

Boris Augurzky, Dirk Engel, Sebastian Krolop,
Christoph M. Schmidt, Hendrik Schmitz,
Christoph Schwierz und Stefan Terkatz

Krankenhaus Rating Report 2007

Die Spreu trennt sich vom Weizen

Heft 32

Executive Summary



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 32

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

Alle Rechte vorbehalten. Essen 2007

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

Redaktionelle Bearbeitung: Joachim Schmidt

ISSN 1612-3573

ISBN 978-3-936454-87-1

RWI : Materialien

Heft 32

Boris Augurzky, Dirk Engel, Sebastian Krolop,
Christoph M. Schmidt, Hendrik Schmitz,
Christoph Schwierz und Stefan Terkatz

Krankenhaus Rating Report 2007

Die Spreu trennt sich vom Weizen

Executive Summary

Die gesamte Studie kann zum Preis von 260 €
beim RWI Essen bezogen werden.



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 978-3-936454-87-1

Vorwort

Der vorliegende Krankenhaus Rating Report 2007 schließt in wesentlichen Punkten an seinen Vorgänger aus dem vergangenen Jahr an, setzt – dem Prinzip der kontinuierlichen Weiterentwicklung verpflichtet – jedoch erneut auch eigene Akzente. Das Hauptziel des Reports ist wie im letzten Jahr 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.

Neben dem RWI Essen und der ADMED GmbH wirkte bei der Erarbeitung dieser Ausgabe des Reports erstmals eine weitere Institution mit, die Institute for Health Care Business GmbH (HCB). Dabei handelt es sich um eine 2006 neu gegründete Tochter des RWI Essen, der ADMED GmbH und von HPS Research, Herausgeber des halbjährlich publizierten Gesundheitsreports. Ziel von hcb ist, das Know-how von drei etablierten Partnern zu bündeln, um mit ihrer Arbeit dazu beizutragen, die Transparenz im Gesundheitswesen weiter zu erhöhen.

Die neue Ausgabe des Krankenhaus Rating Reports beschränkt sich nicht auf die Fortschreibung der alten Daten. Zwar konnte die Zahl der aktuellen Jahresabschlüsse, die den Analysen zugrunde liegen, weiter auf 382 ausgebaut werden. Sie umfassen insgesamt 593 Krankenhäuser. Dies alleine würde aber keine neue Auflage rechtfertigen. Der Report 2007 geht vielmehr deutlich über seinen Vorgänger hinaus und fügt der Untersuchung der wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser sechs weitere Aspekte hinzu, um dem oben definierten Anspruch gerecht zu werden.

Erstens werden Informationen aus den Qualitätsberichten des Jahres 2004 der einzelnen Krankenhäuser ausgewertet und mit den Jahresabschlussdaten verbunden. Damit ergeben sich neue Einsichten, auch wenn der Informationsgehalt der Qualitätsberichte derzeit noch gering ist. Zweitens erweitern wir den Prognosehorizont von 2010 bis 2020. Drittens werden erstmals die Konse-

quenzen ausgewählter Gegenmaßnahmen zur Stabilisierung der wirtschaftlichen Situation untersucht.

Viertens wird dem regionalen Kontext der Krankenhausaktivitäten ein stärkeres Gewicht eingeräumt. Dem Leser der Studie werden sofort die zahlreichen Karten ins Auge fallen, welche die zum Teil erhebliche Variation von Kennzahlen zwischen Regionen bzw. Kreisen und kreisfreien Städten in Deutschland plastisch darstellen. Fünftens findet ein neues Kapitel mit umfangreichen Benchmarks Eingang in den Report, das Krankenhäusern nunmehr direkte Vergleiche mit ihren eigenen Kennziffern erlaubt. Sechstens werden Ergebnisse eigener vertiefender Analysen sowie aus anderen Studien oder Umfragen in Kurzform präsentiert.

Wie in den Vorjahren haben wir uns auch 2007 dazu entschlossen, keine Namen der Krankenhäuser unserer Stichprobe zu nennen, sondern nur Ergebnisse für ausreichend große Untergruppen von Krankenhäusern zu präsentieren.

Wir danken Rüdiger Budde, Claudia Burgard, Heinz D. Diste, Martina Jandeck, Kai Lehmann, Dr. Michaela Lemm, Annika Meng, Roman Mennicken, Dr. Mike Papenhoff, Joachim Schmidt und Anna Wassermann für wertvolle Unterstützung, Kommentare und Anregungen bei der Erstellung der Studie und Analysen, Dr. Ralph P. Würthwein bei Fragen zum Rating und dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen für die Bereitstellung der Ergebnisse einer aktuellen Umfrage unter Krankenhäusern. 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, Frank Jacob, Heribert Sunderbrink und Marlies Tepas 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.

Essen, Köln, 19. Januar 2007

*Dr. Boris Augurzky, Dr. Dirk Engel, Dr. Sebastian Krolop,
Prof. Dr. Christoph M. 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 Der Krankenhausmarkt 1995 bis 2004	21
2.1.2 Nach 2004: DRG und Preisniveau	35
2.1.3 Medizinische Leistungsseite	43
2.1.4 Dualistik	46
2.2 Prognosen	56
2.2.1 Zahl der Fälle	57
2.2.2 Verweildauer	62
2.2.3 Bettenbedarf.	65
2.3 Wesentliche Ergebnisse im Überblick	66
3. Das Rating der Krankenhäuser	69
3.1 Datengrundlage	69
3.2 Methodik.	71
3.2.1 Bilanzrating	71
3.2.2 Erstellung von Planbilanzen und Plan-GuV bis 2020.	73
3.2.3 Systematische Unterschiede im Bilanzrating für Untergruppen von Krankenhäusern	77
3.3 Aktuelle Situation.	77
3.3.1 Bivariate Analyse der PD.	79
3.3.2 Multivariate Analyse der PD	84
3.3.3 Personalkosten	86
3.3.4 Kreditkosten.	88
3.4 Vergangene Entwicklungen	89
3.5 Prognose des Ratings	93
3.5.1 Alle Krankenhäuser	93
3.5.2 Untergruppen	101
3.6 Wesentliche Ergebnisse im Überblick	107
4. Benchmarks	113

5.	Schlussfolgerungen	123
5.1	Krankenhäuser heben bereits Effizienzreserven	123
5.2	Weitere Bereinigung des Krankenhausmarkts schafft Freiräume	125
5.3	Entfesselung der Gesundheitswirtschaft	128
5.4	Bundeskonvergenz oder Freigabe der Preise?	129
5.5	Verschmelzung der Sektoren kann Effizienzpotenziale heben	132
5.6	Neue Wege der Investitionsfinanzierung	133
6.	Anhang: Das Ratingverfahren in dieser Studie	134
7.	Glossar	136
Literatur	138

Verzeichnis der Kästen

Kasten 1:	Soll-Ist-Vergleich der Fallnachfrage	33
Kasten 2:	Überarbeitung der Kriterien zur Erstellung eines Investitionsprogramms 2007 in Nordrhein-Westfalen (Stand 21. August 2006) – Auszug. . . .	56
Kasten 3:	Verbesserung der wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser zwischen 2003 und 2005	91
Kasten 4:	Ausgewählter Kennzahlen für Unternehmen anderer Branchen	92
Kasten 5:	Auswirkungen von PD-Verschlechterungen auf das Management	94
Kasten 6:	Das Krankenhaus der Zukunft	124

Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1:	Vergleich der DRG Gewinner und Verlierer	40
Tabelle 2:	Ausgewählte Kinanzkennzahlen anderer Unternehmen nach Größenklassen.	92
Tabelle 3:	Das Krankenhaus nach Ausfallwahrscheinlichkeit	115
Tabelle 4:	Das Krankenhaus nach dem Ampelsystem	116
Tabelle 5:	Das Krankenhaus nach Trägerschaft.	117
Tabelle 6:	Das Krankenhaus nach Größe	118
Tabelle 7:	Das Krankenhaus mit hohem und niedrigem BFW.	119
Tabelle 8:	Das Krankenhaus auf dem Land und in der Stadt.	120
Tabelle 9:	Das akademische Lehrkrankenhaus und das nicht-akademische	121
Tabelle 10:	Das Krankenhaus mit hohem und niedrigem CMI	122

Verzeichnis der Schaubilder

Schaubild 1:	Struktur der Gesundheitsausgaben	22
Schaubild 2:	Marktvolumen der Gesundheitsbereiche	23
Schaubild 3:	Träger der Ausgaben für Krankenhäuser	24
Schaubild 4:	Aggregierte Kennzahlen für Krankenhäuser	25
Schaubild 5:	Anzahl der Betten nach Fachabteilungen	27
Schaubild 6:	Anzahl der Fälle nach Fachabteilungen	28
Schaubild 7:	Abweichung der Zahl Krankenhausfälle der Bundesländer von den günstigsten Werten	33
Schaubild 8:	Vollzeitkräfte in Krankenhäusern	34
Schaubild 9:	Wechsel in der Trägerschaft der Krankenhäuser	34
Schaubild 10:	Variation der Basisfallwerte um den Landesbasisfallwert	39
Schaubild 11:	Abhängigkeit des Basisfallwerts von ausgewählten Faktoren	41
Schaubild 12:	Vereinbarte Basisfallwerte in Relation zur Krankenhausgröße	42
Schaubild 13:	Konzentration der Fälle auf Krankenhäuser	44
Schaubild 14:	Verteilung des Case Mix-Index auf Krankenhäuser	45
Schaubild 15:	Verhältnis der Zahl der ambulanten zu den stationären Fällen	46
Schaubild 16:	KHG-Fördermittel	51
Schaubild 17:	Kummulierte KHG-Fördermittel je Fall nach Bundesländern.	52
Schaubild 18:	Kummulierter Investitionsstau nach westdeutschen Bundesländern.	53
Schaubild 19:	Ex post-Prognose der Zahl der Fälle	57
Schaubild 20:	Annahmen zum ambulanten Potenzial je Fachabteilung.	58
Schaubild 21:	Zahl der stationären Fälle bei Berücksichtigung des ambulanten Potenzials	59
Schaubild 22:	Zahl der stationären Fälle bei Berücksichtigung des ambulanten Potenzials nach Fachabteilungen	60
Schaubild 23:	Durchschnittliche Verweildauer in Krankenhäusern nach Szenarien.	62
Schaubild 24:	Verweildauer in Krankenhäusern nach ausgewählten Ländern	64
Schaubild 25:	Szenarien der Bettennutzung.	65
Schaubild 26:	Bettenüberkapazität nach Szenarien	66

Schaubild 27:	Vewendeter Zeitraum des Ratings	69
Schaubild 28:	Verteilung der Krankenhäuser nach Bundesländern in der Grundgesamtheit und in der Stichprobe	70
Schaubild 29:	Verteilung der Krankenhäuser nach Trägerschaft in der Grundgesamtheit und der Stichprobe	71
Schaubild 30:	Verteilung der Krankenhäuser nach Anzahl der Fachabteilungen in der Grundgesamtheit und in der Stichprobe	72
Schaubild 31:	Kennzahlen zur Bestimmung des AHR-Ratings	73
Schaubild 32:	Rating-Klassifizierung über errechnete Ausfallwahrscheinlichkeiten	74
Schaubild 33:	Bestimmungsfaktoren des Basisszenarios	75
Schaubild 34:	Annahmen des Basisszenarios	76
Schaubild 35:	Durchschnittliche Ausfallwahrscheinlichkeit der Krankenhäuser im Datensatz	78
Schaubild 36:	Verteilung der Krankenhäuser auf Rating-Klassen	78
Schaubild 37:	Verteilung der Ausfallwahrscheinlichkeiten der Krankenhäuser	79
Schaubild 38:	Verteilung der Eigenkapitalquote und der Umsatzrendite der Krankenhäuser	79
Schaubild 39:	Ausfallwahrscheinlichkeit nach der Art des Krankenhauses (1).	81
Schaubild 40:	Ausfallwahrscheinlichkeit nach der Art des Krankenhauses (2).	82
Schaubild 41:	Verteilung der Krankenhäuser in der Ampelklassifikation nach Trägerschaft	83
Schaubild 42:	Verteilung der Krankenhäuser in der Ampelklassifikation nach Bundesländern	83
Schaubild 43:	Multivariate Regression des Einflusses ausgewählter Faktoren auf die Ausfallwahrscheinlichkeit	85
Schaubild 44:	Personalkosten der Krankenhäuser im Datensatz nach Trägerschaft	86
Schaubild 45:	Altersvorsorgeaufwendungen der Krankenhäuser im Datensatz nach Trägerschaft	87
Schaubild 46:	Verbindlichkeiten der Krankenhäuser gegenüber Kreditinstituten nach Trägerschaft	88
Schaubild 47:	Kreditvolumen der Krankenhäuser je Ratingklasse	89
Schaubild 48:	Ausfallwahrscheinlichkeit im Datensatz.	90
Schaubild 49:	Verteilung der Krankenhäuser in der Ampelklassifikation	90
Schaubild 50:	Ausfallwahrscheinlichkeit anderer Unternehmen	92
Schaubild 51:	Einfluss einer PD-Änderung auf das Management	94
Schaubild 52:	Verteilung der Krankenhäuser nach der Ampelklassifikation im Basisszenario	95
Schaubild 53:	Erwartete Ausfallwahrscheinlichkeit der Krankenhäuser im Basisszenario	95

Schaubild 54:	Verteilung der Krankenhäuser in der Ampelklassifikation im Szenario ohne Budgetabschlag und Mehrwertsteuererhöhung .	97
Schaubild 55:	Prognose der Ausfallwahrscheinlichkeit im Szenario ohne Budgetabschlag und Mehrwertsteuererhöhung	97
Schaubild 56:	Für Status quo erforderliche Kostensenkung im Szenario ohne Marktberreinigung	98
Schaubild 57:	Für Status quo erforderliche Kostensenkung im Szenario Marktberreinigung	100
Schaubild 58:	Erwartete Ausfallwahrscheinlichkeit bei ausgewählten Szenarien.	100
Schaubild 59:	Eigenschaften der verbliebenen und ausgeschiedenen Krankenhäuser	101
Schaubild 60:	Erwartete Ausfallwahrscheinlichkeit der Krankenhäuser nach Höhe des BFW.	102
Schaubild 61:	Erwartete Verteilung der Krankenhäuser gemäß Ampelklassifikation im Basisszenario nach Basisfallwert	102
Schaubild 62:	Erwartete Verteilung der Krankenhäuser gemäß Ampelklassifikation im Szenario Marktberreinigung nach Basisfallwert . . .	103
Schaubild 63:	Erwartete Ausfallwahrscheinlichkeit der Krankenhäuser nach Trägerschaft	104
Schaubild 64:	Erwartete Verteilung der Krankenhäuser gemäß Ampelklassifikation im Basisszenario nach Trägerschaft.	105
Schaubild 65:	Erwartete Verteilung der Krankenhäuser gemäß Ampelklassifikation im Szenario Marktberreinigung nach Trägerschaft. . . .	106
Schaubild 66:	Erwartete Ausfallwahrscheinlichkeit nach Größe des Krankenhauses	107
Schaubild 67:	Erwartete Verteilung der Krankenhäuser gemäß Ampelklassifikation im Basisszenario nach Größe	108
Schaubild 68:	Erwartete Verteilung der Krankenhäuser gemäß Ampelklassifikation im Szenario Marktberreinigung nach Größe	109
Schaubild 69:	Erwartete Ausfallwahrscheinlichkeit der Krankenhäuser nach Siedlungsstruktur	110
Schaubild 70:	Erwartete Verteilung der Krankenhäuser gemäß Ampelklassifikation im Basisszenario nach Siedlungsstruktur.	110
Schaubild 71:	Erwartete Verteilung der Krankenhäuser gemäß Ampelklassifikation im Szenario Marktberreinigung nach Siedlungsstruktur.	111
Schaubild 72:	Erwartete Ausfallwahrscheinlichkeit der Krankenhäuser nach West- und Ostdeutschland	111
Schaubild 73:	Erwartete Verteilung der Krankenhäuser gemäß Ampelklassifikation im Basisszenario nach Lage in West- und Ostdeutschland	112
Schaubild 74:	Erwartete Verteilung der Krankenhäuser gemäß Ampelklassifikation im Szenario Marktberreinigung nach Lage in West- und Ostdeutschland	113

Schaubild 75:	Strukturbilanz eines durchschnittlichen Krankenhauses.	114
Schaubild 76:	Struktur-GuV des durchschnittlichen Krankenhauses	114
Schaubild 77:	Krankenhäuser mit Verlusten nach ausgewählten Erhebungen .	123
Schaubild 78:	Bettenüberkapazität der Krankenhäuser ohne und mit Markt- bereinigung	126
Schaubild 79:	Verteilung der Trägerschaft nach Marktberreinigung	127
Schaubild 80:	Einsparungen durch Marktberreinigung bis 2020	127
Schaubild 81:	BFW bei Bundeskonvergenz	130
Schaubild 82:	Auswirkung der Bundeskonvergenz auf die Krankenhäuser nach Bundesländern (1).	131
Schaubild 83:	Auswirkung der Bundeskonvergenz auf die Krankenhäuser nach Bundesländern (2).	132
Schaubild 84:	Vergleich der Ratings von Moody's KMV und AHR für andere Unternehmen	135
Schaubild 85:	Vergleich der Güte von Moody's KMV und AHR	136

Verzeichnis der Karten

Karte 1:	Abbau von Krankenhausbetten nach Regionen	26
Karte 2:	Errechnete Überkapazität an Betten	29
Karte 3:	Anzahl der Krankenhausbetten je 1 000 Einwohner	30
Karte 4:	Anzahl der stationären Fälle je 100 Einwohner	31
Karte 5:	Durchschnittlicher BFW (Preisniveau)	36
Karte 6:	Abweichung des durchschnittlichen vom Landes-BFW	37
Karte 7:	Krankenhäuser mit BFW unterhalb des Landes-BFW („DRG-Gewinner“)	38
Karte 8:	Top-10 DRG der Krankenhäuser	47
Karte 9:	Top-30 DRG der Krankenhäuser	48
Karte 10:	Durchschnittlicher Case Mix-Index	49
Karte 11:	Verhältnis der Zahl der ambulanten zur Zahl der stationären Fälle	50
Karte 12:	Erwartete Zahl der Krankenhausfälle (ohne Nutzung des ambulanten Potenzials).	62
Karte 13:	Erwartete Zahl der stationären Fälle (bei Nutzung des ambulanten Potenzials)	63
Karte 14:	Erwartete Überkapazität an Betten	67
Karte 15:	Regionale Verteilung der Krankenhäuser im Datensatz nach dem Ampelsystem.	80
Karte 16:	Regionale Verteilung der Krankenhäuser nach dem Ampelsystem im Basisszenario	96

Krankenhaus Rating Report 2007: Die Spreu trennt sich vom Weizen

Executive Summary

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft gab 2006 den Slogan aus „Kliniken in Not“. Hintergrund dafür sind die erwarteten Belastungen für Krankenhäuser durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG), die Mehrwertsteuererhöhung sowie die neuen Tarifverträge für Ärzte. Es gibt in der Tat Grund zur Besorgnis, dass sich die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser in Deutschland durch diese Veränderungen verschlechtern wird. Im Krankenhaus Rating Report 2007 untersuchen wir diese und andere Einflüsse auf das Rating des Krankenhausesektors auf Basis einer Stichprobe von fast 600 Krankenhäusern und erstellen Prognosen in Form von Planbilanzen und Plan-Gewinn- und Verlustrechnungen bis 2020. Zu den anderen dabei von uns analysierten Einflüssen zählen die DRG-Konvergenz, die demographisch bedingte Veränderung der Zahl zu behandelnder Fälle, der medizinisch-technische Fortschritt, der Zuwachs im Anteil ambulant durchgeführter Operationen sowie die Verweildauerentwicklung auf Fachabteilungsebene und der Rückgang der öffentlichen Fördermittel.

Wir stellen insgesamt fest, dass die *aktuelle wirtschaftliche Lage* der Krankenhäuser recht heterogen ist. Immerhin weist die Mehrzahl ein ordentliches Rating auf (66% im „grünen“ Bereich). 15% befinden sich aber im „gelben“ und 19% im „roten“ und damit gefährdeten Bereich. Die durchschnittliche Ausfallwahrscheinlichkeit liegt bei 1,50%¹ und fällt damit in die AHR-Ratingklasse 11². In den letzten Jahren scheinen die Krankenhäuser insgesamt ihre wirtschaftliche Situation verbessert zu haben. Es deutet sich an, dass Optimierungsmaßnahmen der Aufbau- und Ablauforganisation in den Häusern zu wirken beginnen. Kliniken verhalten sich also keineswegs passiv, sondern ein

¹ Die Ausfallwahrscheinlichkeit entspricht der Wahrscheinlichkeit für das Auftreten eines Kreditausfalls innerhalb eines 1-Jahres-Horizonts.

² AHR-Ratingklassen bezeichnen die in dieser Studie verwendeten Klassen von 1 bis 16. Je niedriger die Klasse, desto besser ist das Rating. Der „grüne“ Bereich definiert sich über die AHR-Ratingklasse 1 bis 10, „gelb“ über 11–12 und „rot“ über 13–16.

erheblicher Teil von ihnen geht seine Probleme an und löst sie. Diesen Eindruck gewinnen wir sowohl aus den Einschätzungen der Krankenhäuser selbst als auch aus der Begutachtung der uns vorliegenden Jahresabschlüsse der Vergangenheit. Beachtlicher Weise gelang dies sogar vor dem Hintergrund, dass der Krankenhausesektor in den letzten zehn Jahren nur mit 18% gewachsen ist und damit weniger stark als die Ausgaben für das Gesundheitswesen insgesamt, die um 26% im Zeitraum von 1995 bis 2004 zunahmen. Die Krankenhausausgaben wuchsen allerdings immerhin fast in gleichem Maße wie das Bruttoinlandsprodukt (+19%).

Öffentlich-rechtliche Krankenhäuser weisen im Durchschnitt eine Ausfallwahrscheinlichkeit von 2,0% auf (AHR 12), freigemeinnützige von 1,1% (AHR 11) und private Kliniken von 1,4% (AHR 11). Kleinere Häuser schneiden im Durchschnitt schlechter ab als große oder mittelgroße und Kliniken in Westdeutschland schlechter als in Ostdeutschland, wobei Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg hiervon eine Ausnahme bilden. Krankenhäuser, die derzeit noch einen hohen Basisfallwert besitzen, befinden sich in einer signifikant besseren wirtschaftlichen Ausgangssituation als jene mit geringem Basisfallwert. Die DRG-Konvergenz wird dieses Muster jedoch in sein Gegenteil verkehren. Relativ hohe Basisfallwerte besitzen tendenziell öffentlich-rechtliche und private Krankenhäuser, große Häuser und solche mit einem hohen CMI³. Keine nennenswerten Unterschiede erkennen wir allerdings zwischen städtischen und ländlichen Krankenhäusern oder zwischen solchen, die in der Vergangenheit viele oder wenige öffentliche Fördermittel erhielten.

Bis zum Jahr 2020 dürften die oben genannten exogenen Einflüsse auf Krankenhäuser dazu führen, dass bei Ausbleiben gegensteuernder Maßnahmen nur noch ca. 50% der Krankenhäuser im „grünen“, ca. 7% im „gelben“ und fast 44% im „roten“ und damit stark von der Insolvenz bedrohten Bereich sein werden. Die durchschnittliche Ausfallwahrscheinlichkeit wächst im Prognosezeitraum von derzeit 1,5% (AHR 11) auf immerhin 5,7% (AHR 15). Diese Verschlechterung der Lage ist allerdings insofern nicht verwunderlich, als die genannten Einflüsse meist negativ und kumulativ bis 2020 auf die Krankenhäuser einwirken. So läge zum Beispiel ohne den geplanten Budgetabschlag von 0,7% ab 2007 und ohne die Erhöhung der Mehrwertsteuer⁴ der prognostizierte Anteil des roten Bereichs 2020 um 4%-Punkte niedriger. Krankenhäuser werden allerdings aller Voraussicht nach aktiv gegensteuern. Wenn es den Häusern im gelben Bereich in den kommenden sechs Jahren gelingt, ihre Kosten pro Jahr um ca. 0,2%, und jenen im roten Bereich, ihre Kos-

³ Der Casemix-Index (CMI) gibt die durchschnittliche Schwere aller behandelten Fälle eines Krankenhauses an. Der durchschnittliche Wert in unserer Stichprobe liegt bei 1,05.

⁴ Damit ist aber auch keine Reduktion der Abgaben zur Arbeitslosenversicherung möglich.

ten um ca. 0,3% bis 2,0% pro Jahr zu senken, kann das derzeitige durchschnittliche Rating gehalten werden.

In den letzten zehn Jahren wurden bereits 13% der Betten abgebaut. Aufgrund unserer Analyse von Angebot und Nachfrage nach stationären Leistungen gehen wir davon aus, dass die *Überkapazitäten* aber derzeit geringer sind als gemeinhin angenommen; sie liegen nach unseren Berechnungen bundesweit bei ca. 5% bis 7%, wobei sich deutliche regionale Unterschiede zeigen. Trotz einer erwarteten Ausweitung der Behandlungsfälle um 18% steigen bis 2020 unseres Erachtens allerdings die Überkapazitäten (durch demographische und medizinisch-technische Entwicklung) auf 30% bis 35%. Grund hierfür dürften die weitere Verweildauerreduktion (von derzeit 8,7 auf 6,1 Tage) und verstärktes ambulantes Operieren sein.

Ein Markt mit erheblichen zu erwartenden Überkapazitäten und teilweise unwirtschaftlich agierenden Teilnehmern steht vor großen Herausforderungen. Demnach müsste im Krankenhausbereich eine spürbare *Restrukturierung und Marktberreinigung* nach wirtschaftlichen Kriterien anstehen. Würden ineffiziente Kliniken vom Markt verschwinden, würde dies auch den profitableren Kliniken zugutekommen. Die verbliebenen Häuser würden von der zusätzlichen Patientennachfrage profitieren, so dass eine bessere Auslastung der Kapazitäten erreicht werden könnte. In einem friktionslos operierenden und transparenten Markt geschieht dies von alleine. In einem regulierten und traditionell nicht auf Effizienz ausgerichteten Markt wie dem Krankenhaussektor müssen die politischen Entscheidungsträger mehr denn je den Mut dazu finden, mehr marktwirtschaftliche Elemente im Krankenhaussektor zuzulassen.

Würden bis 2020 jährlich die 1,5% der Krankenhäuser mit dem jeweils schlechtesten Rating schließen, d.h. insgesamt fast 22%, so würde sich das Rating der anderen Krankenhäuser merklich verbessern. Um das derzeitige Niveau der durchschnittlichen Ausfallwahrscheinlichkeit zu halten, wären nur noch geringe Kostensenkungen nötig. Häuser, die sich im roten Bereich befänden, müssten hierfür jährlich ihre Kosten nur noch um 0,2% bis 0,7% in den nächsten sechs Jahren reduzieren. Die Marktberreinigung hätte außerdem zwei weitere positive Nebeneffekte. Erstens entfielen die Verluste der nun geschlossenen Krankenhäuser, die sich auf fast 2 Mrd. € summieren. Ihre Träger, häufig Kommunen, würden dadurch entlastet. Zweitens könnten die identifizierten erwarteten Bettenüberkapazitäten fast vollständig abgebaut werden.

Von einer solchen Marktberreinigung bis 2020 wären nach unseren Berechnungen wohl überproportional viele große, öffentlich-rechtliche und akademische Lehrkrankenhäuser betroffen. Vermutlich werden diese nur in den seltensten Fällen komplett geschlossen. Ein Teil dürfte privatisiert werden, manche dürften sich verkleinern und spezialisieren. Ausgehend vom prognos-

tizierten Rating würden in Westdeutschland voraussichtlich mehr Kliniken betroffen sein als in Ostdeutschland. In ländlichen Regionen dürften nach unseren Berechnungen allerdings nicht mehr Kliniken schließen als in städtischen. Wird von der Möglichkeit eines Trägerwechsel abstrahiert, gehen wir für das Jahr 2020 davon aus, dass nur 32% (derzeit 47%) der Kliniken in öffentlich-rechtlicher, 42% (38%) in freigemeinnütziger und 26% (15%) in privater Trägerschaft sein werden. Fusionen und Privatisierungen sind in Zukunft jedoch sehr wahrscheinlich, wenn auch im konkreten Fall kaum prognostizierbar, und werden die Trägerstruktur zusätzlich in Richtung privater Trägerschaft verschieben.

Die Konvergenz der DRG-Basisfallwerte endet offiziell mit dem Erreichen der jeweiligen Landesbasisfallwerte. Offen ist derzeit, wie mit den zum Teil beträchtlichen Unterschieden zwischen den Landesbasisfallwerten nach 2009 umgegangen wird. Die Konvergenz auf einen *bundeseinheitlichen Basisfallwert* würde Krankenhäuser aus den Stadtstaaten Berlin, Hamburg und Bremen sowie aus dem Saarland, Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg stark belasten. Dort würden etwa 8% mehr Krankenhäuser von der Schließung betroffen sein als ohne Bundeskonvergenz. Gewinnen würden die ostdeutschen Länder sowie Schleswig-Holstein. Dort würden etwa 4% weniger Häuser schließen. Die restlichen Bundesländer wären kaum betroffen.

Die Umsetzung einer Bundeskonvergenz scheint jedoch aufgrund der unterschiedlichen Interessenslage der Bundesländer unwahrscheinlich. Auch aus ökonomischer Sicht empfehlen wir daher die *Freigabe der Basisfallwerte* ab 2010. Krankenhäuser sollen dann ihren Basisfallwert frei wählen dürfen. Im Gegenzug muss allerdings eine Kostenbremse eingeführt werden. Hier empfiehlt sich zum Beispiel ein Festbetragssystem wie bei Arzneimitteln. Die Krankenversicherung erstattet in diesem Fall nur die Krankenhauskosten bis zu einem festgelegten Basisfallwert. Bietet das Krankenhaus die Leistung günstiger an, könnte der Patient davon profitieren, ist die Leistung teurer, muss der Patient die zusätzlichen Kosten selbst tragen. Krankenhäuser und Krankenkassen erhielten einen deutlich größeren wirtschaftlichen Spielraum, das Preis-Leistungsverhältnis könnte zu Gunsten des Patienten gesteigert werden. Der dadurch entstehende Wettbewerb würde die Preise in Schach halten.

Die leicht positive Entwicklung der Finanzkennzahlen in den letzten Jahren stimmt grundsätzlich positiv, dass der Krankenhaussektor in der Lage sein kann, weitere Restrukturierungsmaßnahmen einzuleiten, um unter anhaltend ungünstigen Rahmenbedingungen wirtschaftlich rentabel zu agieren. Gesundheitsreformen werden auch in Zukunft den Druck auf die Leistungsträger dauerhaft aufrecht erhalten. Eine spürbare Erhöhung der Erlöse mit Krankenhausleistungen ist vor dem Hintergrund des zukünftig zu erwartenden

den Rückgang der Zahl der Beitragszahler sowohl der GKV als auch der PKV bei gleichzeitiger Zunahme der Zahl nicht erwerbstätiger älterer Leistungsempfänger im derzeitigen System nicht finanzierbar. Die Herausforderung, Erhalt der Versorgungssicherheit bei stagnierenden Erlösen, ist sicherlich immens; sie ist aber keineswegs untypisch, denn auch andere Sektoren, wie die Bauwirtschaft, sind seit Jahren mit sinkenden Erlösen konfrontiert.

Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) bemüht sich, sowohl die Finanzierungsseite als auch die Ausgabenseite der GKV zu verbessern. Die Reform der Finanzierungsseite durch die Einführung des Gesundheitsfonds dürfte den Krankenkassen jedoch keine großen Einnahmewüchse bescheren. Die Ausgabenseite wird durch das GKV-WSG zwar angegangen, die entsprechenden Maßnahmen fallen jedoch recht zögerlich aus. Zum Teil werden sogar Leistungen ausgeweitet, ohne Hinweise zu geben, wodurch sie finanziert werden sollen. Die Beiträge zur GKV dürften daher 2007 und langfristig weiter steigen. Aus unserer Sicht müssen auf der Leistungsseite deutlich größere *Reformanstrengungen* unternommen werden. Neben den bereits genannten Veränderungen (Marktberreinigung, Freigabe der Basisfallwerte) sollten beispielsweise der ambulante und stationäre Sektor völlig miteinander verschmelzen, um teure doppelte Angebote künftig zu vermeiden. Diese Umstellung kann nur schrittweise über mehrere Jahre erfolgen. Sie sollte den Leistungsanbietern jedoch als klares Ziel kommuniziert werden, sodass sie sich darauf einstellen können.

Mehr Freiheiten für den Beitragszahler sind aus unserer Sicht auch ein Schlüssel zur stärkeren Entfaltung der Gesundheitswirtschaft. Solange ein Großteil des Gesundheitssystems über Pflichtabgaben finanziert wird und wettbewerbliche Elemente nur zögerlich gestärkt werden, kann verständlicherweise kein Boomsektor „Gesundheitswirtschaft“ entstehen. Wir plädieren daher für eine *Basisversorgung* für die gesamte Bevölkerung. Eine derartige Basisversorgung würde weniger Leistungen als die derzeitige GKV bieten. Im Gegenzug wäre jedoch die gesamte Bevölkerung pflichtversichert, einkommensschwache Versicherte würden geringere Beiträge zahlen oder staatliche Transferzahlungen zur Finanzierung ihrer Beiträge zur Basisversicherung erhalten. Darüber hinaus gäbe es einen völlig freien Markt für *private Zusatzversicherungen* oder Selbstzahler, der auch Teile der derzeitigen Versorgung durch die GKV abdecken würde. Über den privaten Markt würden teure medizinische Innovationen finanziert, die schließlich auch der Basisversorgung zugutekämen.

Ein solches System wäre ganz offen ein Mehrklassensystem – ganz genauso wie alle anderen Branchen unseres Wirtschaftslebens – und es wäre aus unserer Sicht dennoch bzw. gerade deswegen für den durchschnittlichen Bürger das beste System. Das mag zwar angesichts der gängigen politischen Rhetorik

dem Bürger schwer zu erklären sein, denn lange hat man ihn in dem Glauben belassen, ein nicht nach marktwirtschaftlichen Gesichtspunkten organisiertes Gesundheitssystem könne eine einheitliche Behandlung aller garantieren, unabhängig von ihrem Einkommen und ihrer Zahlungsbereitschaft. Dies ist jedoch nichts anderes als eine Illusion. Zahlungskräftige Selbstzahler werden auch in einem offiziell als „Ein-Klassen-System“ konzipierten System der Gesundheitsversorgung Wege und Mittel finden, um teure Spitzenmedizin zu erwerben. Darüber hinaus dürfte nach allen Erfahrungen die wirtschaftliche Effizienz und damit die Leistungsfähigkeit eines vermeintlichen Ein-Klassen-Systems fragwürdig sein und seine Finanzierung über Pflichtabgaben in Zukunft nicht ausreichen, um tatsächlich Spitzenmedizin anbieten zu können.