



Materialien

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

Krankenhaus Rating Report 2011

Die fetten Jahre sind vorbei



ADMED 

Executive Summary/Heft 67

Impressum

Vorstand des RWI

Prof. Dr. Christoph M. Schmidt (Präsident)

Prof. Dr. Thomas K. Bauer (Vizepräsident)

Prof. Dr. Wim Kösters

Verwaltungsrat

Dr. Eberhard Heinke (Vorsitzender);

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

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

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

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

Dr.-Ing. Sandra Scheermesser; Reinhard Schulz

Forschungsbeirat

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

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

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

Ehrenmitglieder des RWI

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

RWI Materialien Heft 67

Herausgeber:

Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung

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

Alle Rechte vorbehalten. Essen 2011

Schriftleitung:

Prof. Dr. Christoph M. Schmidt

Redaktionelle Bearbeitung:

Joachim Schmidt

Konzeption und Gestaltung:

Julica Marie Bracht, Daniela Schwindt, Benedict Zinke

ISSN 1612-3573

ISBN 978-3-86788-299-6

Materialien

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

Krankenhaus Rating Report 2011

Die fetten Jahre sind vorbei

Executive Summary

Heft 67

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



ADMED

Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek

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

ISSN 1612-3573
ISBN 978-3-86788-299-6

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 Dienstarten 34
- Schaubild 18 Personaleinsatz in Krankenhäusern nach Dienstart 35
- Schaubild 19 Personalausgaben nach Dienstart 37
- Schaubild 20 Verteilung der Sachkosten auf Sachmittelarten 37
- Schaubild 21 Veränderung der KHG-Fördermittel 38
- Schaubild 22 KHG-Fördermittel 38
- Schaubild 23 Kumulierte KHG-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 1035 Krankenhäuser umfassen, und 366 aus 2009.

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

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

Krankenhaus Rating Report 2011

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

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

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

Executive Summary

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

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

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

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

Krankenhaus Rating Report 2011

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

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

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

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

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

Executive Summary

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

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

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