

20 Jahre
KRR



Augurzky/Krolop/Monsees/Bergschneider/
Hollenbach/Pilny/Schmidt

Krankenhaus Rating Report 2024

Zwischen Hoffen und Bangen

Leseprobe



Augurzky/Krolop/Monsees/Bergschneider/Hollenbach/Pilny/Schmidt

Krankenhaus Rating Report 2024

Zwischen Hoffen und Bangen

Krankenhaus Rating Report 2024

Zwischen Hoffen und Bangen

Prof. Dr. Boris Augurzky
Dr. Sebastian Krolop
Daniel Monsees
Henrik Bergschneider
Johannes Hollenbach
Dr. Adam Pilny
Prof. Dr. Christoph M. Schmidt



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Bei der Herstellung des Werkes haben wir uns zukunftsbewusst für umweltverträgliche und wiederverwertbare Materialien entschieden.
Der Inhalt ist auf elementar chlorfreiem Papier gedruckt.

ISBN 978-3-98800-074-3

© 2024 medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg

www.medhochzwei-verlag.de

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Satz: Reemers Publishing Services GmbH, Krefeld

Druck: mediaprint solutions GmbH, Paderborn

Umschlaggestaltung: kreativmedia KONZEPTION & DESIGN, Hückelhoven

Titelbild: Nejron Photo/shutterstock.com; Nicoleta Ionescu/shutterstock.com

Vorwort

Hiermit legen die Autoren den nunmehr zwanzigsten *Krankenhaus Rating Report 2024* vor. Sein wichtigstes Ziel ist es, im deutschen Krankenhausmarkt Transparenz zu schaffen. Damit verbindet 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 wird auf eine Stichprobe von 489 Jahresabschlüssen von Krankenhäusern aus dem Jahr 2022 und 488 aus 2021 zurückgegriffen. Diese umfassen insgesamt 922 Krankenhäuser mit einem am Umsatz gemessenen Marktanteil von 68 %. Diese umfangreiche Datengrundlage dient zusammen mit bereits bekannten Veränderungen über den möglichen Einfluss auf Kosten und Erlöse von Krankenhäusern als gute Grundlage für eine Hochrechnung für 2023.

Wir danken Dr. Christiane Wuckel (RWI), Ferdinand Rau (BMG), Hartmut Schmidt, Theresa Hüer (UDE), Dr. Anke Walendzik (EsFoMed), Prof. Dr. Florian Buchner (FH Kärnten), Lara Kleinschmidt (UDE), Prof. Dr. Jürgen Wasem (UDE), Prof. Dr. Andreas Beivers (HS Fresenius) und Dr. Alexander Haering (RWI), für konstruktive Anregungen bzw. Mitarbeit bei Sonderanalysen sowie Claudia Lohkamp (RWI und hcb), für ihre engagierte Mitarbeit bei der Erstellung des Reports. Wir danken außerdem Julia Rondot und James Kain für die konstruktive Zusammenarbeit bei der Produktion des Reports.

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, 27. Juni 2024

Prof. Dr. Boris Augurzky

Dr. Sebastian Krolop

Daniel Monsees

Henrik Bergschneider

Johannes Hollenbach

Dr. Adam Pilny

Prof. Dr. Christoph M. Schmidt

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	5
Executive Summary	15
1. Einleitung	23
2. Der Krankenhausmarkt	29
2.1 Status quo	29
2.1.1 Marktübersicht.....	29
2.1.2 Leistungen	32
2.1.3 Preise	44
2.1.4 Personal und Sachmittel	47
2.1.5 Fördermittel	63
2.1.6 Kapazitäten.....	66
2.1.7 Vertragsärztlicher Bereich.....	77
2.2 Projektionen.....	80
2.2.1 Leistungen	81
2.2.2 Kapazitäten.....	84
2.2.3 Kosten und Erlöse	86
2.3 Wesentliche Ergebnisse im Überblick	93
2.3.1 Status quo.....	93
2.3.2 Projektionen.....	95
3. Das Rating der Krankenhäuser.	97
3.1 Datengrundlage	97
3.1.1 Jahresabschlussdaten	97
3.1.2 Spezialisierungsmaß.....	100
3.1.3 Das fusionierte Krankenhaus	100
3.2 Methodik des Ratings	100
3.3 Status quo und Rückblick.....	104
3.4 Projektionen.....	111
3.5 Rating nach Untergruppen.....	116
3.5.1 Bundesländer.....	121
3.5.2 Trägerschaften.....	128
3.5.3 Ketten und Solisten	132
3.5.4 Weitere Untergruppen.....	134
3.6 Investitionen	135
3.6.1 Hintergrund	135
3.6.2 Mindest-EBITDA-Marge und Investitionsfähigkeit	138
3.6.3 Kapitalausstattung	142
3.7 Wesentliche Ergebnisse im Überblick	149

Inhaltsverzeichnis

4. Ausblick	153
4.1 Herausforderungen und Handlungsoptionen	153
4.2 Stufe 1: Neue Strukturen schaffen	155
4.3 Stufe 2: Neues Mindset in neuen Strukturen schaffen	160
5. Sonderanalysen	161
5.1 Digitale Reife und Profitabilität deutscher Krankenhäuser	161
5.1.1 Einleitung	161
5.1.2 Daten und Methodik	162
5.1.3 Ergebnisse	163
5.1.4 Fazit	165
5.2 Insolvenzen bei Krankenhäusern	165
5.2.1 Hintergrund	166
5.2.2 Einflussfaktoren von Klinikinsolvenzen	169
5.2.3 Schlussfolgerung	170
5.3 Sektorenübergreifende Planung ambulanter und ambulant erbringbarer Leistungen	172
6. Benchmarks	177
7. Glossar	189
Literatur	195
Autorenverzeichnis	201



1. Einleitung

Der Krankenhaus Rating Report wird dieses Jahr zwanzig Jahre alt. Der erste Report trug den liebenswert ausführlichen Titel „Insolvenzrisiken von Krankenhäusern – Bewertung und Transparenz unter Basel II“ und dem noch eindrucksvoller Untertitel „Eine Analyse aktueller und zukünftiger Ratings von deutschen Krankenhäusern und Handlungsoptionen zu deren Verbesserung“. Die Arbeiten hatten im Jahr 2004 begonnen, das Werk erschien im Jahr 2005. Der Begriff „Basel II“ war damals in der Fachwelt in aller Munde. Hinter diesem geheimnisvollen Kürzel verbargen sich neue Eigenkapitalvorschriften für Banken, die vom Basler Ausschuss für Bankenaufsicht im Juni 2004 veröffentlicht worden waren – mit Folgen für deren Kreditvergabe und damit auch für Krankenhäuser mit Fremdkapitalbedarf. Das Rating eines Unternehmens rückte dabei in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. Vor diesem Hintergrund hatte sich das damalige fünfköpfige Autorenteam des KRR ans Werk gemacht, die Kreditwürdigkeit und die Insolvenzrisiken von Krankenhäusern erstmals umfassend zu untersuchen.

Zu diesem Zweck mussten Jahresabschlussdaten von Krankenhäusern zusammengetragen werden, was damals kein leichtes Unterfangen war. Kapitalgesellschaften mussten zwar schon damals ihre Jahresabschlüsse in öffentlichen Registern hinterlegen, nämlich über die lokalen Amtsgerichte in Papierform. Es galt also, Amtsgerichte zu kontaktieren und um die postalische Übermittlung der gewünschten Jahresabschlüsse zu bitten – oder Krankenhäuser direkt anzuschreiben. Viel händische Arbeit fiel an: Briefe verschicken, Telefonate führen und – wenn man Glück hatte – ging es auch über das Faxgerät. Dabei stellte sich bei manchen Amtsgerichten heraus, dass viele Krankenhäuser ihre Jahresabschlüsse gar nicht hinterlegt hatten: Ein Amtsgericht empfahl uns sogar, die Hinterlegung einzuklagen. Doch trotz all dieser Widerstände gelang es den Autoren, 212 Jahresabschlüsse für den ersten Report zusammenzutragen. Dies war ein Riesenerfolg. Denn damit war eine ausreichend große Stichprobe vorhanden, um fundierte statistische Analysen durchführen zu können. Heraus kamen 66 Seiten Material, die in den im Haus verlegten, aber breit rezipierten *RWI Materialien* veröffentlicht wurden.

Schon damals im Jahr 2005 ließen sich Muster bei den Ratings erkennen, die bis heute fortbestehen. Beispielsweise war die Lage der Krankenhäuser in den ostdeutschen Bundesländern signifikant besser als in den westdeutschen Ländern. Zudem fiel das Rating der freigemeinnützigen und privaten Kliniken deutlich besser aus als das der kommunalen Kliniken. Mit Blick auf das erst vor kurzem eingeführte DRG-Fallpauschalensystem zeigte sich sehr deutlich, dass Krankenhäuser mit einem hohen hausindividuellen Basisfallwert ein deutlich besseres Rating aufwiesen als Häuser mit einem unterdurchschnittlichen Basisfallwert. Dies sollte sich allerdings mit der Konvergenz der Basisfallwerte in den kommenden Jahren ändern. Bei diesen rein die Wirtschaft-

1. Einleitung

lichkeit betreffenden Aussagen blieb es jedoch nicht. Der Report sprach bereits das ambulante Potenzial bei den stationären Krankenhausleistungen an. Auch der Investitionsstau war 2005 ein ernstes Thema, zumindest in den westdeutschen Ländern. Beide Themen sollten bis heute nicht an Brisanz verlieren. Der Report kündigte einen sich abzeichnenden Ärztemangel an und schlug vor, die Krankenhausfinanzierung auf ein monistisches System umzustellen.

Das Jahr 2005 steht nicht nur für den ersten Rating Report, sondern auch für das Jahr, in dem Angela Merkel Bundeskanzlerin wurde. 16 Jahre lang prägte ihre Amtszeit die Gesundheits- und Krankenhauspolitik und damit den Report. Übrigens folgte auf Basel II im Jahr 2010 Basel III. Auch ein Basel IV gibt es bereits, das 2017 veröffentlicht wurde. Der Report erhielt allerdings schon im zweiten Jahr seines Lebens den dann dauerhaft beibehaltenen Namen „Krankenhaus Rating Report“, „Basel“ verschwand schnell wieder aus dem Titel. Der Report wuchs auf 94 Seiten an und konnte 277 Jahresabschlüsse von Krankenhäusern auswerten. Erstmals wurden die absehbaren Folgen des demografischen Wandels für die künftige Gesundheitsversorgung angesprochen und mehr Gestaltungsfreiheit für die Marktakteure gefordert, unter anderem damit arbeitssparende Innovationen einfacher Eingang in den Markt finden könnten. Ebenfalls fiel 2006 das unbeliebte Wort der Marktbereinigung; „10 % weniger Krankenhäuser würde der Gesamtheit aller im Markt guttun“, so die Autoren damals.

In der Folgezeit gelang es Jahr für Jahr, nicht nur mehr Jahresabschlüsse von Krankenhäusern zusammenzutragen, teilweise noch auf mühsame Weise, sondern auch mehr Daten über den Gesamtmarkt. Im Jahr 2007 konnten zum ersten Mal Qualitätsberichte ausgewertet werden. 2008 wurden Patientenströme zwischen Regionen im Detail untersucht sowie der Zusammenhang zwischen Qualität und Wirtschaftlichkeit. Die Sektorengrenze bzw. ihre Abschaffung stand seit 2007 auf der Agenda des Reports. Nach einer Phase des Personalabbaus wurde im Report 2010 auf die zu beobachtende Trendumkehr aufmerksam gemacht. Seit kurzem stieg die Personalmenge wieder und ebenso stiegen die Fallzahlen. Diese Mengendynamik diskutierte der Report ab 2012, und es kam dabei die Idee des Handels mit Abrechnungszertifikaten auf, um ihr wirkungsvoll entgegenzuwirken. Es blieb jedoch bei den theoretischen Überlegungen. Im Jahr 2012 bekam der Krankenhaus Rating Report außerdem ein neues Gesicht. Der medhochzwei Verlag übernahm als professioneller Partner die Herausgeberschaft und kümmerte sich fortan um die optische Gestaltung sowie den Vertrieb des Reports.

Während die Optimierung der Krankenhausstrukturen schon in den frühen Jahren des Reports gefordert wurde, reifte Anfang der 2010er-Jahre die Erkenntnis, dass ländliche Regionen flankierende Maßnahmen benötigten, um die bestehenden Strukturen effizienter zu gestalten. Es waren Lösungen für den ländlichen Raum gefragt, zum Beispiel eine gut funktionierende sektorenübergreifende Notfallversorgung, mobile Dienste, ambulante Gesundheitszentren. Dann könnte es gelingen, Spezialangebote

in größeren Zentren und eine breite ambulant-stationäre Grundversorgung dezentral anzubieten. Im Report 2013 fiel erstmals der Begriff des Investitionsfonds, der Bundesmittel bereitstellen sollte, um Investitionen in effizientere Angebotsstrukturen mitzufinanzieren. Seit 2015 kam dafür der Name Strukturfonds auf. Im Jahr 2016 wurde der Strukturfonds Realität. Unabhängig davon blieb die Forderung nach der Umstellung auf die Monistik ein Dauerbrenner. Seit dem Jahr 2012 traten die vom InEK neu entwickelten Investitionspauschalen in den Vordergrund.

Der demografische Wandel war ebenfalls ein Dauerbrenner der Reports. Erstmals wurde 2014 die besonders große Herausforderung des Übergangs der „Babyboomer“-Generation in die Rente im Laufe der 2020er-Jahre explizit thematisiert und quasi eine „Babyboomer-Warnung“ ausgerufen. Damit verbunden waren Forderungen wie die rechtzeitige Schaffung nachhaltiger Krankenhausstrukturen, der effiziente Einsatz der bald knappen Personalressourcen, eine effektive Patientensteuerung und die elektronische Vernetzung des Gesundheitswesens. Doch die in den 2010er-Jahren sprudelnden Steuereinnahmen und steigenden Einnahmen der Sozialversicherungen verleiteten die Politik, knappen Fachkräften die Frühverrentung finanziell schmackhaft zu machen. Heute herrscht in der Politik vielfach Verwunderung vor, dass viele Erwerbstätige dieser Verlockung tatsächlich gefolgt sind.

Unter anderem der Report des Jahres 2015 widmete sich den neu aufkeimenden technologischen Möglichkeiten, die oft unter dem Stichwort „Digitalisierung“ subsumiert werden. Eine wichtige Forderung war die Aufhebung des Fernbehandlungsverbots. Erst die Corona-Pandemie sollte aber der Fernbehandlung notgedrungen zu ihrem Durchbruch verhelfen. Im Jahr 2016 gewann der Fachkräftemangel in der Pflege immer mehr an Bedeutung. Der Report untersuchte die Entwicklung der Zahl der Pflegekräfte im Zeitverlauf, die Arbeitszufriedenheit in der Pflege und forderte mehr Transparenz zur Pflegequalität anstatt einer Ausweitung der Regulierung und der Schaffung zusätzlicher Bürokratie. Das Thema Personal blieb seitdem in den Reports stets weit oben auf der Agenda. Zeitgleich mit dem Aufkommen des Pflegekräftemangels begann auch die Fallzahl der Krankenhäuser zu stagnieren. Die Zeit des Mengenwachstums ging 2017 zu Ende. Im Jahr 2019 sollte die Zahl der stationären Fälle sogar sinken und im Gefolge der Corona-Pandemie 2020 um weitere hohe 14 % einbrechen.

Fortan spielten arbeitssparende technische Innovationen eine große Rolle, von künstlicher Intelligenz, über Robotik und Sensorik bis hin zur Telemedizin, aber auch die qualifizierte Zuwanderung nach Deutschland. Immer wieder wurde mehr Gestaltungsfreiheit gefordert, um Innovationen einführen und den Möglichkeiten der Besitzstandswahrer entgegenzutreten, diese zu verhindern. Regionale Gesundheitsbudgets, die lokalen Akteuren die Ergebnisverantwortung übertragen und einem Wettbewerb der Regionen den Boden bereiten, wurden seit dem Report 2018 gefordert. Ebenfalls im Jahr 2018 wurde eindringlich vor der Einführung des

1. Einleitung

Pflegebudgets in Form der Selbstkostendeckung gewarnt, um die damit zusammenhängenden vielfachen Kollateralschäden zu verhindern. Stattdessen forderte der Report 2019 eine deutliche Aufwertung des Pflegeberufs. Das Pflegebudget wurde 2020 trotzdem eingeführt und die vorhergesagten Kollateralschäden sollten ebenfalls eintreten.

Eine Zäsur bildete das Pandemiejahr 2020. Nicht nur wurde die Welt auf den Kopf und die Krankenhausversorgung auf die Probe gestellt. Auch der Report war mangels aktuell verfügbarer Daten zum Krankenhausgeschehen herausgefordert. Denn typischerweise greift der Report auf Daten zurück, die anderthalb bis zwei Jahre alt sind. In Zeiten einer Pandemie war solch eine Datenlage jedoch völlig uninteressant. Wir waren gezwungen, alte Jahresabschlussdaten möglichst valide auf das aktuelle Jahr hochzurechnen, indem wir die vielen Sonderregelungen der Pandemiejahre, etwa die vielfältigen Ausgleichszahlungen für freizuhaltende Betten, zusammentrugen und in die Kurzfristprognose einbauten. Erfreulich für den Report war, dass im Jahr 2020 die Bank im Bistum Essen, ein kundiger und dem Standort Essen verbundener Partner des Krankenhaus Rating Reports wurde.

Als die Pandemie sich ihrem Ende zuneigte, war absehbar, dass die Fallzahl der Krankenhäuser niedrig bleiben würde. Damit rückte das Thema der Kapazitätsanpassungen in den Vordergrund. In diesem Sinne unzureichende Krankenhausstrukturen und der inzwischen allgegenwärtige Fachkräftemangel stellen aktuell die zentralen Herausforderungen dar. Viele deutsche Krankenhäuser waren und sind weit entfernt von einer optimalen Betriebsgröße. Zusammen mit der geringen Auslastung ihrer Bettenkapazitäten und einem ambulanten Potenzial in der Größenordnung von 20 % war klar, dass die Zahl der Krankenhausstandorte schrumpfen müsse, um für die nächsten, durch eine enorme Bevölkerungsalterung geprägten, Jahrzehnte noch eine gute Versorgung anbieten zu können. Der Report 2021 zeichnete das Zielbild einer nachhaltigen Krankenhausversorgung, deren Anker ein großer Versorger in jeder Region und dezentrale Gesundheitszentren bilden. Zentrale Facetten dieses Systems sollten fachliche Schwerpunktbildung, der Einsatz moderner Technologie, die Ausprägung einer „Kümmerer-Funktion“ vor Ort, mobile Angebote und Telemedizin sowie eine integrierte Notfallversorgung sein. Im Idealfall sollte zudem die Versorgung sektorenübergreifend organisiert sein sowie Regionalbudgets und Vorhaltebudgets umfassen.

Im Jahr 2022 folgten auf die Pandemie die durch den Angriffskrieg auf die Ukraine ausgelöste Energiekrise und die daraus erwachsende hohe Inflation. Krankenhäuser sahen sich damit nicht nur fallzahlbedingt geringen Erlösen, sondern nunmehr auch stark steigenden Kosten gegenüber. Ihre wirtschaftliche Lage verschlechterte sich. Hinzugekommen ist seit 2022 das Vorhaben, eine große Krankenhausreform einzuleiten, welche die Krankenhausversorgung fit für die durch den beschleunigten demografischen Wandel gekennzeichneten Jahre machen soll: Denn in Zeiten

des dauerhaften Fachkräftemangels und nur gering steigenden Einnahmen der Sozialversicherungen, wird mit weniger Ressourcen mehr Leistung erbracht werden müssen.

So stehen die Krankenhäuser, aber auch die Krankenkassen, aktuell zwischen Hoffen und Bangen über ihre weitere Zukunft. Hier setzt der neue Krankenhaus Rating Report 2024 an. Er greift diese und andere Themen auf und schafft in bewährter Manier einen empirisch fundierten Überblick über den aktuellen Krankenhausmarkt. Zudem untersucht er auf Basis eines sehr umfangreichen Datenpools die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser im Zeitverlauf. Darüber hinaus gibt der Report einen Ausblick auf die kommenden Jahre und untersucht in verschiedenen Szenarien, wie sich die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser verändern könnte, mit und ohne die große Krankenhausreform.

In Kapitel 2 untersuchen wir den gesamten Krankenhausmarkt und erstellen Hochrechnungen zur Leistungsmenge. Kapitel 3 analysiert die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser und ihre mögliche Entwicklung bei einer reinen Fortschreibung des Status quo einerseits und bei Realisierung der geplanten großen Krankenhausreform andererseits. Dazu gelang es, 489 Jahresabschlüsse aus dem Jahr 2022, 488 aus dem Jahr 2021 sowie jeweils zwischen 480 und 600 aus den Jahren 2007 bis 2020 zu einzubinden. Aktuell umfassen diese Daten insgesamt 922 Krankenhäuser, die gemessen am Umsatzvolumen aller Krankenhäuser einen Marktanteil von 68 % ausmachen.

Kapitel 4 gibt einen Ausblick auf die nächsten Jahre mit einem Schwerpunkt darauf, welche Strukturoptimierungen mit dem angedachten Transformationsfonds möglich wären. Es führt eine Abschätzung der erreichbaren volkswirtschaftlichen Rendite des durch den Fonds eingesetzten Investitionskapitals durch und macht Vorschläge für die Zeit nach Erreichen effizienterer Krankenhausstrukturen. In Kapitel 5 vertiefen wir ausgewählte Themen. Zunächst widmet sich Abschnitt 5.1 dem Zusammenhang zwischen dem digitalen Reifegrad und der Profitabilität deutscher Krankenhäuser. Abschnitt 5.2 befasst sich mit den seit Mitte 2022 gemeldeten Insolvenzverfahren von Krankenhäusern, und in Abschnitt 5.3 findet sich die Zusammenfassung einer Studie zu den Möglichkeiten einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung. Insgesamt zeigt sich aus unserer Sicht deutlich, dass eine stringente Gesundheitspolitik in der Lage sein könnte, eine anspruchsvolle Versorgung zu sichern, dass dazu aber erhebliche Anstrengungen erforderlich sein werden, die sich keineswegs in der Bereitstellung von üppigen Finanzmitteln erschöpfen, sondern weit tiefer reichen.



2. Der Krankenhausmarkt

2.1 Status quo

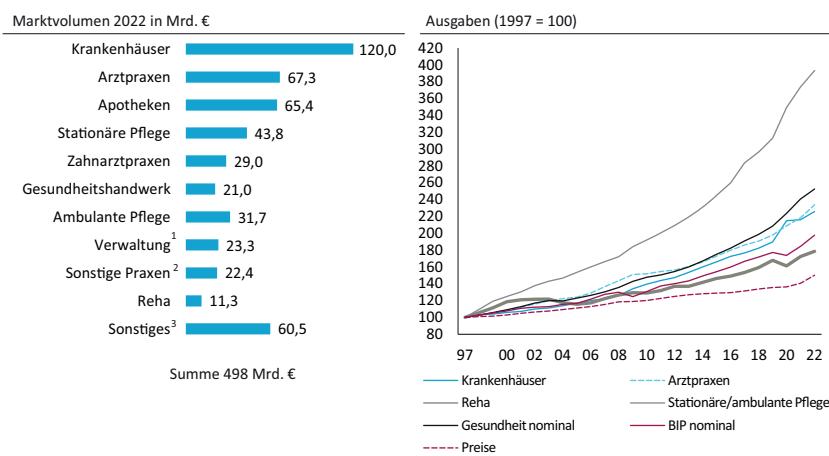
2.1.1 Marktübersicht

Der deutsche Gesundheitsmarkt erreichte im Jahr 2022 ein Volumen von rund 498 Mrd. € und damit 23,5 Mrd. € bzw. 4,9 % mehr als 2021. Hiervon entfielen rund 24,1 % auf den Krankenhaussektor (120 Mrd. €) (Schaubild 1). Die Wachstumsrate der Gesundheitsausgaben lag damit unterhalb der des Vorjahres (7,6 %). Das Bruttoinlandsprodukt (BIP) nahm im Vergleich zum Vorjahr nominal deutlich zu (7,2 %), sodass der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP wieder bei unter 13 % lag (Schaubild 2). Der starke Sprung auf über 13 % im Jahr 2020 war eine Folge der Corona-Pandemie. Ein Sprung in ähnlicher Größenordnung war letztmals im Zuge der Finanzkrise im Jahr 2009 zu verzeichnen.

Schaubild 1

Marktvolumen

2022 (in Mrd. €) und Änderung 1997-2022 (1997 = 100)



(1) Davon vor allem Verwaltungsausgaben der Krankenkassen.

(2) Praxen sonstiger medizinischer Berufe: physio-, sprach-, ergo- und musiktherapeutische Praxen, Massagepraxen, Praxen von Hebammen, Heilpraktikern oder medizinischen Fußpflegern.

(3) Investitionen (Krankenhausfördermittel, Mittel für Pflegeheime u. a.), Gesundheitsschutz, Rettungsdienste, sonst. Einrichtungen und private Haushalte.

Anmerkung: Gesamtkosten ohne Kosten fürs Ausland. Ab 2014 werden Leistungen für Dialysezentren den Arztpraxen zugerechnet.

Quelle: RWI/hcb, Statistisches Bundesamt (2024f, 2024k, 2024m).

2. Der Krankenhausmarkt

Schaubild 2
Gesundheitsausgaben als Anteil am Bruttoinlandsprodukt
1992 bis 2022, Anteil in %



Quelle: RWI/hcb, Statistisches Bundesamt (2024m, 2024e).

Im ersten Jahr der Corona-Pandemie sind die Finanzierungsanteile der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Privaten Krankenversicherung (PKV) bei den Krankenhausausgaben zurückgegangen. Im Jahr 2022 trug die GKV 79,2 % (Vorjahr: 80,7 %) der Ausgaben des Krankenhaussektors. Der von der PKV getragene Anteil lag wie im Vorjahr bei 8,2 %. Aufgrund der umfangreichen staatlichen Finanzierungshilfen stieg der durch die öffentliche Hand getragene Anteil von geringen 0,5 % im Jahr 2019 auf hohe 8,7 % im Jahr 2020. Im Jahr 2022 lag er mit 6,6 % immer noch deutlich über dem Niveau vor der Pandemie. Die restlichen Ausgaben trugen Arbeitgeber, private Haushalte und die Gesetzliche Unfallversicherung (Schaubild 3).



3. Das Rating der Krankenhäuser

3.1 Datengrundlage

In diesem Kapitel werden unterschiedliche Datenquellen genutzt. Neben Jahresabschlussdaten von Krankenhäusern nutzen wir das Krankenhausverzeichnis des statistischen Bundesamtes (Destatis) sowie Daten des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) zur Messung des Spezialisierungsgrads.

3.1.1 Jahresabschlussdaten

Wir greifen auf eine Stichprobe von 488 Jahresabschlüssen von Krankenhäusern aus dem Jahr 2021 und 489 aus 2022 zurück. Auf Grundlage der Abschlüsse, die für beide Jahre vorliegen, wurde für die 149 Abschlüsse, die nur für 2021 vorhanden sind, eine Hochrechnung auf 2022 vorgenommen. Da Jahresabschlüsse für Klinikketten mehrere einzelne Krankenhäuser umfassen, beinhaltet die Stichprobe insgesamt 922 Krankenhäuser. Für viele Einrichtungen liegen Jahresabschlüsse seit 2007 vor, allerdings nicht immer für jedes Jahr. Daher variiert die Stichprobengröße abhängig vom Jahr zwischen 810 und 987 Beobachtungen. Wie im vorangegangenen Report werden auch Krankenhäuser einbezogen, deren Bilanzangaben nicht vollständig für alle Jahre sind. Außerdem werden längere Zeitreihen dargestellt, indem auf Daten von früheren Reports zurückgegriffen wird. Anhand dieser Stichprobe lässt sich der zeitliche Verlauf ausgewählter Kennzahlen besser als in früheren Reports untersuchen.

Die vorliegenden Daten repräsentieren rund 50 % aller Krankenhäuser und decken etwa 68 % des Umsatzes des gesamten Krankenhausmarkts ab. Sie besitzen damit eine relevante Aussagekraft. Dabei sind Krankenhäuser aus allen Bundesländern in der Stichprobe vertreten. Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Hamburg, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein sind unter-, Brandenburg, Bremen, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen-Anhalt, Sachsen und Thüringen überrepräsentiert (Schaubild 64). Bezogen auf die einzelnen Krankenhäuser wird die Verteilung der Trägerschaften in der Grundgesamtheit ausreichend gut abgebildet. Jedoch sind freigemeinnützige Häuser leicht über- und private leicht unterrepräsentiert (Schaubild 65).

Da es bei Krankenhäusern in privater Trägerschaft relativ viele große Klinikketten mit jeweils nur einem Jahresabschluss auf Kettenebene gibt, liegen insgesamt weniger einzelne Bilanzen von privaten Einrichtungen vor. Wir verwenden stets die Konzernbilanzen, nicht jedoch Bilanzen einzelner Krankenhäuser einer Klinikette, die

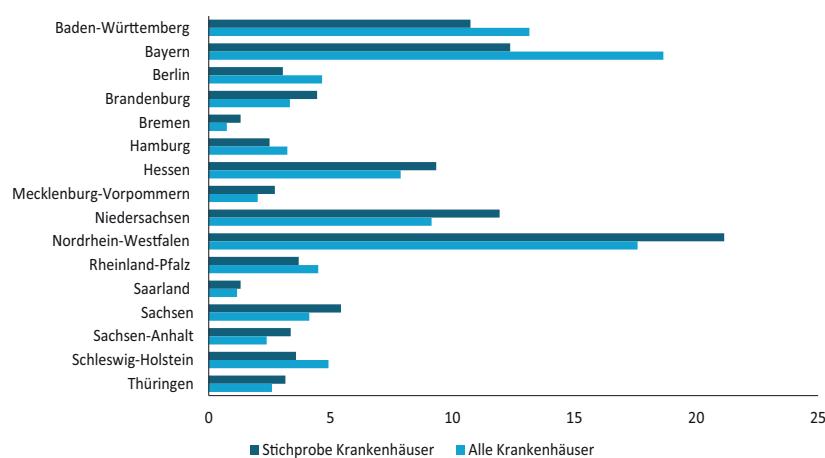
3. Das Rating der Krankenhäuser

ohnehin oft nicht verfügbar sind.¹³ In den Analysen gewichten wir eine Bilanz nach der Zahl ihrer dazu gehörigen Krankenhäuser. Kleinere Krankenhäuser mit weniger als 100 Betten sind in der Stichprobe unterrepräsentiert. Größere dafür jeweils leicht überrepräsentiert (Schaubild 66).

Schaubild 64

Verteilung der Krankenhäuser nach Bundesländern in Stichprobe¹ und Grundgesamtheit²

2022; Anteil in %



(1) Insgesamt handelt es sich um 489 Jahresabschlüsse. Manche Bilanz umfasst jedoch eine Kette von Krankenhäusern.

(2) Verteilung nach Grunddaten der Krankenhäuser 2022.

Quelle: RWI/hcb; Statistisches Bundesamt (2023e).



13 In einem separaten Abschnitt untersuchen wir, welche Effekte der Wechsel von Konzern- auf Einzelhausebene haben könnte.

4. Ausblick

4.1 Herausforderungen und Handlungsoptionen

Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser ist nicht nur aktuell äußerst angespannt, sondern es stellen sich auch mittel- und langfristig enorme Herausforderungen, welche die Aussichten auf eine Entspannung deutlich eintrüben. Vielmehr besteht ein großer Anpassungsbedarf, denn die bestehenden, vielfach nicht effizienten Strukturen sind in nachhaltige Strukturen zu überführen. Weitgehend unstrittig ist, dass es dazu einer größeren Krankenhausreform bedarf. Unstrittig ist auch, dass es dringend arbeitssparender Innovationen bedarf, um dem wachsenden Fachkräftemangel im Gesundheitswesen entgegenzuwirken und allen Menschen weiterhin einen uneingeschränkten Zugang zum Gesundheitswesen zu ermöglichen.

Es wird aber zu Innovationen im erforderlichen Ausmaß nur kommen können, wenn die – zweifellos innovationsbereiten – Akteure mehr Gestaltungsfreiheit erhalten. Nicht alle Innovationsansätze werden von Erfolg gekrönt sein, aber je mehr die Akteure in die Lage versetzt werden, neue Wege auszuprobieren, desto höher sind die Chancen, erfolgreiche zu finden. Den Anstoß, um bestehende ungünstige Strukturen zu verändern und dort die Veränderungen zu beschleunigen, wo die Transformation bereits in Gang gesetzt worden ist, sollten dabei Strukturvorgaben geben, denn dazu dürfte die – überaus wichtige – individuelle Handlungsfreiheit allein nicht ausreichen.

Gerade auf der kommunalen Ebene sind die Widerstände gegen Veränderungen der Krankenhausstrukturen regelmäßig sehr hoch, während Fragen der Wirtschaftlichkeit und die medizinische Qualität in den kommunalpolitischen Debatten oft eine untergeordnete Rolle spielen. Aufgrund der nachvollziehbaren, aber aus Sicht des Ziels, die Wohlfahrt der Bevölkerung zu mehren, eigentlich nachgeordneten Sorge, dass die Zustimmung zu strukturellen Veränderungen zu lokalen Protesten und zum Verlust politischen Kapitals führen könnte, werden häufig hohe Defizite aus dem Krankenhausbetrieb mit kommunalen Steuermitteln aufgefangen. Richtig wäre es hingegen, stattdessen effizientere und qualitativ hochwertigere Strukturen zu schaffen.

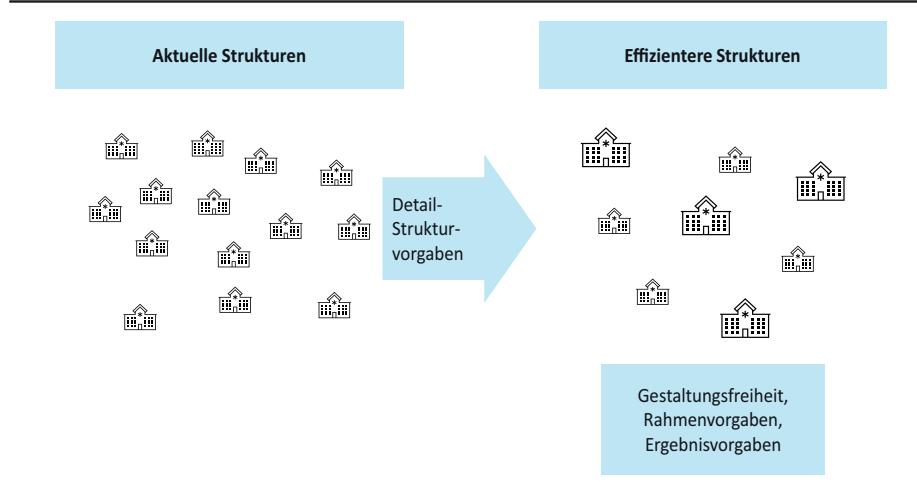
Um diese Blockade aufzulösen, könnten zunächst gesetzliche Strukturvorgaben mit größerer Detailtiefe die Kommunalpolitik aus der Verantwortung für die mit den nötigen Strukturveränderungen einhergehenden Anpassungserfordernisse nehmen. Mehr Gestaltungsfreiheit allein würde in dieser Problemlage deshalb wenig ausrichten können, denn sie geht ja gerade mit mehr Ergebnisverantwortung auf regionaler Ebene einher. Zudem würde sie erfordern, im Gegensatz zum aktuellen Stand der Dinge, dass Ergebnisse messbar, nachvollziehbar und transparent sind, um darüber steuern zu können.

4. Ausblick

Mittelfristig sollte die Gesundheitspolitik aber der Gestaltungsfreiheit mehr Raum geben und detaillierte Strukturvorgaben durch stärker übergreifende Rahmenvorgaben und ein Mehr an Transparenz ersetzen. Ein Beispiel dafür, dass Vorgaben innovationshemmend wirken können, sind detaillierte Vorgaben zum Personaleinsatz: Im Krankenhaus könnten sie dazu führen, dass eine an sich arbeitssparende Innovation nicht zur Umsetzung gelangt, bloß weil bei ihrer erfolgreichen Umsetzung der Personalbedarf so weit sinkt, dass auf diese Weise eine Vorgabe zum Personaleinsatz verletzt würde.

Gestaltungsfreiheit einerseits und Regulierung sowie Strukturvorgaben andererseits sind somit zwei Backen einer Zange, die im Verbund für die Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung eine zentrale Rolle spielen könnten. Wir empfehlen daher eine zweistufige Vorgehensweise: Stufe 1 zielt darauf ab, die bestehenden Strukturen in Richtung eines nachhaltigen, wirtschaftlich tragbaren und medizinisch hochwertigen Zielbildes weiterzuentwickeln – mit Hilfe von Strukturvorgaben. Wenn sich allmählich nachhaltige Strukturen einstellen und sich gut mess- und steuerbare Gesundheitsziele herauskristallisieren, greift Stufe 2, in der nur noch übergreifende Strukturvorgaben zum Einsatz kommen und deutlich mehr Gestaltungsfreiheit bei der Detailsteuerung gewährt wird. Bereits in Stufe 1 müssten allerdings die Ergebnistransparenz entscheidend verbessert und ergebnisorientierte und sektorenfreie Vergütungsmodelle erprobt werden. Schaubild 106 illustriert diesen Gedanken schematisch.

Schaubild 106
Zwei-Stufen-Vorgehensweise



Quelle: RWI/hcb.

5. Sonderanalysen

5.1 Digitale Reife und Profitabilität deutscher Krankenhäuser

Von Johannes Hollenbach und Alexander Haering (beide RWI)

Diese Sonderanalyse basiert auf dem kürzlich in *Health Policy* erschienenen wissenschaftlichen Artikel „The association of hospital profitability and digital maturity – An explorative study using data from the German DigitalRadar project“.²⁵

5.1.1 Einleitung

Während in einigen Ländern die Digitalisierung des Krankenhaussektors bereits deutlich weiter vorangeschritten ist, weisen viele deutsche Krankenhäuser Nachholbedarf auf. Da öffentliche Investitionsmittel seit Jahren nicht ausreichen, um den Bedarf im deutschen Krankenhaussektor zu decken, bleiben viele wichtige und notwendige Investitionen, unter anderem in digitale Konzepte, auf der Strecke. Dabei birgt die Digitalisierung für Krankenhäuser große Chancen zur Steigerung sowohl der Versorgungsqualität als auch der Produktivität. Krankenhäuser könnten daher auf eigene Gewinne zurückgreifen, um ihre Digitalisierung voranzutreiben und die Investitionsförderlücke zu reduzieren. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob es eine Verbindung zwischen dem Digitalisierungsgrad und der Profitabilität deutscher Krankenhäuser gibt.

Bisher gab es keine systematische Erfassung des Digitalisierungsgrads (auch „digitale Reife“) deutscher Krankenhäuser. Dies hat sich mit dem DigitalRadar-Projekt, das im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit das Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) wissenschaftlich begleitet und evaluiert, geändert. Im Rahmen des KHZG investieren Bund und Länder insgesamt rund 4,3 Mrd. € in die Digitalisierung deutscher Krankenhäuser. Im Jahr 2021 erfolgte die erste Messung des digitalen Reifegrads aller teilnehmenden Krankenhäuser, um dessen Stand vor dem Investitionsprogramm zu messen. Wir nutzen diese Daten und kombinieren sie mit Bilanzdaten aus dem Krankenhaus Rating Report. So können wir zwei Fragen beantworten:

1. Ist der digitale Reifegrad eines Krankenhauses mit seiner Profitabilität assoziiert?
2. Welche anderen Krankenhausmerkmale stehen mit der digitalen Reife von Krankenhäusern in Verbindung?

²⁵ Vogel, J., J. Hollenbach, A. Haering, B. Augurzky, und A. Geissler. 2024. "The association of hospital profitability and digital maturity – An explorative study using data from the German DigitalRadar." *Health Policy*, 142: 105012.



6. Benchmarks

Dieses Kapitel stellt ausgewählte Kennzahlen aus der Stichprobe der Jahresabschlüsse für das Jahr 2022 dar. Wir bilden hierzu für jede Untergruppe ein repräsentatives Krankenhaus. Hierfür haben wir folgende Vorgehensweise gewählt. Zunächst weisen wir den Krankenhäusern, bei denen wir die Bilanzdaten nur auf der Kettenebene vorliegen haben, anhand ihres Bettenanteils die entsprechenden Bilanzwerte auf Einzelhausebene zu. Anschließend werden die einzelnen Bilanzwerte je Untergruppe aufsummiert. Damit erhalten wir das repräsentative („fusionierte“) Krankenhaus für jede Untergruppe. Die Zahlen dieses repräsentativen Hauses bilden die Grundlage zur Berechnung der dargestellten Kennzahlen. Die Kennzahlen können aufgrund dieser Vorgehensweise von den Angaben in den vorherigen Abschnitten zum Teil abweichen. Der Vorteil dieser Vorgehensweise liegt jedoch darin, dass die gebildeten Kennzahlen in sich konsistent sind. Würden wir für jede Kennzahl stattdessen den Durchschnittswert über alle Krankenhäuser wählen, wäre es aus mathematischen Gründen möglich, dass sich zwei Kennzahlen widersprüchen. Tabellen 17 bis 26 enthalten ausgewählte Kennzahlen verschiedener Untergruppen. Grundsätzlich sind zwar auch Kombinationen von Gruppen möglich, z. B. „groß und freigemeinnützig“. Dies würde jedoch den vorliegenden Rahmen sprengen. Im Glossar befinden sich die Definitionen der Kennzahlen.



20 Jahre Krankenhaus Rating Report. Der Report feiert 2024 rechtzeitig zur großen Krankenhausreform sein Jubiläum. Er gibt wieder einen Überblick zur aktuellen wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser und einen Ausblick mit einer Einschätzung zu den möglichen Effekten der großen Krankenhausreform.

Die große Krankenhausreform steht an. Viele Inhalte der Reform sind inzwischen bekannt, die Verhandlungen dazu jedoch noch nicht abgeschlossen. Eins ist aber klar: Wenn die Reform kommt, wird die damit intendierte Optimierung der Krankenhausstrukturen mittelfristig zu einer Verbesserung der wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser führen. Hinzu kommen verschiedene ergänzende Maßnahmen der Reform, die teilweise ab 2025 und besonders ab 2027 zu Verbesserungen führen. Aber ob all diese genügen, um die gerade anstehenden schwierigen Jahre erfolgreich durchstehen zu können, ist offen.

Der Krankenhaus Rating Report 2024 widmet sich der Darstellung der aktuellen wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser und schreibt diese bis 2030 auf Basis der bisher bekannten Informationen fort. Er berücksichtigt dabei für 2023 die Kurzfristhilfen der Energiepreisbremse und bis 2024 des Härtefallfonds und unternimmt den Versuch, die wirtschaftlichen Effekte der Krankenhausreform mit und ohne das KHWG abzuschätzen sowie im zeitlichen Verlauf bis 2030 darzustellen.

Als Grundlage für den 20. Krankenhaus Rating Report dienen rund 500 Jahresabschlüsse von 920 Krankenhäusern. Diese werden von den Studienautoren des RWI und der hcb GmbH mit freundlicher Unterstützung der Bank im Bistum Essen analysiert und ihre Beiträge anhand zahlreicher farbiger Schaubilder, Karten und Tabellen veranschaulicht, darunter umfangreiche Benchmarks. Für Krankenhäuser und deren Geschäftspartner sowie für Entscheidungsträger aus Politik und Wirtschaft bietet der Report wertvolle, empirisch abgesicherte Erkenntnisse über die Entwicklung des Krankenhausmarkts.

Die Autoren:

Prof. Dr. Boris Augurzky, Leiter Gesundheit am RWI, Geschäftsführer der hcb GmbH sowie Vorstandsvorsitzender der Rhön Stiftung.

Dr. Sebastian Krolop, CEO & Founder Planet Health Foundation.

Daniel Monsees, Wissenschaftler im Kompetenzbereich Gesundheit am RWI.

Henrik Bergschneider, Wissenschaftler im Kompetenzbereich Gesundheit am RWI.

Johannes Hollenbach, Wissenschaftler im Kompetenzbereich Gesundheit am RWI.

Dr. Adam Pilny, Projektleiter in der hcb GmbH.

Prof. Dr. Christoph M. Schmidt ist Präsident des RWI.

www.medhochzwei-verlag.de



ISBN 978-3-98800-074-3



€ 359,00 (D)

Leseprobe

9 783988 000743