



Materialien

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

Krankenhaus Rating Report 2010

Licht und Schatten



ADMED

Executive Summary/Heft 59

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; 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 59

Herausgeber:

Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung

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

Alle Rechte vorbehalten. Essen 2010

Schriftleitung:

Prof. Dr. Christoph M. Schmidt

Redaktionelle Bearbeitung:

Joachim Schmidt

Konzeption und Gestaltung:

Julica Marie Bracht, Daniela Schwindt, Benedict Zinke

ISSN 1612-3573

ISBN 978-3-86788-209-5

Materialien

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

Krankenhaus Rating Report 2010

Executive Summary

Heft 59

Die gesamte Studie kann zum Preis von 265 € 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 978-3-86788-209-5

Vorwort

Bei dem vorliegenden *Krankenhaus Rating Report 2010* handelt es sich um den sechsten. 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 hat sich die Datenlage weiter verbessert. Die Zahl der untersuchten Jahresabschlüsse aus 2007 konnte auf 713 gesteigert werden, sie umfassen insgesamt 1 032 Krankenhäuser. Auch lagen bereits 264 Jahresabschlüsse aus 2008 vor. Dies erlaubt detaillierte Analysen, z.B. zur Lage der kleinen Kliniken sowie zu regionalen Unterschieden. Erstmals untersuchen wir auch die Lage der psychiatrischen und psychotherapeutischen Kliniken sowie regionale Unterschiede hinsichtlich der Lage der kommunalen Krankenhäuser, auch in Bezug auf den Schuldenstand der Gemeinden. Außerdem findet ein neues Modell zur Bestimmung des Personalbedarfs Berücksichtigung. Schließlich widmen wir uns der Gestaltung der ländlichen Versorgung in der Zukunft.

Wir danken Ferdinand Rau, Prof. Dr. Thomas Schwenger, PD Dr. Bernhard Schwillk sowie Rüdiger Budde, Lisa Heß, Dr. Michaela Lemm, Andreas Mokolke, Carina Mostert, Adam Pilny, Konstantin Römer und Joachim Schmidt für wertvolle Unterstützung, Kommentare und Anregungen bei der Erstellung der Studie, Uwe Preusker für die Diskussion der ländlichen Versorgung in Skandinavien, Dr. Andreas Werblow und Dr. Olaf Schoffer für die Bereitstellung ihres Modells zur Personalbedarfsschätzung und Dr. Michael Mörsch für die Bereitstellung der Daten über die KHG-Fördermittel der Bundesländer. 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, 5. Mai 2010

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

Krankenhaus Rating Report 2010

Inhalt

Executive Summary 13

1.	Einleitung 16
2.	Der Krankenhausmarkt
2.1	Status quo
2.1.1	Marktübersicht 18
2.1.2	Leistungen 21
2.1.3	Ausländische Patienten 28
2.1.4	Preise 29
2.1.5	Kosten 32
2.1.6	Fördermittel 38
2.1.8	Medizinische Versorgungszentren 54
2.1.9	Ländliche Versorgung 55
2.2	Projektionen 70
2.2.1	Zahl der Fälle 70
2.2.2	Kapazitäten 78
2.2.3	Kosten und Erlöse 80
2.3	Wesentliche Ergebnisse im Überblick 90
2.3.1	Status quo 90
2.3.2	Hochrechnungen 92
3.	Das Rating der Krankenhäuser 94
3.1	Datengrundlage 94
3.2	Methodik 94
3.3	Aktuelle Situation und vergangene Entwicklung 100
3.3.1	Aktuelle Situation 100
3.3.2	Vergangene Entwicklung 103
3.3.2	Erwartete Situation 2009 und 2010 105
3.3.4	Ergebnisse für Untergruppen 109
3.3.5	Multivariate Analyse 113
3.3.6	Qualität, Patientenzufriedenheit und Wirtschaftlichkeit 115
3.4	Hochrechnung des Ratings 120
3.5	Sonderanalyse kommunale Kliniken 126
3.5.1	Kommunale im Vergleich mit anderen Kliniken 126
3.5.2	Kommunale Krankenhäuser im Vergleich untereinander 136
3.6	Sonderanalyse Bundesländer 140
3.7	Sonderanalyse kleine Kliniken 148

Krankenhaus Rating Report 2010

3.8	Sonderanalyse psychiatrische Kliniken	154
3.9	Wesentliche Ergebnisse im Überblick	155
4.	Schlussfolgerungen	159
4.1	Wirtschaftliche Lage	159
4.2	Kommunale Krankenhäuser	159
4.3	Ländliche Versorgung	161
4.4	Krankenhausfinanzierung	162
4.5	Einsparpotenziale	162
4.6	Das Krankenhaus der Zukunft	163
4.6.1	Innenfinanzierungskraft	163
4.6.2	Strategie	163
4.6.3	Personal	164
4.6.4	Qualität und Service	165
5.0	Anhang	166
5.1	Benchmarks	166
5.2	Weitere Schaubilder	177
5.3	Das Ratingverfahren in dieser Studie	178
	Glossar	180
	Literatur	183

Verzeichnis der Kästen

Kasten 1	Kasten 1: Krankenhaus- und Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen – wie machen es die Nordeuropäer? 62
Kasten 2	Abschätzung der Last der Altersvorsorgeaufwendungen kommunaler Kliniken 135

Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1	Gesundheitsausgaben in Deutschland, Finnland, Norwegen und Schweden 65
Tabelle 2	Bettendichte und Verweildauer 68
Tabelle 3	Geografische Daten 69

Tabelle 4	Regressionsmodell nach Werblow/Schoffer (2010)	82
Tabelle 5	Multivariate Regressionsanalyse zur PD	113
Tabelle 6	Multivariate Regressionsanalyse zur EBITDA-Marge (ohne KHG-Mittel)	117
Tabelle 7	Das repräsentative Krankenhaus nach Ausfallwahrscheinlichkeit	168
Tabelle 8	Das repräsentative Krankenhaus nach dem Ampelsystem	169
Tabelle 9	Das repräsentative Krankenhaus nach Trägerschaft	170
Tabelle 10	Das repräsentative öffentlich-rechtliche Krankenhaus nach Ausfallwahrscheinlichkeit	171
Tabelle 11	Das repräsentative Krankenhaus nach Größe	172
Tabelle 12	Das repräsentative Krankenhaus nach hohem und niedrigem BFW	173
Tabelle 13	Das repräsentative Krankenhaus nach Stadt und Land	174
Tabelle 14	Das repräsentative Krankenhaus nach Bundesländern	175
Tabelle 15	Das repräsentative Krankenhaus nach mit/ohne Psychiatrie	176

Verzeichnis der Schaubilder

Schaubild 1	Marktvolumen	19
Schaubild 2	Verteilung der Gesundheitsausgaben	20
Schaubild 3	Marktvolumen, BIP und Preise	21
Schaubild 4	Zahl der stationären Fälle und der ambulanten Operationen	22
Schaubild 5	Um Alter und Geschlecht bereinigte Zahl der stationären Fälle je Einwohner	24
Schaubild 6	CMI nach Größe, Trägerschaft und Siedlungsstruktur	25
Schaubild 7	Fälle und Casemix nach Größe, Trägerschaft und Siedlungsstruktur	26
Schaubild 8	Hauptdiagnosen nach ICD-10	27
Schaubild 9	Veränderung der Zahl der Fälle nach ICD-10	28
Schaubild 10	Zahl der Fälle nach Fachabteilungen	29
Schaubild 11	Veränderung der Zahl der Fälle nach Fachabteilungen	30
Schaubild 12	Direktüberweisungen aus Akutkrankenhäusern in Reha-Kliniken	30
Schaubild 13	Direktüberweisungen aus Akutkrankenhäusern in Pflegeheime	31
Schaubild 14	2002 bis 2008	31
Schaubild 15	Aufnahmeanlässe in die akutstationäre Behandlung	31
Schaubild 16	Ausländische Patienten nach Herkunftskontinenten	32
Schaubild 17	Ausländische Patienten nach Herkunftsländer in Europa	33

Krankenhaus Rating Report 2010

- Schaubild 18 Ausländische Patienten nach Bundesländern 34
- Schaubild 19 Landesbasisfallwert der Bundesländer im Vergleich zu Bundesbasisfallwert 35
- Schaubild 20 Korridor 35
- Schaubild 21 Relative Änderung des Landesbasisfallwerts bei Konvergenz zum Bundesbasisfallwert 36
- Schaubild 22 CMI und LBFW je Bundesland 36
- Schaubild 23 Personal- und Sachkosten 37
- Schaubild 24 Personal- und Sachkosten 37
- Schaubild 25 Verteilung der Personalkosten auf Dienstarten 38
- Schaubild 26 Personaleinsatz in Krankenhäusern nach Dienstart 39
- Schaubild 27 Personalausgaben nach Dienstart 40
- Schaubild 28 Verteilung der Sachkosten auf Sachmittelarten 41
- Schaubild 29 KHG-Fördermittel 41
- Schaubild 30 Kumulierte KHG-Fördermittel nach Bundesländern 42
- Schaubild 31 Kumulierte Investitionslücke und Investitionsstau in Abhängigkeit von als notwendig erachteten Investitionsquoten 42
- Schaubild 32 Kumulierte Investitionslücke und Investitionsstau nach Bundesländern 43
- Schaubild 33 Zahl der Krankenhäuser und Krankenhausbetten 44
- Schaubild 34 Veränderung der Zahl der Krankenhausbetten nach Fachabteilungen 45
- Schaubild 35 Veränderung der Zahl der Krankenhausbetten nach Bundesländern 47
- Schaubild 36 Marktanteil bei Krankenhausbetten nach Trägerschaft 48
- Schaubild 37 Rechtsform der öffentlich-rechtlichen Krankenhäuser 52
- Schaubild 38 Veränderung der Zahl der Krankenhausträger 53
- Schaubild 39 Verweildauer und Belegungstage in Krankenhäusern 54
- Schaubild 40 Veränderung der Verweildauer nach Fachabteilung 55
- Schaubild 41 Bettenauslastung der Krankenhäuser 56
- Schaubild 42 Zahl der MVZ und Anteil mit Krankenhausbeteiligung 57
- Schaubild 43 Verteilung der MVZ nach Bundesländern 58
- Schaubild 44 Zahl der Ärzte in MVZ nach Art der Anstellung 59
- Schaubild 45 Krankenhausdichte und Bevölkerungsdichte 61
- Schaubild 46 Zahl der Krankenhausfälle nach Alter und Geschlecht 70
- Schaubild 47 Zahl der Krankenhausfälle nach Alter 71
- Schaubild 48 Ambulantes Potenzial bis 2020 nach Alter des Patienten 72
- Schaubild 49 Projektion der Zahl der stationären Fälle 73
- Schaubild 50 Altersverteilung der Patienten bei demografischer Entwicklung und medizinisch technischem Fortschritt 74

Schaubild 51	Zahl der Fälle nach Indikationen bei nicht-konstanten Prävalenzraten (Trends) ohne ambulantes Potenzial	77
Schaubild 52	Zahl der Fälle nach Indikationen bei nicht-konstanten Prävalenzraten (Trends) mit ambulantem Potenzial	78
Schaubild 53	Annahme zur durchschnittlichen Verweildauer	79
Schaubild 54	Erwartete Zahl der Betten und Überkapazitäten	80
Schaubild 55	Personalbedarf in der Hochrechnung	83
Schaubild 56	Personalkosten nach Dienstart	84
Schaubild 57	Preisindex für ausgewählte Güter	86
Schaubild 58	Projektion der Erlöse	87
Schaubild 59	Auswirkungen des KHRG	89
Schaubild 60	Veränderung der gesamten Erlöse	90
Schaubild 61	Verteilung der Krankenhäuser nach Bundesländern in der Stichprobe und Grundgesamtheit	95
Schaubild 62	Verteilung der Krankenhäuser nach Trägerschaft in der Stichprobe und Grundgesamtheit	96
Schaubild 63	Verteilung der Krankenhäuser nach der Zahl der Betten in der Stichprobe und Grundgesamtheit	97
Schaubild 64	Durchschnittliche Ausfallwahrscheinlichkeit im Vergleich mit anderen Branchen	100
Schaubild 65	Verteilung von Einrichtungen nach der Ampelklassifikation	101
Schaubild 66	Ertragslage der Krankenhäuser	102
Schaubild 67	Verbindlichkeiten der Krankenhäuser gegenüber Kreditinstitute nach Trägerschaft	103
Schaubild 68	Durchschnittliche PD im Zeitverlauf	104
Schaubild 69	Verteilung der Krankenhäuser nach der Ampelklassifikation im Zeitverlauf	105
Schaubild 70	Umsatzrendite und Eigenkapitalquote im Zeitverlauf	105
Schaubild 71	Kurzfrist-Projektion der Ausfallwahrscheinlichkeit	106
Schaubild 72	Kurzfrist-Projektion der Verteilung der Krankenhäuser nach der Ampelklassifikation	107
Schaubild 73	Kurzfrist-Projektion der Verteilung der Krankenhäuser nach dem Jahresüberschuss	107
Schaubild 74	Kurzfrist-Projektion des EBITDA und der Kapitalrendite	108
Schaubild 75	Verteilung des Jahresüberschusses nach dem DKI-Barometer	109
Schaubild 76	Ausfallwahrscheinlichkeit nach Untergruppen von Krankenhäusern	110
Schaubild 77	Ausfallwahrscheinlichkeit im Zeitverlauf nach Höhe des BFW	111

Krankenhaus Rating Report 2010

- Schaubild 78 Ausfallwahrscheinlichkeit nach Größe und Konzentration der Fälle 112
- Schaubild 79 Anteil pauschaler Fördermittel an gesamten Fördermitteln 115
- Schaubild 80 Ausfallwahrscheinlichkeit und Anteil pauschaler Fördermittel 116
- Schaubild 81 Ampelklassifikation nach Art der Qualität 117
- Schaubild 82 Durchschnittliche PD nach Art der Qualität 118
- Schaubild 83 Ampelklassifikation nach Höhe der Patientenzufriedenheit 119
- Schaubild 84 Patientenzufriedenheit nach Untergruppen 120
- Schaubild 85 Projektion der Ampelklassifikation im Basisszenario 121
- Schaubild 86 Projektion der Verteilung der Höhe der Jahresüberschüsse im Basisszenario 122
- Schaubild 87 Projektion der Ampelklassifikation bei Produktivitätsfortschritt 123
- Schaubild 88 Projektion der Verteilung der Höhe der Jahresüberschüsse bei Produktivitätsfortschritt 123
- Schaubild 89 Projektion der Ampelklassifikation bei Produktivitätsfortschritt und Marktberreinigung 124
- Schaubild 90 Projektion der Verteilung der Höhe der Jahresüberschüsse bei Produktivitätsfortschritt und Marktberreinigung 125
- Schaubild 91 Projektion der PD in verschiedenen Szenarien 125
- Schaubild 92 Eigenschaften der bei Marktberreinigung ausscheidenden Krankenhäuser 126
- Schaubild 93 Ampelklassifikation und Jahresüberschuss nach Trägerschaft 127
- Schaubild 94 Defizite der defizitären kommunalen Kliniken und Steuereinnahmem der Kommunen 128
- Schaubild 95 Altersvorsorgeaufwendungen nach Trägerschaft und nach Ost/West 134
- Schaubild 96 Verteilung der EBITDA-Marge mit und ohne KHG-Mittel nach Trägerschaft 137
- Schaubild 97 Ampelklassifikation kommunaler Kliniken nach Untergruppen I 138
- Schaubild 98 Ampelklassifikation kommunaler Kliniken nach Untergruppen II 139
- Schaubild 99 Ampelklassifikation kommunaler Kliniken nach Patientenzufriedenheit und Qualität 140
- Schaubild 100 Ampelklassifikation nach Bundesländern 141
- Schaubild 101 Ausfallwahrscheinlichkeit nach Bundesländern 142
- Schaubild 102 EBITDA-Marge nach Bundesländern 144

- Schaubild 103 Standardabweichung der EBITDA-Marge nach Bundesländern 145
- Schaubild 104 Ampelklassifikation kleiner Kliniken nach Bundesländern 146
- Schaubild 105 Ampelklassifikation kommunaler Kliniken nach Bundesländern 147
- Schaubild 106 Verteilung der Zahl der Krankenhäuser in der Stichprobe nach Bundesländern 147
- Schaubild 107 Zahl der Krankenhäuser nach Zahl der Betten 148
- Schaubild 108 Das typische kleine Krankenhaus 149
- Schaubild 109 Ampelklassifikation nach der Größe des Krankenhauses 150
- Schaubild 110 Verteilung der EBITDA-Marge nach der Größe des Krankenhauses 151
- Schaubild 111 Ampelklassifikation kleiner Krankenhäuser nach Untergruppen I 152
- Schaubild 112 Ampelklassifikation kleiner Krankenhäuser nach Untergruppen II 153
- Schaubild 113 Zahl der Krankenhäuser nach ihrem Angebot an psychiatrischen Leistungen 154
- Schaubild 114 Ampelklassifikation und PD nach Angebot an psychiatrischen Leistungen 155
- Schaubild 115 Erwartete Marktanteile nach Trägerschaft 160
- Schaubild 116 Strukturbilanz des repräsentativen Krankenhauses 167
- Schaubild 117 Struktur-GuV des repräsentativen Krankenhauses 167
- Schaubild 118 Erwartete Veränderung der Zahl der Fälle nach Fachabteilungen bei nicht-konstanter Prävalenzrate, ohne ambulantes Potenzial 177
- Schaubild 119 Erwartete Veränderung der Zahl der Fälle nach Fachabteilungen bei nicht-konstanter Prävalenzrate, mit ambulantem Potenzial 178

Krankenhaus Rating Report 2010

Verzeichnis der Karten

Karte 1	Stationäre Fälle nach Wohnort	25
Karte 2	Zahl der Krankenhausbetten nach Raumordnungsregionen	48
Karte 3	Marktanteil von privaten Krankenhäusern bei Betten	51
Karte 4	Marktanteil von freigemeinnützigen Krankenhäusern bei Betten	52
Karte 5	Marktanteil von öffentlich-rechtlichen Krankenhäusern bei Betten	53
Karte 6	Krankenhausdichte nach raumordnungsregionen	62
Karte 7	Krankenhausstandorte in der Region um Lüdenscheid	64
Karte 8	Bevölkerungsdichte Nordeuropas	65
Karte 9	Veränderung der Zahl der Fälle bei konstanten Prävalenzraten ohne ambulantes Potenzial	77
Karte 10	Veränderung der Zahl der Fälle bei nicht-konstanten Prävalenzraten (Trends) ohne ambulantes Potenzial	78
Karte 11	Pro-Kopf-Verschuldung der Kreise, gemittelt über Regionen	131
Karte 12	Anzahl gefährdeter kommunaler Kliniken nach Regionen (hochgerechnet)	132
Karte 13	Öffentlich-rechtliche Krankenhäuser	133
Karte 14	Ampelklassifikation nach Trägerschaft und Ost/West	135
Karte 15	Anteil gefährdeter Krankenhäuser nach Regionen	145

Executive Summary

War 2008 ein wirtschaftlich schwieriges Jahr für Krankenhäuser, deuten sich für 2009 und 2010 Besserungen an – dank (vorübergehender) Erlössteigerungen infolge des KHRG, allerdings zu Lasten der Krankenversicherungen. Nachdem 2008 etwa 16,4% aller Häuser eine erhöhte Insolvenzgefahr aufwiesen („roter Bereich“), dürfte dies 2009 nur noch auf etwa 11% und 2010 auf 8% zutreffen. Bis 2010 sollten außerdem über 80% der Krankenhäuser einen Jahresüberschuss schreiben. Grundlage dieser Analysen sind 713 Jahresabschlüsse aus den Jahren 2007 und 2008 und Hochrechnungen der Kosten und Erlöse auf 2010. Insgesamt umfassen die Jahresabschlüsse 1 032 Krankenhäuser.

Leistungsdaten liegen derzeit bis 2008 vor. Wie in den vergangenen Jahren konnten die Krankenhäuser 2008 die Zahl der Fälle steigern – um 2% auf 17,5 Mill. Regional variiert die Zahl der stationären Krankenhausaufenthalte je Einwohner sehr stark. Ziel muss es sein, die Inanspruchnahme in Regionen mit verhältnismäßig hoher Patientenzahl zu reduzieren. Dazu muss untersucht werden, weshalb beispielsweise in allen Kreisen Baden-Württembergs die Inanspruchnahme von stationären Leistungen stark unterdurchschnittlich und weshalb sie im Saarland, in Thüringen, Sachsen-Anhalt und Brandenburg so hoch ist.

Erstmals nahm 2008 auch die Zahl der Beschäftigten auf 797 500 Vollkräfte in Krankenhäusern wieder zu (0,7%). Besonders erwähnenswert ist die Ausweitung des Pflegedienstes nach zahlreichen Jahren des Abbaus. Allerdings stiegen die Kosten je Vollkraft in den vergangenen Jahren stark an: zwischen 2002 und 2008 um 16,5% im ärztlichen und um 8 bis 11% in den nicht-ärztlichen Diensten. Vermutlich durch Outsourcing und Verbesserung von Arbeitsabläufen ist der Anteil der Personalkosten an den Gesamtkosten jedoch rückläufig: 2002 betrug er 65,2%, 2008 nur noch 60,5%.

Krankenhäuser waren also gezwungen, ihre Produktivität zu erhöhen, um den steigenden Löhnen und dem wachsenden Personalbedarf entgegen zu wirken. Ungünstig wirkt sich wohl der Investitionsstau aus, den wir auf 12,6 Mrd. € schätzen. Investitionen sind notwendig, um Betriebsprozesse in großem Stil optimieren zu können. Weiteren Produktivitätsfortschritten müssen daher Investitionen voraus gehen. Wenn aber die öffentlichen Investitionsfördermittel nicht erhöht werden sollen oder können, sollten sie zumindest effizienter eingesetzt werden. Dazu empfiehlt sich ein Umstieg von Einzelfördermaßnahmen hin zu einer pauschalen Vergabe der Fördermittel. Investitionspauschalen werden derzeit vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) erarbeitet und können ab 2011 von den Bundesländern optional eingeführt werden. Nichtsdestoweniger müssen Krankenhäuser gleichzeitig ihre Innenfinanzierungskraft nachhaltig stärken, um

Krankenhaus Rating Report 2010

einen immer größeren Teil der Investitionsfinanzierung eigenständig bewältigen zu können.

Das Angebot hat sich 2008 nur geringfügig geändert: Die Zahl der Betten nahm um 3 500 auf 503 000 ab. Die Zahl der Krankenhäuser sank auf 2 067. Private Krankenhäuser gewannen 2008 kaum zusätzlichen Marktanteil (15,9%, 15,6% im Vorjahr). Im Zeitraum zwischen 2000 und 2007 hat allerdings die Marktkonzentration zugenommen: Während im Jahr 2000 die Top-10% der Träger 25% der Krankenhäuser besaßen, waren es 2009 bereits 29%.

Bis 2020 erwarten wir eine Zunahme der Zahl der Fälle um 11,0%. Unter Berücksichtigung und Abzug des ambulanten Potenzials würde die Zunahme mit 3,8% allerdings wesentlich schwächer ausfallen. Aufgrund sinkender Verweildauern würden ohne weitere Anpassungen die Bettenüberkapazitäten von derzeit unter 10% bis 2020 auf etwa 30% steigen. Anders sieht es indessen in Bezug auf das Personal aus. Wir gehen bis 2020 von einem weiter wachsenden Bedarf im ärztlichen Dienst (8%), im Pflegedienst (4 bis 5%) und in den anderen medizinischen Diensten (5 bis 6%) aus. Da die Gesundheitsbranche auch im Wettbewerb mit anderen Branchen steht und der Krankenhausbereich im Wettbewerb mit anderen Gesundheitssektoren, dürfte qualifiziertes Personal im neuen Jahrzehnt zum Engpass werden. Die Wettbewerbsfähigkeit von Krankenhäusern wird entscheidend von der erfolgreichen Akquise und Weiterbildung von Personal bestimmt werden. Dies dürfte weiterhin zu überproportional steigenden Löhnen für ärztliches und nicht-ärztliches Personal führen.

Wir gehen daher davon aus, dass sich ohne betriebliche Optimierungsmaßnahmen die Erlöse langfristig weniger stark erhöhen werden als die Kosten. Dies hätte zur Folge, dass sich die gute wirtschaftliche Lage 2010 schrittweise wieder verschlechtert. Der Anteil der Krankenhäuser im roten Bereich würde bis 2020 auf 18% steigen, ein Drittel würde Jahresverluste schreiben. Im Durchschnitt müssten Krankenhäuser ab 2011 durch Produktivitätsfortschritte ihre Kosten um jährlich 0,25% senken, um die Lage näherungsweise zu stabilisieren. Vermutlich werden aber einige Häuser im Laufe des Jahrzehnts aus wirtschaftlichen Gründen schließen müssen. Dies zusammen mit einem Produktivitätsfortschritt würde dazu führen, dass sich bis 2020 kaum noch Krankenhäuser im roten Bereich befänden. Von Schließung bedroht, sind besonders kleine, öffentlich-rechtliche oder ländliche Krankenhäuser.

Mittel- bis langfristig ist davon auszugehen, dass die derzeit bestehende Krankenhausinfrastruktur in manchen ländlichen Gebieten nicht mehr dem Bedarf entspricht und somit nicht in ihrem vollen Umfang aufrechterhalten werden kann. Vielmehr müssen neue, ökonomisch tragbare Versorgungsformen

Executive Summary

geschaffen werden. Sowohl im innerdeutschen als auch im internationalen Vergleich zeigt sich, dass eine geringe Bevölkerungsdichte nicht automatisch mit einer hohen Krankenhausdichte einher gehen muss. Beispielsweise erbringen die skandinavischen Länder in sehr bevölkerungsschwachen Gebieten eine gute und wirtschaftlich tragbare medizinische Versorgung – wie im Übrigen auch einige bevölkerungsschwache Gebiete in Deutschland. Die Zukunft der ländlichen Versorgung dürfte in der dort vollständigen Integration des ambulanten und stationären Sektors liegen. Ziel muss eine gute Erst- und Notfallversorgung sein. Spezialitäten können indessen nur in Zentren – bei höherer Qualität und höherer Effizienz – angeboten werden. Auf dem Land denkbar sind bettenführende medizinischen Versorgungszentren, Krankenhäuser, die die ambulante fachärztliche Versorgung mit übernehmen, sowie mobile Hausärzte und mobile Pflegekräfte. Größere Verhandlungsmöglichkeiten der Krankenkassen mit Leistungserbringern könnten diesen Prozess unterstützen.

Kleine Krankenhäuser werden wohl erhebliche Schwierigkeiten bekommen, wenn ihr Leistungsportfolio zu breit ist. Eine Fokussierung auf wenige Leistungen in ausreichend hoher Menge könnte für kleine Krankenhäuser das Erfolgsrezept sein. Kleine Häuser mit nur einer oder zwei Fachabteilungen schneiden im Rating deutlich besser ab als solche mit drei oder mehr Abteilungen.

Auch öffentlich-rechtliche Krankenhäuser haben im Durchschnitt größere wirtschaftliche Schwierigkeiten, wengleich sich die Lage sehr heterogen darstellt. Zahlreiche kommunale Anbieter zeichnen sich durch ein hervorragendes Rating aus und sind in der Lage mit starken privaten und freigemeinnützigen Kliniken bzw. Klinikketten problemlos zu konkurrieren. Nichtsdestoweniger weisen die defizitären kommunalen Krankenhäuser 2008 ein Defizit von insgesamt 370 Mill. € auf, welches aufgrund der verbesserten Rahmenbedingungen bis 2010 vorübergehend auf 220 Mill. € schrumpfen könnte. Allerdings sinken mit der Finanzkrise die Steuereinnahmen der Kommunen drastisch, sodass sie ihren Krankenhäusern in der Not kaum noch finanzielle Hilfe bieten können. Ab 2011, wenn auch die Lage der Kliniken allgemein wieder schlechter werden dürfte, ist daher mit vermehrten Privatisierungen zu rechnen. Schwierig dürfte die Lage vor allem in Teilen Niedersachsens, in Rheinland-Pfalz, Südhessen sowie in Teilen Baden-Württembergs und Bayerns werden.

Eine enorme Last für kommunale Häuser stellen die Altersvorsorgeaufwendungen dar. Westdeutsche kommunale Krankenhäuser wenden im Durchschnitt 4,2% ihres Umsatzes hierfür auf, ostdeutsche, die in der Regel keiner öffentlichen Zusatzversorgung angehören, nur 1,6%. Hochgerechnet auf alle betroffenen Häuser belief sich die „Ablösesumme“ zum Ausstieg aus den öffentlichen Zusatzversorgungskassen auf schätzungsweise 18 Mrd. €. Diese Last kann kaum

Krankenhaus Rating Report 2010

durch die öffentlichen Träger der Häuser getragen werden. Wir empfehlen daher für Krankenhäuser, die aus öffentlichen Zusatzversorgungssystemen aussteigen möchten, die Bereitstellung zinsvergünstigter Kredite zur Finanzierung der Ablösesumme. Bei einer Zinsvergünstigung von 2%-Punkten beliefe sich die Unterstützung anfangs auf 360 Mill. € jährlich, mit abnehmender Tendenz.

Regional gibt es in Deutschland große Unterschiede im Rating. Während das Rating der Krankenhäuser in Sachsen, Rheinland-Pfalz/Saarland und Nordrhein-Westfalen sehr gut ausfällt, ist die Lage in Schleswig-Holstein/Hamburg, Hessen, Bayern und Niedersachsen/Bremen unterdurchschnittlich. Gründe hierfür sind bundeslandspezifisch und nicht im Einzelnen eruierbar. Beispielsweise hält Bayern sehr viele kleine Kliniken vor, die im Durchschnitt schlechter abschneiden. In Baden-Württemberg, mit ebenfalls vielen kleinen Kliniken, ist deren Lage indessen im Durchschnitt gut. Ferner sind kommunale Kliniken in Deutschland sehr heterogen verteilt; ihr Anteil ist besonders im Süden sehr hoch.

Zudem erreichen rein psychiatrische oder psychotherapeutische Kliniken ein signifikant besseres Rating als andere. Schließlich zeigt sich ein eindeutiger Zusammenhang sowohl zwischen der Patientenzufriedenheit und dem Rating des Krankenhauses als auch zwischen (öffentlich zugänglichen) Qualitätsmaßen und dem Rating. Offenbar gehen Wirtschaftlichkeit und Qualität Hand in Hand und schaffen die Voraussetzungen für eine hohe Patientenzufriedenheit.