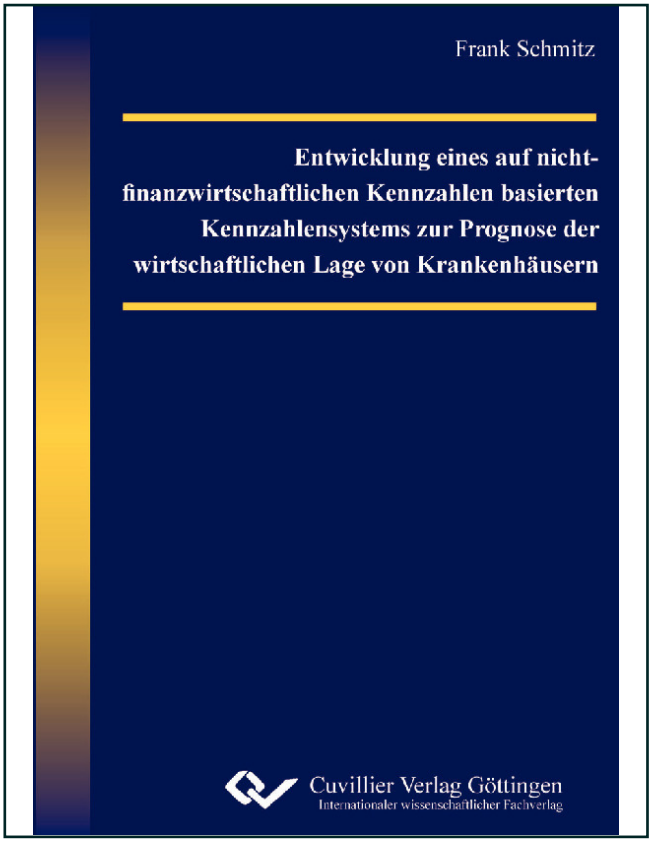
Frank Schmitz (Autor)

Entwicklung eines auf nicht-finanzwirtschaftlichen Kennzahlen basierten Kennzahlensystems zur Prognose der wirtschaftlichen Lage von Krankenhäusern



https://cuvillier.de/de/shop/publications/403

Copyright:
Cuvillier Verlag, Inhaberin Annette Jentzsch-Cuvillier, Nonnenstieg 8, 37075 Göttingen, Germany
Telefon: +49 (0)551 54724-0, E-Mail: info@cuvillier.de, Website: https://cuvillier.de

A Einleitung

1 Problemstellung

„Krisenmanagement ist seit Ende der siebziger Jahre zum beherrschenden Thema in fast allen Bereichen unseres Lebens geworden; dies gilt in besonderem Maße für die Wirtschaft […] Dabei ist das Phänomen der durch Überkapazitäten ausgelösten Unternehmens- bzw. Branchenkrisen durchaus nichts neues.“[1] Dieses Zitat aus dem Jahre 1986 kann – über 20 Jahre später – unmittelbar auf die wirtschaftliche Situation deutscher Krankenhäuser übertragen werden. Es verdeutlicht, dass die Herausforderungen, in denen sich viele Krankenhäuser aktuell befinden, für Unternehmen anderer Branchen kein neues Phänomen darstellen und von diesen auch bewältigt werden können.

Der Gesetzgeber hat seit der Abkehr von dem im Jahre 1985 eingeführten prospektiven Selbstkostendeckungsprinzip – nach dem die Höhe der im Vorfeld vereinbarten Betriebskosten erstattet worden sind – im Jahre 1993 den wirtschaftlichen Druck auf Krankenhäuser erhöht. Der Markt für stationäre Leistungserbringer im deutschen Gesundheitswesen ist aufgrund des Rückgangs der durchschnittlichen Verweildauer der Patienten im Krankenhaus durch Überkapazitäten und in Folge dessen durch Verdrängungswettbewerb gekennzeichnet.

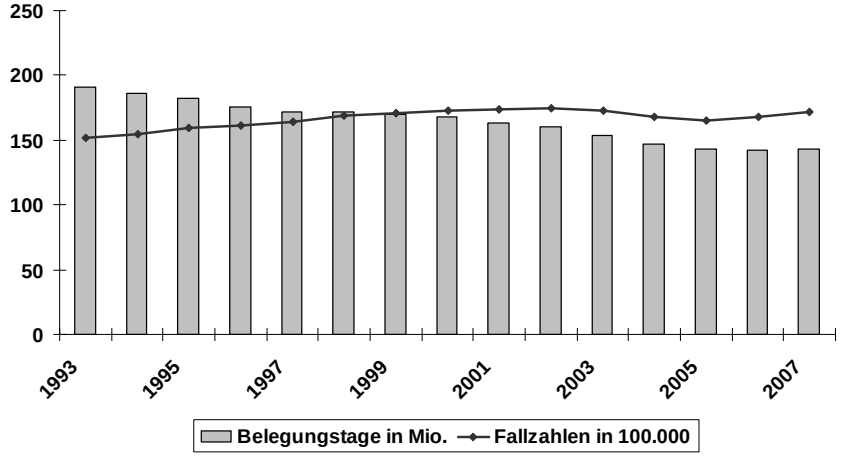


Abb. 1: Entwicklung Belegungstage und Fallzahlen 1993-2007[2]

[1] Grochla, E. (1986), S. VII.
[2] Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Statistisches Bundesamt (2008a).

Im Zeitraum zwischen 1993 und 2007 ist die durchschnittliche Verweildauer eines Patienten von 12,5 auf 8,3 Tage gefallen. Trotz einer Steigerung der Fallzahlen um 13% ist die Gesamtsumme der Belegungstage von 198,7 Mio. zwischen 1993 und 2007 um 25% gefallen, was eine Verringerung des Auslastungsgrades von 83% auf 77% zur Folge hatte.[3] Spezialisierungstendenzen verbunden mit einem medizintechnischen Fortschritt, von der Gesellschaft geforderte Effizienz- und Qualitätssteigerungen, steigende Ansprüche von demografisch bedingt älter und multimorbider werdenden Patienten, sind nur einige der Herausforderungen, denen Krankenhäuser gegenüberstehen.[4] Darüber hinaus haben sich die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen von Krankenhäusern in Deutschland und deren Wettbewerbssituation im Laufe der vergangenen Jahre zunehmend verschlechtert. Dies ist auf folgende Gründe zurückzuführen:[5]

- Investitionsstau

  Durch eine kontinuierliche Reduzierung der zur Verfügung gestellten finanziellen Ressourcen für Investitionen durch die Bundesländer ist in den zurückliegenden Jahren der notwendige finanzielle Umfang für Erweiterungs-, Modernisierungs- und Rationalisierungsmaßnahmen auf hochgerechnete 9 Mrd. Euro angewachsen.[6] Andere Berechnungen gehen von bis zu 50 Mrd. Euro aus[7], welche allerdings mögliche Nachfrageveränderungen und bereits durchgeführte Investitionen durch Eigenmittel nicht berücksichtigen.[8] Selbst bei einer Orientierung an den eher konservativen Berechnungen kann davon ausgegangen werden, dass durch den Rückgang der öffentlichen Förderung vielfach die notwendigen investiven Mittel nicht in ausreichendem Umfang zur Verfügung stehen. Durch diese fehlenden Mittel können beispielsweise notwendige bauliche Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsprozesse oder Energieeffizienzen nicht durchgeführt werden. Diese und weitere unterlassene Rationalisierungsinvestitionen haben eine unmittelbar negative Auswirkung auf das derzeitige und zukünftige operative Ergebnis.

---

[3] Vgl. Statistisches Bundesamt (2008a).
[4] Vgl. Edwards, N./ Wyatt, S./ McKee, M. (2004), S. 2ff.
[5] Vgl. Nowak, I. (2007), S. 3.
[6] Vgl. Augurzky, B. et al. (2009), S. 16.
[7] Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (2007), S. 14.
[8] Zur Kritik an der Berechnungsmethodik vgl. Rürup, B./ Albrecht, M./ Igel, C./ Häussler, B. (2008), S. 16f.

- Steigende Personalkosten aufgrund des EuGH-Urteils und Tariferhöhungen

  Der Europäische Gerichtshof hat im Jahre 2003 entschieden, dass Bereitschaftsdienste, bei dem der Arbeitnehmer an einem vom Krankenhaus bestimmten Ort anwesend zu sein hat, in vollem Umfang als Arbeitszeit zu werten ist.[9] Der deutsche Gesetzgeber hat dies mit einer Änderung des Arbeitszeitgesetzes zum 1. Januar 2004 übernommen. Der daraus resultierende Bedarf an zusätzlichem Personal, verbunden mit den hohen Tariflohnsteigerungen in den vergangenen Jahren, hat zu einer Erhöhung der Personalkosten geführt, die nicht in vollem Umfang refinanziert wurden.

- Integrierte Versorgung und Selektives Kontrahieren

  Das deutsche Gesundheitssystem ist aus der Vergangenheit durch eine starke Trennung ambulanter und stationärer Versorgungsangebote und dem Kontrahierungszwang, der Pflicht von Krankenkassen, mit den im Krankenhausplan aufgeführten Krankenhäusern Vergütungsverträge abzuschließen, geprägt. Eine Fehlallokation von Ressourcen verbunden mit negativen Folgen für die Qualität der Versorgung sind die Folgen.[10] Der Gesetzgeber hat darauf mit der Einführung der Integrierten Versorgung zum 1. Januar 2000 reagiert und mit den §§140a-d SGB V einen institutionellen Rahmen geschaffen, der eine sektorübergreifende Versorgung ermöglicht.[11]

  Unter dem Begriff des Selektiven Kontrahierens wird die vom Gesetzgeber eingeräumte Möglichkeit der Krankenkassen verstanden, unter Ausschluss der Kassenärztlichen Vereinigung, mit einzelnen Krankenhäusern oder Verbünden von Krankenhäusern kombinierte ambulante und stationäre Behandlungsverträge abzuschließen. Das einzelne Krankenhaus hat trotz Versorgungsvertrag keinen Anspruch auf einen Vertragsschluss mit einer Krankenkasse. Sowohl die Möglichkeiten der Integrierten Versorgung als auch die des Selektiven Kontrahierens werden zu einer Verschärfung der Wettbewerbssituation des einzelnen Krankenhauses führen.

---

[9] Vgl. EuGH, Urteil vom 9.9.2003 - C-151/02.
[10] Vgl. Wasem, J. (2003), S. 2ff.
[11] Vgl. GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vom 22. Dezember 1999.

- Politische Forcierung der Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich

  Viele medizinische Leistungen, die derzeit von Krankenhäusern erbracht werden und mit einem stationären Aufenthalt verbunden sind, können und sollen zukünftig ambulant angeboten werden. Die Höhe des ambulanten Potenzials wird bis zum Jahre 2020 auf ca. 7,3% prognostiziert.[12] Ziel der Verlagerung in den ambulanten Bereich ist eine Ausgabenreduzierung bei gleichbleibender Behandlungsqualität, was eine Erlösreduzierung für Krankenhäuser zur Folge hat. Krankenhäusern wurde die Möglichkeit ambulanter Operationen nach §115b SGB V und der ambulanten Leistungserbringung nach §116b SGB V ermöglicht.[13] Durch die Gründung eines Medizinischen Versorgungszentrums i. S. d. §95 SGB V kann seit dem 1. Januar 2004 ebenfalls an der ambulanten Versorgung teilgenommen werden.[14] Unabhängig davon, ob vormals stationäre Leistungen von einem Krankenhaus zukünftig selbst ambulant angeboten werden oder dies anderen Marktteilnehmern überlassen wird, sind personelle und infrastrukturelle Anpassungen notwendig, sofern der Rückgang der stationären Fallzahlen nicht durch andere stationäre Leistungen kompensiert werden kann. Diese können aus der steigenden Nachfrage nach stationären Leistungen aufgrund einer alternden Gesellschaft entstehen. So ist beispielsweise die durchschnittliche Verweildauer von Patienten zwischen 60 und 80 Jahre bis zu 50% höher als von Patienten unter 40 Jahren. Aufgrund der vielfach vorhandenen Multimorbitität älterer Patienten ist der pflegerische Aufwand höher als bei jüngeren Patienten bei gleicher Hauptindikation.[15]

Die aus den aufgeführten Gründen resultierende wirtschaftliche Lage von Krankenhäusern führt dazu, dass die Fach- und Tagespresse in diesem Zusammenhang vielfach den Begriff der „Krise“ oder synonyme Begriffe verwendet. Dass sich einige Krankenhäuser jedoch auf die veränderten wirtschaftlichen Rahmenbedingungen besser einstellen können, verdeutlicht das heterogene wirtschaftliche Bild deutscher Krankenhäuser. Eine Analyse der Jahresabschlüsse von 832 deutschen

---

[12] Vgl. Augurzky, B. et al. (2009), S. 75.
[13] Die Anzahl der ambulanten Operationen nach §115b SGB V stiegen in den Jahren 2006 und 2007 jeweils um 9 %. Vgl. Blum, K./ Offermanns, M./ Perner, P. (2008), S. 17f.
[14] Vgl. Theilmann, M. (2003), S. 526.
[15] Vgl. Schmidt, C./ Möller, J. (2006), S. 4.

Krankenhäusern des Wirtschaftsjahres 2006 hat ergeben, dass fast 60% der Krankenhäuser eine Umsatzrendite von 1% oder mehr erzielten. 25% der Krankenhäuser erwirtschafteten eine Umsatzrendite zwischen -1% und 1%, während annähernd 15% eine negative Umsatzrendite von weniger als -1% erzielten.[16] Knapp 16% der Krankenhäuser werden auf der Basis ihrer Jahresabschlusskennzahlen als erhöht insolvenzgefährdet eingestuft.[17] Zu vergleichbaren Ergebnissen gelangen weitere Studien. So wurde durch Befragung im Krankenhaus Barometer 2008 für Allgemeinkrankenhäuser über 50 Betten ermittelt, dass 30% der Krankenhäuser im Jahre 2007 einen Verlust erwirtschaftet haben und lediglich 17% ein ausgeglichenes Ergebnis erzielten. Im Gegensatz dazu weisen allerdings über 50% der Krankenhäuser ein positives Ergebnis aus.[18]

So lässt sich festhalten, dass die veränderten Rahmenbedingungen sowohl wirtschaftliche „Gewinner“ als auch „Verlierer“ hervorgebracht haben, wobei die Ursachen, die eine Einordnung eines Krankenhauses in eine der beiden Gruppen zur Folge haben, noch nicht hinreichend untersucht worden sind.

[16] Vgl. Augurzky, B. et al. (2009), S. 103.
[17] Vgl. Augurzky, B. et al. (2009), S. 11.
[18] Vgl. Blum, K./ Offermanns, M./ Perner, P. (2008), S. 62.