

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0249(29)
gel. ESV zur öAnhörung am 23.4.
2012_PsychEntgelt
23.04.2012

Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung

Zur wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser 2012

Stellungnahme im Rahmen der öffentlichen Anhörung
zum Thema „PsychEntgelt“
im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages
am 23. April 2012

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; Dr. Hans Georg Fabritius; Prof. Dr. Justus Haucap, Hans Jürgen Kerkhoff; Dr. Thomas Köster; Dr. Thomas A. Lange; Martin Lehmann-Stanislawski; Andreas Meyer-Lauber; Hermann Rappen; Reinhard Schulz; Dr. Michael H. Wappelhorst

Forschungsbeirat

Prof. Dr. Claudia M. Buch; Prof. Michael C. Burda, Ph.D.; Prof. Dr. Lars P. Feld;
Prof. Dr. Stefan Felder; Prof. Nicola Fuchs-Schündeln, Ph.D.; Prof. Timo Goeschl,
Ph.D.; Prof. Dr. Justus Haucap; Prof. Dr. Kai Konrad; Prof. Dr. Wolfgang Leininger;
Prof. Regina T. Riphahn, Ph.D.

Ehrenmitglieder des RWI

Heinrich Frommknecht; Prof. Dr. Paul Klemmer †; Dr. Dietmar Kuhnt

RWI Projektbericht

Herausgeber:

Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung

Hohenzollernstraße 1/3, 45128 Essen, Germany

Phone +49 201-81 49-0, Fax +49 201-81 49-200, e-mail: rwi@rwi-essen.de

Alle Rechte vorbehalten. Essen 2012

Schriftleitung: Prof. Dr. Christoph M. Schmidt

Zur wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser 2012

Stellungnahme im Rahmen der öffentlichen Anhörung zum Thema „PsychEntgelt“
im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 23. April 2012

Projektteam: Dr. Boris Augurzky

Stellungnahme des Einzelsachverständigen

Dr. Boris Augurzky, Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung e.V. (RWI)¹

zur Öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit am 23.4.2012 zum Entwurf des PsychEntgeltgesetzes

– BT-Drs. 17/8986 –

Zur wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser 2012

Hintergrund und Methodik

Das RWI untersucht regelmäßig die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser in Deutschland auf Basis von rund 700 Jahresabschlüssen, die rund 1.000 Krankenhäuser umfassen. Aktuell veröffentlicht sind Untersuchungen von Jahresabschlüssen aus dem Jahr 2009 (Krankenhaus Rating Report 2011). Für den am 13. Juni 2012 erscheinenden Krankenhaus Rating Report 2012 werden derzeit Daten von 2010 analysiert. Jahresabschlüsse aus dem Jahr 2011 liegen noch nicht in statistisch ausreichendem Maße vor. Um dennoch eine Aussage zur gegenwärtigen Situation 2012 treffen zu können, werden die vorliegenden 2010er Jahresabschlüsse auf Grundlage bekannter Erlös- und kostenrelevanter Einflussfaktoren für die Jahre 2011 und 2012 hochgerechnet. Da die Analysen noch nicht abgeschlossen sind, handelt es sich im Folgenden nur um **vorläufige Ergebnisse**. Durch neue Informationen über die Jahre 2011 und 2012 können sie sich bis zur Veröffentlichung des Krankenhaus Rating Report 2012 am 14. Juni 2012 noch ändern.

Das RWI errechnet Bilanzratings der Jahresabschlüsse. Das Bilanzrating trifft eine Aussage über die Bonität des Unternehmens, insbesondere zur Insolvenzwahrscheinlichkeit. Bürgschaften und Gewährträgerhaftung seitens Krankenhausträger bleiben dabei unberücksichtigt. Zur Veranschaulichung werden drei Kategorien nach dem Ampelschema gebildet. Ein Krankenhausunternehmen im „grünen“ Bereich weist eine solide Bonität auf, seine Insolvenzwahrscheinlichkeit liegt unter 1,0%. Der gelbe Bereich umfasst Jahresabschlüsse mit einer Insolvenzwahrscheinlichkeit zwischen 1,0% und 2,6%. Im roten Bereich befinden sich schließlich solche mit einem Wert über 2,6%. Für Krankenhäuser im roten Bereich besteht eine erhöhte Insolvenzgefahr. Darüber hinaus wird für den Zweck dieser Stellungnahme ein kumulierter Jahresabschluss aller deutschen Krankenhäuser berechnet. Es erfolgt dabei eine Hochrechnung auf die Grundgesamtheit aller rund 2.000 deutschen Krankenhäuser.

Die Lage bis 2010

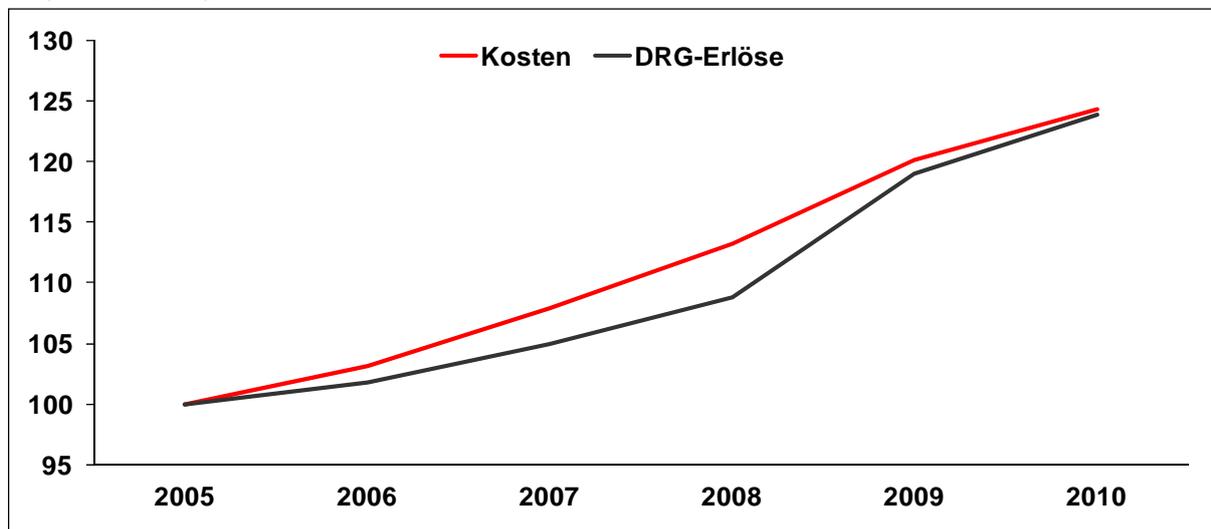
Im Jahr 2007 befanden sich 12% der Krankenhäuser im roten, 14% im gelben und 74% im grünen Bereich. 2008 war demgegenüber eine spürbare Verschlechterung eingetreten. Nur noch 69% waren im grünen Bereich, dagegen 13% im roten und 17% im gelben. Infolge des KHRG konnte dieser Trend gestoppt werden, sodass sich der grüne Bereich 2009 wieder auf 76% ausweitete. 2010 trat abermals eine leichte Verbesserung ein. Der grüne Bereich stieg auf 80%, der rote fiel auf 10%. Die Zahl der Krankenhäuser mit einem Jahresüberschuss belief sich 2010 auf 68%, solche mit einem ausgeglichenen Ergebnis auf 18% und Häuser mit einem Jahresverlust auf nur noch 14%. Verbessert hatte sich auch die Eigenkapitalquote in dem genannten Zeitraum.

Ein ähnliches Bild erhält man bei der Betrachtung der aggregierten Erlöse und Kosten der Krankenhäuser im Zeitablauf. Es handelt sich dabei um eine andere Datenquelle als die Jahresabschlüsse, sodass es zu Abweichungen kommen kann. Ausgehend von 2005 stiegen die Kosten bis 2008 zunächst stärker als die DRG-Erlöse. Danach konnten die DRG-Erlöse stark zulegen, sodass sie bis 2010 wieder praktisch auf gleichem Niveau wie die Kosten waren (Schaubild 1). Es sei angemerkt, dass es neben den DRG-Erlöse noch weitere Erlösarten gibt, die hier nicht

¹ Hohenzollernstraße 1-3, 45131 Essen.

berücksichtigt wurden. Sollten sich die anderen Erlösarten aber ähnlich entwickelt haben wie die DRG-Erlöse, würde das Schaubild auch für sämtliche Erlöse eines Krankenhauses eine Aussage machen. Allerdings ist auch eine positivere Entwicklung möglich.

Schaubild 1
DRG-Erlöse und Kosten der Krankenhäuser
2005 bis 2010; 2005 = 100



Quelle: Statistisches Bundesamt (Grunddaten und Kostendaten); AOK (Basisfallwerte), WIdO (CMI), eigene Berechnungen.

Die Lage 2011 und 2012

Mit dem GKV-FinG wurde die Wachstumsrate der Krankenhauspreise (Basisfallwerte), die sich an der Grundlohnrate orientiert, für die Jahre 2011 und 2012 reduziert. Im Ergebnis sollten sie 2011 nur um 0,9% und 2012 nur um 1,48% wachsen. Gleichzeitig nahmen die Zahl der Krankenhausfälle, der Casemix-Index (CMI) und andere Erlöse der Krankenhäuser, z.B. Wahlleistungen, zu. **In der Summe rechnen wir für 2011 mit einem Erlöswachstum der Krankenhäuser von 3,3% und 2012 von 3,7%.**

Auf der Kostenseite nahmen die Löhne und Gehälter zu, insbesondere im ärztlichen, aber auch in den anderen medizinischen Diensten (Pflegedienst, Funktionsdienst, medizinisch-technischer Dienst). Darüber hinaus dürfte es zu Steigerungen der Sachkosten und aufgrund der steigenden Patientenzahl auch zu einer Zunahme der Personalmenge gekommen sein. Im Zeitraum 2005 bis 2010 wuchs die Zahl der Vollkräfte im medizinischen Bereich um 4,7% oder um rund 0,9% pro Jahr. Im Gegenzug sank die Zahl der Vollkräfte im nicht-medizinischen Bereich, was allerdings von einem verhältnismäßig starken Anstieg der Sachkosten begleitet war. Dahinter dürften sich Outsourcingeffekte verbergen. Unter Berücksichtigung der erwarteten Zunahme der Personalmenge, der Sachmittelmengen sowie der Löhne und der Sachmittelpreise **gehen wir 2011 von einer Kostensteigerung in Höhe von 4,3% und 2012 von 4,1% aus.**

Die Kostensteigerungen lagen demnach in beiden Jahren über den Erlössteigerungen. Die Differenzen aus Kosten und Erlösen betragen unter den Modellannahmen 2011 rund 800 Mill. € und 2012 rund 330 Mill. €.² Die wirtschaftliche Lage dürfte sich insgesamt verschlechtert haben. Der Anteil der Krankenhausunternehmen im roten Bereich dürfte sich 2011 auf 12% und 2012 auf 15,5% erhöht haben. Die Summe aller Jahresüberschüsse (und -verluste)

² Dabei sind Produktivitätsfortschritte im Modell zum Teil dadurch berücksichtigt, dass zur Erbringung von 1% mehr Fällen weniger als 1% mehr Personal und Sachmittel nötig sind. Im Bestand an Fällen wurde dagegen kein Produktivitätsfortschritt unterstellt. Insofern handelt es sich bei den hier genannten Zahlen um Obergrenzen.

dürfte sich von 1,7 Mrd. € 2010 auf rund 1,35 Mrd. € 2012 verringert haben³. In einem alternativen Szenario ohne den Abschlag des GKV-FinG von 0,5% auf die Grundlohnrate 2012 würde die Kosten-Erlös-Differenz verschwinden.

Konsequenzen

Die wirtschaftlich solide Ausgangslage der Krankenhäuser 2010 dürfte dazu beitragen, dass die Kosten-Erlös-Lücke 2011 von den meisten Krankenhäusern verkraftet werden konnte. 2012 dürfte dies schon schwerer fallen. Zur Stabilisierung der Lage 2012 wären etwa 330 Mill. € zusätzlich nötig. Alternativ könnte der effizientere Einsatz der Krankenhauskapazitäten angestrebt werden. In vielen Regionen Deutschlands besteht eine sehr hohe Krankenhaushäufigkeit mit vielen kleinen und wenig spezialisierten Einrichtungen. Weniger, dafür aber größere Einheiten könnten wirtschaftlicher betrieben werden – in den meisten Fällen ohne die Gefährdung der Versorgungssicherheit der Patienten, wie zahlreiche Regionen in Deutschland zeigen.

Zur Verbesserung der Effizienz sind in vielen Fällen jedoch Investitionsmittel nötig. Laufende Analysen zeigen, dass die Investitionsfähigkeit der Krankenhäuser im Durchschnitt schlecht ist. Rund 40% der Krankenhäuser sind 2010 nicht voll investitionsfähig.⁴ Selbst wenn einige davon ein gutes Rating besitzen, leben sie mehr oder weniger von ihrer Substanz. Ein Grund dafür ist in der dualistischen Finanzierung der Krankenhäuser zu sehen. Danach finanzieren die Bundesländer aus Steuermitteln die Krankenhausinvestitionen. Allerdings kommen viele Länder dieser Verpflichtung nur in einem reduzierten Maße nach. Im Durchschnitt tragen sie etwa 50% der nötigen Krankenhausinvestitionen. Eine Forderung wäre also die Erhöhung der Investitionsfördermittel der Länder – idealerweise verbunden mit dem Übergang zu einer monistischen Finanzierung, bei der diese Mittel effizienter eingesetzt werden könnten. Die Mittel der Länder könnten dabei auch in einigen Fällen als „Abwrackprämien“ verwendet werden, d.h. die Vergabe der Mittel würde an die Bedingung gebunden, Krankenhauskapazitäten z.B. in einem Verbund zu fokussieren.

Wenn dies politisch nicht gewünscht ist, kann die Rücknahme des 0,5%-Abschlags des GKV-FinG eine Option sein. Wichtig dabei ist jedoch, dass über geeignete Instrumente gleichzeitig der Anreiz der Krankenhäuser zur Ausweitung der Fallzahlen gebremst wird. Denn ein höherer Preis für Krankenhausleistungen setzt auch einen höheren Anreiz zur Erbringung dieser Leistung. In den vergangenen Jahren ist zu beobachten, dass die Zahl der in Krankenhäusern behandelten Patienten stärker steigt als die demografische Entwicklung dies erwarten ließe. Dahinter kann medizinisch-technischer Fortschritt und angebotsinduzierte Nachfrage vermutet werden.

Geeignete Instrumente wären Einzelverträge zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen. Sie würden eine bessere Abstimmung über die Preise, Mengen und Qualität der Leistungen erlauben und insbesondere die Mengendynamik bremsen können. Dies würde eine Abkehr vom Kollektivvertrag erfordern. Soll der Kollektivvertrag beibehalten werden, böte sich das Instrument des sog. Zertifikatehandels an. Dabei wird eine bestimmte Menge an Zertifikaten zur Abrechnung von Casemixpunkten einmalig an alle Krankenhäuser ausgegeben und jährlich der Morbiditätsentwicklung angepasst. Abrechenbar wären nur Fälle, für die das Krankenhaus ein Zertifikat besitzt. Möchte es mehr (oder weniger) Fälle erbringen, kann es von anderen Krankenhäusern Zertifikate erwerben (oder an andere verkaufen). Die Mengendynamik wäre mit diesem Instrument unter Kontrolle, ohne den Wettbewerb zwischen Krankenhäusern einzuschränken. Ergänzend denkbar wäre eine Art Mehrerlösabschlag bei Erbringung einer Leistung ohne Zertifikat.

Zukünftig kann der vom Statistischen Bundesamt zu errechnende Kostenorientierungswert bei der Preisanpassung eine große Hilfe sein. Insofern ist er zu begrüßen. Allerdings muss dabei beachtet werden, dass Gleiches mit

³ Hier ist darauf hinzuweisen, dass die Summe aller Jahresüberschüsse und -verluste aller Krankenhäuser nicht Null sein darf. Nur Werte über Null ermöglichen es einem Krankenhausunternehmen, Investitionen zu tätigen. Ohne regelmäßige Investitionen in die Unternehmenssubstanz ist kein Unternehmen nachhaltig. Die öffentlichen Fördermittel decken nur rund 50% der nötigen Investitionen.

⁴ Betont sei hier abermals, dass es sich um vorläufige Zahlen handelt. Die Analysen sind zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht abgeschlossen.

RWI-Stellungnahme

Gleichem verglichen wird. Während sich der Preis (Basisfallwert) und seine Anpassung auf den durchschnittlichen Krankenhausfall beziehen, bezieht sich der Kostenorientierungswert auf die Gesamtkosten des Krankenhauses. Es handelt sich also um unterschiedliche Bezugsgrößen. Der Kostenorientierungswert müsste sich also auch auf den Krankenhausfall beziehen. Man könnte dagegen argumentieren, dass auch ein Krankenhaus ohne Mengenausweitung seine Kostenzuwächse über Preiszuwächse decken können muss. Sollte aber die Mengendynamik durch ein geeignetes Steuerungsinstrument gebremst sein, entfällt dieses Argument. In diesem Fall wird der Orientierungswert bezogen auf die Fallkosten ähnlich hoch ausfallen wie der Orientierungswert in Bezug auf die gesamten Krankenhauskosten.