

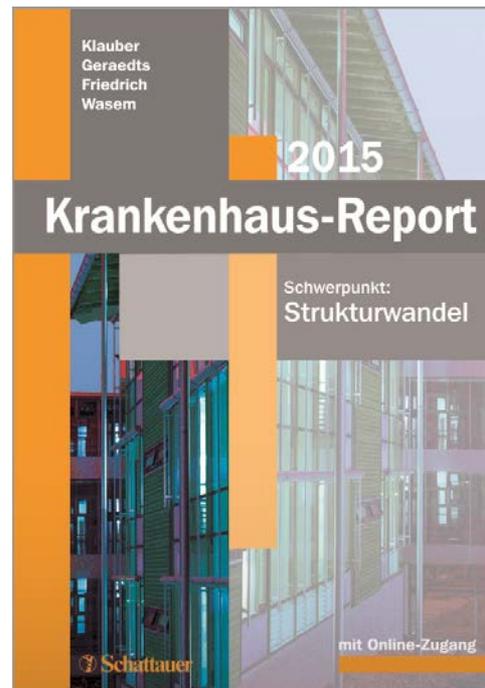
Krankenhaus-Report 2015

„Strukturwandel“

Jürgen Klauber / Max Geraedts /
Jörg Friedrich / Jürgen Wasem (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2015

Auszug Seite 237-248



15	Verwendung von Betriebsmitteln für Investitionen.....	237
	<i>Boris Augurzky</i>	
15.1	Hintergrund	237
15.1.1	Produktionsfaktoren.....	237
15.1.2	Investitionsbedarf.....	239
15.2	Investitionstätigkeit	240
15.2.1	Investitionen aus Eigenmitteln.....	240
15.2.2	Bedeutung von Kapital im Krankenhausbereich	241
15.3	Investitionsfähigkeit.....	243
15.4	Fazit.....	247
	Literatur	248

15 Verwendung von Betriebsmitteln für Investitionen

Boris Augurzky

Abstract

Im System der dualen Finanzierung der Krankenhäuser obliegt es den Bundesländern, die Investitionsmittel bereitzustellen. Aus dieser Verantwortung ziehen sie sich jedoch immer mehr zurück. Für den Erhalt des Anlagevermögens der Krankenhäuser (ohne Universitätskliniken) ist ein jährlicher Investitionsbedarf von 5,4 Mrd. Euro erforderlich. 2,7 Mrd. Euro steuerten die Länder 2013 in Form von Fördermitteln und etwa 2,0 Mrd. Euro die Krankenhäuser aus ihren Betriebserlösen bei. Offiziell handelt es sich bei Letzteren um eine Zweckentfremdung. Tatsächlich hängen Kapital- und Betriebskosten aber eng zusammen: Wer klug investiert, spart im Betrieb. Eine rein monistische Finanzierung wäre daher angemessener.

In Germany's dual hospital financing system, the federal states are responsible for providing investment funds. However, they more and more withdraw from this responsibility. In order to preserve the assets of the hospitals (excluding university hospitals), an annual investment of 5.4 billion euros is required. In 2013, the federal states provided 2.7 billion euros in form of grants, whereas the hospitals contributed about 2.0 billion euros from their revenues. Officially, the latter is a misuse of funds. In fact, capital and operational costs are closely related: those who invest wisely, save running costs. Therefore, monistic financing would be more appropriate.

15

15.1 Hintergrund

15.1.1 Produktionsfaktoren

Krankenhäuser setzen wie alle Unternehmen Arbeitskräfte und Kapital im Produktionsprozess ein (Abbildung 15–1). Dazu muss sowohl Arbeit als auch Kapital entsprechend entlohnt werden, sonst würde weder Personal noch Kapital zur Verfügung stehen. Kapital ist dabei wichtig, um das nötige Anlagevermögen des Krankenhauses bereitzustellen, z. B. für Grundstücke, Gebäude und medizinische Großgeräte. Will man die Unternehmenssubstanz erhalten, muss in regelmäßigen Abständen das Anlagevermögen erneuert, d. h. die Abschreibungen auf die Anlagen müssen ersetzt werden. Darüber hinaus fallen zur Finanzierung des Anlagevermögens Kapitalkosten an, sei es über den Einsatz von Eigen- oder Fremdkapital.

So stellt sich der Sachverhalt für „normale“ Unternehmen dar. Für Krankenhäuser sah der Gesetzgeber etwas anderes vor. Mit dem Krankenhausfinanzierungsge-

Abbildung 15–1

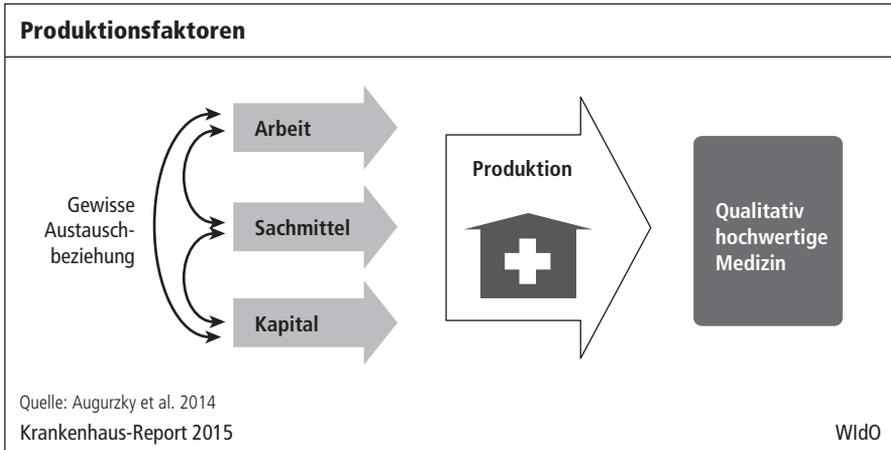
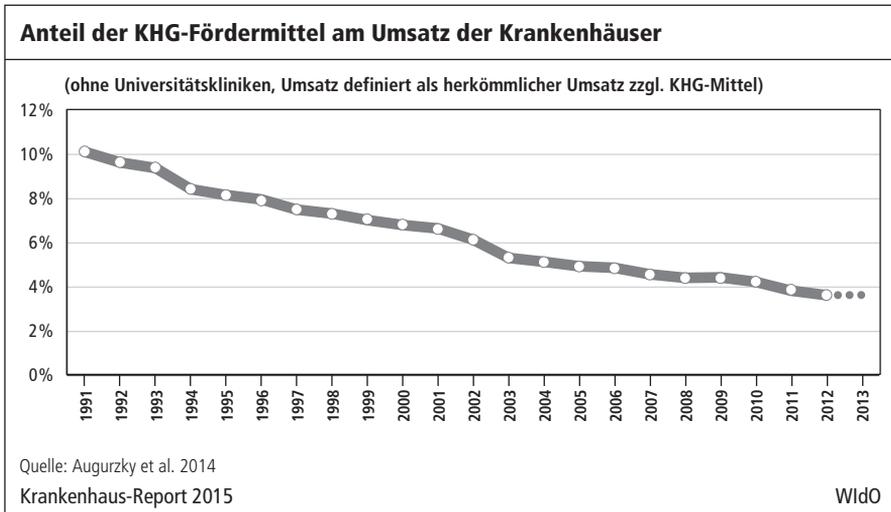


Abbildung 15–2



setzung (KHG) aus dem Jahr 1972 sollten sämtliche Kapitalaufwendungen aus Steuermitteln von den Bundesländern getragen werden, die Betriebskosten dagegen von den Patienten bzw. deren Krankenversicherungen. In der Konsequenz würden Krankenhäuser keine Kapitalkosten aufzubringen haben und Abschreibungen würden regelmäßig durch Fördermittel der Länder ersetzt. Das Anlagevermögen eines Krankenhauses wäre damit zu 100 Prozent über Fördermittel – also öffentliches Kapital – finanziert, für das keine Kosten anfielen. Sie würden als sogenannte Sonderposten in die Bilanz einfließen.

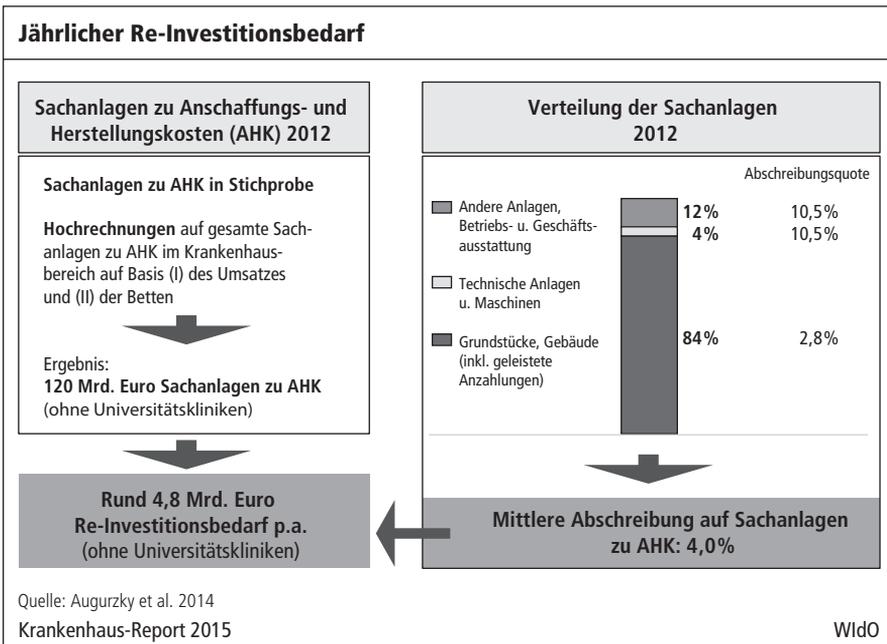
In früheren Zeiten hatte das gut geklappt. Als Zielmarke strebte der Gesetzgeber des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bei der Einführung der dualen Finanzierung einen Fördermittelanteil von 25 % an, auch um zunächst einen damals bestehenden

Investitionsstau zu beseitigen. 1991 flossen zum Beispiel 3,6 Milliarden Euro öffentliche Fördermittel. Bei einem damaligen Gesamtumsatz der Krankenhäuser von rund 36 Milliarden Euro entsprach dies 10% des Umsatzes. Dieser hohe Wert sollte in den darauf folgenden Jahren nicht mehr erreicht werden. Vielmehr sank er kontinuierlich bis auf 3,6% im Jahr 2013 (Abbildung 15–2). Es stellt sich die Frage, ob diese 3,6% ausreichend sind, um den Investitionsbedarf eines typischen Krankenhauses decken zu können.

15.1.2 Investitionsbedarf

Zur Beantwortung dieser Frage werden die Sachanlagen zu Anschaffungs- und Herstellungskosten (AHK) aller Krankenhäuser der im Krankenhaus Rating Report 2014 (Augurzky et al. 2014) verwendeten Stichprobe auf die Grundgesamtheit (ohne Universitätskliniken) hochgerechnet¹. Es ergibt sich ein gesamtes Sachanlagenvermögen (SAV) zu AHK von etwa 120 Mrd. Euro. Bei einer durchschnittlichen Abschreibungsquote des SAV zu AHK von 4,0% beläuft sich der jährliche Abschreibungs- und damit Reinvestitionsbedarf auf 4,8 Mrd. Euro (Abbildung 15–3). Zu beachten ist, dass damit aber nur die gegenwärtige Substanz erhalten werden kann, während technischer Fortschritt und inflationsbedingte Preiserhöhungen dabei nicht berücksichtigt sind. Wenn man von einer jährlichen inflationsbedingten

Abbildung 15–3



¹ Eine Hochrechnung erfolgt über die Bettenzahl, eine andere über das Umsatzvolumen. Der angegebene Wert entspricht dem Mittelwert der beiden Hochrechnungen.

Wachstumsrate des SAV zu AHK von 0,5 % ausgeht, kämen noch jährlich 0,6 Mrd. Euro hinzu, sodass sich der Gesamt-Investitionsbedarf der Krankenhäuser (ohne Universitätskliniken) bei der gegebenen Krankenhausstruktur auf 5,4 Mrd. Euro jährlich beliefe, mithin also doppelt so hoch wie das gegenwärtige Fördermittelvolumen der Länder wäre.

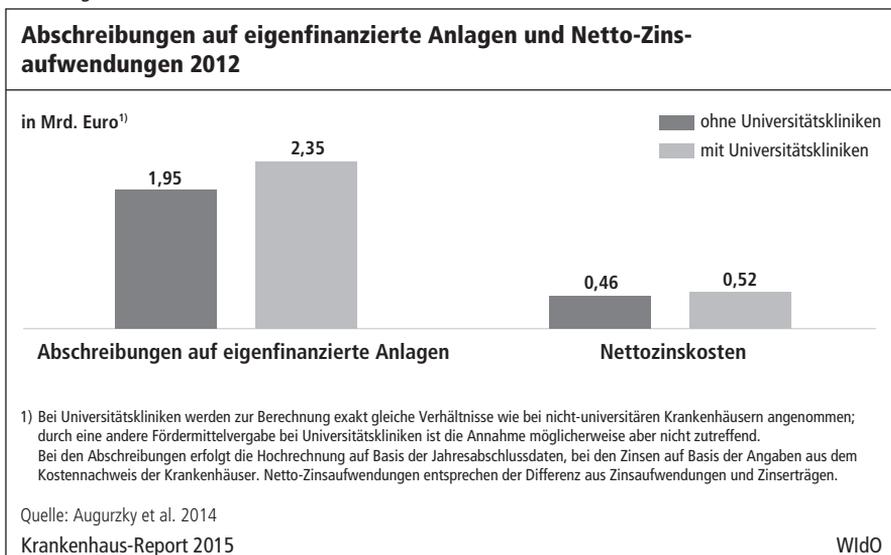
Legt man die Berechnung zu den Investitionsbewertungsrelationen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zugrunde, ergibt sich ein ähnlich hoher Wert. Das InEK geht von einem Investitionsbedarf je Fall in Höhe von rund 286 Euro aus (InEK 2014). Bei einer Fallzahl von 16,87 Mill. der nicht-universitären Krankenhäuser 2012 (Statistisches Bundesamt 2013a) ergibt sich damit ein Investitionsbedarf von 4,8 Mrd. Euro, was der Berechnung ohne jährliche Wachstumsrate des SAV entspricht.

15.2 Investitionstätigkeit

15.2.1 Investitionen aus Eigenmitteln

Krankenhäuser tätigen mehr Investitionen, als durch die Fördermittel finanziert werden. Die nicht geförderte Differenz muss über Eigenmittel aufgebracht werden. Wie hoch sie ist, lässt sich über die Abschreibungen auf eigenfinanzierte Anlagen näherungsweise abschätzen. Hochgerechnet auf die Grundgesamtheit aller Krankenhäuser (ohne Universitätskliniken) ergibt sich ein Wert von rund 2 Mrd. Euro jährlich (Abbildung 15–4). Es ist möglich, dass die nicht geförderte Differenz tatsächlich noch etwas höher liegt, wenn Investitionsunterstützungen für öffentlich-

Abbildung 15–4

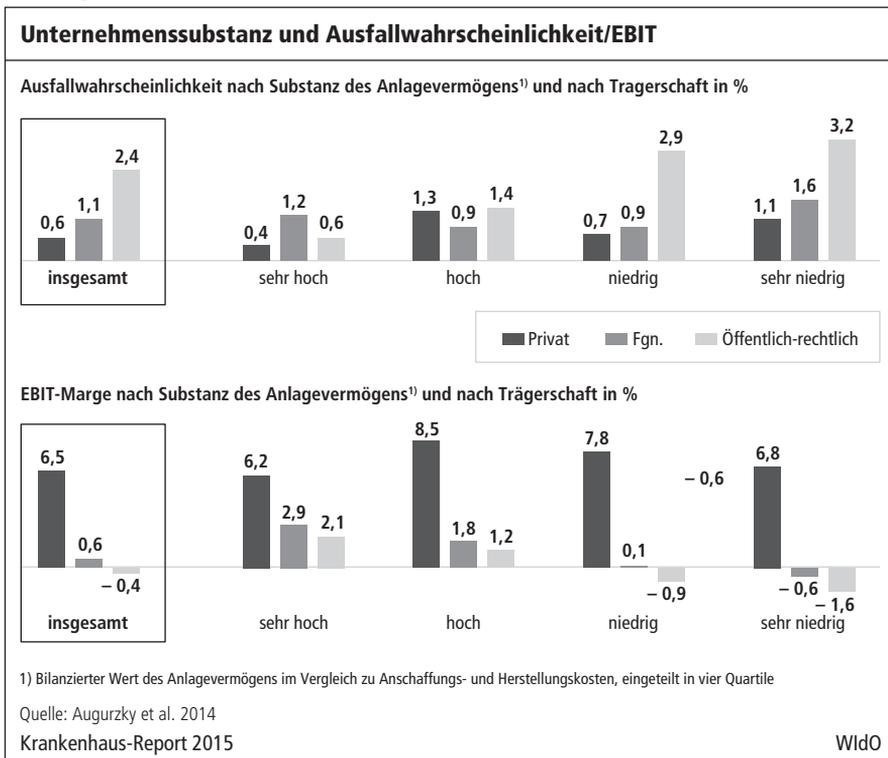


rechtliche Krankenhäuser seitens Landkreisen und Städten ebenso wie die Landesfördermittel bilanziell als Sonderposten verbucht werden. Dann fallen in der Gewinn- und Verlustrechnung nämlich keine Abschreibungen auf eigenfinanzierte Anlagen an. Im Verlauf der Jahre 2009 bis 2012 ist der eigenfinanzierte Anteil leicht gestiegen. Als weitere Kapitalkosten kommen außerdem Netto-Zinsaufwendungen in Höhe von rund 0,5 Mrd. Euro jährlich hinzu (Statistisches Bundesamt 2013b).

15.2.2 Bedeutung von Kapital im Krankenhausbereich

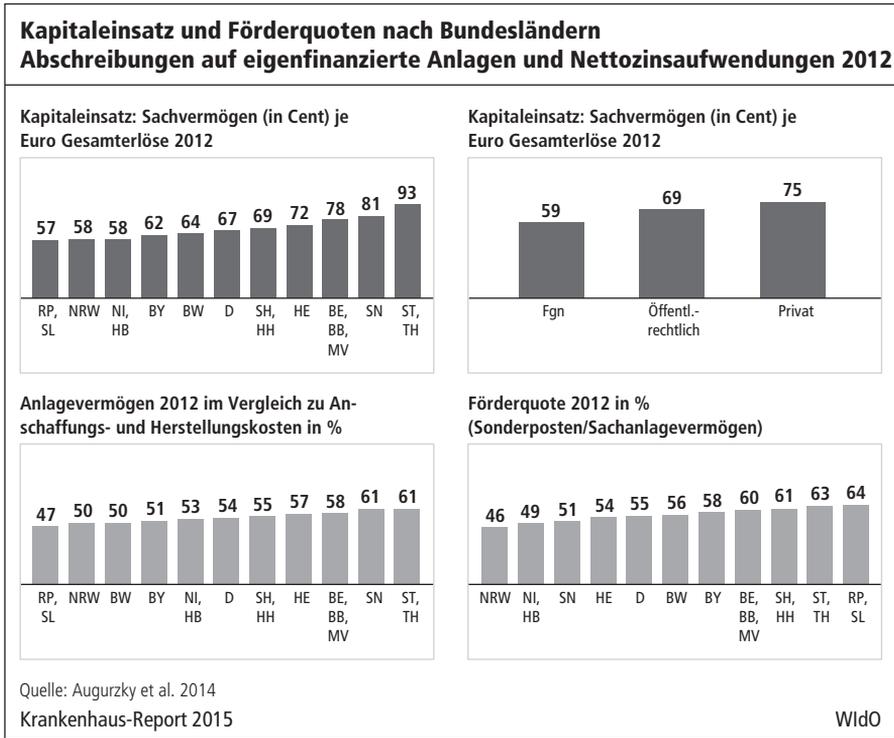
Dass eine hohe Unternehmenssubstanz generell vorteilhaft ist, zeigt eine Analyse des Zusammenhangs zwischen Unternehmenssubstanz und Ausfallwahrscheinlichkeit sowie EBIT-Marge² mit Jahresabschlussdaten aus Augurzky et al. (2014). Bei einer guten Unternehmenssubstanz fällt die Ausfallwahrscheinlichkeit niedriger aus, wengleich der Zusammenhang nicht durchgängig eindeutig ist (Abbildung 15–5). Interessant ist, dass der Unterschied in der Ausfallwahrscheinlichkeit zwischen privaten und freigemeinnützigen Trägern sogar verschwindet, wenn man den trägerspezifischen Unterschied in der Unternehmenssubstanz herausrechnet. Offenbar ist der hohe Kapitaleinsatz ein wichtiger Erfolgsfaktor privater Träger. Der Un-

Abbildung 15–5



2 EBIT = Earnings before interests and taxes.

Abbildung 15–6



terschied in der Ausfallwahrscheinlichkeit zu den öffentlich-rechtlichen Krankenhäusern bleibt jedoch auch nach Herausrechnen des trägerspezifischen Unterschieds in der Unternehmenssubstanz erhalten. Der untere Teil der Abbildung 15–5 stellt die gleiche Analyse in Bezug auf die EBIT-Marge dar. Es ergibt sich ein ähnliches Bild.

Betrachtet man das in den vergangenen Jahren kumulierte Sachanlagevermögen, das eingesetzt wurde, um einen Euro Umsatz zu erwirtschaften, zeigen sich jedoch klare Unterschiede zwischen den Bundesländern (Abbildung 15–6). Während in Rheinland-Pfalz/Saarland, Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen/Bremen im Jahr 2012 weniger als 60 Cent SAV je Euro Umsatz eingesetzt wurden, lagen die Werte in den neuen Bundesländern bei 80 Cent und darüber. Der geringe (kumulierte) Kapitaleinsatz in manchen Ländern könnte das Ergebnis einer hohen Investitionseffizienz, d. h. eines sparsamen Umgangs mit Kapital sein. Die Vermutung liegt jedoch nahe, dass es sich vielmehr um das Ergebnis eines Substanzverzehr handelt, d. h. der Kapitaleinsatz fällt so gering aus, weil in der Vergangenheit zu wenig investiert wurde. Betrachtet man nämlich den Kapitaleinsatz nach Trägerschaft, ist ersichtlich, dass private Krankenhäuser mit 75 Cent je Euro Umsatz den höchsten Kapitaleinsatz aufwiesen. Dies dürfte kaum mit einer Verschwendungssucht begründbar sein. Auch das Verhältnis des aktuellen Anlagevermögens zum Anlagevermögen zu AHK weist darauf hin, dass in manchen Ländern vielmehr die Unternehmenssubstanz zu gering ausfällt.

15.3 Investitionsfähigkeit

Auf Basis der Bilanzstruktur eines Krankenhauses lässt sich errechnen, wie hoch der Ertrag aus dem operativen Geschäft, die so genannte EBITDA-Marge³, mindestens sein sollte, um Abschreibungen und Kapitalkosten finanzieren zu können. Sie hängt u. a. von den Marktzinsen, von der Art und von der Nutzungsdauer des Anlagevermögens und vom Leistungsportfolio des Krankenhauses ab. Für ein typisches freigemeinnütziges Krankenhaus soll im Folgenden eine Mindest-EBITDA-Marge abgeleitet werden. Dieses Krankenhaus setzt – bezogen auf einen einzelnen Krankenhausfall⁴ – ein Sachanlagevermögen (SAV) zu Anschaffungs- und Herstellungskosten (AHK) von im Durchschnitt 4 520 Euro ein. Es setzt sich zusammen aus Grundstücken und Bauten, technische Anlagen und Maschinen sowie der Betriebs- und Geschäftsausstattung und wird im Durchschnitt zu 4,0% jährlich abgeschrieben. Das in der Bilanz verbuchte Sachanlagevermögen beträgt bei freigemeinnützigen Häusern rund 50% des SAV zu AHK. Die gesamte Bilanzsumme beträgt 3 505 Euro je Fall.

Im Beispiel des freigemeinnützigen Krankenhauses ist das Vermögen im Durchschnitt zu 37% über Fördermittel (Sonderposten), zu 31% über Eigenkapital und zu 32% über Fremdkapital finanziert. Sonderposten werden kostenlos zur Verfügung gestellt. Dagegen kann davon ausgegangen werden, dass das Eigenkapital von freigemeinnützigen Trägern nicht völlig kostenlos zur Verfügung gestellt wird. Im Beispiel wird eine erwartete Verzinsung von 3,0% und für das eingesetzte Fremdkapital von 3,5% angenommen. Insofern fallen für die Finanzierung des Eigenkapitals 33 Euro und für die des Fremdkapitals 39 Euro pro Jahr und Fall an. Die Abschreibungen belaufen sich auf 182 Euro. In der Summe ergeben Kapitalkosten und Abschreibungen 254 Euro. Unter der Annahme, dass ein Umsatz von 3 500 Euro je Fall erreicht wird, würde die nötige EBITDA-Marge bezogen auf den Umsatz 7,3% und bezogen auf die Gesamterlöse 6,4% betragen (Abbildung 15–7). Die Gesamterlöse setzen sich zusammen aus Umsatz und sonstigen betrieblichen Erlösen.

Für andere Träger kann sich ein abweichendes Bild ergeben. In den vorliegenden Bilanzen ist festzustellen, dass öffentlich-rechtliche Krankenhäuser über ein höheres Sachanlagevermögen zu AHK je Fall verfügen als die freigemeinnützigen und privaten Häuser. In der Beispielbilanz liegt es um 15% höher. Wie bei freigemeinnützigen Krankenhäusern ist es in der Bilanz im Durchschnitt zu 50% abgeschrieben. Die gesamte Bilanzsumme beträgt demnach 3 844 Euro je Fall. Öffentlich-rechtliche Krankenhäuser haben einen höheren Anteil an Fördermitteln (42%). Ihre Eigenkapitalquote liegt dagegen nur bei 21%, die Fremdkapitalquote bei 37%. Zusammengefasst ergibt sich die in Abbildung 15–8 gezeigte Beispielrechnung. Die Mindest-EBITDA-Marge beträgt 7,4% vom Umsatz bzw. 6,5% der Gesamterlöse.

Bei privaten Krankenhäusern fällt im Gegensatz zu freigemeinnützigen eine deutlich höhere Eigenkapitalverzinsung an. Hier werden 7,5% angesetzt. Ihre Eigenkapitalquote ist mit 32% ähnlich hoch wie bei freigemeinnützigen Häusern. In-

3 EBITDA = Earnings before interests, taxes, depreciation and amortization.

4 Bzw. korrekt auf einen Casemixpunkt, was jedoch im Folgenden unerheblich ist.

Abbildung 15–7

Mindest-EBITDA-Marge eines beispielhaften freigemeinnützigen Krankenhauses					
Aktiva		Anteil €/Fall		Zu AHK	Abschreibung
Anlagevermögen		67,0%	2 350		
• Immaterielles Anlagevermögen		0,7%	25		
• Sachanlagevermögen		64,5%	2 260	4 520	4,0%
- Grundstücke und Bauten		54,2%	1 900	3 800	2,8%
- Technische Anlagen und Maschinen		2,6%	90	180	10,5%
- Betriebs- und Geschäftsausstattung		7,7%	270	540	10,5%
• Finanzanlagen		1,9%	65		
Umlaufvermögen		32,8%	1 150		
Rest		0,1%	5		
Bilanzsumme		100%	3 505		
Passiva		Anteil €/Fall		Zins	
Eigenkapital		31,0%	1 087	3,0%	
Sonderposten		37,0%	1 297	0,0%	
Fremdkapital (Rest)		32,0%	1 122	3,5%	
Bilanzsumme		100%	3 505		
GuV		€/Fall			
Umsatz		3 500	100,0%		
Sonstige betriebl. Erlöse		490	14,0%		
Sonstige betriebl. Aufwendungen		- 560	16,0%		
Operative Kosten		3 246	92,7%		
EBITDAR		254	7,3%		
Miete		0	0,0%		
EBITDA		254	7,3%		
Abschreibungen insges.		- 182	- 5,2%		
- davon KHG-Mittel		- 104	- 3,0%		
Zinsen		- 39	- 1,1%		
Jahresüberschuss v. St.		33	0,9%		
				EBITDAR ohne KHG	4,3%
				EBITDAR mit KHG/ Gesamterlöse	6,4%
				EBITDAR ohne KHG/ Gesamterlöse	3,7%

EBITDAR ist das EBITDA zuzüglich der Aufwendungen für Miete. Das EBITDA ist nur relevant, wenn Immobilien nicht in Eigenbesitz, sondern angemietet sind. Da Mietzinsen auch Kapitalzinsen sind, sind sie den „normalen“ Zinsen für Fremd- und Eigenkapital gleichzustellen.

Quelle: Augurzky et al. 2014
Krankenhaus-Report 2015

WlD0

dessen liegt ihr Fremdkapitaleinsatz mit 44 % wesentlich höher und der Einsatz von Sonderposten mit 24 % entsprechend niedriger. Besonders auffällig ist weiterhin, dass das bilanzierte SAV deutlich weniger stark abgeschrieben ist als bei den nicht-privaten Krankenhäusern. Es beträgt noch rund 70% des SAV zu AHK. Daher fällt die gesamte Bilanzsumme mit 4273 Euro recht hoch aus. Aufgrund der höheren Kapitalkosten muss ein typisches privates Krankenhaus sogar eine Mindest-EBITDA-Marge von 10,0% vom Umsatz bzw. 8,8% der Gesamterlöse erzielen, um seine Unternehmenssubstanz nachhaltig halten zu können (Abbildung 15–9).

In keinem Fall reichen die derzeitigen Fördermittel der Länder aus, um die Abschreibungen zu decken und Kapitalkosten zu vermeiden. In Zukunft ist bei einem real sinkenden Fördermittelvolumen und damit weniger kostenlosem Kapital sogar mit einem Anstieg der Mindest-EBITDA-Marge zu rechnen. Es stellt sich die Fra-

Abbildung 15–8

Mindest-EBITDA-Marge eines beispielhaften öffentlich-rechtlichen Krankenhauses

Aktiva	Anteil €/Fall		Zu AHK	Abschreibung
Anlagevermögen	70,0%	2 689		
• Immaterielles Anlagevermögen	0,7%	25		
• Sachanlagevermögen	67,6%	2 599	5 198	4,0%
- Grundstücke und Bauten	56,8%	2 185	4 370	2,8%
- Technische Anlagen und Maschinen	2,7%	104	207	10,5%
- Betriebs- und Geschäftsausstattung	8,1%	311	621	10,5%
• Finanzanlagen	1,7%	65		
Umlaufvermögen	29,9%	1 150		
Rest	0,1%	5		
Bilanzsumme	100%	3 844		

Passiva	Anteil €/Fall		Zins
Eigenkapital	21,0%	807	0,0%
Sonderposten	42,0%	1 614	0,0%
Fremdkapital (Rest)	37,0%	1 422	3,5%
Bilanzsumme	100%	3 844	

GuV	€/Fall			
Umsatz	3 500	100,0%		
Sonstige betriebl. Erlöse	490	14,0%		
Sonstige betriebl. Aufwendungen	- 560	16,0%		
Operative Kosten	3 241	92,6%		
EBITDAR	259	7,4%		
Miete	0	0,0%	EBITDAR ohne KHG	3,7%
EBITDA	259	7,4%		
Abschreibungen insges.	- 209	- 6,0%	EBITDAR mit KHG/ Gesamterlöse	6,5%
- davon KHG-Mittel	- 130	- 3,7%	EBITDAR ohne KHG/ Gesamterlöse	3,2%
Zinsen	- 50	- 1,4%		
Jahresüberschuss v. St.	0	0,0%		

Quelle: Augurzky et al. 2014

Krankenhaus-Report 2015

WlDO

ge, wie viele Krankenhäuser eine Marge oberhalb ihrer jeweiligen krankenhausesindividuellen Mindestmarge erzielen. Ein Krankenhaus sei als „voll investitionsfähig“ definiert, wenn seine EBITDA-Marge größer ist als die auf Basis seiner vorliegenden Bilanzstruktur errechnete individuelle Mindest-EBITDA-Marge. Es sei „schwach investitionsfähig“, wenn das Krankenhaus eine abgeschwächte Marge erreicht, die auf leicht niedrigeren Abschreibungsraten und Zinssätzen⁵ beruht. Krankenhäuser mit einer EBITDA-Marge unterhalb der abgeschwächten Marge sind hingegen „nicht investitionsfähig“.

⁵ Hier wird eine niedrigere Mindest-Eigenkapitalverzinsung angenommen: freigemeinnützig 1%, öffentlich-rechtlich 0% und privat 5%. Außerdem werden die Abschreibungsquoten auf 2,5% (Gebäude) bzw. 9,5% (Rest) reduziert.

Abbildung 15–9

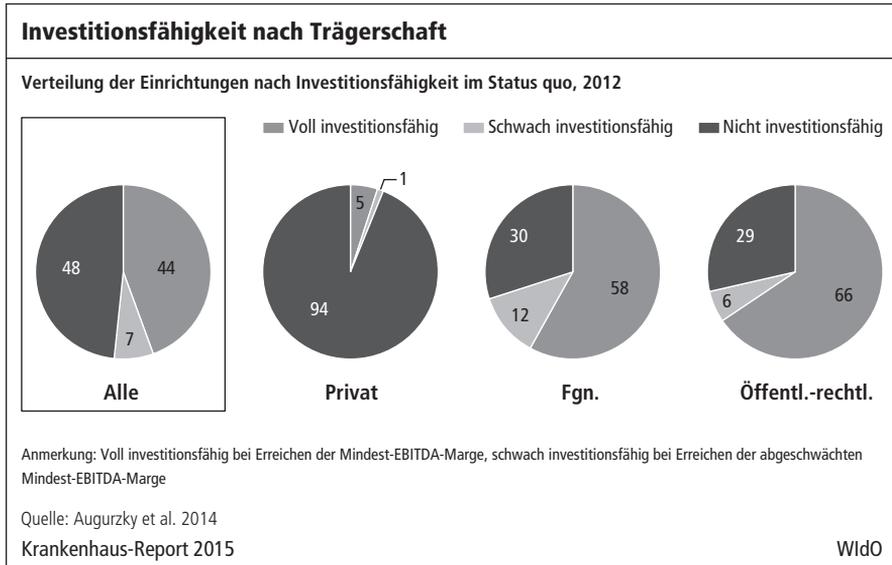
Mindest-EBITDA-Marge eines beispielhaften privaten Krankenhauses					
Aktiva					
Anlagevermögen	73,0%	3 118			
• Immaterielles Anlagevermögen	0,6%	25			
• Sachanlagevermögen	70,9%	3 028	4 520		4,0%
- Grundstücke und Bauten	59,6%	2 546	3 800		2,8%
- Technische Anlagen und Maschinen	2,8%	121	180		10,5%
- Betriebs- und Geschäftsausstattung	8,5%	362	540		10,5%
• Finanzanlagen	1,5%	65			
Umlaufvermögen	26,9%	1 150			
Rest	0,1%	5			
Bilanzsumme	100%	4 273			
Passiva					
Eigenkapital	32,0%	1 367			7,5%
Sonderposten	24,0%	1 026			0,0%
Fremdkapital (Rest)	44,0%	1 880			3,5%
Bilanzsumme	100%	4 273			
GuV					
Umsatz	3 500	100,0%			
Sonstige betriebl. Erlöse	490	14,0%			
Sonstige betriebl. Aufwendungen	- 560	16,0%			
Operative Kosten	3 150	90,0%			
EBITDAR	350	10,0%			
Miete	0	0,0%			
EBITDA	350	10,0%			
Abschreibungen insges.	- 182	- 5,2%			
- davon KHG-Mittel	- 62	- 1,8%			
Zinsen	- 66	- 1,9%			
Jahresüberschuss v. St.	103	2,9%			
			EBITDAR ohne KHG		8,2%
			EBITDAR mit KHG/ Gesamterlöse		8,8%
			EBITDAR ohne KHG/ Gesamterlöse		7,2%

Quelle: Augurzky et al. 2014
Krankenhaus-Report 2015

WlD

48% der Krankenhäuser waren nach dieser Definition 2012 voll und 7% schwach investitionsfähig (Abbildung 15–10). Dagegen waren 44% nicht investitionsfähig. Trägerspezifisch fällt das Ergebnis anders aus: Nur 5% der privaten Krankenhäuser waren nicht investitionsfähig, während dies bei 58% der freigemeinnützigen und 66% der öffentlich-rechtlichen zutrifft. Dabei muss berücksichtigt werden, dass private Häuser vermutlich einen Anreiz haben, ihre Ertragskraft im Jahresabschluss besonders positiv darzustellen und umgekehrt die nicht-privaten einen Anreiz haben, sie besonders negativ darzustellen. Nichtsdestoweniger ist es um die Investitionsfähigkeit der Krankenhäuser, insbesondere der öffentlich-rechtlichen und freigemeinnützigen, nicht zum Besten bestellt.

Abbildung 15–10



15.4 Fazit

Der Investitionsbedarf der Krankenhäuser, der nötig ist, um die aktuellen Krankenhausstrukturen zu halten, beläuft sich ungefähr auf 5,4 Mrd. Euro jährlich. Dabei sind die Universitätskliniken nicht berücksichtigt. Seitens der Bundesländer werden dazu 2,7 Mrd. Euro beigesteuert. Das bedeutet, dass sich eine jährliche Investitionslücke von rund 2,7 Mrd. Euro auftut. Die Untersuchung der Jahresabschlüsse deutet darauf hin, dass Krankenhäuser aus eigener Kraft, d. h. aus ihren Betriebserlösen, weitere 2,0 Mrd. Euro jährlich aufbringen. Hinzu kommen nicht messbare Unterstützungen für kommunale Häuser durch ihre öffentlich-rechtlichen Träger. In der Summe dürften die tatsächlich getätigten Investitionen allerdings nicht ausreichen, um den Bedarf zu decken, sodass von einem schleichenden Substanzverzehr auszugehen ist.

Die Situation ist jedoch sehr heterogen. Einigen Krankenhäusern gelingt es, stets in ausreichender Menge investieren zu können, während andere von der Substanz leben. Dieses Ergebnis ergibt sich, wenn man die Jahresabschlüsse der einzelnen Krankenhäuser als Grundlage verwendet, um darauf aufbauend die Mindest-EBITDA-Marge zu berechnen, die für einen Substanzerhalt nötig wäre. Mindestens 44 % der Krankenhäuser weisen keine ausreichende Ertragskraft auf, um inklusive der Fördermittel ihre Unternehmenssubstanz erhalten zu können.

Vor diesem Hintergrund sind erstens die Höhe der gegenwärtigen Investitionsfinanzierung, zweitens die Art der Finanzierung und drittens die vorhandenen Krankenhausstrukturen zu hinterfragen. Jedoch ist auch bei effizienteren Krankenhausstrukturen als den derzeitigen die Höhe der Investitionsfördermittel mit Sicherheit deutlich zu niedrig. Ob die Residualfinanzierung von Investitionen aus den Be-

triebserlösen eine Zweckentfremdung darstellt, ist offiziell zwar zu bejahen. Faktisch ist es aber genau die richtige Art, Investitionen zu finanzieren. Der Zusammenhang zwischen Investitions- und Betriebskosten macht dies deutlich: Wer klug investiert, spart im Betrieb. Aus diesem Grund sollte vielmehr eine Zusammenführung der zwei Finanzierungssäulen angestrebt werden. Konsequenterweise sollten die DRGs monistisch bestimmt werden. Da das hierfür nötige Kapital kaum für den dauerhaften Erhalt der gegenwärtigen Krankenhausstrukturen reichen wird, sind überdies die selbigen zu hinterfragen.

Literatur

- Augurzky B, Krolop S, Hentschker C, Pilny A, Schmidt M. Krankenhaus Rating Report 2014 – Mangelware Kapital: Wege aus der Investitionsfalle. Heidelberg: Medhochzwei 2014.
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). Abschlussbericht zur Entwicklung von Investitionsbewertungsrelationen (IBR) gem. § 10 KHG für das Jahr 2014. Siegburg 2014.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg) Grunddaten der Krankenhäuser 2012. Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.1. Wiesbaden 2013a.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg) Kostennachweis der Krankenhäuser 2012. Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.3. Wiesbaden 2013b.