

Zur wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser

(Stand: Juli 2015)

GKV-Spitzenverband

Abteilung Krankenhäuser

In der Diskussion um das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) wird derzeit durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) die wirtschaftliche Lage der Kliniken als dramatisch schlecht dargestellt und die Betriebskostenfinanzierung als unzureichend. Für das Jahr 2017 erwartet man gar ein „Katastrophenjahr“ für die Krankenhäuser. Aus Sicht der DKG kommt es durch das KHSG im Krankenhausbereich zu Kürzungen um 1 Mrd. Euro im Jahr 2017 (vgl. Stellungnahme der DKG zum Referentenentwurf des KHSG). Diese Aussagen sind falsch und in keiner Weise nachvollziehbar. Alle angeführten vermeintlichen Belastungen erweisen sich bei näherer Betrachtung als gegenstandslos. Auch die Darstellung der DKG zur Ertragslage ist bewusst irreführend.

Entwicklung der Ertragslage der Krankenhäuser

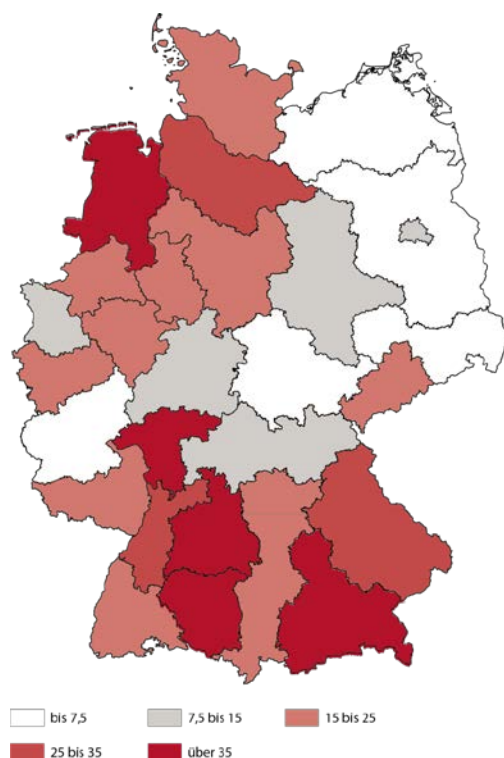
Der aktuelle Krankenhaus Rating Report 2015 des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI) „Kurzfristig höhere Erträge, langfristig große Herausforderungen“ zeigt eine positive Entwicklung der Ertragslage. Die Umsatzrendite der Krankenhäuser stieg von 0,7 % in 2012 auf 1,4 % in 2013. Der Anteil der Krankenhäuser mit einem Jahresverlust ist um 10 % gesunken (2013 hatten 30 % der Krankenhäuser einen Jahresverlust, 2012 waren es noch 33 %). 16 % befanden sich im „roten Bereich“ mit erhöhter Insolvenzgefahr. Der Krankenhaus Rating Report zeigt darüber hinaus deutliche regionale Unterschiede der wirtschaftlichen Lage: Ostdeutschen Kliniken geht es signifikant besser. Es wird hervorgehoben, dass Produktivitätsfortschritte und Marktaustritte von wirtschaftlich schwachen Häusern notwendig sind, um den Anteil der Kliniken im „roten“ Bereich wieder zu verringern.

Die Aussagen des Krankenhaus Rating Reports 2015 bestätigen die Einschätzungen des GKV-Spitzenverbandes, dass die Überkapazitäten das Problem sind, nicht die Defizite einzelner Krankenhäuser. Grundsätzlich sagt ein Defizit nichts über die Bedarfsnotwendigkeit des Krankenhauses aus. Jede dritte westdeutsche Klinik (35,6 %) in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft hat eine stark erhöhte Insolvenzwahrscheinlichkeit – in Ostdeutschland hingegen sind es nur 1,7 % der öffentlich-rechtlichen Kliniken. Fast 90 % der ostdeutschen Kliniken sind wirtschaftlich erfolgreich, hingegen schreiben fast 50 % der Krankenhäuser in Baden-Württemberg – bezogen auf alle



Träger – rote Zahlen. Etliche dieser defizitären Kliniken stehen in Ballungsräumen und werden nicht gebraucht, haben daher wirtschaftliche Probleme (Belegungsprobleme), was sich wiederum auch auf die Lage anderer Krankenhäuser auswirkt. Normalerweise würden diese Kliniken aus dem Markt ausscheiden. Der öffentliche Druck auf kommunale Träger (gerade im wirtschaftlich starken Süden der Republik) sorgt aber dafür, dass Defizite meist ausgeglichen werden (vgl. Abbildung 1). Krankenhäuser mit Defizitausgleich verbleiben so am Markt, sind aber latent von der Insolvenz bedroht (sie erscheinen u. a. im DKI-Barometer, im RWI-Report etc. im „roten Bereich“). Die Zahlen belegen in der Konsequenz nur die Überkapazität am Markt. Die folgende Grafik verdeutlicht den Unterschied in der Insolvenzwahrscheinlichkeit zwischen Ost und West eindrucksvoll.

Abbildung 1: Anteil gefährdeter Krankenhäuser nach Regionen 2013 (Anteile in %)



Anm.: Anteil gefährdet = Anteil im „roten“ Bereich zzgl. 50 % des Anteils im „gelben“ Bereich.

Vgl. hcb/RWI/Stiftung Münch/Philips.

Der Report ist begrüßenswert, da er die Situation der Krankenhäuser zahlenbasiert analysiert. Dennoch ist anzumerken, dass er sich auf „alte“ Zahlen aus dem Jahr 2013 bezieht. Allein in den Jahren 2014 und 2015 sind über 6 Mrd. Euro an GKV-Mitteln an die Krankenhäuser geflossen. Diese zusätzlichen Mittel werden in die Betrachtung nicht einbezogen.

Deckungsbeiträge

Wesentlicher Indikator im Rahmen der Betrachtung der Erlössituation der Krankenhäuser ist der Gewinn je Leistungsfall. Dieser sog. „Deckungsbeitrag“ ist der Betrag, den ein durchschnittlich wirtschaftendes Krankenhaus in der InEK-Kalkulation mit jeder Behandlung erzielt. Tabelle 1 zeigt, dass sich der Gewinn je Casemixpunkt seit 2005 von 54 Euro auf nun 256 Euro nahezu verfünffacht hat. Momentan beträgt damit die durchschnittliche Rendite fast 10 %.

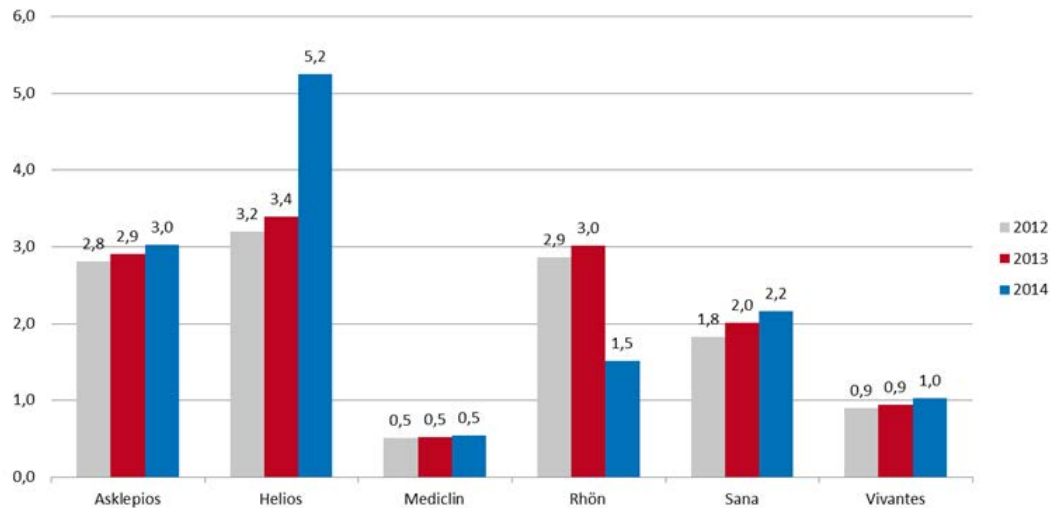
Tabelle 1: Durchschnittliche Kosten der Krankenhäuser und durchschnittliche Erlöse der Krankenhäuser

Jahr	Durchschnittliche Kosten eines Normalfalls (Bezugsgröße der InEK-Kalkulation)	Differenz zum Vorjahr	Durchschnittliche Erlöse eines Normalfalls (durchschnittliche Landesbasisfallwerte)	Differenz zum Vorjahr	Durchschnittlicher Deckungsbeitrag eines Normalfalls
2003	2.975 €	-	-	-	-
2004	2.836 €	-139 €	-	-	-
2005	2.736 €	-100 €	2.790 €	-	54 €
2006	2.681 €	-55 €	2.793 €	3 €	112 €
2007	2.621 €	-60 €	2.796 €	3 €	175 €
2008	2.619 €	-2 €	2.804 €	8 €	185 €
2009	2.651 €	32 €	2.891 €	87 €	240 €
2010	2.687 €	36 €	2.937 €	46 €	250 €
2011	2.730 €	43 €	2.948 €	11 €	218 €
2012	2.764 €	34 €	3.008 €	60 €	244 €
2013	2.808 €	44 €	3.064 €	56 €	256 €

Quelle: Durchschnittliche Landesbasisfallwerte (LBFW) der Jahre 2005 bis 2013, Bezugsgröße der InEK-Kalkulation der Jahre 2003 bis 2015.

Die Meldungen zu Gewinn- und Umsatzentwicklungen der Krankenhäuser belegen diese positive Entwicklung eindrücklich (Abbildung 2).

Abbildung 2: Umsatzsteigerung ausgewählter Kliniken (in Mrd. Euro)



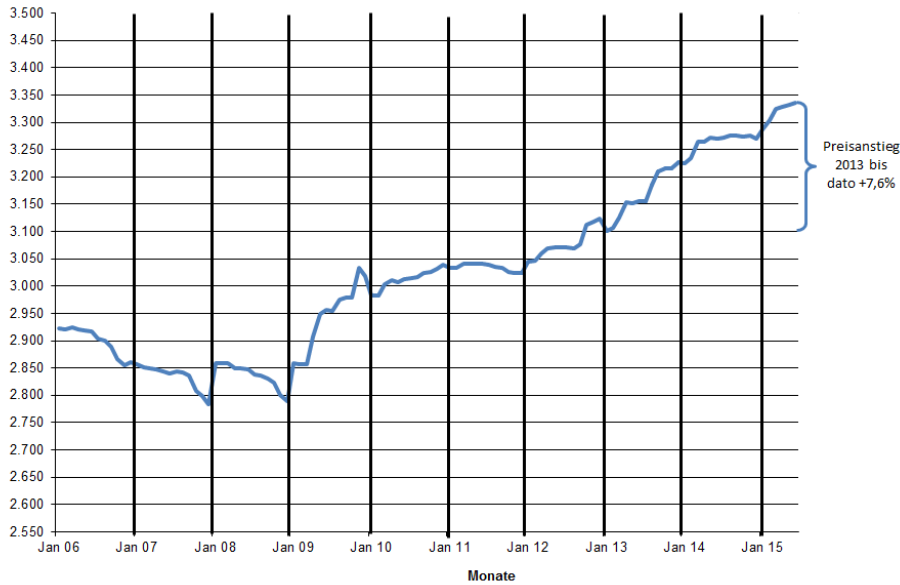
Quelle: Geschäftsberichte der angegebenen Unternehmen, eigene Darstellung GKV-Spitzenverband. Anmerkung: In 2013 kommt es aufgrund der Übernahme von Rhön durch Helios zu signifikanten Umsatzverschiebungen.

Aktueller Ausblick

Es gibt keine Anzeichen, dass sich die Ertragslage der Krankenhäuser in den Jahren 2014 und 2015 verschlechtert hat. Im Gegenteil: Der Preis ist von 2013 auf 2014 um 3,1 % und von 2014 auf 2015 um fast 2 % gestiegen (vgl. Abbildung 3 und z-bax des WIdO¹). Zusammen mit einem voraussichtlich durchschnittlichen Mengenwachstum in dieser Phase von 2 % ergibt sich ein Erlöswachstum von ca. 7 %. Auf der Kostenseite steht dieser Entwicklung der Orientierungswert in 2014 in Höhe von 2,02 % und in 2015 in Höhe von 1,44 % gegenüber. Auch vor dem Hintergrund dieser Zahlen und der Ausgabenentwicklungen der GKV (Steigerung um 6 Mrd. Euro in 2014 und 2015) hat sich die Ertragslage der Krankenhäuser weiter verbessert (Tabelle 2 und Abbildung 4).

¹ Vgl. www.wido.de/zbox.html.

Abbildung 3: Preisentwicklung stationärer Leistungen 2006 bis Juni 2015

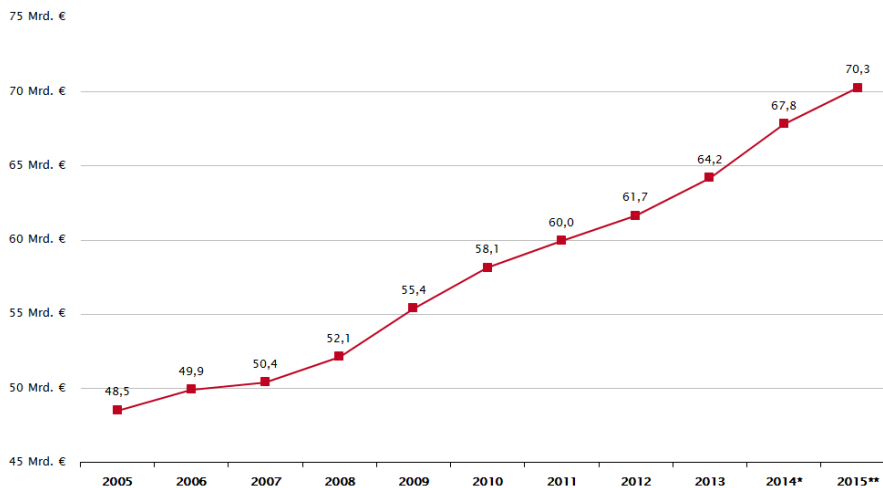


Quelle: Daten zum Z-Bax des WIdO, eigene Darstellung.

Tabelle 2: GKV-Ausgaben für Krankenhausbehandlung insgesamt (in Mrd. Euro)

Jahr	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014*	2015**
Ausgaben	48,5	49,9	50,4	52,1	55,4	58,1	60,0	61,7	64,2	67,8	70,3
Absolute Steigerung zum Vorjahr	1,36	1,40	0,49	1,7	3,3	2,7	1,8	1,7	2,5	3,6	2,44
Steigerungsraten	2,9 %	2,9 %	1,0 %	3,4 %	6,3 %	4,9 %	3,1 %	2,9 %	4,1 %	5,7 %	3,6 %

Abbildung 4: GKV-Ausgaben für Krankenhausbehandlung insgesamt (in Mrd. Euro)



Quelle: Amtliche Statistik KJ1; *KV 45; **eigene Schätzung 2015, eigene Darstellung.

Faustformeln zu den Krankenhausaussgaben 2015

In der Diskussion um mögliche Ausgabensteigerungen wird immer wieder nach Schätzwerten und Faustformeln gefragt. Folgende Größen geben einen Überblick über die relevanten Punkte:

Faustformeln zur Aufteilung der Ausgaben:

- Der Ausgabenanteil für den DGR-Bereich beträgt 90 %.
- Der Ausgabenanteil für den Psychiatrie-Bereich beträgt ca. 10 %.
- Der GKV-Ausgabenanteil an den finanzierten Leistungen beträgt 90 %.
- Der Ausgabenanteil der nicht durch die GKV finanzierten Leistungen umfasst 10 %.

Faustformeln im DRG-Bereich:

- Das Leistungsvolumen der Krankenhäuser (Fallzahl und Schweregrad) beläuft sich auf ca. 20 Mio. Casemixpunkte. Jeder Casemixpunkt wird mit ca. 3.000 Euro vergütet.
- **Menge:** Das aktuelle Casemixwachstum beträgt ca. 2 % pro Jahr. Das entspricht ca. 400.000 Casemixpunkten. Ein Jahr Mengensteigerung kostet dann 1,2 Mrd. Euro.
- **Preis:** Eine Preissteigerung in Höhe von 1 % (30 Euro) kostet bei 20 Mio. Casemixpunkten ca. 600 Mio. Euro. Der aktuelle Preisniveauzuwachs beträgt 2 % und kostet mithin 1,2 Mrd. Euro.
- **Ausgaben:** Der GKV-Spitzenverband rechnet für 2015 mit 2,4 Mrd. Euro Kostensteigerungen im Krankenhausbereich (ca. 1,2 Mrd. Menge, ca. 1,2 Mrd. Preis).

Aussagen zur aktuellen Diskussion um das KHSG

In der Auseinandersetzung mit den durch das KHSG diskutierten Maßnahmen werden folgende Fragen immer wieder diskutiert:

Wozu wurde der Versorgungszuschlag eingeführt?

Der Versorgungszuschlag wurde im Jahr 2013 zur finanziellen Kompensation der Mehrleistungsabschläge eingeführt (Stichwort „Abschaffung der doppelten Degression“). Der mit dem KHSG geplanten „Belastung“ durch den Wegfall des Versorgungszuschlags steht eine Entlastung in gleicher Höhe durch den Wegfall der Mehrleistungsabschläge entgegen. Den Krankenhäusern werden dementsprechend keine Mittel entzogen.² Die Behauptung der DKG „Mit dem Wegfall des Versorgungszuschlages im Jahr 2017 werden den Krankenhäusern 500 Mio. Euro entzogen.“³ ist falsch.

Wie werden Tarifsteigerungen refinanziert?

Eine vollständige Finanzierung der tatsächlichen Tarifsteigerungen findet über den Orientierungswert statt. Mit dem vom Statistischen Bundesamt ermittelten Orientierungswert als krankenhausspezifische Inflationsrate werden alle tatsächlichen Tarifsteigerungen mitfinanziert. Der Orientierungswert ist eine Forderung der DKG.⁴ Derzeit wird allerdings nicht die tatsächlich gemessene Kostensteigerung des Orientierungswertes gezahlt, sondern bereits seit zwei Jahren die deutlich höhere Grundlohnrate („Meistbegünstigungsklausel“). Im Jahr 2014 wurden so 500 Mio. Euro zu viel gezahlt, im Jahr 2015 sogar 700 Mio. Euro (vgl. Abbildung 5). Die tatsächlichen Tarifsteigerungen sind damit sogar überfinanziert worden. Die Behauptung der DKG „Der Versorgungszuschlag ist für die Refinanzierung von Tarifsteigerungen eingeführt worden.“⁵ ist falsch.

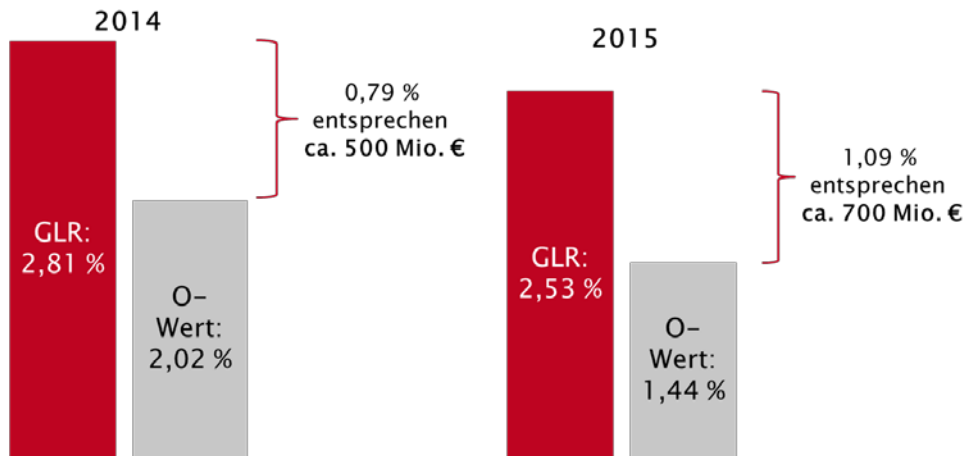
² Vgl. Begründung zum Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung und Erstes Pflege-stärkungsgesetz

³ Vgl. Vgl. Stellungnahme der DKG zum Referentenentwurf des KHSG.

⁴ Vgl. das Krankenhaus 10/2008, S. 990: „Es sei dringend erforderlich, die Anbindung der Budgets an die Grundlohnsumme durch einen Index abzulösen, der sich an der Kostenentwicklung im Krankenhaus orientiere. Nur so könnten unabwiesbare Kostensteigerungen finanziert werden.“

⁵ Deutsches Ärzteblatt vom 19.05.2015: DKG: Krankenhausreform ist eine Mogelpackung: „Dieser Zuschlag war auch als Ausgleich für die Tarifierhöhungen gedacht.“

Abbildung 5: Preisobergrenze: Überzahlung durch Meistbegünstigungsklausel



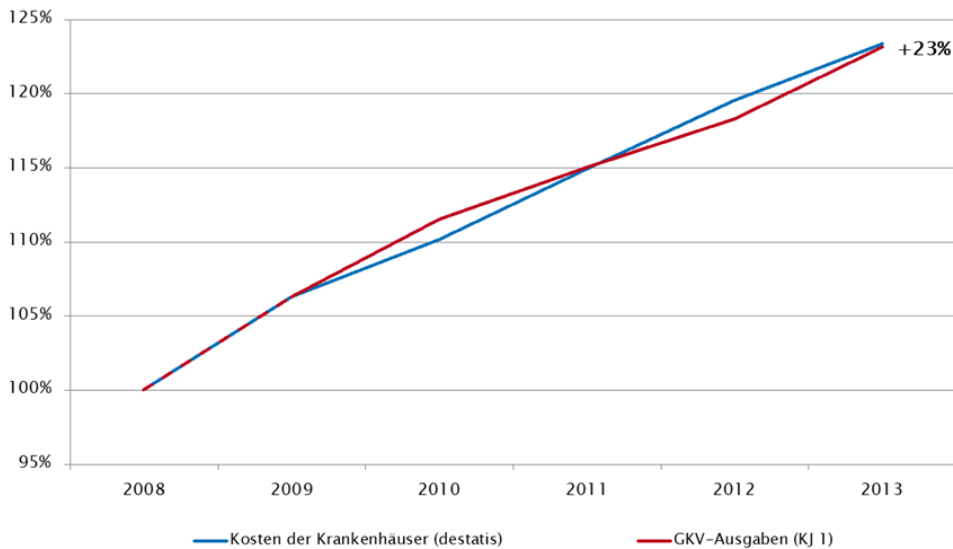
GLR = Grundlohnrate, O-Wert = Orientierungswert
Quelle: Eigene Darstellung.

Gibt es eine „Tariflohn–Erlösschere“?

Die Erlöse der Krankenhäuser ergeben sich aus dem Produkt aus Preis (Landesbasisfallwert) und Mengen (Casemix). Die Kostenentwicklung ergibt sich aus Personal- und Sachkostensteigerungen. Der Orientierungswert als krankenhausspezifische Inflationsrate ist eine gemessene Größe. Es ist irreführend, als Kostenindikator nur die Tarifsteigerungen anzuführen, wie dies die DKG macht. Zudem unterschlägt die DKG regelhaft im Rahmen der Betrachtung die Erlöszuwächse aus der Mengenentwicklung.

Bei einer vollständigen Betrachtung der Einflussgrößen wird offensichtlich, dass die behauptete „Schere“ nicht existiert. Es gibt einen Gleichklang zwischen der Entwicklung der Kosten der Krankenhäuser und den dafür gezahlten Ausgaben der GKV (vgl. Abbildung 6).

Abbildung 6: Kosten- und Erlössteigerungen der Kliniken



Quelle: Destatis, amtliche Statistik KJ 1, eigene Berechnungen, eigene Darstellung.

Die Behauptung der DKG „Die Kosten–Erlös–Schere weitet sich.“ ist falsch. Die DKG stellt hierbei als Kostenentwicklung lediglich auf die Ergebnisse der Tarifverhandlungen ab, als Erlösentwicklung aber auf die Basisfallwertentwicklung.

Fazit

Die wirtschaftliche Situation der Kliniken stellt sich unter dem Gesichtspunkt der Betriebskostenfinanzierung nicht als dramatisch dar. Vorhandene Defizite von Krankenhäusern sind nach Bundesländern aktuell deutlich unterschiedlich verteilt und im Wesentlichen aus unterlassenen Strukturereformen erklärbar. Auch der Blick in die Zukunft lässt keine Verschlechterung der wirtschaftlichen Situation erwarten, im Gegenteil; die Preisentwicklung und die Maßnahmen des KHSG werden die wirtschaftliche Lage der Kliniken weiter verbessern. Die aktuelle Leistungsmengenentwicklung von zwei Prozent zeigt die weiterhin bestehende Notwendigkeit von leistungsmengenbezogenen Abschlägen.