

Euler Hermes Rating - Special Comment

Gesundheitswesen - Die Auswirkungen der Schuldenbremse auf die Krankenhausbranche

September 2013



EULER HERMES

Die Auswirkungen der Schuldenbremse auf die Krankenhausbranche – Ist die Versorgungssicherheit langfristig gefährdet?

Die Finanzierung der Krankenhäuser

Das deutsche Gesundheitswesen ist umfassend gesetzlich geregelt. Im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) ist bundesrechtlich vorgeschrieben, dass die Bundesländer Krankenhauspläne erstellen. Ziel dieser Pläne ist die Sicherstellung einer patienten- und bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung im jeweiligen Bundesland mit leistungsfähigen und wirtschaftlichen Krankenhäusern (Medizinischer Versorgungsauftrag). Die Krankenhäuser, die neben den vorhandenen Universitätskliniken als bedarfsnotwendig anerkannt und in den Landeskrankenhausplan aufgenommen werden bzw. über einen gesonderten Versorgungsauftrag verfügen, haben einen Anspruch auf öffentliche Investitionsförderung nach Maßgabe der jeweiligen Landeshaushalte. Plankrankenhäuser werden in der Regel von zwei Seiten (dual) finanziert:

1. Die Benutzerkosten (Behandlung und Versorgung der Patienten, Personal, Sachmittel) werden überwiegend durch die Beitragseinnahmen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen sowie durch staatliche Mittel finanziert.

2. Die Krankenhausbauten und die technische Ausstattung werden über Investitionsmaßnahmen von Ländern und Kommunen getragen. Unterschieden wird hier in:

- Förderung von Einzelmaßnahmen (größere Bauvorhaben oder Geräteanschaffungen) und
- Pauschalmittelförderung, die den Krankenhäusern in Abhängigkeit vom jeweiligen Patientenaufkommen zur Finanzierung kleiner Baumaßnahmen und Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter zur Verfügung gestellt wird.

Durch diese öffentlichen Mittel und durch die von den Krankenkassen zu vergütenden Krankenhausleistungen wird eine bedarfs- und leistungsgerechte Krankenhausversorgung finanziert.

Die Investitionsmittelförderung der Länder ist seit vielen Jahren rückläufig. Im Jahr 2011 stellten die Bundesländer rd. € 2,67 Mrd. zur Investitionsförderung zur Verfügung. Zwischen 2001 und 2011 sank das Investitionsförderungsvolumen nach Berechnungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) preisbereinigt um rd. 33 %. Im Vergleich zum Jahr 1991 beträgt der reale Rückgang etwa 50 %. Von den Kürzungen sind hierbei insbesondere die Einzel-förderungen betroffen. Auf Ebene der Bundesländer verzeichneten die östlichen Bundesländer stark überproportionale Rückgänge, was den hohen Investitionsförderungen in den 1990er Jahren geschuldet ist. Infolge der rückläufigen Fördermittel hat sich ein Investitionsstau gebildet, der von der DKG auf etwa € 50 Mrd. geschätzt wird. Während die Krankenhäuser bzw. Krankenhausketten in privater und freigemeinnütziger Trägerschaft aufgrund ihrer höheren Profitabilität in der Lage sind, einen Teil der Investitionen eigenständig zu finanzieren, ist ein Großteil der Krankenhäuser in kommunaler Trägerschaft hierzu nicht oder nur unzureichend imstande.

Neben den rückläufigen Fördermitteln belastet die strukturelle Kosten-Preis-Schere zunehmend die Ertrags- und Finanzkraft der Krankenhäuser. Während die Erlöse staatlich festgelegt werden (DRGs), steigen die Betriebskosten seit Jahren überproportional an. Insbesondere die Tarifschlüsse, aber auch stark gestiegene Energiekosten führten zu deutlichen Kostensteigerungen in den Kliniken, welche nicht durch Erlössteigerungen kompensiert werden konnten. Zwischen 2005 (dem Jahr 1 der DRG-Zeitrechnung) und 2011 stiegen die Erlöse um 23,1 % und die Kosten um 27,9 % an.

Wenngleich viele Krankenhäuser auf diese strukturelle Kostenproblematik mit Verbesserungen der Ablaufprozesse, Standardisierung der Medizinprodukte, Einkaufsbündelung und eine höhere Personalproduktivität, aber auch mit Mengenerhöhungen reagierten, führte diese Entwicklung dennoch zu entsprechend geringeren Gewinnmargen bzw. zu Verlusten. Während insbesondere die Klinikketten in privater Trägerschaft – nicht zuletzt aufgrund ihrer Konzern-

strukturen – diese Betriebsanpassungen vergleichsweise gut beherrschen, waren und sind vor allem die kommunalen Kliniken hierzu weniger erfolgreich in der Lage. Nach Berechnungen des Rheinisch-Westfälischen Institutes für Wirtschaftsforschung befanden sich im Jahr 2011 mehr als ein Fünftel der öffentlich-rechtlichen Krankenhäuser in erhöhter Insolvenzgefahr, aber nur 2% der privaten.

Die Schuldenbremse in den Bundesländern

Die Bundesländer müssen bis zum Jahr 2020 ihre strukturellen – also konjunkturunabhängigen – Defizite vollständig abbauen. Das bedeutet, dass die Länder ab 2020 ihre Verschuldung nur noch ausweiten dürfen, wenn die Konjunkturentwicklung von der Normallage abweicht, im Falle von Naturkatastrophen oder außergewöhnlichen Notsituationen. So sieht es die im Jahr 2009 in der Föderalismusreform II beschlossene Schuldenbremse vor. Die beschlossene Schuldenbremse führt bereits seit geraumer Zeit dazu, dass sich die Bundesländer die ihnen obliegenden Zahlungsverpflichtungen dem Bund aufbürden.

Wie wird sich die Schuldenbremse auf die Krankenhauslandschaft auswirken?

Wir gehen davon aus, dass die Fördermittelbudgets der Länder für Krankenhäuser infolge der Schuldenbremse weiter abnehmen werden und der Investitionsstau ansteigt. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass die Gebäudeinfrastruktur sowie insbesondere die medizintechnische Ausstattung zunehmend veralten. Dies gilt vor allem für jene Krankenhäuser, die zur Investitionsfinanzierung auf die staatlichen Fördermittel angewiesen sind und nicht oder nur unzureichend in der Lage sind, Investitionen teilweise aus eigenen Finanzmitteln zu bestreiten. Entsprechend werden sich unseres Erachtens die Qualitätsunterschiede in der (medizintechnischen) Ausstattung der Krankenhäuser fortsetzen, tendenziell zu Gunsten der privaten Krankenhausbetreiber. Aufgrund der zunehmenden Technisierung der Medizin insbesondere in Krankenhäusern wird dies nicht ohne Auswirkungen auf die Behandlungsqualität bleiben. Die zunehmende Transparenz der Behandlungsqualität durch Internet, Qualitätsberichte etc. wird die Position der Patienten stärken. Die Patienten stellen steigende Ansprüche an die Dienstleistungsqualität von Leistungserbringern. Sie erwarten eine medizintechnische Ausstattung auf modernstem Niveau, mehr Mitspracherechte bei Behandlungen und Therapien sowie Klinikgebäude mit gutem Hotelstandard. Auch die Rekrutierung und Bindung von hochqualifiziertem medizinischem Personal ist vor dem Hintergrund des sich verschärfen-

den Fachkräftemangels ein entscheidender Wettbewerbsfaktor für Krankenhäuser. Leistungsfähige Häuser haben hier Vorteile. Qualität, Ausstattung und Reputation werden die entscheidenden Erfolgsfaktoren im Krankenhausmarkt sein. Langfristig wird sich daher nach unserer Einschätzung der derzeit oft zu beobachtende Widerstand von Kommunalpolitikern und Bürgerinitiativen gegen den Verkauf bzw. die Privatisierung „ihres“ Krankenhauses aufweichen. Das häufig verwendete Argument einer sinkenden Qualität der stationären Krankenversorgung nach einer Privatisierung ist nicht haltbar.

Wir gehen davon aus, dass der Privatisierungstrend im Krankenhausmarkt langfristig aufgrund der sich verschärfenden Finanznot vieler kommunaler Kliniken infolge der strukturellen Kosten-Preis-Schere und Schuldenbremse steigen wird. Die Managementkapazitäten der großen Klinikketten (insb. Helios, RHÖN, Asklepios und Sana) zur Übernahme, Integration und Sanierung von Krankenhäusern sind jedoch begrenzt. Zudem würde die Übernahme zu vieler maroder Krankenhäuser die eigene Bonität der Krankenhauskonzerne belasten. Insofern werden es nur jene Kliniken in die engere Auswahl schaffen, die einerseits in Bezug auf die regionale und medizinische Ausrichtung zum Übernehmer passen (Strategischer Fit) und andererseits als sanierungsfähig betrachtet werden.

Ist die Versorgungssicherheit langfristig gefährdet?

Der Zusammenschluss von Krankenhäusern unterliegt der Fusionskontrolle, sofern bestimmte Umsatzgrößen der beteiligten Unternehmen erreicht werden. Bei einer Übernahme durch eine Klinikette ist dies regelmäßig gegeben. Ziel ist hierbei, das Entstehen oder Verstärken von marktbeherrschenden Stellungen einzelner Anbieter zu verhindern und für die Patienten Auswahlmöglichkeiten sicherzustellen. Aus betriebswirtschaftlicher Sicht ist es für Konzerne jedoch sinnvoll, regionale Versorgungscluster zu bilden. Nicht jede Klinik muss zahlreiche Fachbereiche anbieten, die über eine angemessene Grundversorgung hinausgehen. Dadurch können u. a. auch die hohen Vorhaltekosten (z. B. Bettenkapazitäten und teure Medizintechnik) reduziert werden. Wenn nun aber das Bundeskartellamt die Übernahme durch einen Klinikkonzern untersagt und kein anderer Käufer zur Verfügung steht, kann dies unseres Erachtens zur Insolvenz und ggf. Schließung des Krankenhauses führen. Hierdurch kann die quantitative und qualitative Krankenhausversorgung in der entsprechenden Region stark eingeschränkt werden.

Bei weiteren Fragen wenden Sie sich bitte an die Euler Hermes Rating Deutschland GmbH, erreichbar unter Tel.: 040 8834 640 oder senden Sie eine Email an info@eulerhermes-rating.com

© Euler Hermes Rating Deutschland GmbH 2013