



Materialien

Boris Augurzy,
Sebastian Krolop,
Rosemarie Gülker,
Christoph M. Schmidt,
Hartmut Schmidt,
Hendrik Schmitz,
Christoph Schwierz,
Stefan Terkatz

Krankenhaus Rating Report 2009

Im Auge des Orkans



ADMED

Executive Summary/Heft 53

Impressum

Vorstand des RWI:

Prof. Dr. Christoph M. Schmidt, Ph.D. (Präsident)
Prof. Dr. Thomas K. Bauer
Prof. Dr. Wim Kösters

Verwaltungsrat:

Dr. Eberhard Heinke (Vorsitzender);

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

Prof. Dr.-Ing. Dieter Ameling, Manfred Breuer, Oliver Burkhard,
Dr. Hans Georg Fabritius, Dr. Thomas Köster, Dr. Wilhelm Koll,
Prof. Dr. Walter Krämer, Dr. Thomas A. Lange, Tillmann Neinhaus,
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 51

Herausgeber:

Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung

Hohenzollernstraße 1-3, 45128 Essen, Tel. 02 01/8149-0

Alle Rechte vorbehalten. Essen 2009

Schriftleitung: Prof. Dr. Christoph M. Schmidt

Redaktionelle Bearbeitung: Joachim Schmidt

ISSN 1612-3573

ISBN 978-3-86788-116-6



ADMED

Materialien

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

Krankenhaus Rating Report 2009

Im Auge des Orkans

Executive Summary

Heft 53

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

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 978-3-86788-116-6

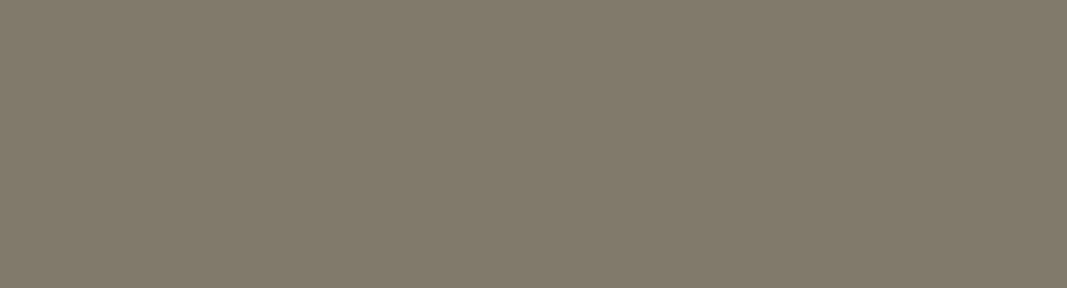
Bei dem vorliegenden Krankenhaus Rating Report 2009 handelt es sich um den fünften seit 2004. Hauptziel ist die Verbesserung der Transparenz im deutschen Krankenhausmarkt. Daraus abgeleitet ergibt sich der Anspruch, den Entscheidungsträgern auf den verschiedenen Ebenen (Krankenhäuser und deren Geschäftspartner, Politik, Krankenversicherungen, Banken und Investoren) empirisch abgesicherte Erkenntnisse über diesen Markt an die Hand zu geben.

Auch für die aktuelle Ausgabe hat sich die Datenlage wieder deutlich verbessert, was zusätzliche Analysen ermöglichte. Die Zahl der untersuchten Jahresabschlüsse konnte auf fast 550 gesteigert werden, sie umfassen insgesamt 832 Krankenhäuser. Wir gehen auf die Effekte des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG), auf das Konjunkturpaket II sowie auf die möglichen Folgen der Finanzmarktkrise ein. Erstmals untersuchen wir die Investitionstätigkeit von Krankenhäusern und stellen die Berechnung des Investitionsstaus auf eine solidere Grundlage. Auf Basis von rund 17 Mill. Fällen werden wieder Patientenströme untersucht und insbesondere die Bedeutung ausländischer Patienten als Thema herausgearbeitet. Ergänzend werten wir DRG-Daten aus. Aufgrund der Menge dieser Analysen – Patientenströme auf Indikations- und Fachabteilungsebene – kann dieser Report jedoch nur Ausschnitte zeigen. Separate Studien sollen sich mit Details befassen. Ein eigens im RWI entwickeltes Modell zu regionalen Bevölkerungsprognose findet erstmals Einsatz. Schließlich haben wir uns entschlossen, auch das Thema Medizinische Versorgungszentren (MVZ) aufzugreifen. Zwar erlaubt die aktuelle Datenlage hierzu keine detaillierten Untersuchungen, was sich aber in den kommenden Jahren ändern dürfte, gleichwohl sind erste Aussagen möglich.

Wir danken Rüdiger Budde, Helena Juchno und Joachim Schmidt (RWI) und Karl Heinz Tuschen, Ferdinand Rau und Dr. Thomas Braun (Bundesministerium für Gesundheit) für wertvolle Unterstützung, Kommentare und Anregungen bei der Erstellung der Studie. Dr. Olaf Amblank für ein interessantes Fallbeispiel zu einem MVZ, 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, Benedict Zinke, Marlies Tepas und Lutz Morgenroth 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, 24. April 2009

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



Krankenhaus Rating Report 2009

Executive Summary

Wirtschaftliche Lage

Das Jahr 2008 dürfte eines der schlechtesten für Krankenhäuser gewesen sein – das Jahr 2009 dagegen eines der besten werden. Während sie 2008 hohe Kostensteigerungen zu verkraften hatten, ihre Erlöse aber nur moderat stiegen und sich damit eine Finanzierungslücke von mehreren Milliarden Euro auftat, können Krankenhäuser 2009 von den zusätzlichen Erlössteigerungen durch das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) und zusätzliche Investitionsmitteln aus dem Konjunkturpaket II profitieren. Allerdings dürften 2010 die Folgen der Finanzkrise auch die Gesundheitswirtschaft erreichen. Steigende Arbeitslosigkeit und damit geringere Einnahmen der Krankenkassen, die Auswirkungen des 2009 eingeführten Gesundheitsfonds, rückläufige Steuereinnahmen und eine hohe Schuldenlast der öffentlichen Hand dürften den Druck auf die Leistungserbringer erhöhen. Vor diesem Hintergrund wird die nächste Gesundheitsreform – nach der Bundestagswahl – sehr wahrscheinlich eine Kostensenkungsreform werden.

Während 2006 und 2007 der Anteil der Krankenhäuser im roten Bereich (erhöhte Insolvenzgefahr) noch bei 16% und die durchschnittliche Ausfallwahrscheinlichkeit bei 1,3% lag, erwarten wir für 2008 einen beträchtlichen Anstieg des roten Bereichs auf 27%, 2009 dagegen ein Sinken auf 15%, ab 2010 wieder eine Erhöhung. Langfristig dürften die Kosten stärker zunehmen als die Erlöse, sodass ohne Produktivitätsfortschritt der Anteil im roten Bereich bis 2020 auf 29% steigen könnte. Eine Marktberreinigung würde langfristig die Lage der überlebenden Krankenhäuser verbessern. In diesem Fall würden rund 15% der Häuser mit schlechtem Rating bis 2020 ausfallen und ihre Patienten an die verbleibenden abgeben, womit sich die Lage bis 2020 stabilisieren würde. Von einem Ausfall besonders betroffen wären kleine Krankenhäuser, öffentlich-rechtliche, solche mit einem hohen Basisfallwert und westdeutsche Häuser. Ländliche Häuser wären hingegen nicht stärker gefährdet als städtische. Gleichzeitig ist zu erwarten, dass die Privatisierung von Krankenhäusern und die Kettenbildung weiter voranschreiten werden. Dabei dürften nicht nur private Klinikketten weiter an Bedeutung gewinnen. Auch nicht-private Kliniken, vor allem im freigemeinnützigen Bereich, sollten ihre Position ausbauen können.

Zur Beurteilung der wirtschaftlichen Lage greifen wir auf eine Stichprobe von 546 Jahresabschlüssen zumeist aus den Jahren 2006 und 2007 zurück, die insgesamt 832 Krankenhäuser umfassen. Kleine Krankenhäuser schneiden signifikant schlechter ab als große oder mittelgroße, westdeutsche Krankenhäuser schlechter als ostdeutsche. Bei öffentlich-rechtlichen Häusern liegen 24% im roten Bereich, bei freigemeinnützigen 10% und bei privaten 14%. In Ostdeutschland und in Nord-

Krankenhaus Rating Report 2009

rhein-Westfalen liegen besonders viele Krankenhäuser im grünen und nur wenige im roten Bereich. In Baden-Württemberg, Schleswig-Holstein und Hamburg fällt der Anteil im roten Bereich ebenfalls vergleichsweise niedrig aus, dagegen der Anteil im gelben Bereich sehr hoch.

Folgende Faktoren scheinen die Ausfallwahrscheinlichkeit zu reduzieren: ein hoher BFW, eine hohe Fokussierung des Leistungsangebots, ein großer Anteil pauschaler Fördermittel im Bundesland (als Anteil an allen KHG-Mitteln), ein junges Alter des Krankenhauses. Der isolierte Faktor Ländlichkeit führt ebenfalls zu einem besseren Rating. Allerdings zeigen bivariate Analysen, dass das typisch ländliche Krankenhaus nicht besser und nicht schlechter als das typisch städtische abschneidet. D.h. bei ländlichen Krankenhäusern sammeln sich weitere Faktoren mit negativem Einfluss auf das Rating. Keinen statistisch signifikanten Einfluss haben: Klinikette im Vergleich zu Einzelhäusern, private gegenüber freigemeinnützigen Häusern, die Aktualität der vorliegenden Bilanzdaten, Einkommensniveau der Region, süd- versus norddeutscher Standort und Höhe der KHG-Mittel. Schließlich weisen Krankenhäuser mit einem guten Rating oder einer hohen Profitabilität leicht weniger qualitative Auffälligkeiten auf. Der Unterschied ist statistisch nicht signifikant.

Kosten und Erlöse

Seit einigen Jahren ist der Anteil der Personalkosten an den Gesamtkosten rückläufig: 2002 betrug er 65,2%, 2007 nur noch 61,2%. Zwischen 1997 und 2007 nahm das Pflegepersonal von 341 000 Vollkräften um 12,6% ab, während der ärztliche Dienst von 106 000 auf 126 000 um 19,3% stieg. Sonstige Dienste wurden um 24,6% reduziert. Insgesamt gibt es überzeugende Indizien für verstärktes Outsourcing. Zwischen 2002 und 2007 stiegen die Kosten je Vollkraft im ärztlichen Dienst um 11,5%, im nicht-ärztlichen um 6 bis 8%.

Ohne Berücksichtigung betrieblicher Gegenmaßnahmen erwarten wir v.a. aufgrund des Nachfragewachstums bis 2020 eine Zunahme der Zahl der Vollkräfte im ärztlichen Dienst um etwa 15%, in den nicht-ärztlichen Diensten um 3% bis 4%. In der Summe würde das Personal von derzeit 792 000 Vollkräften um rund 5% auf 834 000 steigen. Dadurch dürften die Personalkosten bis 2020 um 47% bzw. 2,8% p.a. wachsen, die Sachkosten um 24% bzw. 1,5% p.a.. Die Gesamtkosten würden um 38% steigen. Betriebliche Gegenmaßnahmen dürften allerdings wie schon in der Vergangenheit auch zukünftig zu einer Umschichtung von Personal- in Sachkosten führen. Bei den Erlösen rechnen wir mit einem Anstieg bis 2020 um 39%, wovon ein großer Anteil auf den Einmaleffekt 2009 zurückzuführen ist.

Krankenhausmarkt

Der Gesundheitsmarkt erreichte im Jahr 2007 ein Volumen von 252 Mrd. € Euro bzw. 10,7% des BIP, etwa ein Viertel davon entfällt auf den Krankenhausesektor. Die Ausgaben für Krankenhäuser wuchsen zwischen 1997 und 2006 im Durchschnitt wie das BIP. Die Zahl stationärer Fälle nahm von 1997 bis 2007 um 4,6% auf 17,2 Mill. zu. Baden-Württemberg, Hamburg und Berlin weisen derzeit die geringste (nach Alter und Geschlecht bereinigte) Zahl der Krankenhausfälle je Einwohner auf, das Saarland und die ostdeutschen Bundesländer die höchste.

Auf Basis der regionalen demographischen Entwicklung, Annahmen zum ambulanten Potenzial, Trends in den Prävalenzraten sowie zur Verweildauer und Bettenauslastung projizieren wir die Zahl der Fälle und den Bettenbedarf. Berücksichtigt man nur die demographische Entwicklung rechnen wir bundesweit bis 2020 mit etwa 6,7% mehr Fällen als 2007. Schreibt man die Trends in den Prävalenzraten der Vergangenheit fort („medizinisch-technischer Fortschritt“) würde die Zahl der Fälle bis 2020 um 13,7% zunehmen. Unter zusätzlicher Berücksichtigung des ambulanten Potenzials dürfte die Zahl jedoch nur um 5,8% wachsen. Differenziert nach Indikationen, Fachabteilungen und Regionen zeigen sich dabei allerdings große Unterschiede.

Die Zahl der Betten belief sich 2007 auf rund 507 000, fast 4 000 weniger als im Vorjahr. Wir schätzen die Bettenüberkapazität derzeit auf unter 10%. Ohne weitere Anpassungen dürften sie aber bis 2020 auf 28% wachsen. Die Zahl der Krankenhäuser nahm auf 2 087 ab, 17 weniger als 2006. Dabei ist der Rückgang seit 2003 zu mehr als 90% durch Fusionen und nicht durch Schließungen erklärbar. Private Krankenhäuser gewinnen weiter Marktanteile, gemessen an der Zahl der Betten erreichten sie 2007 15,6%, nach 13,6% im Vorjahr. Der Anteil rechtlich unselbständiger öffentlich-rechtlicher Krankenhäuser nahm gegenüber 2003 merklich ab: Während 2003 noch über die Hälfte rechtlich unselbständig war, war dies 2007 nur noch jedes vierte Haus.

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sind offensichtlich ein Erfolgsmodell: Seit 2004 wächst ihre Zahl beträchtlich. Mitte 2008 gab es bereits 1 150 MVZ mit über 5 000 Ärzten, davon drei Viertel fest angestellt. Bezogen auf die Einwohnerzahl gibt es in Berlin, Sachsen, Thüringen und Bayern die meisten MVZ, dagegen in Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz, Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg die wenigsten. Wir erwarten, dass das Wachstumspotenzial für MVZ noch immens ist. Gegenüber Einzelpraxen bieten MVZ sowohl für den Patienten als auch für die Ärzte große Vorteile bei Service und Wirtschaftlichkeit.

Krankenhaus Rating Report 2009

Krankenhausfinanzierung

Die DRG-Konvergenz schreitet voran. Die Standardabweichung um den jeweiligen Landesbasisfallwert (LBFW) betrug 2008 nur noch 6,4% gegenüber 15,7% im Jahr 2004. Die Konvergenz auf Bundeslandebene endet 2010 und mündet in eine abgemilderte zweite Konvergenz der LBFW auf Bundesebene bis 2014. Rheinland-Pfalz, das Saarland und Berlin müssen dann mit einem zum Teil spürbaren Rückgang der Vergütung rechnen. Mit einer Erhöhung der Vergütung können Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein rechnen. In den anderen Bundesländern wird es zu keinen nennenswerten Veränderungen kommen.

Die Diskussion über eine vollständige Bundeskonvergenz nach 2014 löst sich möglicherweise dadurch auf, dass Preise in Zukunft zwischen Kostenträgern und Krankenhäusern verhandelbar werden könnten und der Bundesbasisfallwert lediglich als Richtwert dient. Vor dem Hintergrund knapper Mittel bei den Krankenkassen und der öffentlichen Hand dürfte die nächste Gesundheitsreform, wohl 2010 oder 2011, zumindest ansatzweise für manche Behandlungsarten einen Preiswettbewerb im Rahmen selektiven Kontrahierens zulassen. Dann wird zumindest für die freigegebenen Behandlungsarten eine DRG-Bundeskonvergenz überflüssig.

Die gesamten KHG-Fördermittel sanken 2007 weiter auf 2,66 Mrd. € nach 2,78 Mrd. € im Vorjahr. Legt man einen jährlichen Investitionsbedarf von 10% des Krankenhausumsatzes zugrunde, beläuft sich die kumulierte Investitionslücke seit 1991 auf 16 Mrd. €. Allerdings füllen die Krankenhäuser einen wachsenden Teil dieser Lücke durch Investitionen aus Eigenmitteln. Nach unseren Berechnungen belaufen sie sich kumuliert auf rund 7 Mrd. €, sodass der tatsächliche Investitionsstau bei 9 Mrd. € liegen dürfte. Bislang scheint ein Großteil der KHG-Fördermittel ineffizient eingesetzt zu werden. Ein Umstieg auf die Investitionspauschale – wie im KHRG für die Bundesländer optional vorgesehen – könnte dazu führen, dass mit der knappen Ressource Fördermittel weit mehr erreicht werden könnte. Tatsächlich zeigt sich, dass Krankenhäuser in Bundesländern mit einem hohen Anteil an pauschalen KHG-Fördermitteln eine signifikant niedrigere Ausfallwahrscheinlichkeit aufweisen als solche in Ländern mit einem geringen Anteil. Wir gehen daher davon aus, dass die Bundesländer ab 2011 schrittweise ihre Investitionsfinanzierung entsprechend umstellen werden, um die öffentlichen Mittel effizienter einzusetzen.

Executive Summary

Gesundheitsregionen

München ist die Behandlungsregion mit dem deutschlandweit größten Nettopatientenzustrom, gefolgt von Frankfurt a.M., Heidelberg, Hamburg, den Kernstädten des Ruhrgebiets, Berlin, Stuttgart, Bonn, Regensburg und Münster. Größter Aufsteiger im Vergleich zum Vorjahr ist Stuttgart. Setzt man den Nettozustrom ins Verhältnis zur gesamten Patientenzahl vor Ort, führt Heidelberg mit beachtlichem Abstand auf Platz eins.

Rund 64 000 ausländische Patienten suchten 2006 ein deutsches Krankenhaus auf, das sind etwa 0,4% aller Patienten in Deutschland. Die Mehrzahl davon stammte aus Europa, vor allem aus den unmittelbaren Nachbarstaaten Deutschlands. Nur rund 2 500 kamen aus Russland, Ukraine oder Weißrussland. Die Zahl der Patienten aus dem außereuropäischen Ausland fällt insgesamt bescheiden aus. Zu erwähnen sind ca. 1 000 Patienten aus Kuwait und 900 aus den Vereinigten Arabischen Emiraten. Damit handelt es sich bislang um eine recht überschaubare Zahl. Die Behandlung ausländischer Patienten erfolgte überwiegend in den Städten Hamburg, Berlin, Koblenz, Frankfurt a.M., München und in den Grenzregionen West- und Süddeutschlands, darunter insbesondere Aachen und Saarbrücken. Die höchste Quote ausländischer Patienten wies dabei das Saarland auf.