁸ Der Typologie des BBSR 2009 folgend wird Bremen dem SKT 1 (Kernstadt eines Agglomerationsraums), Bremerhaven dem SKT 5 (Kernstadt eines verstädterten Raumes) zugerechnet.

4. Sonderanalysen

Wie angedeutet, wird die hier zugrundeliegende Abgrenzung des Marktes kritisch diskutiert. Hinsichtlich der Abgrenzung des sachlichen Marktes folgt sie dem Sortimentsgedanken des Bundeskartellamts. D. h. ein Krankenhaus bietet ein Sortiment von Krankenhausleistungen an, die im Regelfall jedoch hinsichtlich der Markt- abgrenzung nicht weiter zu differenzieren sind. Dies wird in der Literatur zum Teil in Frage gestellt. Viele Autoren plädieren für eine engere Abgrenzung beispielsweise auf Basis der medizinischen Indikationen oder der fachbereichs- übergreifenden Substituierbarkeit von ärztlichem Personal (Denzel et al. 2010; Varkevisser et al. 2008; Lindrooth 2008).³⁹ Eine stärkere Differenzierung würde zwangsläufig zu einer engeren Abgrenzung des Markts und daraus resultierenden höheren Marktanteilen und Konzentrationsgraden führen (vgl. Kuchinke und Kall- faß 2006, S. 996). Die Abgrenzung des geographischen Marktes anhand historischer Patientenströme lässt wiederum Fehlschlüsse in zwei Richtungen zu: Einer- seits besteht die Gefahr, aufgrund einer mobilen Minderheit zu unterstellen, dass auch alle anderen Patienten mobil und somit dem Markt zuzurechnen sind (Silent Majority Fallacy; vgl. Cory et al. 2001). Andererseits vernachlässigt diese Heran- gehensweise denkbare Veränderungen in der Mobilität der Patienten, welche die Reichweite von Krankenhausmärkten künftig erhöhen könnten.⁴⁰

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass trotz einer äußerst konservativen Markt- abgrenzung, die in der Tendenz zu einer systematischen Unterschätzung der Konzentration führt, knapp 40% der Krankenhäuser in stark konzentrierten Märkten tätig sind. Dabei sind nicht nur – wie typischerweise zu erwarten wäre – in ländlichen Regionen, sondern auch in urbanen Zentren hohe Konzentrations- grade zu konstatieren. Für die Gesundheitspolitik ergeben sich hieraus verschie- dene Implikationen. Erstens scheint es insbesondere in Regionen, die durch ihre Bevölkerungsdichte prinzipiell eine größere Zahl an Wettbewerbern bedienen können, angezeigt, der Empfehlung der Monopolkommission (2008, S. 361-375) zur Einführung eines Umsatzmultiplikators zu folgen. Dieser würde dazu führen, dass auch regionale Klinikverbände und nicht nur große private Klinikketten oder Universitätskliniken die Aufgriffschwelle des Bundeskartellamtes überschreiten.

³⁹ Es wird unter anderem kritisiert, dass nach der allgemeinen Abgrenzung Spezialanbieter ohne Einschränkung mit Allgemeinkrankenhäusern konkurrieren, das Kreiskrankenhaus auf gleicher Ebene mit dem Uniklinikum steht. Nach Gaynor und Vogt (2000) ist eine weite Abgrenzung solange unproblematisch, wie von einer leichten Substituierbarkeit der einzelnen Komponenten ausgegangen werden kann. Die Autoren stellen jedoch explizit fest, dass in diesem – im Vergleich zum geographischen Markt – relativ wenig beforschten Bereich weitere theoretische und empirische Untersuchungen von Nöten sind.

⁴⁰ Die Wirkungsrichtung des zu erwartenden Effekts ist hierbei nicht völlig klar, denn während eine zunehmende Grundmobilität für eine Erhöhung der Reichweite spricht, kann gerade in ländlichen Regionen z.B. eine Ausdünnung des öffentlichen Nahverkehrs aus Kostengründen zum gegenteiligen Ergebnis führen (vgl. Beivers 2010, S. 33-40).

Krankenhaus Rating Report 2011

Inwiefern dies auch für ländliche Regionen zielführend ist, sei dahingestellt. Es ergibt sich hier ein Zielkonflikt zwischen wettbewerblicher und produktiver Effizienz.⁴¹ Soll selektives Kontrahieren von Krankenhausleistungen jedoch in größerer Breite intendiert werden, muss hier ggf. regulierend eingegriffen werden.

Zweitens lässt sich für die Krankenkassen folgern, dass im Rahmen ihrer Vertragsverhandlungen mit Krankenhäusern unbedingt auch Zweitrundeneffekte berücksichtigt werden sollten, die aus zunehmender Konsolidierung entstehen können. Nun ist selektives Kontrahieren im Krankenhaussektor derzeit noch eine Randerscheinung – für Patienten ist es in verschiedenen Regionen jedoch bereits Fakt, dass sie nur unter Überwindung größerer Distanzen auf alternative Träger ausweichen können.

4.5 Wesentliche Ergebnisse im Überblick

Kommunale Krankenhäuser. Das durchschnittliche Rating der kommunalen Krankenhäuser fällt schlechter aus als das der freigemeinnützigen oder privaten: 2009 lagen 20,9% im roten Bereich, während es bei freigemeinnützigen 9,9% und bei privaten 4,0% waren. Es handelt sich dabei um ein westdeutsches Phänomen. Ostdeutsche kommunale Kliniken schneiden nicht schlechter ab als nicht-kommunale. Eine große Last der westdeutschen kommunalen Kliniken sind die Altersvorsorgeaufwendungen. Eine Verbesserung der Ausfallwahrscheinlichkeit kommunaler Kliniken in den vergangenen vier Jahren ist nicht festzustellen. Ungeachtet dessen ist eine bemerkenswerte Heterogenität festzustellen. Die Top-20% schafften 2009 eine EBITDA-Marge von über 10%. Bei der Investitionsfähigkeit weisen 27% der kommunalen Häuser erhebliche Defizite auf, während 23% sehr gut für die Zukunft gerüstet sind.

Während 2008 bis 2010 nur über geringe Privatisierungsaktivitäten berichtet wurde, könnten ab 2012 wieder mehr kommunale Kliniken zum Verkauf stehen. Für 2010 gehen wir von einem kumulierten Defizit aller defizitären kommunalen Häuser von 140 Mill. € aus. 2011 dürften es 270 Mill. € und bis 2020 rund 860 Mill. € (im Basisszenario) sein. Die Schwierigkeiten kommunaler Kliniken äußern sich regional jedoch recht unterschiedlich. Sie hängen von der Höhe der Verschuldung ihrer Träger und ihrer eigenen wirtschaftlichen Lage ab. Vor allem in vielen Teilen Bayerns, in Baden-Württemberg, in Südhessen und in Teilen Niedersachsens ist die Lage einiger kommunaler Häuser kritisch.

⁴¹ Vergleiche hierzu auch Abschnitt 4.2. Zu den Möglichkeiten des Bundeskartellamts, neben rein wettbewerbspolitischen Kriterien auch Ziele der Gesundheitsgesetzgebung in seinen Abwägungsprozess aufzunehmen (Sauter und Ellerbrock 2009).

4. Sonderanalysen

Freigemeinnützige Krankenhäuser. Die wirtschaftliche Lage der freigemeinnützigen Krankenhäuser war 2009 signifikant besser als die der öffentlich-rechtlichen und ähnlich gut wie die der privaten Krankenhäuser. Wenig ist jedoch über Unterschiede innerhalb freigemeinnütziger Krankenhäuser bekannt. 19% aller Krankenhäuser sind in katholischer, 11% in evangelischer und 8% in sonstiger freigemeinnütziger Trägerschaft – allerdings mit ganz erheblichen regionalen Unterschieden. Die katholischen Krankenhäuser schneiden signifikant besser ab als evangelische, die sonstigen liegen dazwischen. Für kirchliche Krankenhäuser vorteilhaft sind: Ein hoher Autonomiegrad gegenüber der verfassten Kirche, die Verbundbildung, die Organisationsstruktur einer Ordensgemeinschaft sowie eine hohe Zahl ehrenamtlicher Mitarbeiter.

Ländliche Krankenhäuser. Die geodemografische Entwicklung wird dazu führen, dass v.a. strukturschwache ländliche Räume, insbesondere in den neuen Bundesländern, neben der Alterung spürbare Bevölkerungseinbußen erleiden werden. Die derzeitige Krankenhausinfrastruktur kann daher in manchen Gebieten nicht voll aufrechterhalten werden. Die wirtschaftliche Lage der ländlichen Grundversorger (bis 300 Betten) fällt 2009 am schlechtesten aus, gefolgt von den städtischen Grundversorgern. Ländliche und städtische Spezialisten liegen dagegen im Durchschnitt. Große Versorger (über 300 Betten) weisen die beste wirtschaftliche Lage auf – sowohl im ländlichen als auch im städtischen Raum. Allerdings stehen ländliche und städtische Grundversorger in nicht-kommunaler Hand signifikant besser da als kommunale. Bei der ländlichen Grundversorgung ist daher erstens über größere Einheiten nachzudenken – egal ob in kommunaler oder anderer Trägerschaft – und zweitens ist zu diskutieren, weshalb kleine ländliche Grundversorger in nicht-kommunaler Hand weit besser abschneiden als solche in kommunaler Hand.

Bundesländer. In Rheinland-Pfalz/Saarland, Sachsen-Anhalt/Thüringen und in Sachsen war 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 und Niedersachsen/Bremen zu sein. Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die Situation der Krankenhäuser 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. Die Gründe dieser Unterschiede können hier nicht im Detail untersucht werden. Zwar werden in Gebieten mit geringer Bevölkerungsdichte mehr und kleinere Krankenhäuser vorgehalten als in Gebieten mit hoher Dichte. Unklar ist aber, weshalb z.B.

Krankenhaus Rating Report 2011

Bayern mit ähnlicher Bevölkerungsdichte wie Niedersachsen/Bremen 15% mehr Krankenhäuser benötigt und rund 40% mehr als Ostdeutschland. Dies gilt auch für andere Regionen

Marktkonsolidierung. Die Zahl der Krankenhausträger reduzierte sich zwischen 1995 und 2007 um 19% von 1 583 auf 1 280. Insofern lässt sich bereits eine nennenswerte Konsolidierung feststellen, jedoch besteht noch Potenzial zu weiterer Konsolidierung. Allerdings ist die Marktkonzentration schon relativ hoch. Knapp 40% der Krankenhäuser agierten 2007 in hoch konzentrierten Märkten. In ländlichen Regionen liegt dieser Anteil noch höher. Um die Entstehung weitestgehend irreversibler hochkonzentrierter Märkte zu vermeiden, sollte der nachhaltigen Sicherung wettbewerblicher Strukturen im gesundheitspolitischen Zielsystem ein höherer Stellenwert eingeräumt werden.

5. Schlussfolgerungen

5.1 Wirtschaftliche Lage

Während 2008 ein schwieriges Jahr für Krankenhäuser war, kann 2009 in wirtschaftlicher Hinsicht als ein gutes, 2010 sogar als ein sehr gutes Jahr angesehen werden. Grund hierfür waren einmalige Erlössteigerungen infolge des KHRG und des Konjunkturpakets II. 2009 befanden sich nur noch 12% der Krankenhäuser in schwierigem Fahrwasser und wiesen eine erhöhte Insolvenzgefahr auf. In früheren Jahren lag dieser Wert stets höher. Ganz anders dürfte sich die Lage aber 2011 und 2012 darstellen. Die geringen Preissteigerungen für diese Jahre infolge des GKV-FinG werden die durchschnittliche Insolvenzwahrscheinlichkeit wohl wieder steigen lassen.

Die Krankenhäuser sind jedoch unterschiedlich gut auf die kommenden Jahre vorbereitet. Beispielsweise schneiden große Kliniken besser ab als kleine, ostdeutsche besser als westdeutsche, freigemeinnützige und private besser als kommunale. Dies äußert sich auch in der Investitionsfähigkeit. Eine große Zahl von Krankenhäusern ist nicht in der Lage, ausreichend zu investieren. Sie müssen sogar mit einem Substanzverlust und einer abnehmenden Wettbewerbsfähigkeit rechnen. Denn auch die Qualität und Patientenzufriedenheit gehen Hand in Hand mit der Wirtschaftlichkeit.

Langfristig muss davon ausgegangen werden, dass ohne Gegenmaßnahmen die Kosten wieder stärker steigen werden als die Erlöse. Ohne Produktivitätsfortschritte würde dann der Anteil der Krankenhäuser im roten Bereich bis 2020 auf

5. Schlussfolgerungen

22% steigen. Leicht Stabilisieren könnte sich die Lage bei einem jährlichen Produktivitätsfortschritt von 0,25%. Trotzdem dürften nicht alle Krankenhäuser überleben. Von einem Ausfall besonders betroffen wären kleine, öffentlich-rechtliche, westdeutsche, solche mit einem hohen BFW und zum Teil auch ländliche Häuser. Sofern v.a. die Kommunalpolitik dies zulässt, würden insgesamt rund 10% aller Krankenhäuser aus dem Markt verschwinden. Bei den restlichen Häusern könnte sich dadurch die Wirtschaftlichkeit erhöhen. In der Summe wäre dies ein Vorteil für die verbleibenden Krankenhäuser und für die Patienten und Beitragszahler.

5.2 Investitionsfähigkeit

Für eine effiziente Produktion ist jedes Unternehmen auf qualifiziertes Personal, hochwertige Zulieferprodukte und eine funktionierende Energieversorgung angewiesen. Das allein genügt aber nicht. Ebenso wichtig ist die Bereitstellung von Kapital, um z.B. Anlagen und Gebäude erwerben und erhalten zu können. Zur Aufrechterhaltung und zur Verbesserung der Produktion sind in regelmäßigen Abständen Investitionen nötig; Investitionen in das Personal (Humankapital) sowie zur Erhaltung oder Verbesserung der Sachkapitals. Krankenhäuser bilden hiervon keine Ausnahme. Um wettbewerbsfähig zu bleiben, müssen sie regelmäßig z.B. in neue Medizintechniken investieren, aber auch bestandserhaltende Investitionen durchführen.

Nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) kommen die Bundesländer für die Investitionen der Krankenhäuser auf. Die Verknappung der öffentlichen Mittel führt jedoch seit Jahren zu einer Reduktion der von den Bundesländern dafür bereit gestellten Mittel. Folge ist, dass Krankenhäuser mittlerweile darauf angewiesen sind, einen Großteil der Investitionen aus eigener Kraft zu finanzieren. Wo dies nicht möglich ist, bildet sich die Unternehmenssubstanz zurück mit der Folge einer schwindenden Wettbewerbsfähigkeit.

Wie viele Investitionen notwendig sind, um dem entgegenzuwirken, kann aus theoretischen Überlegungen nicht exakt abgeleitet werden und hängt ohnehin vom Einzelfall ab. Oft wird unterstellt, dass rund 10% des jährlichen Umsatzes für Investitionszwecke zur Verfügung stehen sollte. Dieser Wert ist zunächst frei gegriffen. Nimmt man jedoch an, dass die großen privaten Klinikketten (Rhön, Helios, Asklepios, Sana) gerade so viel investieren wie nötig, ergibt sich dieser Wert von etwa 10%. In der Regel kann das Ergebnis des operativen Geschäfts (EBITDA) zur Finanzierung von Kapitalkosten, d.h. Investitionskosten, verwendet werden. Nur rund 30% der Krankenhäuser sind in diesem Sinne voll, 50% eingeschränkt und rund 20% nicht investitionsfähig. Durch ihre generell höhere Pro-

Krankenhaus Rating Report 2011

fitabilität sind über 50% der privaten Krankenhäuser voll investitionsfähig, während dies bei den nicht-privaten nur auf rund 20% zutrifft. Krankenhausgröße und Ländlichkeit spielen dabei neben der Trägerschaft keine große Rolle.

Allerdings muss man berücksichtigen, dass sich die Kapitalkosten privater und nicht-privater Anbieter unterscheiden. Während privates Eigenkapital marktüblich verzinst werden muss, um es einsetzen zu können, steht öffentliches oder ggf. kirchliches Kapital günstiger, evtl. kostenlos zur Verfügung. Damit ist die relevante Frage, ob es einem Krankenhaus gelingt, seine Kapitalkosten zu erwirtschaften. Je nach Kapitalstruktur (Eigenkapital, Sonderposten, Fremdkapital) und der Höhe der Eigenkapitalkosten ergeben sich damit unterschiedliche Gesamtkapitalkosten nach Trägerschaft: private 3,5%, freigemeinnützige 2,3% und öffentlich-rechtliche 1,5%. Es zeigt sich, dass derzeit rund 56% aller Krankenhäuser ihre Kapitalkosten erwirtschaften, 85% der privaten, 49% der freigemeinnützigen und 43% der öffentlich-rechtlichen.

Für die Zukunft ist jedoch kaum davon auszugehen, dass es weiterhin noch genauso viel kostenloses öffentliches Kapital in Form von Fördermitteln oder kommunales Eigenkapital geben wird wie heute. Die dadurch entstehende Lücke muss über kostenpflichtiges Fremd- oder Eigenkapital geschlossen werden, mithin steigen die Kapitalkosten. Wenn beispielsweise 30% der derzeitigen Sonderposten durch Fremdkapital ersetzt werden müssen, sinkt der Anteil der Krankenhäuser, die auch in Zukunft noch ihre Kapitalkosten erwirtschaften können von 56% auf 43%. Krankenhäuser müssen daher stärker als bisher privates Eigen- oder Fremdkapital einsetzen, um über Investitionen ihre Substanz zu erhalten und wettbewerbsfähig zu bleiben. Nicht alle Krankenhäuser sind dazu in der Lage bzw. immer weniger werden dies sein. Insofern wird es für Krankenhäuser immer wichtiger, ihre Innenfinanzierungskraft zu stärken.

5.3 Ländliche Versorgung

Die geodemografische Entwicklung wird sich in den Regionen Deutschlands sehr unterschiedlich darstellen. Die Bevölkerung wird keineswegs überall zurückgehen. Vielmehr zeigt sich auf der Ebene der Kreise ein Nebeneinander von Wachstum und Schrumpfung, wobei die Zahl der Kreise mit abnehmender Bevölkerung künftig stark ansteigen wird. Es ist daher davon auszugehen, dass die derzeitige Krankenhausinfrastruktur in den betroffenen, aber auch in den nicht betroffenen Gebieten nicht in vollem Umfang aufrechterhalten werden kann.

5. Schlussfolgerungen

Im ländlichen Raum müssen daher neue, ökonomisch tragfähige Versorgungsformen geschaffen werden. Der innerdeutsche Vergleich zeigt, dass dies machbar ist. Einige Bundesländer kommen mit deutlich weniger, aber größeren Krankenhausaustandorten aus als andere – und dies bei vergleichbarer Bevölkerungsdichte. So besitzt z.B. Sachsen bezogen auf die Einwohnerzahl deutlich weniger, aber größere Standorte als Bayern. Gleichzeitig weisen die sächsischen Krankenhäuser eine überdurchschnittlich gute wirtschaftliche Lage auf. Effiziente Krankenhausstrukturen nutzen offenbar den Krankenhäusern. Sie nutzen aber auch den Bürgern, weil damit schließlich bei gleichen Kosten eine höhere Qualität und Patientenzufriedenheit erreicht werden können.

2008 gab es insgesamt 230 ländliche Grundversorger und 107 ländliche Großversorger zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung im ländlichen Raum, komplettiert von 250 ländlichen Spezialkliniken. Als Grundversorger sind Krankenhäuser mit 50 bis 300 Betten definiert, die mindestens die Fachabteilungen Chirurgie und Innere Medizin vorhalten. Die Analyse der Jahresabschlüsse zeigt, dass v.a. die ländlichen Krankenhäuser der Grundversorgung ökonomische Probleme aufweisen. Städtische Grundversorger schneiden im Durchschnitt besser ab. Großversorger, sowohl ländliche als auch städtische, weisen das beste Rating auf. Spezialisten besitzen ebenfalls ein überdurchschnittliches Rating.

Segmentiert nach Trägerschaft erreichen nicht-kommunale ländliche Grundversorger ein ebenso gutes Rating wie die Großversorger und die Spezialisten. Offenbar ist die ländliche Grundversorgung nicht notwendigerweise unwirtschaftlicher zu erbringen. Jedoch scheint die ländliche Grundversorgung in kommunaler Hand nicht besonders von Erfolg gekrönt zu sein. In Verbindung mit der geodemografischen Entwicklung wird dies die betroffenen Krankenhausstandorte – unabhängig von der Trägerschaft – vor erhebliche Herausforderungen stellen. Es ist davon auszugehen, dass die schon angeschlagenen Grundversorger in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft besonders belastet werden.

Vor diesem Hintergrund ist erstens über die Privatisierung, zweitens über die Schließung kommunaler Grundversorger oder drittens über die Bildung größerer kommunaler Einheiten unter einem Dach nachzudenken. Zwar werden dadurch in ländlichen Regionen die Distanzen zum nächsten Krankenhaus, gleichzeitig dürften sich aber die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser verbessern und die Behandlungsqualität für den Patienten steigen. Was die Versorgungssicherheit angeht, weist eine detaillierte Analyse auf eine derzeit sehr gute Erreichbarkeit von Krankenhäusern hin. Rund drei Viertel der Bevölkerung erreichen mit dem

Krankenhaus Rating Report 2011

Pkw innerhalb von zehn Minuten und über 95% innerhalb von 20 Minuten das jeweils nächste Krankenhaus mit Grundversorgungsleistungen. Darüber hinaus haben Berechnungen zu Standortoptimierungen ergeben, dass wesentlich weniger Standorte ausreichen würden, um eine feste Erreichbarkeitsvorgabe für alle Bürger umzusetzen. Dies zeigt, dass derzeit nicht generell von einer Gefährdung der Versorgung – selbst bei vereinzelt Standortschließungen – auszugehen ist.

Darüber hinaus ist in den ländlichen Gebieten eine stärkere Verzahnung des ambulanten und stationären Sektors erforderlich. Beispielsweise könnten Krankenhäuser in den betroffenen Regionen auch die ambulante fachärztliche Versorgung mit übernehmen und mobile Hausärzte und mobile Pflegekräfte unterstützend zur Sicherung der wohnortnahen Versorgung eingesetzt werden.

5.4 Motor der Marktberreinigung

Wenn offenbar die Krankenhausversorgung 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 nötigen Marktberreinigung. Hierbei besteht das Problem, dass eine breite Mehrheit zwar davon profitieren, aber eine kleine Minderheit – zumindest „gefühl“ – verlieren würde. Während sich die Mehrheit jedoch nicht organisiert und für ihren, bezogen auf den Einzelnen, kleinen „Gewinn“ eintritt, werden sich die betroffenen Krankenhäuser und Kommunen sehr lautstark organisieren und sich gegen jede Kapazitätsveränderung stellen. Insofern wird die Kommunalpolitik keine Marktberreinigung unterstützen. Aber auch die Landespolitik kann hier kaum mit positiven Wählerstimmen rechnen und wird sich dezent zurückhalten.

Indirekt können aber die Banken in ihrer Funktion als Fremdkapitalgeber als Katalysator einer Marktberreinigung fungieren, 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 stärkeren Einfluss auf das Leistungsangebot nehmen könnte. Damit könnte die Marktberreinigung im Sinne des

5. Schlussfolgerungen

Patienten und des Beitragszahlers erfolgen. Vor dem Hintergrund der Passivität der Landespolitik sind daher Elemente des selektiven Kontrahierens von Krankenversicherungen unumgänglich.⁴²

5.5 DRG-System

Die Inanspruchnahme ist die wichtigste Determinante der Krankenhausaussagen. Wie sich zeigt, sind schon allein die innerdeutschen Unterschiede in der Inanspruchnahme gewaltig. Sie reichen von 14% weniger als der Durchschnitt in Baden-Württemberg bis zu 12% über dem Durchschnitt in Thüringen, das damit 30% mehr Krankenhausfälle je Einwohner aufweist als Baden-Württemberg. Dabei sind diese Zahlen schon um eine unterschiedliche Zusammensetzung der Bevölkerung nach Alter und Geschlecht bereinigt. Werden darüber hinaus der Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und der sozioökonomische Status der Bevölkerung vor Ort sowie die Bettendichte, Hausarzt- und Facharzttdichte berücksichtigt, schrumpfen die Unterschiede zwischen den Ländern um 40%. Es bleiben aber immer noch 60% der Unterschiede unerklärt. Ein Teil davon könnte angebotsinduziert sein.

Um das Gesundheitswesen langfristig finanzierbar zu halten, gilt es daher, die „Ausreißer“ in Bezug auf die Inanspruchnahme zu identifizieren, die genauen Ursachen dafür zu ergründen und Maßnahmen einzuleiten, um sie nachhaltig zu reduzieren. Eine bundesweite Reduktion der Zahl der Fälle um 5% könnte über 3 Mrd. € einsparen. Selektives Kontrahieren der Krankenversicherungen könnte diesen Prozess zwar unterstützen. Darüber hinaus ist jedoch das derzeitige DRG-System mit seinen Anreizen zur Leistungsausweitung derart anzupassen, dass stattdessen Anreize zur Leistungsvermeidung entstehen. Dies ist vermutlich nur durch ein sektorübergreifendes Vergütungssystem möglich.

5.6 Konfessionelle Krankenhäuser

In den vergangenen Jahren konnten sich die freigemeinnützigen Krankenhäuser, darunter die konfessionellen, im Krankenhausmarkt gut behaupten. Ihr Marktanteil blieb relativ stabil bei rund 38%, ihr Rating war im Durchschnitt so gut wie das

⁴² Eine Alternative wäre die Durchführung von Bürgerentscheiden, die konsequent die Kosten und den Nutzen des Weiterbetriebs eines defizitären kommunalen Grundversorgers darlegen. Derzeit bleibt vielen Bürgern unklar, dass das Schließen von Defiziten zu Lasten anderer öffentlicher Angebote, z.B. Schulen, Kindergärten u.a. geht.

Krankenhaus Rating Report 2011

der privaten Krankenhäuser. Auch 2009 war die wirtschaftliche Lage der freigemeinnützigen Krankenhäuser signifikant besser als die der öffentlich-rechtlichen und ähnlich gut wie die der privaten Krankenhäuser.

Bislang ist jedoch nichts über Unterschiede innerhalb des Segments der freigemeinnützigen Krankenhäuser bekannt. Erstmals konnten in diesem Report katholische, evangelische und andere freigemeinnützige identifiziert werden. Es zeigt sich, dass 19% aller Krankenhäuser in katholischer, 11% in evangelischer und 8% in sonstiger freigemeinnütziger Trägerschaft sind – allerdings mit ganz erheblichen regionalen Unterschieden. Die wirtschaftliche Lage fällt bei katholischen Trägern überdurchschnittlich gut aus, sie schneiden signifikant besser ab als evangelische Krankenhäuser. Die Sonstigen liegen dazwischen. Für kirchliche Krankenhäuser vorteilhaft sind: ein hoher Autonomiegrad gegenüber der verfassten Kirche, die Verbundbildung, die Organisationsstruktur einer Ordensgemeinschaft sowie eine hohe Anzahl ehrenamtlicher Mitarbeiter.

Um ihre Wettbewerbsposition zu halten oder sogar auszubauen, sollten die konfessionellen, insbesondere die evangelischen, Krankenhäuser ein eigenverantwortliches Management mit hohem Autonomiegrad zulassen, Entscheidungsprozesse in Aufsichtsgremien verschlanken und überregionale Verbünde bilden, die über lose Kooperationen hinausgehen.

5.7 Das Krankenhaus der Zukunft

Das Krankenhaus der Zukunft agiert in einem sich ständig wandelnden Umfeld. Eine Marktkonsolidierung scheint jedoch sicher. Wichtig ist daher, sich als Krankenhaus im Markt gut zu positionieren. Strategisch müssen die Krankenhäuser bei ihrer Positionierung stärker den künftigen Bedarf berücksichtigen, der sowohl von den Patienten als auch zunehmend von den Krankenkassen definiert wird. Eine Ausrichtung allein auf lokalpolitische Bedürfnisse sollte vermieden werden, weil sie für eine bedarfsgerechte Positionierung nicht hilfreich sein müssen.

Es kann davon ausgegangen werden, dass bei der Konsolidierung nicht notwendigerweise die „Großen“ die „Kleinen“, sondern dass vielmehr die „Schnellen“ die „Langsamen“ fressen. Das typische Profil der „Schnellen“ zeichnet sich aus durch:

1. Professionelles Management und Aufsicht. Das Krankenhaus und die Aufsichtsgremien sind professionell besetzt und führen das Unternehmen im Sinne einer guten „Corporate Governance“. Unter Berücksichtigung der Marktkräfte wird eine bedarfsgerechte und nachhaltige strategische Positionierung

5. Schlussfolgerungen

erarbeitet. Das Unternehmen kann auf Grund einer adäquaten Innenfinanzierungskraft aus eigener Kraft investieren und ist nicht allein von öffentlichen Fördermitteln abhängig. Somit kann es je nach Investitionsvorhaben die passende Finanzierungsform, unter Beteiligung von Eigen- und Fremdkapital, sicherstellen. Das Unternehmen agiert dabei als Spezialist. Bei zunehmender Größe des Unternehmens entwickelt es sich nicht zu einem Generalisten, sondern quasi zu einem interdisziplinären Mehrfach-Spezialisten.

2. Professionelle Personalakquisition und -entwicklung. Das Krankenhaus vermeidet sowohl Über- als auch Unterqualifikationen der Mitarbeiter. Da in den kommenden Jahren ein heftiger werdender Wettbewerb zwischen den Wirtschaftsbranchen um die fähigsten jungen Menschen erwartet wird, muss die Gesundheitsbranche die Attraktivität ihrer Arbeitsplätze stetig verbessern. Kernkompetenzen der Leistungsträger werden gestärkt und gefördert, optimale Rahmenbedingungen berücksichtigen die Verträglichkeit von Berufs- und Privatleben. Schließlich unterstützen Prozessoptimierungen, knappes Personal effizient einzusetzen, um der Personalknappheit begegnen zu können.
3. Eine hohe Qualität bei der Patientenversorgung sichert den nachhaltigen Erfolg des Krankenhauses und umgekehrt. Gute Finanzkennzahlen gehen Hand in Hand mit guter Qualität und hoher Patientenzufriedenheit. Diese Qualität wird transparent gemacht und offensiv gegenüber Patienten, niedergelassenen Ärzten, Krankenkassen und Ministerien vertreten. Das Krankenhaus der Zukunft ist sowohl horizontal als auch vertikal integriert, überbrückt konsequent die bisherigen Sektorengrenzen zwischen ambulant und stationär und kann so den Patientenfluss optimal steuern. Mit seiner bedarfsgerechten, wirtschaftlichen und qualitativ hochwertigen Patientenversorgung ist es für Krankenkassen ein idealer Vertragspartner bei Abschluss von Selektivverträgen. Die Größe eines Vertrags wird dabei allein durch die Vermeidung von Monopolen limitiert.

6. Anhang: Benchmarks

Dieser Abschnitt stellt ausgewählte Kennzahlen aus der Stichprobe der Jahresabschlüsse für das Jahr 2009 dar. Wir bilden hierzu für jede Untergruppe ein repräsentatives Krankenhaus. In einem ersten Schritt werden die Umsätze auf 100 normiert und die übrigen Positionen der Bilanz und GuV (z.B. Eigenkapital, Gewinn/Verlust) und Leistungsparameter (z.B. Zahl der Betten und Ärzte) entsprechend angepasst. Eine Klinikette fließt mehrfach – entsprechend der Anzahl ihrer Kliniken – in das repräsentative Krankenhaus ein. Die Werte der so normierten Bilanzen werden für die jeweilige Untergruppe von Krankenhäusern aufsummiert. Damit bilden wir das repräsentative „fusionierte“ Krankenhaus. Die Zahlen dieses repräsentativen Hauses bilden die Grundlage zur Berechnung der dargestellten Kennzahlen. Die Kennzahlen können aufgrund dessen von den Angaben in den vorherigen Abschnitten abweichen.

Der Vorteil dieser Vorgehensweise ist zweierlei. Erstens erhält jedes einzelne Krankenhaus dasselbe Gewicht, d.h. die dargestellten Parameter werden nicht von großen Krankenhäusern dominiert. Zweitens ist gewährleistet, dass die gebildeten Kennzahlen in sich konsistent sind. Würden wir für jede Kennzahl den Durchschnittswert der Krankenhäuser wählen, wäre es aus mathematischen Gründen möglich, dass sich zwei Kennzahlen widersprechen.

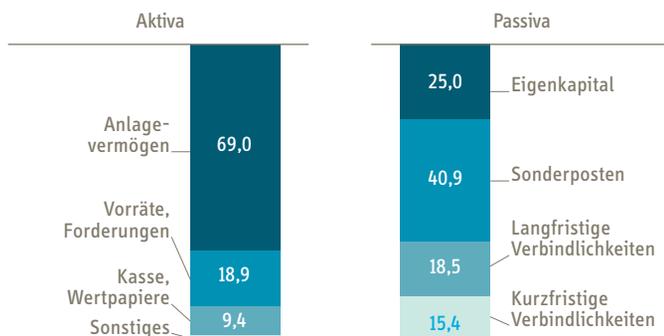
Tabellen A1 bis A10 enthalten ausgewählte Kennzahlen verschiedener Untergruppen. Grundsätzlich sind zwar auch Kombinationen von Gruppen möglich, z.B. „groß“ und „freigemeinnützig“. Dies würde jedoch den vorliegenden Rahmen sprengen. Im Glossar finden sich die Definitionen der Kennzahlen. Die Strukturbilanz und Struktur-GuV des durchschnittlichen Krankenhauses finden sich in Schaubild 115 und 116.

6. Anhang: Benchmarks

Schaubild 115

Strukturbilanz des repräsentativen Krankenhauses

2009; Anteil in % der Bilanzsumme



Quelle: ADMED/HCB/RWI.

Schaubild 116

Struktur-GuV des repräsentativen Krankenhauses

2009; Anteil in % des Umsatzes

| | |
|---|-------|
| Umsatzerlöse | 100,0 |
| Materialaufwand | -27,1 |
| Personalaufwand | -61,6 |
| Sonstiges betriebliches Ergebnis (Erlöse - Aufwand) | -3,1 |
| EBITDA (inkl. KHG-Mittel) | 8,2 |
| Abschreibungen | -5,2 |
| EBIT (inkl. KHG-Mittel) | 3,0 |
| Finanzergebnis (u.a. Zinsaufwand) | -0,3 |
| Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit | 2,7 |
| Außerordentliches Ergebnis | 0,0 |
| Steuern | -0,3 |
| Jahresüberschuss | 2,4 |

Quelle: ADMED/HCB/RWI.

Krankenhaus Rating Report 2011

Tabelle A1

Das repräsentative Krankenhaus nach Ausfallwahrscheinlichkeit

2009

| | Alle | 1. Quartil | 2. Quartil | 3. Quartil | 4. Quartil |
|--|----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Ausfallwahrscheinlichkeit | 1,21% | 0,01% | 0,14% | 0,53% | 4,22% |
| Anteil grüner Bereich | 75% | 100% | 100% | 98% | 0% |
| Anteil gelber Bereich | 13% | 0% | 0% | 2% | 51% |
| Anteil roter Bereich | 12% | 0% | 0% | 0% | 49% |
| Anzahl Jahresabschlüsse | 695 | 220 | 167 | 116 | 192 |
| Anteil private Träger | 24% | 10% | 24% | 47% | 16% |
| Anteil freigemeinnützige Träger | 43% | 61% | 47% | 24% | 38% |
| Anteil öffentlich-rechtliche Träger | 33% | 28% | 29% | 28% | 46% |
| Anzahl einzelne Krankenhäuser | 1 035 | 261 | 257 | 262 | 255 |
| Anzahl Betten | 305 220 | 76 876 | 73 759 | 85 034 | 69 551 |
| Grunddaten | | | | | |
| Relativer Basisfallwert | 0,996 | 0,991 | 0,991 | 1,000 | 1,001 |
| Erlöse je Bett in Tausend € | 176 | 161 | 172 | 180 | 160 |
| Erlöse je Fall in € | 5 210 | 4 648 | 5 222 | 5 303 | 4 608 |
| Erlöse/Casemix in € | 5 876 | 5 130 | 6 065 | 5 943 | 4 866 |
| Kapital | | | | | |
| Eigenkapitalquote (ohne SoPo) | 26% | 38% | 29% | 24% | 12% |
| Sonderpostenquote | 38% | 39% | 37% | 35% | 41% |
| Eigenkapitalquote (mit SoPo) | 63% | 76% | 66% | 59% | 52% |
| Anlagendeckung A (mit SoPo) | 93% | 129% | 97% | 79% | 77% |
| Anlagendeckung B (mit SoPo) | 122% | 153% | 124% | 112% | 106% |
| Sachanlagenquote | 62% | 56% | 64% | 63% | 66% |
| Förderquote (SoPo/Anlagevermögen) | 56% | 65% | 55% | 47% | 59% |
| Bankverbindlichkeitenquote | 11% | 1% | 10% | 12% | 20% |
| Kapitalumschlag (Ges.erlöse/Bil.summe) | 0,91 | 0,93 | 0,97 | 0,83 | 0,93 |
| Liquidität | | | | | |
| Cash Ratio (Liquidität 1. Grades) | 63% | 432% | 71% | 33% | 10% |
| Current Ratio (Liquidität 3. Grades) | 189% | 754% | 214% | 144% | 103% |
| GuV im Verhältnis zum Umsatz | | | | | |
| Umsatz | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
| Sonstige Erträge | 13,9% | 13,3% | 14,2% | 10,8% | 17,5% |
| Personalkosten | 61,6% | 59,2% | 63,0% | 61,2% | 63,3% |
| Sachkosten | 27,1% | 26,9% | 26,7% | 25,2% | 29,7% |
| Sonstige Kosten | 17,0% | 17,5% | 15,9% | 15,2% | 19,4% |
| EBITDA (mit KHG-Mittel) | 8,2% | 9,6% | 8,6% | 9,1% | 5,2% |
| EBIT | 3,0% | 4,4% | 3,6% | 4,3% | -0,4% |
| EAT (Jahresüberschuss n. St.) | 2,4% | 5,0% | 3,4% | 2,8% | -1,6% |
| Personalkosten/Gesamterlöse | 54,1% | 52,3% | 55,1% | 55,2% | 53,8% |
| Sachkosten/Gesamterlöse | 23,8% | 23,8% | 23,4% | 22,8% | 25,3% |
| EBITDA (inkl. KHG-Mittel)/Gesamterlöse | 7,2% | 8,5% | 7,6% | 8,3% | 4,4% |
| Rentabilität | | | | | |
| Eigenkapitalrentabilität | 8,4% | 11,3% | 10,7% | 10,0% | -10,3% |
| Gesamtkapitalrentabilität | 2,4% | 3,6% | 3,1% | 3,3% | -0,3% |

6. Anhang: Benchmarks

Tabelle A2

Das repräsentative Krankenhaus nach Ampelklassifikation

2009

| | Grün | Gelb | Rot |
|--|----------------|---------------|---------------|
| Ausfallwahrscheinlichkeit | 0,22% | 1,64% | 6,88% |
| Anteil grüner Bereich | 100% | 0% | 0% |
| Anteil gelber Bereich | 0% | 100% | 0% |
| Anteil roter Bereich | 0% | 0% | 100% |
| Anzahl Jahresabschlüsse | 502 | 97 | 96 |
| Anteil private Träger | 27% | 22% | 8% |
| Anteil freigemeinnützige Träger | 44% | 40% | 35% |
| Anteil öffentlich-rechtliche Träger | 28% | 37% | 57% |
| Anzahl einzelne Krankenhäuser | 776 | 134 | 125 |
| Anzahl Betten | 234 716 | 34 837 | 35 667 |
| Grunddaten | | | |
| Relativer Basisfallwert | 0,994 | 0,995 | 1,007 |
| Erlöse je Bett in Tausend € | 177 | 161 | 160 |
| Erlöse je Fall in € | 5 246 | 4 787 | 4 333 |
| Erlöse/Casemix in € | 5 940 | 5 043 | 4 601 |
| Kapital | | | |
| Eigenkapitalquote (ohne SoPo) | 30% | 16% | 8% |
| Sonderpostenquote | 37% | 40% | 42% |
| Eigenkapitalquote (mit SoPo) | 67% | 56% | 50% |
| Anlagendeckung A (mit SoPo) | 99% | 80% | 74% |
| Anlagendeckung B (mit SoPo) | 128% | 109% | 104% |
| Sachanlagenquote | 61% | 67% | 66% |
| Förderquote (SoPo/Anlagevermögen) | 55% | 57% | 62% |
| Bankverbindlichkeitenquote | 8% | 16% | 22% |
| Kapitalumschlag (Ges.erlöse/Bil.summe) | 0,90 | 1,02 | 0,86 |
| Liquidität | | | |
| Cash Ratio (Liquidität 1. Grades) | 103% | 16% | 6% |
| Current Ratio (Liquidität 3. Grades) | 255% | 114% | 95% |
| GuV im Verhältnis zum Umsatz | | | |
| Umsatz | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
| Sonstige Erträge | 12,7% | 16,1% | 19,0% |
| Personalkosten | 61,1% | 62,4% | 64,4% |
| Sachkosten | 26,3% | 29,4% | 29,9% |
| Sonstige Kosten | 16,2% | 17,8% | 21,0% |
| EBITDA (mit KHG-Mittel) | 9,2% | 6,5% | 3,8% |
| EBIT | 4,1% | 1,2% | -2,1% |
| EAT (Jahresüberschuss n. St.) | 3,7% | 0,2% | -3,5% |
| Personalkosten/Gesamterlöse | 54,2% | 53,7% | 54,1% |
| Sachkosten/Gesamterlöse | 23,3% | 25,3% | 25,1% |
| EBITDA (inkl. KHG-Mittel)/Gesamterlöse | 8,1% | 5,6% | 3,2% |
| Rentabilität | | | |
| Eigenkapitalrentabilität | 10,8% | 1,8% | -30,6% |
| Gesamtkapitalrentabilität | 3,3% | 1,1% | -1,5% |

Krankenhaus Rating Report 2011

Tabelle A3

Das repräsentative Krankenhaus nach Trägerschaft

2009

| | Öffentlich-rechtlich | Freigemeinnützig | Privat |
|--|----------------------|------------------|---------------|
| Ausfallwahrscheinlichkeit | 1,84% | 0,91% | 0,88% |
| Anteil grüner Bereich | 64% | 78% | 84% |
| Anteil gelber Bereich | 15% | 12% | 12% |
| Anteil roter Bereich | 21% | 10% | 4% |
| Anzahl Jahresabschlüsse | 239 | 367 | 89 |
| Anteil private Träger | 0% | 0% | 100% |
| Anteil freigemeinnützige Träger | 0% | 100% | 0% |
| Anteil öffentlich-rechtliche Träger | 100% | 0% | 0% |
| Anzahl einzelne Krankenhäuser | 340 | 443 | 252 |
| Anzahl Betten | 126 651 | 118 702 | 59 867 |
| Grunddaten | | | |
| Relativer Basisfallwert | 0,997 | 0,989 | 1,005 |
| Erlöse je Bett in Tausend € | 177 | 154 | 178 |
| Erlöse je Fall in € | 5 305 | 4 543 | 5 266 |
| Erlöse/Casemix in € | 5 744 | 4 998 | 6 000 |
| Kapital | | | |
| Eigenkapitalquote (ohne SoPo) | 22% | 29% | 26% |
| Sonderpostenquote | 44% | 38% | 30% |
| Eigenkapitalquote (mit SoPo) | 66% | 66% | 55% |
| Anlagendeckung A (mit SoPo) | 98% | 105% | 74% |
| Anlagendeckung B (mit SoPo) | 124% | 132% | 109% |
| Sachanlagenquote | 65% | 60% | 62% |
| Förderquote (SoPo/Anlagevermögen) | 66% | 59% | 40% |
| Bankverbindlichkeitenquote | 10% | 7% | 17% |
| Kapitalumschlag (Ges.erlöse/Bil.summe) | 0,88 | 1,02 | 0,79 |
| Liquidität | | | |
| Cash Ratio (Liquidität 1. Grades) | 48% | 96% | 42% |
| Current Ratio (Liquidität 3. Grades) | 185% | 248% | 129% |
| GuV im Verhältnis zum Umsatz | | | |
| Umsatz | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
| Sonstige Erträge | 18,0% | 14,8% | 6,9% |
| Personalkosten | 65,7% | 61,8% | 55,9% |
| Sachkosten | 27,8% | 27,9% | 24,8% |
| Sonstige Kosten | 17,5% | 17,9% | 14,9% |
| EBITDA (mit KHG-Mittel) | 7,0% | 7,3% | 11,3% |
| EBIT | 1,1% | 2,2% | 7,1% |
| EAT (Jahresüberschuss n. St.) | 0,7% | 2,1% | 5,2% |
| Personalkosten/Gesamterlöse | 55,7% | 53,8% | 52,3% |
| Sachkosten/Gesamterlöse | 23,5% | 24,3% | 23,2% |
| EBITDA (inkl. KHG-Mittel)/Gesamterlöse | 5,9% | 6,3% | 10,6% |
| Rentabilität | | | |
| Eigenkapitalrentabilität | 2,9% | 6,8% | 17,1% |
| Gesamtkapitalrentabilität | 0,8% | 1,9% | 5,2% |

6. Anhang: Benchmarks

Tabelle A4

Das repräsentative öffentlich-rechtliche Krankenhaus nach Ausfallwahrscheinlichkeit

2009

| | Alle | 1. Quartil | 2. Quartil | 3. Quartil | 4. Quartil |
|--|----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Ausfallwahrscheinlichkeit | 1,84% | 0,01% | 0,22% | 0,88% | 6,26% |
| Anteil grüner Bereich | 64% | 100% | 100% | 58% | 0% |
| Anteil gelber Bereich | 15% | 0% | 0% | 42% | 16% |
| Anteil roter Bereich | 21% | 0% | 0% | 0% | 84% |
| Anzahl Jahresabschlüsse | 239 | 70 | 58 | 53 | 58 |
| Anteil private Träger | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% |
| Anteil freigemeinnützige Träger | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% |
| Anteil öffentlich-rechtliche Träger | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Anzahl einzelne Krankenhäuser | 340 | 86 | 84 | 85 | 85 |
| Anzahl Betten | 126 651 | 32 964 | 30 754 | 31 938 | 30 996 |
| Grunddaten | | | | | |
| Relativer Basisfallwert | 0,997 | 0,993 | 0,995 | 0,996 | 1,005 |
| Erlöse je Bett in Tausend € | 177 | 167 | 167 | 191 | 171 |
| Erlöse je Fall in € | 5 305 | 4 502 | 5 937 | 5 626 | 4 554 |
| Erlöse/Casemix in € | 5 744 | 4 777 | 6 684 | 6 108 | 4 766 |
| Kapital | | | | | |
| Eigenkapitalquote (ohne SoPo) | 22% | 31% | 24% | 22% | 10% |
| Sonderpostenquote | 44% | 47% | 46% | 41% | 43% |
| Eigenkapitalquote (mit SoPo) | 66% | 78% | 71% | 63% | 53% |
| Anlagendeckung A (mit SoPo) | 98% | 120% | 103% | 88% | 81% |
| Anlagendeckung B (mit SoPo) | 124% | 142% | 126% | 114% | 112% |
| Sachanlagenquote | 65% | 61% | 67% | 68% | 64% |
| Förderquote (SoPo/Anlagevermögen) | 66% | 73% | 68% | 57% | 66% |
| Bankverbindlichkeitenquote | 10% | 1% | 6% | 13% | 19% |
| Kapitalumschlag (Ges.erlöse/Bil.summe) | 0,88 | 0,83 | 0,92 | 0,91 | 0,88 |
| Liquidität | | | | | |
| Cash Ratio (Liquidität 1. Grades) | 48% | 336% | 54% | 23% | 6% |
| Current Ratio (Liquidität 3. Grades) | 185% | 627% | 220% | 143% | 112% |
| GuV im Verhältnis zum Umsatz | | | | | |
| Umsatz | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
| Sonstige Erträge | 18,0% | 16,1% | 16,0% | 18,1% | 21,7% |
| Personalkosten | 65,7% | 62,7% | 67,6% | 65,2% | 67,5% |
| Sachkosten | 27,8% | 27,0% | 25,9% | 28,2% | 29,9% |
| Sonstige Kosten | 17,5% | 17,4% | 15,1% | 16,7% | 20,6% |
| EBITDA (mit KHG-Mittel) | 7,0% | 8,9% | 7,3% | 7,9% | 3,8% |
| EBIT | 1,1% | 2,7% | 1,6% | 2,0% | -2,1% |
| EAT (Jahresüberschuss n. St.) | 0,7% | 3,3% | 1,5% | 1,3% | -3,3% |
| Personalkosten/Gesamterlöse | 55,7% | 54,0% | 58,3% | 55,2% | 55,5% |
| Sachkosten/Gesamterlöse | 23,5% | 23,3% | 22,3% | 23,9% | 24,6% |
| EBITDA (inkl. KHG-Mittel)/Gesamterlöse | 5,9% | 7,7% | 6,3% | 6,7% | 3,1% |
| Rentabilität | | | | | |
| Eigenkapitalrentabilität | 2,9% | 7,8% | 5,5% | 5,1% | -23,6% |
| Gesamtkapitalrentabilität | 0,8% | 1,9% | 1,3% | 1,6% | -1,5% |

Krankenhaus Rating Report 2011

Tabelle A5

Das repräsentative Krankenhaus nach Größe

2009

| | Klein | Mittel | Groß |
|--|---------------|----------------|----------------|
| Ausfallwahrscheinlichkeit | 1,47% | 1,09% | 1,07% |
| Anteil grüner Bereich | 69% | 77% | 80% |
| Anteil gelber Bereich | 16% | 12% | 10% |
| Anteil roter Bereich | 15% | 11% | 10% |
| Anzahl Jahresabschlüsse | 204 | 308 | 182 |
| Anteil private Träger | 36% | 20% | 17% |
| Anteil freigemeinnützige Träger | 39% | 50% | 35% |
| Anteil öffentlich-rechtliche Träger | 25% | 30% | 48% |
| Anzahl einzelne Krankenhäuser | 337 | 457 | 241 |
| Anzahl Betten | 53 536 | 119 544 | 132 139 |
| Grunddaten | | | |
| Relativer Basisfallwert | 1,011 | 0,989 | 0,986 |
| Erlöse je Bett in Tausend € | 177 | 173 | 179 |
| Erlöse je Fall in € | 5 247 | 5 148 | 5 267 |
| Erlöse/Casemix in € | 5 894 | 5 900 | 5 816 |
| Kapital | | | |
| Eigenkapitalquote (ohne SoPo) | 24% | 26% | 25% |
| Sonderpostenquote | 36% | 39% | 38% |
| Eigenkapitalquote (mit SoPo) | 60% | 66% | 64% |
| Anlagendeckung A (mit SoPo) | 88% | 97% | 95% |
| Anlagendeckung B (mit SoPo) | 117% | 125% | 125% |
| Sachanlagenquote | 63% | 62% | 61% |
| Förderquote (SoPo/Anlagevermögen) | 52% | 58% | 57% |
| Bankverbindlichkeitenquote | 13% | 9% | 9% |
| Kapitalumschlag (Ges.erlöse/Bil.summe) | 0,88 | 0,95 | 0,90 |
| Liquidität | | | |
| Cash Ratio (Liquidität 1. Grades) | 52% | 75% | 59% |
| Current Ratio (Liquidität 3. Grades) | 160% | 217% | 192% |
| GuV im Verhältnis zum Umsatz | | | |
| Umsatz | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
| Sonstige Erträge | 12,0% | 14,0% | 16,5% |
| Personalkosten | 59,8% | 62,1% | 63,3% |
| Sachkosten | 25,8% | 27,6% | 28,1% |
| Sonstige Kosten | 17,7% | 16,5% | 16,9% |
| EBITDA (mit KHG-Mittel) | 8,7% | 7,7% | 8,2% |
| EBIT | 3,7% | 2,6% | 2,7% |
| EAT (Jahresüberschuss n. St.) | 2,8% | 2,2% | 2,2% |
| Personalkosten/Gesamterlöse | 53,4% | 54,5% | 54,3% |
| Sachkosten/Gesamterlöse | 23,1% | 24,2% | 24,1% |
| EBITDA (inkl. KHG-Mittel)/Gesamterlöse | 7,8% | 6,8% | 7,0% |
| Rentabilität | | | |
| Eigenkapitalrentabilität | 10,0% | 7,7% | 7,5% |
| Gesamtkapitalrentabilität | 2,9% | 2,2% | 2,1% |

6. Anhang: Benchmarks

Tabelle A6

Das repräsentative Krankenhaus nach hohem und niedrigem BFW

2009

| | Niedrig | Hoch |
|--|----------------|---------------|
| Ausfallwahrscheinlichkeit | 0,96% | 1,88% |
| Anteil grüner Bereich | 79% | 64% |
| Anteil gelber Bereich | 11% | 18% |
| Anteil roter Bereich | 10% | 19% |
| Anzahl Jahresabschlüsse | 450 | 176 |
| Anteil private Träger | 23% | 25% |
| Anteil freigemeinnützige Träger | 45% | 38% |
| Anteil öffentlich-rechtliche Träger | 32% | 37% |
| Anzahl einzelne Krankenhäuser | 680 | 280 |
| Anzahl Betten | 211.508 | 82.233 |
| Grunddaten | | |
| Relativer Basisfallwert | 0,979 | 1,034 |
| Erlöse je Bett in Tausend € | 174 | 181 |
| Erlöse je Fall in € | 5.356 | 4.864 |
| Erlöse/Casemix in € | 6.490 | 4.794 |
| Kapital | | |
| Eigenkapitalquote (ohne SoPo) | 26% | 25% |
| Sonderpostenquote | 38% | 38% |
| Eigenkapitalquote (mit SoPo) | 64% | 63% |
| Anlagendeckung A (mit SoPo) | 96% | 88% |
| Anlagendeckung B (mit SoPo) | 125% | 115% |
| Sachanlagenquote | 63% | 61% |
| Förderquote (SoPo/Anlagevermögen) | 57% | 53% |
| Bankverbindlichkeitenquote | 11% | 9% |
| Kapitalumschlag (Ges.erlöse/Bil.summe) | 0,94 | 0,84 |
| Liquidität | | |
| Cash Ratio (Liquidität 1. Grades) | 75% | 37% |
| Current Ratio (Liquidität 3. Grades) | 213% | 147% |
| GuV im Verhältnis zum Umsatz | | |
| Umsatz | 100,0% | 100,0% |
| Sonstige Erträge | 14,1% | 14,2% |
| Personalkosten | 61,5% | 62,8% |
| Sachkosten | 27,7% | 26,7% |
| Sonstige Kosten | 16,6% | 17,3% |
| EBITDA (mit KHG-Mittel) | 8,2% | 7,5% |
| EBIT | 3,1% | 1,9% |
| EAT (Jahresüberschuss n. St.) | 2,6% | 1,1% |
| Personalkosten/Gesamterlöse | 53,9% | 55,0% |
| Sachkosten/Gesamterlöse | 24,3% | 23,4% |
| EBITDA (inkl. KHG-Mittel)/Gesamterlöse | 7,2% | 6,5% |
| Rentabilität | | |
| Eigenkapitalrentabilität | 9,1% | 4,2% |
| Gesamtkapitalrentabilität | 2,6% | 1,4% |

Krankenhaus Rating Report 2011

Tabelle A7

Das repräsentative Krankenhaus nach Stadt und Land

2009

| | Stadt | Land |
|--|----------------|---------------|
| Ausfallwahrscheinlichkeit | 1,14% | 1,39% |
| Anteil grüner Bereich | 75% | 75% |
| Anteil gelber Bereich | 15% | 9% |
| Anteil roter Bereich | 11% | 16% |
| Anzahl Jahresabschlüsse | 504 | 191 |
| Anteil private Träger | 23% | 28% |
| Anteil freigemeinnützige Träger | 50% | 26% |
| Anteil öffentlich-rechtliche Träger | 28% | 46% |
| Anzahl einzelne Krankenhäuser | 735 | 300 |
| Anzahl Betten | 224 741 | 80 479 |
| Grunddaten | | |
| Relativer Basisfallwert | 0,993 | 1,003 |
| Erlöse je Bett in Tausend € | 176 | 176 |
| Erlöse je Fall in € | 5 193 | 5 237 |
| Erlöse/Casemix in € | 5 806 | 5 987 |
| Kapital | | |
| Eigenkapitalquote (ohne SoPo) | 26% | 24% |
| Sonderpostenquote | 36% | 42% |
| Eigenkapitalquote (mit SoPo) | 62% | 66% |
| Anlagendeckung A (mit SoPo) | 94% | 93% |
| Anlagendeckung B (mit SoPo) | 124% | 119% |
| Sachanlagenquote | 61% | 65% |
| Förderquote (SoPo/Anlagevermögen) | 54% | 59% |
| Bankverbindlichkeitenquote | 11% | 11% |
| Kapitalumschlag (Ges.erlöse/Bil.summe) | 0,97 | 0,79 |
| Liquidität | | |
| Cash Ratio (Liquidität 1. Grades) | 64% | 60% |
| Current Ratio (Liquidität 3. Grades) | 197% | 173% |
| GuV im Verhältnis zum Umsatz | | |
| Umsatz | 100,0% | 100,0% |
| Sonstige Erträge | 14,1% | 13,5% |
| Personalkosten | 61,4% | 62,2% |
| Sachkosten | 27,7% | 25,8% |
| Sonstige Kosten | 17,1% | 16,8% |
| EBITDA (mit KHG-Mittel) | 7,9% | 8,7% |
| EBIT | 2,9% | 3,1% |
| EAT (Jahresüberschuss n. St.) | 2,4% | 2,4% |
| Personalkosten/Gesamterlöse | 53,8% | 54,8% |
| Sachkosten/Gesamterlöse | 24,2% | 22,7% |
| EBITDA (inkl. KHG-Mittel)/Gesamterlöse | 6,9% | 7,7% |
| Rentabilität | | |
| Eigenkapitalrentabilität | 8,6% | 7,8% |
| Gesamtkapitalrentabilität | 2,5% | 2,2% |

6. Anhang: Benchmarks

Tabelle A8

Das repräsentative Krankenhaus nach Bundesländern

2009

| | BW | BY | BE, BB, MV | NI, HB | SH, HH | HE | NRW | RP, SL | SN | SA, TH |
|--|-------------|-------------|------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Ausfallwahrscheinlichkeit | 1,83 | 1,34 | 1,21 | 2,05 | 0,90 | 2,01 | 0,71 | 0,51 | 0,60 | 0,52 |
| Anteil grüner Bereich | 63 | 72 | 80 | 60 | 80 | 69 | 80 | 91 | 82 | 90 |
| Anteil gelber Bereich | 15 | 12 | 9 | 20 | 14 | 15 | 13 | 4 | 15 | 3 |
| Anteil roter Bereich | 22 | 16 | 11 | 19 | 6 | 17 | 7 | 5 | 3 | 7 |
| Anzahl Jahresabschlüsse | 73 | 73 | 62 | 74 | 32 | 66 | 205 | 37 | 35 | 39 |
| Anteil private Träger | 24% | 36% | 36% | 24% | 47% | 27% | 6% | 13% | 40% | 33% |
| Anteil freigemeinnützige Träger | 28% | 12% | 39% | 44% | 31% | 31% | 78% | 62% | 17% | 24% |
| Anteil öffentlich-rechtliche Träger | 47% | 52% | 25% | 32% | 22% | 42% | 15% | 25% | 43% | 43% |
| Anzahl einzelne Krankenhäuser | 127 | 129 | 85 | 103 | 51 | 103 | 264 | 55 | 60 | 58 |
| Anzahl Betten | 34,6 | 32,3 | 29,1 | 29,0 | 13,5 | 26,7 | 83,3 | 15,9 | 19,5 | 21,2 |
| Grunddaten | | | | | | | | | | |
| Relativer Basisfallwert | 0,998 | 0,994 | 0,988 | 1,016 | 0,984 | 0,992 | 0,986 | 0,986 | 1,023 | 1,009 |
| Erlöse je Bett in Tausend € | 181 | 177 | 180 | 176 | 176 | 174 | 172 | 163 | 175 | 177 |
| Erlöse je Fall in € | 5 263 | 5 273 | 5 439 | 5 230 | 5 474 | 5 373 | 4 886 | 4 792 | 5 054 | 5 111 |
| Erlöse/Casemix in € | 5 633 | 5 957 | 6 244 | 6 008 | 6 644 | 6 264 | 5 185 | 6 843 | 5 587 | 5 590 |
| Kapital | | | | | | | | | | |
| Eigenkapitalquote (ohne SoPo) | 24% | 21% | 27% | 25% | 21% | 24% | 28% | 27% | 29% | 29% |
| Sonderpostenquote | 35% | 41% | 41% | 33% | 35% | 37% | 35% | 38% | 43% | 46% |
| Eigenkapitalquote (mit SoPo) | 59% | 61% | 67% | 58% | 56% | 61% | 63% | 65% | 72% | 75% |
| Anlagendeckung A (mit SoPo) | 90% | 86% | 97% | 87% | 81% | 96% | 93% | 108% | 101% | 103% |
| Anlagendeckung B (mit SoPo) | 123% | 114% | 122% | 119% | 118% | 128% | 123% | 141% | 123% | 121% |
| Sachanlagenquote | 61% | 66% | 63% | 62% | 60% | 59% | 62% | 57% | 63% | 67% |
| Förderquote (SoPo/Anlagevermögen) | 53% | 57% | 59% | 50% | 50% | 58% | 52% | 63% | 60% | 63% |
| Bankverbindlichkeitenquote | 14% | 13% | 10% | 15% | 14% | 9% | 9% | 7% | 7% | 7% |
| Kapitalumschlag (Ges.erlöse/ Bil.summe) | 0,97 | 0,92 | 0,75 | 0,96 | 0,89 | 0,85 | 1,13 | 1,05 | 0,69 | 0,63 |
| Liquidität | | | | | | | | | | |
| Cash Ratio (Liquidität 1. Grades) | 35 | 47 | 71 | 54 | 38 | 54 | 78 | 91 | 115 | 92 |
| Current Ratio (Liquidität 3. Grades) | 166 | 154 | 200 | 158 | 156 | 207 | 210 | 275 | 225 | 206 |
| GuV im Verhältnis zum Umsatz in % | | | | | | | | | | |
| Umsatz | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Sonstige Erträge | 16,4 | 13,7 | 14,7 | 12,4 | 10,6 | 13,7 | 14,3 | 15,7 | 11,8 | 12,7 |
| Personalkosten | 63,7 | 61,2 | 58,3 | 62,4 | 58,2 | 61,9 | 62,3 | 63,0 | 60,0 | 61,5 |
| Sachkosten | 27,9 | 26,3 | 27,6 | 26,6 | 27,0 | 26,1 | 28,4 | 25,8 | 26,1 | 26,0 |
| Sonstige Kosten | 17,7 | 17,9 | 18,5 | 16,5 | 16,2 | 18,0 | 16,5 | 19,1 | 14,8 | 13,6 |
| EBITDA (mit KHG-Mittel) | 7,0 | 8,3 | 10,3 | 6,9 | 9,2 | 7,7 | 7,2 | 7,8 | 10,8 | 11,6 |
| EBIT | 1,5 | 3,0 | 4,7 | 2,1 | 4,8 | 2,9 | 2,5 | 3,0 | 4,8 | 4,6 |
| EAT (Jahresüberschuss n. St.) | 0,8 | 1,9 | 3,7 | 1,9 | 3,3 | 2,2 | 2,1 | 3,0 | 4,5 | 3,9 |
| Personalkosten/Gesamterlöse | 54,8 | 53,8 | 50,8 | 55,5 | 52,7 | 54,4 | 54,5 | 54,5 | 53,7 | 54,6 |
| Sachkosten/Gesamterlöse | 24,0 | 23,1 | 24,1 | 23,7 | 24,4 | 23,0 | 24,8 | 22,3 | 23,4 | 23,0 |
| EBITDA (inkl. KHG-Mittel)/ Gesamterlöse | 6,0 | 7,3 | 8,9 | 6,1 | 8,3 | 6,8 | 6,3 | 6,7 | 9,7 | 10,3 |
| Rentabilität | | | | | | | | | | |
| Eigenkapitalrentabilität | 3,7 | 8,5 | 9,9 | 7,6 | 13,8 | 7,6 | 8,3 | 10,7 | 10,5 | 8,3 |
| Gesamtkapitalrentabilität | 1,2 | 2,4 | 3,1 | 1,8 | 3,9 | 2,1 | 2,5 | 2,7 | 3,0 | 2,6 |

Krankenhaus Rating Report 2011

Tabelle Ag

Das repräsentative Krankenhaus nach Psychiatrischen Fachabteilungen

2009

| | Keine | Auch | Nur |
|--|----------------|---------------|---------------|
| Ausfallwahrscheinlichkeit | 1,22% | 1,37% | 0,52% |
| Anteil grüner Bereich | 75% | 72% | 88% |
| Anteil gelber Bereich | 13% | 14% | 8% |
| Anteil roter Bereich | 12% | 14% | 3% |
| Anzahl Jahresabschlüsse | 516 | 137 | 41 |
| Anteil private Träger | 25% | 19% | 33% |
| Anteil freigemeinnützige Träger | 46% | 34% | 33% |
| Anteil öffentlich-rechtliche Träger | 29% | 47% | 33% |
| Anzahl einzelne Krankenhäuser | 783 | 192 | 60 |
| Anzahl Betten | 210 404 | 84 815 | 10 001 |
| Grunddaten | | | |
| Relativer Basisfallwert | 0,996 | 0,992 | 0,999 |
| Erlöse je Bett in Tausend € | 176 | 176 | 172 |
| Erlöse je Fall in € | 5 178 | 5 244 | 5 952 |
| Erlöse/Casemix in € | 5 850 | 5 851 | 6 849 |
| Kapital | | | |
| Eigenkapitalquote (ohne SoPo) | 26% | 24% | 26% |
| Sonderpostenquote | 38% | 40% | 30% |
| Eigenkapitalquote (mit SoPo) | 64% | 64% | 56% |
| Anlagendeckung A (mit SoPo) | 94% | 94% | 89% |
| Anlagendeckung B (mit SoPo) | 122% | 121% | 128% |
| Sachanlagenquote | 62% | 63% | 58% |
| Förderquote (SoPo/Anlagevermögen) | 56% | 59% | 48% |
| Bankverbindlichkeitenquote | 11% | 9% | 12% |
| Kapitalumschlag (Ges.erlöse/Bil.summe) | 0,92 | 0,86 | 1,03 |
| Liquidität | | | |
| Cash Ratio (Liquidität 1. Grades) | 63% | 58% | 74% |
| Current Ratio (Liquidität 3. Grades) | 188% | 190% | 199% |
| GuV im Verhältnis zum Umsatz | | | |
| Umsatz | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
| Sonstige Erträge | 13,8% | 15,9% | 9,9% |
| Personalkosten | 61,1% | 63,4% | 63,0% |
| Sachkosten | 27,8% | 26,5% | 20,2% |
| Sonstige Kosten | 16,8% | 17,7% | 17,1% |
| EBITDA (mit KHG-Mittel) | 8,0% | 8,3% | 9,6% |
| EBIT | 2,8% | 2,9% | 5,7% |
| EAT (Jahresüberschuss n. St.) | 2,2% | 2,4% | 5,1% |
| Personalkosten/Gesamterlöse | 53,7% | 54,7% | 57,3% |
| Sachkosten/Gesamterlöse | 24,4% | 22,9% | 18,4% |
| EBITDA (inkl. KHG-Mittel)/Gesamterlöse | 7,1% | 7,1% | 8,8% |
| Rentabilität | | | |
| Eigenkapitalrentabilität | 7,6% | 8,3% | 20,2% |
| Gesamtkapitalrentabilität | 2,3% | 2,2% | 5,4% |

6. Anhang: Benchmarks

Tabelle A10

Das repräsentative Krankenhaus nach Konfession

2009

| | Kirchliche Gesamt | Katholisch | Evangelisch |
|--|----------------------|---------------|---------------|
| Ausfallwahrscheinlichkeit | 0,92% | 0,74% | 1,28% |
| Anteil grüner Bereich | 78% | 80% | 73% |
| Anteil gelber Bereich | 12% | 11% | 15% |
| Anteil roter Bereich | 10% | 9% | 13% |
| Anzahl Jahresabschlüsse | 312 | 201 | 112 |
| Anteil private Träger | 0% | 0% | 0% |
| Anteil freigemeinnützige Träger | 100% | 100% | 100% |
| Anteil öffentlich-rechtliche Träger | 0% | 0% | 0% |
| Anzahl einzelne Krankenhäuser | 371 | 243 | 128 |
| Anzahl Betten | 102 358 | 66 353 | 36 005 |
| Grunddaten | | | |
| Relativer Basisfallwert | 0,990 | 0,987 | 0,995 |
| Erlöse je Bett in Tausend € | 147 | 147 | 147 |
| Erlöse je Fall in € | 4 389 | 4 347 | 4 483 |
| Erlöse/Casemix in € | 4 852 | 4 757 | 5 072 |
| Kapital | | | |
| Eigenkapitalquote (ohne SoPo) | 28% | 30% | 26% |
| Sonderpostenquote | 39% | 37% | 42% |
| Eigenkapitalquote (mit SoPo) | 68% | 68% | 67% |
| Anlagendeckung A (mit SoPo) | 105% | 106% | 104% |
| Anlagendeckung B (mit SoPo) | 131% | 132% | 130% |
| Sachanlagenquote | 61% | 61% | 62% |
| Förderquote (SoPo/Anlagevermögen) | 61% | 59% | 65% |
| Bankverbindlichkeitenquote | 7% | 6% | 8% |
| Kapitalumschlag (Ges.erlöse/Bil.summe) | 1,03 | 1,07 | 0,97 |
| Liquidität | | | |
| Cash Ratio (Liquidität 1. Grades) | 97% | 107% | 82% |
| Current Ratio (Liquidität 3. Grades) | 255% | 276% | 225% |
| GuV im Verhältnis zum Umsatz | | | |
| Umsatz | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
| Sonstige Erträge | 14,9% | 14,8% | 14,9% |
| Personalkosten | 61,8% | 62,7% | 60,0% |
| Sachkosten | 28,2% | 27,8% | 29,0% |
| Sonstige Kosten | 17,7% | 17,6% | 18,0% |
| EBITDA (mit KHG-Mittel) | 7,2% | 6,8% | 7,9% |
| EBIT | 2,0% | 1,9% | 2,2% |
| EAT (Jahresüberschuss n. St.) | 2,0% | 1,9% | 2,3% |
| Personalkosten/Gesamterlöse | 53,8% | 54,6% | 52,3% |
| Sachkosten/Gesamterlöse | 24,5% | 24,2% | 25,2% |
| EBITDA (inkl. KHG-Mittel)/Gesamterlöse | 6,2% | 5,9% | 6,8% |
| Rentabilität | | | |
| Eigenkapitalrentabilität | 6,8% | 6,3% | 7,7% |
| Gesamtkapitalrentabilität | 1,8% | 1,8% | 1,9% |

Krankenhaus Rating Report 2011

6.1 Das Ratingverfahren in dieser Studie

Grundlage des Rating in diesem Report bildet das Modell von Engelmann et al. (2003). Die dort zugrundeliegenden elf Kennziffern und Parameter werden unverändert übernommen, allerdings nehmen wir keine Änderungen des Umsatzes zwischen zwei Jahren an. Im Krankenhausbereich spielt dies (außer bei der Akquise eines weiteren Krankenhauses) keine bedeutende Rolle, weil die Budgets weitgehend vorgegeben sind. Umsatzsprünge und damit einhergehende Probleme bei der Aufbau- und Ablauforganisation treten in der Regel nicht auf.

In einem zweiten Schritt wird eine Kalibrierung des Ratingmodells vorgenommen. Datengrundlage dafür bilden Bilanzdaten, die am RWI aus verschiedenen Quellen in eine Bilanzdatenbank zusammengeführt werden. Zentrales Element sind drei Aktualisierungen der Dafne-Bilanzdatenbank. Diese Angaben werden um Bilanzangaben der Amadeus-Datenbank vom Januar 2006, Januar 2004 und Januar 2002 und um Angaben der RWI-Globalisierungsdatenbank ergänzt. Die Aktualisierungen der Dafne-Bilanz und Amadeus-Datenbank wurden bei Bureau van Dijk, einem führenden Anbieter elektronisch erfasster Informationen zu Unternehmen, erworben.

Für die Kalibrierung wurden aus dem Gesamtbestand knapp 10 000 vollständige Jahresabschlüsse von Unternehmen des Bilanzjahres 2004 berücksichtigt. Im Rahmen der Kalibrierung werden bei allen elf Kennziffern des Ratingmodells die Extremwerte am unteren Rand mit dem 10. Perzentil und die am oberen Rand mit dem 90. Perzentil ersetzt. Damit ist sichergestellt, dass die ermittelte PD nicht allein durch Extremwerte bestimmt wird, die ein Datenartefakt darstellen könnten.

Zur Beurteilung der Plausibilität des Rating führen wir einen Vergleich mit dem Rating von Moody's RiskCalc für einen Validierungsdatenbestand durch, der die Bilanzjahre 2000 bis 2004 umfasst. Durch die Verwendung einer größeren Stichprobe soll sichergestellt werden, dass die Güte des Ratings nicht von der Qualität der Daten für die Kalibrierung abhängt. Dies ist insofern von Relevanz, als die ermittelten Extremwerte für die elf Kennziffern auch auf den Datenbestand für die Jahresabschlussdaten der Krankenhäuser in den zukünftigen Reports übertragen werden sollen.

In einem ersten Schritt schauen wir uns die Mittelwerte der PD basierend auf dem Rating und des Rating von Moody's RiskCalc an. Sowohl hinsichtlich der Höhe als auch im Hinblick auf deren Veränderung sind die Werte in den Jahren 2002 und 2003 sehr ähnlich (Augurzky et al. 2008: 139-140). Die Aussagen bleiben dieselben,

7. Glossar

wenn anstelle der Mittelwerte die Medianwerte zugrunde gelegt werden. Nach diesem Eindruck wenden wir uns einem gängigen Test auf die Güte eines Ratingmodells zu. Hierzu nehmen wir Bezug auf das Konzept der Power Curve, auch unter ROC-Diagnostik bekannt. Für eine gegebene PD wird betrachtet, wie viel Prozent der insolventen Unternehmen ausgeschlossen bzw. korrekt identifiziert werden. Die ROC-Kurven sowie Flächen unter der ROC-Kurve liegen beide nahe beieinander (Augurzky et al. 2008: 140). Mittels eines statistischen Tests kann die Ausgangsthese geprüft werden, ob die Flächeninhalte unter Berücksichtigung der Standardfehler gleich sind. Die Ausgangsthese kann dabei zu gängigen Signifikanzniveaus nicht verworfen werden.⁴³ Mit anderen Worten ist das Rating weder signifikant schlechter noch signifikant besser als das Rating von Moody's KMV.

7. Glossar

| | |
|-----------------------------------|--|
| Agglomerationsraum | Region mit großstädtischen Zentren und hoher Bevölkerungsdichte, zum Beispiel Ruhrgebiet, Rhein-Main-Region. |
| AHR Rating | Ratingklasse nach ADMED, HCB und RWI Essen. Insgesamt gibt es 16 Ratingklassen. Klasse 1-10 im grünen, 11-12 im gelben und 13-16 im roten Bereich. Die Ratingklassen definieren sich über die Ausfallwahrscheinlichkeiten. |
| Anlagendeckung A mit Sonderposten | Eigenkapital inklusive Sonderposten dividiert durch das Anlagevermögen |
| Anlagendeckung B mit Sonderposten | Eigenkapital inklusive Sonderposten zuzüglich Rückstellungen und langfristige Verbindlichkeiten (Restlaufzeit > 1 Jahr) dividiert durch das Anlagevermögen |
| Ausfallwahrscheinlichkeit | Wahrscheinlichkeit für das Auftreten eines Kreditausfalls, in der Regel bezogen auf einen 1-Jahres-Horizont. |
| Bankverbindlichkeitenquote | Verbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten dividiert durch die Bilanzsumme |
| Basel II | Neues Rahmenwerk zur Regelung der Eigenkapitalunterlegung für Kreditinstitute. Ziel der neuen Vereinbarung ist es, die Eigenkapitalunterlegung am tatsächlichen Risikoprofil der Bank auszurichten. Sie tritt 2007 in Kraft. |

⁴³ Mithilfe des Chi-Quadrat-Tests wird auf die Gleichheit der Summe der Flächen unterhalb der Kurven getestet. Die Teststatistik beträgt 2,38 und die diesbezügliche Irrtumswahrscheinlichkeit beträgt 0,1232. Dieser Wert liegt über dem gängigen Signifikanzniveau von 0,10 (10%), d.h. die Hypothese, dass die Flächeninhalte gleich sind, kann nicht abgelehnt werden.

Krankenhaus Rating Report 2011

| | |
|---|--|
| Basisfallwert (BFW) | Betrag, mit dem das Relativgewicht jeder DRG multipliziert wird, um den Erlös der jeweiligen DRG für ein Krankenhaus in Euro zu errechnen. Der krankenhausesindividuelle BFW für das Jahr 2004 resultiert aus dem verhandelten Budget des einzelnen Krankenhauses dividiert durch seinen Case-Mix. Er kann als durchschnittliches Preisniveau eines Krankenhauses angesehen werden und wird bis 2009 auf einen im jeweiligen Bundesland einheitlichen Wert konvergieren. |
| Bettendichte im Kreis | Anzahl Betten je 1 000 Einwohner eines Landkreises |
| Bettenüberkapazitäten im Kreis | Anzahl Betten, die über eine gegebene oder erwartete Nachfrage hinausgeht. Die Nachfrage wird für vordefinierte Kreisgruppen berechnet, um Patientenströme zwischen den Kreisen zu berücksichtigen. |
| Bonität | Fähigkeit des Schuldners zur Erfüllung seiner Zahlungsverpflichtungen, auch Kreditwürdigkeit. |
| Brutto-Umsatzrendite | Betriebliches Ergebnis vor Finanz-, Steuer-, Beteiligungs- und außerordentlichem Ergebnis dividiert durch Erlöse |
| Case-Mix | Summe aller Relativgewichte der in einem Krankenhaus erbrachten DRG. |
| Case-Mix Index (CMI) | Durchschnittliches Relativgewicht eines Krankenhauses oder Fachabteilung: Case-Mix dividiert durch die Fallzahl. |
| Cash Flow | Die einem Betrieb zur Verfügung stehenden Geldmittel. In dieser Studie berechnen wir den Cash Flow als Jahresüberschuss zuzüglich Abschreibungen auf eigenfinanziertes Vermögen. |
| Cash Ratio (Liquidität 1. Grades) | Flüssige Mittel und Wertpapiere des Umlaufvermögens dividiert durch kurzfristige Verbindlichkeiten |
| Current Ratio (Liquidität 3. Grades) | Gesamtes Umlaufvermögen dividiert durch kurzfristige Verbindlichkeiten |
| Diagnosis Related Groups (DRG) | Leistungshomogene Fallgruppen, denen jeder Fall in Abhängigkeit von Diagnosen und durchgeführten Prozeduren zugerechnet wird. Im Jahr 2004 gibt es 824 verschiedene DRG. Jede DRG hat ein Relativgewicht, welches bundesweit in jedem Krankenhaus gleich hoch ist. |
| DRG-Konvergenz | Siehe „Basisfallwert“ und „Konvergenzphase“ |
| EBITDA Marge | Betriebliches Ergebnis vor Finanz-, Steuer-, Beteiligungs-, außerordentlichem Ergebnis und Abschreibung dividiert durch Erlöse |
| Eigenkapitalquote | Eigenkapital dividiert durch Bilanzsumme |
| Eigenkapitalquote mit Sonderposten | Eigenkapital inklusive Sonderposten dividiert durch Bilanzsumme |
| Erlöse | Summe aus Umsatzerlöse, Bestandsänderungen, aktivierte Eigenleitungen und sonstige betriebliche Erlöse |

7. Glossar

| | |
|-----------------------------|---|
| Fallpauschalengesetz | Das im April 2002 verabschiedete „Gesetz zur Einführung des diagnose- orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser“ führte zu Änderungen im Sozialgesetzbuch V, im Krankenhausfinanzierungsgesetz und in der Bundespflegesatzverordnung. Außerdem enthielt es das „Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen“ (KHEntG). Es wurde seitdem einmal durch das Fallpauschalenänderungsgesetz (FPÄndG) angepasst. |
| Gewinn- und Verlustrechnung | Aufstellung der Aufwendungen und Erträge eines Unternehmens für einen bestimmten Zeitraum, normalerweise für ein Wirtschaftsjahr. |
| GKV | Gesetzliche Krankenversicherung |
| GMG | Gesundheitsmodernisierungsgesetz |
| InEK | Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH |
| Insolvenzwahrscheinlichkeit | Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer Insolvenz, in der Regel bezogen auf einen 1-Jahres-Horizont. |
| Kapitalumschlag | Erlöse dividiert durch Bilanzsumme |
| KHRG | Krankenhausfinanzierungsreformgesetz |
| Konvergenzphase | Schrittweise Angleichung der bis 2004 krankenhausindividuell verhandelten Basisfallwerte an einen für jedes Bundesland einheitlichen BFW. Die Konvergenzphase endet 2009. |
| LBFW | Landesbasisfallwert |
| MVZ | Medizinisches Versorgungszentrum |
| PCCL | patient clinical complexity level = „Patientenbezogene Gesamtschweregrad“ |
| Personalkosten | Bruttolohn- und Gehaltssumme, soziale Abgaben, Aufwendungen für die Altersversorgung |
| Rating | Zur Einschätzung der Zahlungsfähigkeit eines Schuldners werden Ratingklassen gebildet. Die Einordnung in eine Klasse erfolgt bei einem bankinternen Rating nach bankeigenen Kriterien, bei international tätigen Rating-agenturen, wie Moody's, Standard & Poor's oder Fitch erfolgt die Einordnung nach einer umfassenden Prüfung des Unternehmens. |
| Regressionsanalyse | Technik, mit der für eine Gleichung die Parameter so angepasst werden, dass minimale Abweichungen zwischen den beobachteten y-Werten und den mit dieser Technik geschätzten y-Werten entstehen; |
| bivariat | enthält nur eine erklärende Größe (x) |
| multivariat | enthält mehrere erklärende Größen (x). |
| Return on asset | Betriebliches Ergebnis vor Finanz-, Steuer-, Beteiligungs- und außerordentlichem Ergebnis dividiert durch Bilanzsumme |
| ROR | Raumordnungsregionen |

Krankenhaus Rating Report 2011

| | |
|-------------------------|---|
| PD | Probability of default, Ausfallwahrscheinlichkeit |
| Relativer Basisfallwert | Basisfallwert des Krankenhauses dividiert durch den Basisfallwert des zugehörigen Bundeslandes |
| Relativgewicht | Gewicht einer DRG im Rahmen des Vergütungssystems nach DRG-Fallpauschalen; die Vergütung einer DRG ergibt sich aus der Multiplikation ihres Relativgewichts und des Basisfallwerts. |
| Sachkosten | Materialaufwand (Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe, bezogene Waren und Dienstleistungen) |
| Sonderpostenquote | Sonderposten dividiert durch Bilanzsumme |
| Sonstige Kosten | Sonstige betriebliche Aufwendungen (z.B. Leasingraten, Miete, Beratungshonorare) ohne gesonderten Ausweis |
| Top-10 DRGs | Anteil der zehn häufigsten DRGs an allen stationären Fällen |
| Top-30 DRGs | Anteil der dreißig häufigsten DRGs an allen stationären Fällen |
| VK | Vollkraft |
| VZÄ | Vollzeitäquivalente |

Literatur

Abraham, J., M. Gaynor, and W.B. Vogt (2007), Entry and competition in local hospital markets. *Journal of Industrial Economics* 55 (2): 265–288.

AOK-Bundesverband (Hrsg.) (2011a), Übersicht über die für 2011 gültigen Landesbasisfallwerte in den einzelnen Bundesländern. Bonn. Internet: www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/krankenhaus/budgetverhandlung/landesbasisfallwert/uebersicht_lbfw_2011.pdf, Abruf vom Februar 2011.

AOK-Bundesverband (Hrsg.) (2011b), Vereinbarte Basisfallwerte. Bonn. Internet: www.aok-gesundheitspartner.de/bund/krankenhaus/budgetverhandlung/basisfallwerte/index.html.

Augurzyk, B. und A. Beivers (2011), Ländliche Krankenhäuser als Cluster? Situationsaufnahme und Blick in die Zukunft. *Krankenhaus Umschau* 80 (2): 21–24.

Augurzyk, B., D. Engel, S. Krolop, Ch.M. Schmidt und St. Terkatz (2007), Krankenhaus Rating Report 2007 – Die Spreu trennt sich vom Weizen. RWI Materialien 32. Essen.

Augurzyk, B., R. Budde, S. Krolop, Ch.M. Schmidt, H. Schmidt, H. Schmitz, Ch. Schwierz und St. Terkatz (2008), Krankenhaus Rating Report 2008: Qualität und Wirtschaftlichkeit. RWI Materialien 41. Essen.

Augurzky, B., S. Krolop, R. Mennicken, A.R. Reichert, H. Schmidt, H. Schmitz und St. Terkatz (2009a), Pflegeheim Rating Report 2009 – Konsolidierung voraus! RWI Materialien 54. Essen.

Augurzky, B., S. Krolop, R. Gülker, Ch.M. Schmidt, H. Schmidt, H. Schmitz, Ch. Schwierz und St. Terkatz (2009b) Krankenhaus Rating Report 2009 – Im Auge des Orkans. RWI Materialien 53. Essen.

Augurzky, B., s. Krolop, R. Gülker, Ch.M. Schmidt, H. Schmidt, H. Schmitz und St. Terkatz (2010) Krankenhaus Rating Report 2010 – Licht und Schatten. RWI Materialien 59. Essen.

Bangard, A. (2007), Krankenhausfusionskontrolle. *Zeitschrift für Wettbewerbsrecht* 2007 (2): 183–238.

Bangert, C. (2010): Aufsicht auf Augenhöhe mit der Geschäftsführung. *Neue Caritas* 111 (17): 9–13.

BBSR – Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (Hrsg.) (2009), *INKAR – Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung*, Bonn.

BBR – Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (Hrsg.) (2006a), *Lebensräume – Wohn- und Lebensbedingungen aus Sicht der Bewohnerinnen und Bewohner*. BBR-Berichte 24. Bonn

BBR – Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (Hrsg.) (2006b), *Perspektiven der Raumentwicklung in Deutschland*, Bonn und Berlin.

BBR – Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (Hrsg.) (2006c), *Raumordnungsprognose 2020/2050: Bevölkerung, private Haushalte, Erwerbspersonen, Wohnungsmarkt*. BBR-Berichte 23. Bonn.

BBR – Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (Hrsg.) (2010), *Referenzdatei Kreise-Raumordnungsregionen-Regionstypen*. Bonn. Internet: www.bbr.bund.de.

BBR – Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (Hrsg.) (2011), *Bevölkerungsprognose*. Bonn.

Beivers, A. (2010), *Ländliche Krankenhausversorgung in Deutschland: Eine gesundheitsökonomische Analyse*. Europäische Hochschulschriften. Frankfurt a. Main: Lang.

Beivers, A. und M. Spangenberg (2008), *Ländliche Krankenhausversorgung im Fokus der Raumordnung*. *Informationen zur Raumentwicklung* 2008 (1): 91–99.

Krankenhaus Rating Report 2011

Berg, P. und P. Schwegel (2011), Professionelles Management von Ordenskrankenhäusern. *Das Krankenhaus* 103 (5), erscheint in Kürze.

BKartA – Bundeskartellamt (Hrsg.) (2005), Beschluss des BKartA vom 10.05.05 B 10 – 123/04 – Rhön-Klinikum AG / Kreiskrankenhäuser Bad Neustadt, Mellrichstadt. Bonn.

BMVBS – Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (Hrsg.) (2006), Leitbilder und Handlungsstrategien für die Raumentwicklung in Deutschland, verabschiedet von der Ministerkonferenz für Raumordnung am 30.06.2006. Berlin.

Capps, C.S., D. Dranove, S. Greenstein and M. Satterthwaite (2001), The Silent Majority Fallacy of the Elzinga-Hogarty Criteria: A Critique and New Approach to Analyzing Hospital Mergers. NBER Working Paper 8216. Cambridge, MA.

Denzel, S., S. Krolop und D.M. Dürr (2010), Auswirkungen der Fusionskontrolle auf den deutschen Krankenhausesektor. *Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen* 2010 (38): 53-71.

DKG – deutsche Krankenhausgesellschaft (Hrsg.) (2010). *Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern*. Stand Juni 2010. Berlin.

DKI – Deutsches Krankenhausinstitut (Hrsg.) (2010), *Krankenhaus Barometer*. Umfrage 2010. Düsseldorf.

FDZ – Forschungsdatenzentrum der Statistischen Landesämter (2011), Nutzung von Mikrodaten der Krankenhausstatistik im Rahmen der kontrollierten Datenfernverarbeitung. Projektnummer 1489-2010.

Friedrich, J. und A. Beivers (2009), Patientenwege ins Krankenhaus: Räumliche Mobilität bei Elektiv- und Notfalleistungen am Beispiel der Hüftendoprothesen. In J. Klauber, B.-P. Robra und H. Schellschmidt (Hrsg.), *Krankenhausreport 2008/9, Schwerpunkt: Versorgungszentren*. Bonn: Schattauer, 155-180.

Gaynor, M. and W. Vogt (2000), Antitrust and competition in health care markets. In A.J. Culyer and J.P. Newhouse (eds.), *Handbook of Health Economics*. Vol. 1. Amsterdam. Elsevier Science, 1405-1487.

Getzen, T.E. (2010), *Health economics and financing*. 4th ed. Hoboken, NJ: Wiley.

Gülker, R. and H. Schmitz (2011), Institutions or socio-economic differences? Analyzing the determinants of regional differences in the demand for hospital services in Germany. Unveröffentlicht.

Henneck, W.R. und D. Holtmann (2011), Erlösausweitung im Krankenhaus. *KPMG Gesundheitsbarometer* 2011 (1): 2-7.

InEK GmbH - Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2010), G-DRG HA V2008/2010 Report-Browser. Siegburg. Internet: <http://g-drg.de/cms/index.php/content/view/full/2404>, Abruf im Oktober 2008

KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.) (2010a), Medizinische Versorgungszentren aktuell. 1. Quartal 2010, Berlin. Internet: <http://daris.kbv.de/daris/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLAVE&SystemType=2&LogonId=7fc12fc299d4c9ec6d2a5e93209af318&DocId=003762832&Page=1>, Abruf im März 2010.

KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.) (2010b), Entwicklung der Medizinischen Versorgungszentren, Berlin. Internet: <http://daris.kbv.de/daris/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLAVE&SystemType=2&LogonId=7fc12fc299d4c9ec6d2a5e93209af318&DocId=003762833&Page=1>, Abruf im Februar 2011.

Kuchinke, B.A. (2011), Koreferat zum Beitrag von Andreas Schmid „Die stationären Versorgung in Deutschland – Konzentration und Wettbewerb: Eine Forschungsagenda?“ In B.A. Kuchinke, J. Zerth und T. Sundmacher (Hrsg.), Marktstrukturen und Marktverhalten im deutschen Gesundheitswesen: Die Bereiche Pharma und stationäre Versorgung im Fokus gesundheitsökonomischer Forschung. DIBOGS-Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Sozialpolitik 5. Universitätsverlag Illmenau, erscheint in Kürze.

Kuchinke, B.A. und H.H. Kallfaß (2006), Aktuelle Kontroversen bezüglich der ökonomischen Beurteilung von Krankenhauszusammenschlüssen in Deutschland. *Wirtschaft und Wettbewerb* 2006 (10): 991-1003.

Kuchinke, B.A. und H.H. Kallfass (2007), Die Praxis der räumlichen Marktabgrenzung bei Krankenhauszusammenschlüssen in den USA und in Deutschland: Eine wettbewerbsökonomische Analyse. *Zeitschrift für Wettbewerbsrecht* 2007 (3): 319-337.

Lindrooth, R.C. (2008), Research on the Hospital Market: Recent Advances and Continuing Data Needs. *Inquiry – The Journal of Health Care Organization Provision and Financing* 45 (1): 19-29.

Monopolkommission (2008), Weniger Staat, mehr Wettbewerb, Gesundheitsmärkte und staatliche Beihilfen in der Wettbewerbsordnung, Siebzehntes Hauptgutachten der Monopolkommission gemäß § 44 Abs. 1 Satz 1 GWB 2006/2007. Bonn.

Krankenhaus Rating Report 2011

- OECD (Hrsg.) (2007), *Deutschland*. OECD-Prüfbericht zur Politik für ländliche Räume. Paris.
- OECD (2011), OECD Health Data 2010: Internet: <http://www.ecosante.org/index2.php?base=OCDE&langh=ENG&langs=DEU&sessionid=2c4012a4adb173b1f0d5dcf84c2f89d2>, Abruf im Februar 2011.
- Pütz, T. und M. Spangenberg (2006), Zukünftige Sicherung der Daseinsvorsorge. Wie viele Zentrale Orte sind erforderlich? *Informationen zur Raumentwicklung* 2006 (6/7): 337-344.
- RWI (2008), Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser 2008 und 2009. RWI Projektbericht. Essen.
- Sauter, H. und T. Ellerbrock (2009), Krankenhausfusionen und ihre Kontrolle nach dem Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB). *Das Krankenhaus* 4 (4): 339-345.
- Schmid, A. (2011), Die stationäre Versorgung in Deutschland – Konzentration und Wettbewerb: Eine Forschungsagenda? In B.A. Kuchinke, J. Zerth und T. Sundmacher (Hrsg.), Marktstrukturen und Marktverhalten im deutschen Gesundheitswesen: Die Bereiche Pharma und stationäre Versorgung im Fokus gesundheitsökonomischer Forschung. DIBOGS-Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Sozialpolitik 5. Universitätsverlag Illmenau, erscheint in Kürze.
- Schmid, A. und V. Ulrich (2011), Zur Struktur der stationären Versorgung: Konsolidierung und Konzentration. *IMPLICONplus* 2011 (3): 1-11.
- Schwegel, P. (2011), Kirchliche Träger im deutschen Krankenhausmarkt – eine theoretische und empirische Analyse. Bayreuth.
- Schwegel, P. und P. Da-Cruz (2011): Wachstumsstrategien von Ordensgemeinschaften als Träger sozialer Einrichtungen – Empirische Befunde aus dem Krankenhausmarkt. *Ordenskorrespondenz*, erscheint in Kürze.
- Schwegel, P., P. Da-Cruz und P. Oberender (2011), Professionalisierung durch netzwerkorientierte Diversifikation am Beispiel kirchlicher Krankenhausträger. In A. Langer und A. Schröer (Hrsg.), *Professionalisierung im Nonprofit Management*. Wiesbaden, 173-188.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2008a), Grunddaten der Krankenhäuser 2007. Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.1.1. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2008b), *Klassifikation der Wirtschaftszweige*. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2009a), *Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland 2007*. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2009b), Grunddaten der Krankenhäuser 2008. Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.1.1. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2009c), Gesundheitswesen: Kostennachweis der Krankenhäuser. Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.3. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2010a), Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRGStatistik). Diagnosen, Prozeduren und Fallpauschalen der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern 2009. Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.4. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2010b), Ergebnisse der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung für Deutschland und die Länder, Variante 1-W1 (Untergrenze der „mittleren“ Bevölkerung). Internet: www.destatis.de/laenderpyramiden/, Abruf: Februar 2010.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2010c), *Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland 2008*. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2010d), *Monatliche Berichterstattung des produzierenden Gewerbes*. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2011a), Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) 2009. Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.2.1, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2011b), Grunddaten der Krankenhäuser 2009. Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.1.1. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2011c), Grunddaten der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 2009. Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.1.2. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2011d), Kostennachweis der Krankenhäuser 2009. Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.3, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2011e), *Gesundheit: Ausgaben 1995 bis 2009*. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2011f), Beschäftigung und Umsatz der Betriebe des Verarbeitenden Gewerbes sowie des Bergbaus und der Gewinnung von Steinen und Erden. Fachserie 4: Produzierendes Gewerbe, Reihe 4.1.1. Wiesbaden.

Krankenhaus Rating Report 2011

Steffen, P. und M. Offermanns (2011), *Erfolgskritische Faktoren von Krankenhausfusionen*. Forschungsgutachten im Auftrag der Schubert Unternehmensgruppe und der Bank für Sozialwirtschaft. Düsseldorf.

Varkevisser, M., C.S. Capps and F.T. Schut (2008), Defining hospital markets for antitrust enforcement: new approaches and their applicability to The Netherlands. *Health Economics, Policy and Law* 3 (1): 7-29.

Werblow, A. und O. Schoffer (2010), Entwicklung des Personalbestands in allgemeinen Krankenhäusern Deutschlands 2002-2007, *Krankenhaus-Report 2010*. Stuttgart: Schattauer.

WIdO – Wissenschaftliches Institut der AOK (Hrsg.) (2009), *Krankenhaus-Report 2009*. Stuttgart.

WIdO – Wissenschaftliches Institut der AOK (Hrsg.) (2010), *Krankenhaus-Report 2010*. Stuttgart.

WIdO – Wissenschaftliches Institut der AOK (Hrsg.) (2011), *Krankenhaus-Report 2011*. Stuttgart. Internet: www.krankenhaus-report-online.de/, Abruf März 2011.

Zwanziger, J., G. Melnick, and J. M. Mann (1990), Measures of Hospital Market Structure: A Review of the Alternatives and a Proposed Approach. *Socio-Economic Planning* 24 (2): 81-95.