



Materialien

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

## Krankenhaus Rating Report 2010



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

Dr. Boris Augurzky, Rosemarie Gülker, Dr. 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 Schwenzer, 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

## 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.