

Boris Augurzky, Rüdiger Budde,
Sebastian Krolop, Christoph M. Schmidt,
Hartmut Schmidt, Hendrik Schmitz,
Christoph Schwierz und Stefan Terkatz

Krankenhaus Rating Report 2008

Qualität und Wirtschaftlichkeit

Heft 41

Executive Summary



ADMED

Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung

Vorstand:

Prof. Dr. Christoph M. Schmidt, Ph.D. (Präsident),

Prof. Dr. Thomas K. Bauer

Prof. Dr. Wim Kösters

Verwaltungsrat:

Dr. Eberhard Heinke (Vorsitzender);

Dr. Dietmar Kuhnt, Dr. Henning Osthues-Albrecht, Reinhold Schulte
(stellv. Vorsitzende);

Prof. Dr.-Ing. Dieter Ameling, Manfred Breuer, Christoph Dänzer-Vanotti,

Dr. Hans Georg Fabritius, Prof. Dr. Harald B. Giesel, Dr. Thomas Köster, Heinz
Krommen, Tillmann Neinhaus, Dr. Torsten Schmidt, Dr. Gerd Willamowski

Forschungsbeirat:

Prof. David Card, Ph.D., Prof. Dr. Clemens Fuest, Prof. Dr. Walter Krämer,

Prof. Dr. Michael Lechner, Prof. Dr. Till Requate, Prof. Nina Smith, Ph.D.,

Prof. Dr. Harald Uhlig, Prof. Dr. Josef Zweimüller

Ehrenmitglieder des RWI Essen

Heinrich Frommknecht, Prof. Dr. Paul Klemmer †

RWI : Materialien Heft 41

Herausgeber: Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung,
Hohenzollernstraße 1/3, 45128 Essen, Tel. 0201/81 49-0

Alle Rechte vorbehalten. Essen 2008

Schriftleitung: Prof. Dr. Christoph M. Schmidt, Ph.D.

Redaktionelle Bearbeitung: Joachim Schmidt

ISSN 1612-3573

ISBN 978-3-86788-040-4

RWI : Materialien

Heft 41

Boris Augurzky, Rüdiger Budde, Sebastian Krolop,
Christoph M. Schmidt, Hartmut Schmidt, Hendrik
Schmitz, Christoph Schwierz und Stefan Terkatz

Krankenhaus Rating Report 2008

Qualität und Wirtschaftlichkeit

Executive Summary

Die gesamte Studie kann zum Preis von 260 € beim
RWI Essen oder über den Buchhandel bezogen werden.



ADMED

Bibliografische Information 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 978-3-86788-040-4

Vorwort

Der vorliegende *Krankenhaus Rating Report 2008* schließt in wesentlichen Punkten an seinen Vorgänger aus dem vergangenen Jahr an, setzt – dem Prinzip der kontinuierlichen Weiterentwicklung verpflichtet – jedoch erneut eigene Akzente. Hauptziel ist die Verbesserung der Transparenz im deutschen Krankenhausmarkt. Daraus abgeleitet ergibt sich der Anspruch, den Entscheidungsträgern auf den verschiedensten Ebenen (Krankenhäuser und deren Geschäftspartner, Politik, Krankenversicherungen, Banken und Investoren) empirisch abgesicherte Erkenntnisse über diesen Markt an die Hand zu geben.

In der neuen Ausgabe konnte die Zahl der Jahresabschlüsse, die einem Teil der Analysen zugrunde liegen, weiter gesteigert werden. Wie im vergangenen Jahr soll dem regionalen Kontext der Krankenhausaktivitäten ein besonderes Gewicht eingeräumt werden. Zu diesem Zweck wurden erstmals zusätzlich detaillierte Daten des Statistischen Bundesamts ausgewertet, insbesondere Patientenströme. Damit untersuchen wir, inwieweit Gesundheitsregionen (z. B. Berlin, Hamburg, Ruhrgebiet, Frankfurt oder München) bereits bei Patienten als solche wahrgenommen werden. Regionale Analysen bereiten wir in Form von Deutschlandkarten auf.

Von besonderer Bedeutung ist schließlich die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen der Leistungsqualität und der Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser. Hierzu korrelieren wir das Rating mit BQS-Qualitätsindikatoren.

Wir danken Christine Kraan, Dr. Michaela Lemm, Melanie Stocker-Müller, Inna Prinz, Konstantin Römer und Joachim Schmidt für wertvolle Unterstützung, Kommentare und Anregungen bei der Erstellung der Studie und Analysen sowie Dr. Björn Kuchinke und Ansgar Wübker bei der ergänzenden Analyse zu Wartezeiten. Wir danken weiter dem Statistischen Bundesamt für die Bereitstellung von Daten, Karl-Heinz Herlitschke für die engagierte Unterstützung bei Fragen zu den Daten und Anette Hermanowski, Daniela Schwindt und Marlies Tepas für die organisatorische Hilfe. Die Verantwort-

tung 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, 17. März 2008

*Dr. Boris Augurzky, Rüdiger Budde, Dr. Sebastian Krolop,
Prof. Dr. Christoph M. Schmidt, Hartmut Schmidt, Ph.D.,
Hendrik Schmitz, Christoph Schwierz, Dr. Stefan Terkatz*

Inhalt

Executive Summary	13
1. Einleitung	19
2. Der Krankenhausmarkt	21
2.1 Status quo	21
2.1.1 Marktübersicht	21
2.1.2 Leistungen	22
2.1.3 Patientenströme	32
2.1.4 Preise	33
2.1.5 Kosten	44
2.1.6 Fördermittel	47
2.1.7 Kapazitäten	51
2.1.8 Qualität	58
2.2 Hochrechnung	62
2.2.1 Zahl der Fälle	62
2.2.2 Kapazitäten	70
2.2.3 Kosten und Erlöse	74
2.3 Wesentliche Ergebnisse im Überblick	84
2.3.1 Status quo	84
2.3.2 Hochrechnungen	86
3. Das Rating der Krankenhäuser	87
3.1 Datengrundlage	87
3.2 Methodik	89
3.3 Aktuelle Situation	92
3.3.1 Stichprobe	92
3.3.2 Erwartete Situation 2007 und 2008	96
3.3.3 Ergebnisse für Untergruppen	98
3.3.4 Multivariate Analyse	102
3.4 Qualität und Wirtschaftlichkeit	107
3.5 Hochrechnung des Ratings	108
3.6 Wesentliche Ergebnisse im Überblick	115
4. Benchmarks	117

5.	Schlussfolgerungen	120
5.1	Qualität und Wirtschaftlichkeit schließen sich nicht aus	120
5.2	Nachholbedarf bei manchen Gesundheitsregionen	124
5.3	Nach Erholungsphase wieder Verschlechterung der Situation	125
5.4	Maßnahme 1: Betriebswirtschaftliche Anpassungen	126
5.5	Maßnahme 2: Leichte Marktberreinigung	130
5.6	Maßnahme 3: Politische Anpassungen.	132
5.7	Maßnahme 4: „Gesellschaftliche Effizienzreserven“.	132
5.8	Maßnahme 5: Regionale Monistik	135
5.9	Szenario kumulierter Maßnahmen	136
6.	Anhang.	138
6.1	Das Ratingverfahren in dieser Studie	138
6.2	Weitere Karten	140
7.	Glossar	147
Literatur	149

Verzeichnis der Kästen

Kasten 1:	Wirtschaftliche Erholung 2003 bis 2005	94
Kasten 2:	Personalkosten nach Trägerschaft	103
Kasten 3:	Kreditverbindlichkeiten	105
Kasten 4:	Unterschiede bei Wartezeiten zwischen GKV- und PKV-Patienten und Zusammenhang mit PD	128

Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1:	Absolutes Ranking der regionalen Behandlungszentren.	34
Tabelle 2:	Relatives Ranking der regionalen Behandlungszentren	36
Tabelle 3:	Abhängigkeit des Basisfallwerts von ausgewählten Faktoren	42
Tabelle 4:	Kostenkomponenten der Krankenhäuser	44
Tabelle 5:	Qualitätssicherung im Krankenhaus.	60
Tabelle 6:	Qualitätsindikatoren	61
Tabelle 7:	Annahmen zu Lohnanpassungen der Krankenhäuser nach Trägerschaft	77
Tabelle 8:	Vergütungsanpassung der Krankenhäuser nach der Grundlohnsummenveränderung	82
Tabelle 9:	Multivariate Regressionsanalyse zur PD der Krankenhäuser	106
Tabelle 10:	Das Krankenhaus nach Ausfallwahrscheinlichkeit	119
Tabelle 11:	Das Krankenhaus nach dem Ampelsystem	120
Tabelle 12:	Das Krankenhaus nach Trägerschaft.	121
Tabelle 13:	Das Krankenhaus nach Größe	122
Tabelle 14:	Das Krankenhaus mit hohem und niedrigem BFW.	123
Tabelle 15:	Das Krankenhaus auf dem Land und in der Stadt.	124

Verzeichnis der Schaubilder

Schaubild 1:	Marktvolumen.	21
Schaubild 2:	Verteilung der Gesundheitsausgaben	22
Schaubild 3:	Marktvolumen, BIP und Preise	23
Schaubild 4:	Zahl der stationären Fälle und der ambulanten Operationen	23
Schaubild 5:	Um Alter und Geschlecht bereinigter Überhang bei den stationären Fällen	25
Schaubild 6:	Zahl der Fälle und Casemix je Arzt	26
Schaubild 7:	Hauptdiagnosen nach ICD-10	27
Schaubild 8:	Veränderung der Zahl der Fälle nach ICD-10.	28
Schaubild 9:	Konzentration der Zahl der Fälle auf ICD nach Trägerschaft	29
Schaubild 10:	Standardabweichung der Basisfallwerte um die Landesbasisfallwerte	39
Schaubild 11:	Basisfallwerte in Relation zum Landesbasisfallwert ohne Kapung und Ausgleiche	40
Schaubild 12:	Krankenhäuser mit einem BFW unterhalb des Landesbasisfallwerts	41
Schaubild 13:	Ausgaben für stationäre Behandlung nach Bundesländern	43
Schaubild 14:	Personal- und Sachkosten.	45
Schaubild 15:	Verteilung der Personalkosten auf Dienstleistungen	45
Schaubild 16:	Personaleinsatz in Krankenhäusern nach Dienstleistungen	46
Schaubild 17:	Personalausgaben der Krankenhäuser nach Dienstleistungen	47
Schaubild 18:	Verteilung der Sachkosten auf Sachmittelarten.	48
Schaubild 19:	Komponenten des medizinischen Bedarfs.	48
Schaubild 20:	Öffentliche Fördermittel für Krankenhäuser	49
Schaubild 21:	Kumulierte KHG-Fördermittel nach Bundesländern	50
Schaubild 22:	Investitionsstau der Krankenhäuser nach Bundesländern	50
Schaubild 23:	Zahl der Krankenhäuser und Krankenhausbetten	51
Schaubild 24:	Veränderung der Zahl der Krankenhausbetten nach Fachabteilungen	52
Schaubild 25:	Marktanteil der Krankenhausbetten nach Trägerschaft	56
Schaubild 26:	Verweildauer und Belegungstage in Krankenhäusern	56

Schaubild 27:	Veränderung der Verweildauer nach Fachabteilungen	57
Schaubild 28:	Bettenauslastung der Krankenhäuser	58
Schaubild 29:	Struktur der Qualitätsdaten	60
Schaubild 30:	Qualitätsdaten.	63
Schaubild 31:	Zahl der Krankenhaufälle nach Alter und Geschlecht	64
Schaubild 32:	Zahl der Krankenhaufälle nach Alter.	65
Schaubild 33:	Bevölkerungszahl und Alterung	66
Schaubild 34:	Vorausberechnung der Zahl der stationären Fälle	67
Schaubild 35:	Erwartete Veränderung der Zahl der stationären Fälle nach Indikationen – ohne ambulantes Potenzial.	70
Schaubild 36:	Erwartete Veränderung der Zahl der stationären Fälle nach Indikationen – mit ambulantes Potenzial	71
Schaubild 37:	Annahme zur durchschnittlichen Verweildauer	72
Schaubild 38:	Erwartete Zahl der Betten und Überkapazität in Krankenhäusern	72
Schaubild 39:	Prognose der Personalkosten.	75
Schaubild 40:	Personaleinsatz je Fall.	75
Schaubild 41:	Personaleinsatz je Belegungstag	76
Schaubild 42:	Personaleinsatz nach Dienstart.	77
Schaubild 43:	Personalkosten nach Dienstart.	78
Schaubild 44:	Prognose der Sachkosten	79
Schaubild 45:	Preisindex für ausgewählte Güter	80
Schaubild 46:	Personal und Sachkosten in Krankenhäusern.	81
Schaubild 47:	Prognose der Erlöse	82
Schaubild 48:	Erlöse aus Krankenhausleistungen	83
Schaubild 49:	Erlöse der Krankenhäuser	84
Schaubild 50:	Verteilung der Krankenhäuser nach Trägerschaft in der Grundgesamtheit und der Stichprobe	87
Schaubild 51:	Verteilung der Krankenhäuser nach Bundesländern in der Grundgesamtheit und in der Stichprobe.	88
Schaubild 52:	Verteilung der Krankenhäuser nach Anzahl der Fachabteilungen in der Grundgesamtheit und in der Stichprobe	89
Schaubild 53:	Kennzahlen zur Bestimmung des AHR-Ratings	90
Schaubild 54:	Rating-Klassifizierung über errechnete Ausfallwahrscheinlichkeiten.	91
Schaubild 55:	Durchschnittliche Ausfallwahrscheinlichkeit im Vergleich mit anderen Branchen.	93
Schaubild 56:	Verteilung anderer Einrichtungen in der Ampelklassifikation	93
Schaubild 57:	Umsatzrendite und Eigenkapital des repräsentativen Krankenhauses	94
Schaubild 58:	Jahresüberschuss der Krankenhäuser	95
Schaubild 59:	Ertragslage der Krankenhäuser	96

Schaubild 60:	Prognose der Ausfallwahrscheinlichkeit der Krankenhäuser . . .	96
Schaubild 61:	Prognose der Verteilung der Krankenhäuser in der Ampelklassifikation	97
Schaubild 62:	Prognose des Jahresüberschusses der Krankenhäuser	97
Schaubild 63:	Verteilung der Höhe des Jahrsüberschusses	98
Schaubild 64:	Ausfallwahrscheinlichkeit nach der Art des Krankenhauses. . .	99
Schaubild 65:	Ausfallwahrscheinlichkeit nach der Art des Krankenhauses. . .	100
Schaubild 66:	Ampelklassifikation nach Trägerschaft	100
Schaubild 67:	Verteilung der Höhe des Jahrsüberschusses nach Trägerschaft .	101
Schaubild 68:	Ampelklassifikation nach Regionen	102
Schaubild 69:	Personalkosten der Krankenhäuser nach Trägerschaft.	103
Schaubild 70:	Aufwendungen für Altersvorsorge der Beschäftigten	104
Schaubild 71:	Vereilung der öffentlich-rechtlichen Krankenhäuser in der Ampelklassifikation bei alternativen Altersvorsorgeaufwendungen	104
Schaubild 72:	Verschuldung der Krankenhäuser nach Trägerschaft.	105
Schaubild 73:	PD und Qualität der Krankenhäuser	107
Schaubild 74:	Verteilung der Krankenhäuser in der Ampelklassifikation nach Qualität	108
Schaubild 75:	Verteilung der Krankenhäuser in der Ampelklassifikation im Basisszenario	109
Schaubild 76:	Verteilung der Krankenhäuser nach der Höhe des Jahresüberschusses im Basisszenario.	109
Schaubild 77:	Verteilung der Krankenhäuser in der Ampelklassifikation bei Marktberreinigung.	111
Schaubild 78:	Verteilung der Krankenhäuser nach der Höhe des Jahresüberschusses bei Marktberreinigung.	112
Schaubild 79:	Verteilung der Krankenhäuser in der Ampelklassifikation bei Marktberreinigung mit Bremse	111
Schaubild 80:	Verteilung der Krankenhäuser nach der Höhe des Jahresüberschusses bei Marktberreinigung mit Bremse	112
Schaubild 81:	Eigenschaften der verbliebenen und ausgeschiedenen Krankenhäuser bei Marktberreinigung.	113
Schaubild 82:	Verteilung der Krankenhäuser in der Ampelklassifikation bei politischen Gegenmaßnahmen.	114
Schaubild 83:	Verteilung der Krankenhäuser nach der Höhe des Jahresüberschusses bei politischen Gegenmaßnahmen.	114
Schaubild 84:	Erwartete Verteilung der Krankenhäuser in der Ampelklassifikation im Basisszenario nach Basisfallwert	115
Schaubild 85:	Erwartete Verteilung der Krankenhäuser in der Ampelklassifikation im Basisszenario nach Größe	116
Schaubild 86:	Strukturbilanz des durchschnittlichen Krankenhauses.	118
Schaubild 87:	Struktur-GuV des durchschnittlichen Krankenhauses	118

Schaubild 88:	Bettenüberkapazität der Krankenhäuser ohne und mit Markt- bereinigung	131
Schaubild 89:	Verteilung der Trägerschaft bei Marktberreinigung	131
Schaubild 90:	Erwerbstätigenquote älterer Menschen (55-64 Jahre) im OECD-Vergleich	133
Schaubild 91:	Erwerbstätigenquote von Frauen im OECD-Vergleich	134
Schaubild 92:	„Modell 21“ – Regionale Monistik	136
Schaubild 93:	Verteilung der Krankenhäuser in der Ampelklassifikation bei kumulativen Gegenmaßnahmen	137
Schaubild 94:	Verteilung der Krankenhäuser nach der Höhe des Jahresüber- schusses bei kumulativen Gegenmaßnahmen	137
Schaubild 95:	Vergleich der Ratings von Moody’s KMV und AHR für andere Unternehmen	139
Schaubild 96:	Vergleich der Güte von Moody’s KMV und AHR	140

Verzeichnis der Karten

Karte 1:	Stationäre Fälle nach Wohnort	24
Karte 2:	Behandlungszentren der Stufe 1	30
Karte 3:	Behandlungszentren der Stufe 2	31
Karte 4:	Basisfallwert	38
Karte 5:	Zahl der Krankenhausbetten	53
Karte 6:	Marktanteil von privaten Krankenhäusern bei stationären Fällen.	54
Karte 7:	Marktanteil von freigemeinnützigen Krankenhäusern bei stationären Fällen.	55
Karte 8:	Überkapazität 2005	59
Karte 9:	Veränderung der Zahl der Fälle ohne Nutzung des ambulanten Potenzials	68
Karte 10:	Veränderung der Zahl der Fälle bei Nutzung des ambulanten Potenzials	69
Karte 11:	Überkapazität 2020	73
Karte 12:	Patientenwanderung nach Berlin	141
Karte 13:	Patientenwanderung nach Frankfurt a.M.	142
Karte 14:	Patientenwanderung nach Hamburg.	143
Karte 15:	Patientenwanderung nach Heidelberg.	144
Karte 16:	Patientenwanderung nach München.	145
Karte 17:	Patientenwanderung in die Kernstädte des Ruhrgebiets.	146

Krankenhaus Rating Report 2008: Qualität und Wirtschaftlichkeit

Executive Summary

Auch 2008 stehen Krankenhäuser wie bereits im Vorjahr vor der Herausforderung, eine beachtliche Finanzierungslücke von schätzungsweise 1,3 bis 2,2 Mrd. € bzw. 2% bis 3% ihres Budgets schließen zu müssen (RWI 2008). Die Lücke entsteht, weil die Kosten der Krankenhäuser stärker wachsen als ihre gedeckelten Budgets. Haupttreiber der Kosten sind Steigerungen der Tariflöhne, der Sachkosten (vor allem für Energie und Lebensmittel) sowie höherer Personal- und Sachmittelbedarf wegen einer zu erwartenden steigenden Zahl von Fällen. Eine wirtschaftliche Erholung der Krankenhäuser war bis 2006 möglich, weil viele Häuser ihre zum Teil veralteten Abläufe überholt und sich auf eine wettbewerbsintensivere Zukunft vorbereitet hatten. Vielen Krankenhäusern gelang es, Gewinne zu erwirtschaften, zum Teil aus eigener Kraft Investitionen zu tätigen und somit dem medizinisch-technischen Fortschritt zu folgen. Die Situation scheint sich derzeit aber wieder spürbar zu verschlechtern. Der vorliegende Report untersucht den Krankenhausmarkt, analysiert die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser und gibt einen Ausblick für die kommenden Jahre.

Marktübersicht

Der deutsche Gesundheitsmarkt erreichte im Jahr 2005 ein Volumen von rund 240 Mrd. € bzw. 10,7% des BIP. Etwa ein Viertel davon entfällt auf den Krankenhaussektor, dessen Anteil seit einigen Jahren leicht rückläufig ist. Der Bettenbestand belief sich 2006 auf rund 511 000, 13 000 weniger als 2005. Wir schätzen die Überkapazitäten für das Jahr 2006 auf etwa 11%. Die Zahl der Krankenhäuser nahm auf 2 104 ab, 35 weniger als 2005. Dabei gewinnen private Krankenhäuser weiter Marktanteile: Ihr Anteil an den Betten stieg von 12,5% auf 13,6%.

Die Zahl stationärer Fälle nahm indessen von 1995 bis 2006 um 5,7% auf 16,8 Mill. zu. Die Fälle je Einwohner (nach Alter und Geschlecht bereinigt) unter-

scheiden sich allerdings regional. In Baden-Württemberg, Hamburg und Berlin gibt es die geringste Zahl an Fällen je Einwohner, in Nordrhein-Westfalen, dem Saarland und den ostdeutschen Bundesländer die höchste. In Baden-Württemberg, Teilen Hessens, dem Saarland, Rheinland-Pfalz und Teilen Niedersachsens sind relativ viele Kreise überdurchschnittlich teuer. Dies gilt auch für die Stadtstaaten. Dagegen sind viele Kreise in Ostdeutschland, Bayern, Nordrhein-Westfalen und Westniedersachsen vergleichsweise „günstig“. Aber auch nach Berücksichtigung höherer Preise für medizinische Leistungen bleiben die Kosten je Einwohner in Baden-Württemberg am niedrigsten. Dies muss bei einer möglichen DRG-Bundeskonvergenz berücksichtigt werden. Die Streuung der Preise ist in den vergangenen Jahren deutlich zurück gegangen. Nach dem Ende der DRG-Konvergenzphase werden die Preise nur noch zwischen Bundesländern streuen.

Wir projizieren die Zahl der Fälle und den Bettenbedarf bis 2020 auf Basis der regionalen demographischen Entwicklung und zusätzlichen Annahmen über das ambulante Potenzial, den medizinisch-technischen Fortschritt sowie die Verweildauer und Bettenauslastung. Bundesweit rechnen wir zwischen 2006 bis 2020 mit einem Anstieg der Zahl der Fälle um etwa 12,5% bzw. 0,84% p.a., der regional unterschiedlich ausfällt. Unter Berücksichtigung des ambulanten Potenzials würde der Anstieg nur 5,6% bzw. 0,39% p.a. betragen. Dann weisen einige Regionen sogar einen Rückgang auf. Ohne weitere Anpassungen dürften trotz der Zunahme der Fälle die Bettenüberkapazitäten auf etwa 37% bis 2020 ansteigen.

Die gesamten Investitionsfördermittel nach KHG blieben 2006 mit 2,7 Mrd. € etwa konstant auf dem Niveau von 2005. In den neuen Bundesländern sanken sie leicht. Unter der Annahme, dass Bayern ausreichend hohe Investitionsfördermittel gewährte, schätzen wir den aktuellen Investitionsstau auf 19 bis 23 Mrd. €.

Gesundheitsregionen

Wenn man einen funktionierenden Markt unterstellt, dann können regionale Patientenströme wichtige Hinweise auf die Attraktivität eines Gesundheitsstandorts geben. Gerade für spezielle Behandlungen können einzelne Kliniken eine überregionale Anziehungskraft entfalten. Auf Basis von Patientenströmen werden 94 regionale Gesundheitszentren identifiziert und in zwei Rankings gemäß ihrer Attraktivität für Patienten geordnet. Um Aussagen über Veränderungen im Zeitablauf treffen zu können, werden den Werten für das Jahr 2005 die des Jahres 1996 gegenübergestellt. Dabei greifen wir auf eine Patientenvollerhebung mit rund 17 Mill. Fällen aus dem Jahr 2005 zurück. Gesundheitszentren werden in einem ersten Schritt dadurch definiert, dass mehr Patienten zu- als abwandern (positiver Wanderungssaldo). Regionen mit ne-

gativem Wanderungssaldo werden als „Umland“ bezeichnet. Die Regionalpolitik kann den Erfolg von Maßnahmen ggf. daran messen, ob sich die Platzierung des jeweiligen Gesundheitszentrums im Zeitablauf verbessert hat.

Bezogen auf absolute Patientenwanderungen liegt München vor Frankfurt am Main auf dem ersten Platz. Erstaunlich ist, dass das bevölkerungsschwache Heidelberg den dritten Platz erreicht, dicht gefolgt von den Kernstädten des Ruhrgebiets und Hamburg. Bonn und Münster erreichen die Plätze sechs und sieben. Berlin folgt überraschenderweise erst auf dem achten Rang. Setzt man in einem zweiten Schritt die Zuwanderung ins Verhältnis zur gesamten Patientenzahl des jeweiligen Zentrums, wird vermieden, dass einzelne Regionen allein aufgrund ihrer Größe einen Spitzenplatz erreichen. In diesem relativen Ranking belegt Heidelberg mit beachtlichem Abstand den ersten Platz, gefolgt von Regensburg, Ulm und Passau. Koblenz, Freiburg und Bayreuth belegen die Plätze fünf bis sieben. Oldenburg, Darmstadt und Ansbach folgen. Auch Münster und Bonn schaffen es noch auf vordere Plätze. Abgeschlagen sind bei diesem Vergleich erwartungsgemäß die bevölkerungsreichen Ballungsgebiete.

Kosten und Erlöse

Der Personalkostenanteil ist seit einigen Jahren rückläufig. 2002 betrug er noch 65,2%, 2006 62,3%. Zwischen 1995 und 2006 nahm das Pflegepersonal von 349 000 Vollzeitkräften auf 299 000 um 14,3% ab, während der ärztliche Dienst von 104 000 auf 124 000 um 18,5% stieg. Mit 17,9% stark abgenommen haben die sonstigen Dienste. Die Kosten je Vollzeitkraft stiegen in allen Diensten zwischen 2002 und 2006 um 6 bis 7%.

Ohne Berücksichtigung betrieblicher Gegenmaßnahmen erwarten wir bis 2020 eine Zunahme des ärztlichen Diensts von derzeit 124 000 auf 137 000 Vollzeitäquivalente. Im Pflegedienst gehen wir von einer weiteren Abnahme von derzeit 299 000 auf dann 274 000 aus. In der Summe würde das Personal von derzeit 792 000 Vollzeitäquivalenten auf 786 000 leicht abnehmen. Die Kosten für den ärztlichen Dienst dürften am stärksten, die Kosten für nicht-medizinische Dienste am wenigsten stark steigen. Für die gesamten Personalkosten erwarten wir bis 2020 einen Anstieg um 29,2% bzw. 1,85% p.a., für die Sachkosten um 34,8% bzw. 2,15% p.a.

Die Gesamterlöse dürften 2020 um 26,0% höher liegen. Sie bestimmen sich erstens durch die Vergütungsanpassung nach der Grundlohnsummenentwicklung, zweitens durch die Zunahme der Zahl der Fälle und drittens durch Erlöse aus Wahlleistungen, ambulanten Leistungen, Nutzungsentgelten der Ärzte, Zuweisungen und Zuschüsse der öffentlichen Hand sowie sonstige betriebliche Erträge.

Wirtschaftliche Lage

Zur Beurteilung der wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser greifen wir auf eine Stichprobe von 471 Jahresabschlüssen zurück, die insgesamt 701 Krankenhäuser umfasst. Die durchschnittliche Ausfallwahrscheinlichkeit in der Stichprobe betrug 2005/06 1,3%. 18% der Krankenhäuser liegen im roten, 16% im gelben, 66% im grünen Bereich. Die EBITDA-Marge, aus der prinzipiell Investitionen zu finanzieren sind, lag im Mittel bei 6,6%. 20% aller Krankenhäuser erreichten nur einen Wert unter 2,8%, 20% über 10,0%. Um in ausreichendem Maße Investitionen finanzieren zu können, sollte sie mindestens 8% betragen, was 2005/06 nur auf rund 30% aller Häuser zutrifft. Die Gesamtkapitalrentabilität lag im Durchschnitt bei 1,3%. 20% aller Häuser erreichten über 3,1%. Die Situation dürfte sich 2007 und 2008 ohne Gegenmaßnahmen merklich verschlechtern. Der Anteil der Krankenhäuser im roten Bereich würde in der Prognose bis 2008 auf 34%, der Anteil der Häuser mit einem Verlust von 23% auf 52% steigen.

Kleine Krankenhäuser schneiden im Rating signifikant schlechter ab als große oder mittelgroße, westdeutsche schlechter als ostdeutsche. 22,0% der öffentlich-rechtlichen Häuser liegen im roten Bereich, aber nur 16,6% der freigemeinnützigen und 13,5% der privaten. Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen weisen ein durchschnittliches Rating auf, die in Baden-Württemberg und Ostdeutschland ein überdurchschnittliches. Die restlichen Länder liegen schlechter als der Bundesdurchschnitt.

Die Ertragslage der Krankenhäuser hat sich zwischen 2003 und 2005 verbessert. Die Umsatzrendite des repräsentativen Krankenhauses erhöhte sich in dieser Zeit von 0,5% auf 1,9%. Ohne betriebliche oder politische Gegenmaßnahmen dürfte sich die Situation in den kommenden Jahren aber erheblich verschlechtern. Der Anteil der Häuser im roten Bereich könnte bis 2020 auf fast 50% steigen. Eine Marktberreinigung, die 20% der Krankenhäuser betrifft, würde langfristig die Lage der verbliebenen 80% aber verbessern. Die günstige Ausgangslage des Jahres 2006 würde dennoch nicht wieder erreicht. Mit dem Auslaufen des Sanierungsbeitrags Ende 2008 und einer Vergütungsanpassung 2009 von 2,4% würde sich die Lage etwas verbessern, aber ebenfalls nicht die Situation des Jahres 2006 wieder erreicht werden.

Vor diesem Hintergrund muss damit gerechnet werden, dass die Privatisierungswelle bald wieder an Fahrt gewinnen wird, weil nicht nur die Defizite kommunaler Krankenhäuser zunehmen, sondern womöglich auch die Steuereinnahmen der Kommunen in den kommenden Jahren konjunkturell bedingt wieder rückläufig sein könnten. Ebenso erwarten wir einen weiteren Ausbau von Krankenhausverbänden – nicht nur bei privaten Trägern. Einige Kliniken werden aber für immer schließen müssen. Allerdings muss dabei u. E. nur in

ländlichen Regionen darauf geachtet werden, dass die Versorgungssicherheit durch Erarbeitung alternativer Konzepte erhalten bleibt.

Zusätzlich untersucht der Report erstmalig den Zusammenhang zwischen Wirtschaftlichkeit und Qualität durch die Verknüpfung von veröffentlichten Qualitätsdaten der BQS mit den Jahresabschlussdaten. Der Anteil an Häusern mit festgestellten qualitativen Auffälligkeiten liegt je nach Indikator meist unter 0,5%, nur selten über 1 bis 2%. Krankenhäuser mit qualitativen Auffälligkeiten weisen tendenziell ein schlechteres Rating auf. Der Unterschied ist statistisch nicht signifikant. Es lässt sich aber festhalten, dass eine höhere Wirtschaftlichkeit nicht zu Lasten der Qualität geht, sondern umgekehrt möglicherweise sogar mit höherer Qualität in Verbindung gebracht werden kann.

Maßnahmen

Außer Frage steht, dass Krankenhäuser zur Reduktion der aktuellen Finanzierungslücken gezielt betriebliche Gegenmaßnahmen ergreifen müssen. Angesichts der Anstrengungen zur Erhöhung der Produktivität in den vergangenen Jahren dürfte das Heben weiterer Effizienzreserven aber zunehmend schwer fallen. Es ist daher davon auszugehen, dass eine Marktberreinigung stattfinden wird, der einige Häuser zum Opfer fallen werden. Sollten die wirtschaftlich schwächsten Krankenhäuser ausscheiden, verbessert sich dadurch jedoch die wirtschaftliche Lage der verbleibenden, ohne dass betriebliche Maßnahmen durchgeführt werden müssten. Schließlich muss die Politik vor dem Hintergrund hoher Tariflohnsteigerungen die Art der Vergütungsanpassung nach der Grundlohnsumme hinterfragen, die Sektorengrenze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung weiter abbauen und zur Steigerung der Zahl der Beitragszahler in die sozialen Sicherungssysteme sich mit dem Heben von „gesellschaftlichen Effizienzreserven“ auseinandersetzen.

Im Zuge des demographischen Wandels ist die Gesellschaft auf den optimalen Einsatz des Faktors Humankapital angewiesen, unter anderem auf eine Erhöhung der Erwerbstätigenquote von älteren Menschen und Frauen. Geschehen könnte dies beispielsweise durch einen Verzicht auf die beschlossene Verlängerung der Bezugsdauer des Arbeitslosengelds I, durch die konsequente Erhöhung des Renteneintrittsalters, eine weitere Straffung der Ausbildungszeiten zur Erhöhung der Erwerbstätigenquote junger Menschen und eine Steuerung qualifizierter Zuwanderung. Schließlich sind die Bundesländer aufgefordert, ihre Investitionsfördermittel, wenn schon knapp, dann doch zumindest effizient einzusetzen und auf eine monistische Krankenhausfinanzierung umzusteigen. BDPK und RWI Essen (2007) unterbreiten mit dem „Modell 21 – Regionale Monistik“ einen – auch für die einzelnen Bundesländer – gangbaren Weg.

Bei einer Kombination der folgenden Maßnahmen könnte die Ausgangslage des Jahres 2006 näherungsweise wieder erreicht werden: Es findet eine Marktberreinigung von 10% der Krankenhäuser statt, der Sanierungsbeitrag wird bereits 2008 wieder abgeschafft, die Vergütung steigt 2009 großzügig um 2,4% statt nur um 1,8%, durch Heben „gesellschaftlicher Effizienzreserven“ gelingt es, ein höheres Wachstum der Grundlohnsumme in der Zukunft zu erreichen und damit die Vergütung auch nach 2010 um 1,8% p.a. zu erhöhen. Schließlich werden durch einen effizienteren Ressourceneinsatz (betriebliche Optimierungen und Einführung der Monistik) 2008 bis 2011 Kostensenkungen von 0,30% p.a. erreicht, 2012 von 0,25% und 2013 bis 2020 von 0,20% p.a. Damit könnte unter den 90% der im Markt verbliebenen Krankenhäuser der Anteil der Häuser im roten Bereich bis 2020 wieder auf 22% zurückgehen, der Anteil der Häuser mit Verlusten auf 14% schrumpfen und der Anteil mit Überschüssen auf 70% steigen.