

05.14 KSI



10. Jahrgang
September/Oktober 2014
Seiten 193–248

Krisen-, Sanierungs- und Insolvenzberatung

www.KSIdigital.de

Wirtschaft Recht Steuern

Herausgeber:

Peter Depré, Rechtsanwalt und Wirtschaftsmediator (cvm), Fachanwalt für Insolvenzrecht

Dr. Lutz Mackebrandt, Unternehmensberater, Präsidiumsmitglied des BDU

Gerald Schwamberger, Wirtschaftsprüfer und Steuerberater, Göttingen

Herausgeberbeirat:

Prof. Dr. Paul J. Groß, Wirtschaftsprüfer, Steuerberater, Köln

WP/StB Prof. Dr. H.-Michael Korth, Präsident des StBV Niedersachsen/Sachsen-Anhalt e.V.

Prof. Dr. Harald Krehl, DATEV eG, Nürnberg

Prof. Dr. Jens Leker, Westfälische Wilhelms-Universität Münster

Prof. Dr. Andreas Pinkwart, Rektor der Handelshochschule Leipzig (HHL)

Dr. Wolfgang Schröder, Rechtsanwalt und Notar, Berlin

Prof. Dr. Wilhelm Uhlenbruck, Richter a.D., Honorarprofessor an der Universität zu Köln

Udo Wittler, Sanierungs- und Krisenberater, Hamm

*Dr. Bernhard Becker / Jan Handzlik /
Prof. Dr. Stefan Müller / Philipp Wenning*

Krisenherd Krankenhaus

Herausforderungen durch eine mögliche zukünftige Fremdfinanzierung

Sonderdruck der
comes Unternehmensberatung
und der Bredehorst CMM

Krisenherd Krankenhaus

Herausforderungen durch eine mögliche zukünftige Fremdfinanzierung

Dr. Bernhard Becker / Jan Handzlik / Prof. Dr. Stefan Müller /
Philipp Wenning*

Seit Jahren ziehen sich die Bundesländer mehr und mehr aus der Investitionsfinanzierung im Krankenhauswesen zurück, wodurch sich in vielen Häusern ein erheblicher Investitionsstau aufgebaut hat. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels sowie des technischen Fortschritts sind Krankenhäuser gezwungen, diesen Investitionsstau u. a. mithilfe von Bankkrediten abzubauen, um wettbewerbsfähig zu bleiben. Das stellt Krankenhäuser wie Fremdfinanzierer vor neue Herausforderungen. In diesem Beitrag sollen nach einer Kontextdiskussion kritische Erfolgsfaktoren für Krankenhäuser aufgezeigt werden, die im Fokus einer Kreditwürdigkeitsbeurteilung stehen sollten. Zu den einzelnen Erfolgsfaktoren werden beispielhaft Kennzahlen und Instrumente vorgestellt, die eine Quantifizierbarkeit ermöglichen sollen.

1. Einführung

Das deutsche Krankenhauswesen ist geprägt durch ein duales Finanzierungssystem, in welchem der Betriebsaufwand des Krankenhauses von den Patienten bzw. den Krankenkassen und der Aufwand zum Aufbau und zur Erhaltung der Krankenhausinfrastruktur durch die jeweiligen Bundesländer getragen werden¹. In der Theorie sollte in Krankenhäusern also kein Fremdkapitalbedarf entstehen und folglich auch keine Kreditwürdigkeitsbeurteilung seitens der Kreditinstitute notwendig sein². Bereits seit einigen Jahren ziehen sich die Bundesländer – u. a. begründet durch die angespannten Haushaltslagen³ – nach und nach aus der Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser zu-

rück, was dazu geführt hat, dass sich die in vielen Krankenhäusern Jahr für Jahr unterlassenen Investitionsmaßnahmen zu einem erheblichen Investitionsstau aufgebaut haben⁴. Dieser führt zu einer Schwächung der Substanz und damit einhergehend zunehmend zu wirtschaftlichen Problemen in vielen Häusern⁵.

Zum Abbau des Investitionsstaus sind Krankenhäuser gezwungen, alternative Finanzierungsquellen z. B. in Form von Bankkrediten in Betracht zu ziehen, und sehen sich dadurch auch mit einer Kreditwürdigkeitsbeurteilung bzw. einem Rating konfrontiert⁶. Dies stellt nicht nur die Krankenhäuser, sondern auch die Kreditinstitute vor eine anspruchsvolle Aufgabe. Zum einen ist die Datengrundlage von vergangenen Kreditausfällen im Krankenhauswesen sehr schwach, wodurch ermittelte Ausfallwahrscheinlichkeiten in Abhängigkeit von Ratingnoten vermutlich nur eine geringe Aussagekraft haben⁷. Zum anderen sind die in den Kreditinstituten eingesetzten Ratinginstrumente, die häufig auf mittelständische Unternehmen ausgerichtet sind, nur eingeschränkt geeignet, um alle relevanten Faktoren im Krankenhauswesen erfassen und bewerten zu können⁸.

Die in diesem Beitrag vorgestellten kritischen Erfolgsfaktoren und die dazugehörigen Kennzahlen und Instrumente zur Herstellung einer Messbarkeit bieten zum einen eine Hilfestellung für Kreditinstitute bei der Kreditwürdigkeitsbeurteilung, zum anderen können sie von Krankenhäusern selbst zur Standortbestimmung und zur Vorbereitung auf Bankgespräche verwendet werden.

2. Entwicklungen im Krankenhauswesen

2.1 Ertragslage und Ausfallrisiko

Im Jahr 2012 wies nach einer Studie des DKI jedes zweite deutsche Allgemeinkrankenhaus einen Jahresfehlbetrag aus. Das entspricht einer deutlichen Verschlechterung gegenüber dem Vorjahr, wo es lediglich 31 % der Krankenhäuser waren. In der Entwicklung ist nach der DKI-Studie das Jahresergebnis bei 57 % der Krankenhäuser gesunken, bei 20 % ist es in etwa gleich geblieben und bei 23 % ist es gestiegen. Auf die Frage nach der Einschätzung der wirtschaftlichen Lage antworteten 53 % der Krankenhäuser mit „eher unbefriedigend“, 34 % waren unentschieden und lediglich 13 % antworteten mit „gut“. Insgesamt stellt sich die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser bis zum Jahr 2012 demnach eher negativ dar. Das schlägt sich auch in den Erwartungen für das Jahr 2014 nieder. Hier antworteten 39 % der Kran-

* Dr. Bernhard Becker, Oldenburg, Partner und Gesellschafter der comes Unternehmensberatung, Geschäftsführer und Gesellschafter mehrerer mittelständischer Unternehmen; Jan Handzlik, Oldenburg, Berater der comes Unternehmensberatung; Prof. Dr. Stefan Müller, Inhaber der Professur für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre der Helmut Schmidt Universität/Universität der Bundeswehr Hamburg; Philipp Wenning, Düsseldorf ist Partner und Berater bei der Bredehorst CMM.

- 1 Vgl. Rösler, Kränkelnde Krankenhäuser, Ursachen und Auswirkungen des Rückgangs der Krankenhausinvestitionen der Länder, in: ifo Dresden berichtet, Nr. 5, 2013, S. 3–15.
- 2 Mit Ausnahme von investivem Aufwand, der vor Zufluss von Fördermitteln entsteht.
- 3 Vgl. Prokop und Borde, Kommunales Finanzmanagement – Möglichkeiten und Grenzen moderner Finanzinstrumente, 2010, S. 34 ff.
- 4 Vgl. Augurzyk et al., Krankenhaus Rating Report 2014 – Mangelware Kapital: Wege aus der Investitionsfalle (ebook), 2014, Kap. 2.1.5.
- 5 Vgl. ebenda, Executive Summary, Rdn. 2.
- 6 Vgl. Patzak, Alternative Finanzierungsinstrumente für Krankenhäuser, 2009, S. 42.
- 7 Vgl. Augurzyk et al., Insolvenzzrisiken von Krankenhäusern – Bewertung und Transparenz unter Basel II, 2004, S. 50 (Anm.: die Daten der Quelle sind zwar veraltet, die Aussage gilt aber weiterhin); aktuelle Daten: Krankenhäuser insgesamt in 2012: 2.017 (vgl. Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser, 2013, S. 11), durchschnittliche Ausfallwahrscheinlichkeit in 2012: 1,4 % (vgl. Augurzyk et al., Krankenhaus Rating Report 2014, 2014, Kap. 3.3.1); vgl. außerdem Zluhan/Liese, Entwicklungsperspektiven für ein zukunftsorientiertes Krankenhausrating, in: Everling/Kampe (Hrsg.), Rating im Health-Care-Sektor: Schlüssel zur Finanzierung von Krankenhäusern, Kliniken, Reha-Einrichtungen, 2008, S. 182.
- 8 Vgl. Zluhan/Liese, ebenda, S. 170 ff.

kenhäuser mit „eher schlechter“, 39% mit „eher gleich“ und 22% mit „eher besser“⁹.

Im Krankenhaus Rating Report 2014 wird ein Bilanzratingverfahren angewandt, welches anhand von Krankenhausjahresabschlüssen und weiteren Kriterien eine Ausfallwahrscheinlichkeit zu ermitteln versucht¹⁰. Statistisch gesehen ergibt sich bei den öffentlichen Krankenhäusern, welche nahezu die Hälfte der Krankenhausbetten in Deutschland stellen, die höchste Ausfallwahrscheinlichkeit im Vergleich zu freigemeinnützigen und privaten Häusern. Durchschnittlich wiesen die Krankenhäuser im Jahr 2012 eine Ausfallwahrscheinlichkeit von 1,4% auf, was einer Verschlechterung im Vergleich zum Vorjahr (1,22%) entspricht (vgl. Abb. 1).

2.2 Konzentration des Markts

Das Krankenhauswesen ist in den letzten Jahren durch eine zunehmende Konzentration gekennzeichnet. Ebenso wie andere Branchen sind Krankenhäuser mit steigender Ressourcenknappheit und erhöhtem Wettbewerb konfrontiert, der bewusst durch den Gesetzgeber, beispielsweise durch die Einführung des DRG-Systems (Diagnosis Related Groups), herbeigeführt ist. Um den steigenden Marktanforderungen zu begegnen, schlossen und schließen sich Krankenhäuser verstärkt zu Verbänden zusammen¹³. U. a. aus diesem Prozess heraus wird es vermehrt zu Krankenhausschließungen kommen¹⁴, wobei häufig keine tatsächliche Schließung vorliegt, sondern lediglich ein Zusammenschluss unter einem gemeinsamen Träger. Am Rückgang der Bettenanzahl lässt sich jedoch zweifelsfrei erkennen, dass in der Tat ein rückläufiger Trend bei den Krankenhauskapazitäten existiert¹⁵.

Des Weiteren ist die Konzentration von einer Marktberreinigung geprägt, bei der private Träger zunehmend defizitäre öffentliche Krankenhäuser übernehmen. Dieser Trend zieht sich über alle Versorgungsstufen. Gemessen an der Zahl der Krankenhäuser haben öffentliche Träger bereits den geringsten Anteil. Die vier privaten Krankenhauskonzerne Fresenius Helios Kliniken GmbH, Rhön-Klinikum AG, Asklepios Kliniken GmbH sowie die Sana Kliniken GmbH sind mit einem Gesamtumsatz in 2012 von mehr als 10,8 Mrd. €¹⁶ die mit Abstand größten Krankenhausträger in Deutschland. Zum Ver-

gleich: Der größte öffentliche Krankenhausträger, die Vivantes – Netzwerk für Gesundheit GmbH, erzielte einen Gesamtumsatz von 941 Mio. € im Jahr 2013¹⁷ (zur Verteilung nach Trägern vgl. Abb. 2).

2.3 Der Investitionsstau

Die Fördermittel nach § 9 KHG (Krankenhausfinanzierungsgesetz) gehen seit Jahren zurück. Dabei ist zwischen der Pauschalförderung, die in etwa konstant geblieben ist, und der Einzelförderung, die deutlich zurückgegangen ist, zu unterscheiden. Des Weiteren gibt es starke Abweichungen zwischen den Bundesländern: So sind die Fördermittel nominal von 1994 bis 2011 in einem Ballungszentrum wie Hamburg um 92 % gestiegen, in einem Flächenland wie Brandenburg hingegen sind sie um 53 % gefallen¹⁸. Allgemein sind die Fördermittel in den letzten Jahren in den neuen Bundesländern stärker zurückgegangen, was im Wesentlichen darauf zurückzuführen ist, dass dort nach dem Mauerfall erhebliche Investitionen nötig waren, die sich jetzt statistisch auswirken¹⁹.

9 Vgl. Blum et al., Krankenhaus Barometer Umfrage 2013, S. 100 ff.; Erhebungszeitpunkt der Studie: Frühjahr 2013; Befragung auf Basis einer repräsentativen Stichprobe von zugelassenen Allgemein-krankenhäusern ab 50 Betten; Stichprobengröße: 290 Krankenhäuser.

10 Vgl. Augurzky et al., Krankenhaus Rating Report 2014, 2014, Kap. 3.

11 In Anlehnung an Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser, 2013, S. 9.

12 In Anlehnung an Augurzky et al., Krankenhaus Rating Report 2014, 2014, Schaubild 88; PD = Ausfallwahrscheinlichkeit.

13 Vgl. Schmid/Ulrich, Konzentration und Marktmacht bei Krankenhäusern, Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement 2012 S. 18 f.

14 Vgl. Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser, 2013, S. 11: Entwicklung der Anzahl von Krankenhäusern von 1991 bis 2012.

15 Vgl. ebenda.

16 Vgl. Fresenius SE & Co. KGaA, Geschäftsbericht 2012; Rhön-Klinikum AG, Geschäftsbericht 2012; Asklepios Kliniken GmbH, Geschäftsbericht 2012; Sana Kliniken AG Geschäftsbericht 2012.

17 Vgl. Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser, 2013, S. 14; Deutscher Sparkassen- und Giroverband e.V., BranchenReport 2013 – Krankenhäuser, 2013, S. 15; Vivantes – Netzwerk für Gesundheit GmbH, Geschäftsbericht 2013, S. 2.

18 Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft, Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern, 2012, S. 95.

19 Vgl. Rösel, Kränkelnde Krankenhäuser – Ursachen und Auswirkungen des Rückgangs der Krankenhausinvestitionen der Länder, in: ifo Dresden berichtet, Nr. 5, 2013, S. 4; Augurzky et al., Krankenhaus Rating Report 2013, 2013, S. 44.

20 Vgl. Rösel, ebenda, S. 5 ff. und S. 9.

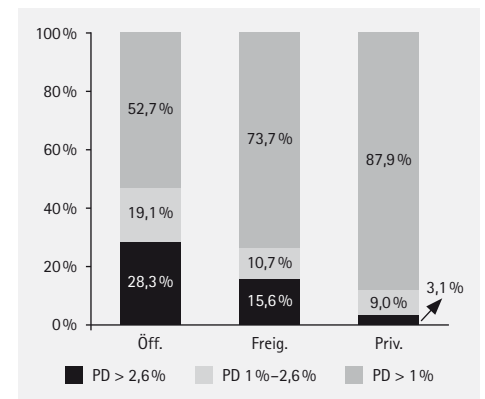


Abb. 1: Ausfallwahrscheinlichkeit nach Träger¹²

Als eine der Hauptursachen für den Rückgang der KHG-Fördermittel ist die überwiegend angespannte Haushaltslage der Bundesländer zu nennen. Rösel konnte im Rahmen einer Studie aus dem Jahr 2013 einen signifikanten Einfluss des Haushaltskonsolidierungsdrucks der Bundesländer auf die KHG-Fördermittel nachweisen. Aus der Studie geht weiter hervor, dass insbesondere steigende Zinslasten die Ausgaben für die Investitionsförderung zunehmend verdrängen. Daneben spielen aber auch expandierende Patientenströme zwischen den Bundesländern als Folge der gestiegenen Mobilität eine Rolle. Ebenfalls festgestellt wurde, dass insbesondere ausgehende Patientenströme (d.h. Patienten lassen sich in Krankenhäusern in anderen Bundesländern behandeln) einen signifikant negativen Einfluss auf die Höhe der KHG-Fördermittel haben²⁰.

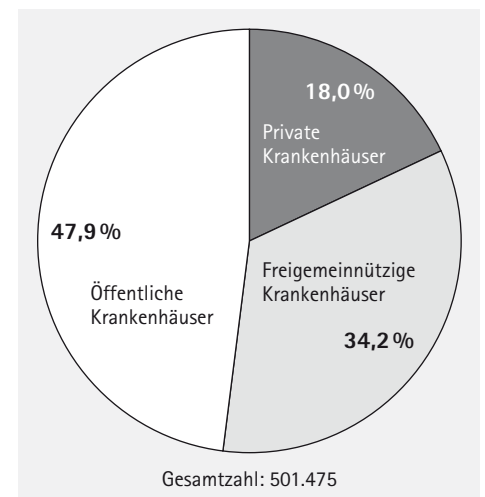


Abb. 2: Verteilung der Krankenhausbetten nach Träger¹¹

Aufgrund des Rückgangs der KHG-Fördermittel sank die durchschnittliche Investitionsquote gemessen am Umsatz der Krankenhäuser von 10% im Jahr 1991 auf 3,6% im Jahr 2013. Der Krankenhaus Rating Report 2014 berechnet die daraus resultierende Investitionslücke als Differenz aus der als optimal angenommenen Investitionsquote von 10% und derjenigen des jeweiligen Jahres. Als Basis für die Höhe der Investitionslücke dient der Umsatz der Krankenhäuser. Zur Berechnung der kumulierten Investitionslücke werden die einzelnen Investitionslücken der jeweiligen Jahre mit 4% abgeschrieben. Das Ergebnis der Kalkulation ist eine kumulierte Investitionslücke von 37,1 Mrd. € für das Jahr 2012. Davon müssen letztlich noch die durch Krankenhäuser eigenfinanzierten Investitionen abgezogen werden, um den tatsächlichen Investitionsstau zu erhalten. Dieser wird im Krankenhaus Rating Report 2014 nach der beschriebenen Berechnungsmethode für das deutsche Krankenhauswesen auf 15,1 Mrd. € geschätzt²¹.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die mögliche negative Korrelation zwischen der Höhe von Investitionen und dem Betriebsaufwand. Moderne medizintechnische Investitionen können bspw. den Betriebsaufwand senken, indem entsprechende Prozesse effizienter abgewickelt werden. Im dualen Finanzierungssystem führt diese Tatsache zu Interessenkonflikten²². Auf der einen Seite haben die Träger von Investitionen, also die Bundesländer, ein Interesse daran, Investitionen im Krankenhauswesen auf ein Minimum zu reduzieren, auch wenn die mit einer Investition verbundenen Einsparungen vom Betriebsaufwand die Investitionsausgaben übersteigen. Auf der anderen Seite haben die Träger des Betriebsaufwands, also die Patienten bzw. die Krankenkassen, ein Interesse daran, den Betriebsaufwand auf einem möglichst niedrigen Niveau zu halten. Das kann dazu führen, dass auch Investitionen befürwortet werden, deren Investitionsausgaben die mit einer Investition verbundenen Einsparungen vom Betriebsaufwand übersteigen. Nicht zuletzt zur Vermeidung dieser Interessenkonflikte gibt es diverse Kritiker, die eine Umstellung auf ein Finanzierungssystem befürworten, in dem sowohl Investitionen als auch Betriebsaufwand aus einer Hand gezahlt werden²³.

Sehr deutlich wird, dass die zukünftigen Entwicklungen zu erhöhtem Kapitalbedarf

bei den Krankenhäusern führen werden. Hieraus könnte sich für Kreditinstitute ein Geschäftsfeld mit großem Wachstumspotenzial ergeben. Zur Vergabe von Krediten müssen aber auch hier alle bekannten Regularien eingehalten werden. An erster Stelle steht dabei die Prüfung der Kreditwürdigkeit des einzelnen Krankenhauses.

3. Kritische Erfolgsfaktoren für Krankenhäuser

Die im Folgenden beschriebenen kritischen Erfolgsfaktoren sollen neben der quantitativen Finanzanalyse Aufschluss über die Kreditwürdigkeit eines Krankenhauses geben. Sie bestehen sowohl aus quantitativen als auch aus qualitativen Faktoren und sind durch Wechselwirkungen geprägt.

3.1 Management, Controlling und Strategie

Unerlässlich zur Erreichung aller beschriebenen Faktoren ist ein funktionsfähiges Management, welches durch ein aussagekräftiges Controlling unterstützt wird. Insbesondere kommt es auf das Zusammenspiel zwischen dem kaufmännischen und dem medizinischen Management an. Auf der einen Seite beeinflussen die Leistungserbringung des Arztes und die dazugehörige Dokumentation den wirtschaftlichen Erfolg eines Krankenhauses. Auf der anderen Seite beeinflusst der wirtschaftliche Erfolg die Möglichkeit des Arztes, seine Leistung angemessen erbringen zu können, indem z. B. gut ausgestattete OP-Säle zur Verfügung stehen oder ausreichend Personal vorhanden ist²⁴.

Des Weiteren spielt die langfristige Strategie, insbesondere vor dem Hintergrund des demografischen Wandels, eine wesentliche Rolle, um Marktentwicklungen, sich verändernde Wettbewerbssituationen oder Anforderungen an die Zusammenstellung des Leistungsportfolios (z. B. Vorhalten einer Entbindungsklinik bei sinkenden Geburtenzahlen) rechtzeitig antizipieren zu können. Das Krankenhaus-Management sollte daher in regelmäßigen Abständen ein Strategiepapier erstellen, welches dann von Kreditinstituten bei der Kreditwürdigkeitsbeurteilung eingesehen werden kann. Es sollten darin alle relevanten externen Faktoren enthalten sein, die sämtliche Fachabteilungen des Krankenhauses umfassen²⁵.

Ein mögliches Instrument zur Strategieentwicklung ist die SWOT-Analyse, in der im ersten Schritt die Stärken und Schwächen sowie die Chancen und Risiken des Krankenhauses analysiert und im zweiten Schritt geeignete Maßnahmen zur Nutzung der Stärken und Chancen bzw. zur Minimierung der Schwächen und Risiken abgeleitet werden²⁶. In einem weiteren Instrument, der Balanced Scorecard, werden quantitative und qualitative Faktoren bzw. spezifische Kennzahlen vereint und ggf. zu einem übergreifenden Berichtswesen zusammengefasst. Eine aussagekräftige Umsetzung dieses Instruments signalisiert dem Kreditinstitut eine hohe Leistungsfähigkeit des Controllings²⁷.

Ein geeignetes Instrument zur Beurteilung des Leistungsportfolios sowie zur Unterstützung bei der Entscheidungsfindung bei mehreren Investitionsalternativen kann eine Portfolio-Analyse sein. Es lassen sich damit ganze Fachbereiche, einzelne DRGs, Patientengruppen oder Technologien nach einer internen Dimension „Geschäftsfeldstärke“ und einer externen Dimension „Branchenattraktivität“ einordnen. Als Messgrößen können je nach Untersuchungsgegenstand Zahlen wie der Case Mix Index (CMI) oder der Deckungsbeitrag dienen. Bei der Analyse ist zu berücksichtigen, dass Krankenhäuser i. d. R. einen Versorgungsauftrag haben und unattraktive Fachabteilungen nicht ohne Weiteres schließen können²⁸. Ergebnisse der Portfolio-Analyse können verwendet werden, um Kreditinstituten beispielsweise Gründe

- 21 Vgl. Augurzyk et al., Krankenhaus Rating Report 2014, Kap. 2.1.5 und 4.1.
- 22 Vgl. Rürup et al., Umstellung auf eine monistische Finanzierung von Krankenhäusern, 2008, S. 7 ff.
- 23 Vgl. Henke/Göpfarth, Das Krankenhaus im System der Gesundheitsversorgung, in: Krankenhaus-Controlling, 4. Aufl. 2010, S. 46 f.
- 24 Vgl. Moder et al., Medizinstudenten entwickeln ein innovatives Konzept, Das Krankenhaus 1/2013 S. 69 f.
- 25 Vgl. Sicking, Kriterien und Maßstäbe des Klinikratings, in: Everling/Kampe (Hrsg.), Rating im Health-Care-Sektor, 2008, S. 32 f.
- 26 Vgl. Kriegel, Krankenhauslogistik – Innovative Strategien für die Ressourcenbereitstellung und Prozessoptimierung im Krankenhauswesen, 2012, S. 300 ff.
- 27 Vgl. Mohr/Schöffski, Zahlengrab oder Entscheidungshilfe? Moderne Ausgestaltung des Berichtswesens im Krankenhaus, in: KU Gesundheitsmanagement 11/2011 S. 39 ff.
- 28 Vgl. Augurzyk et al., Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft, 2009, S. 11.

für Investitionsentscheidungen oder Änderungen im Leistungsportfolio sowie zukünftige Veränderungen in der Attraktivität von Geschäftsfeldern zu erläutern²⁹.

3.2 Investitionen und Vermögensstruktur

Die Vermögensstruktur, insbesondere die des Sachanlagevermögens, ist ein wichtiger Erfolgsfaktor für Krankenhäuser, der auch in Ratingverfahren für mittelständische Unternehmen eine Rolle spielt. Der Anlagenabnutzungsgrad (inkl. geleaste Anlagen) zeigt an, wie viel Prozent des Sachanlagevermögens bereits abgeschrieben sind und gibt Aufschluss über das Alter der vorhandenen Anlagen. Dabei ist einerseits aufgrund der o. g. Problematik der Trennung von Investitionen und Betriebskosten und andererseits aufgrund des schnellen medizintechnischen Fortschritts zu bedenken, dass die Nutzungsdauern und damit Abschreibungshöhen verzerrt sein können, was die Aussage der Kennzahl stark beeinträchtigt. Dennoch kann diese Kennzahl als Indikator für die Höhe des in vielen Krankenhäusern bestehenden Investitionsstaus dienen. Da zukünftige Investitionen der Anlass für Finanzierungsanfragen bei Kreditinstituten sein werden, muss ein Krankenhaus dem Kreditinstitut im Rahmen der qualitativen Analyse die wirtschaftliche Sinnhaftigkeit der geplanten Investition darlegen. Geht es beispielsweise um die Investition in einen Linksherzkathetermessplatz, gilt es u. a. festzustellen, wie viele Patienten pro Jahr unter Berücksichtigung der laufenden Aufwendungen (inkl. der Abschreibungen und Zinszahlungen) und Erträge diagnostiziert und therapiert werden müssen, damit die Anschaffung einen positiven Kapitalwert aufweist. Bislang waren Krankenhäuser durch die externe Finanzierung der Investitionen tendenziell zum Ansatz verkürzter Nutzungsdauern motiviert, hier sind aber nun realistische Werte gefragt.

Die Krankenhausarchitektur als wesentlicher Bestandteil des Anlagevermögens hat einen erheblichen Einfluss auf die Betriebskosten und somit auf die Kapitaldienstfähigkeit eines Krankenhauses. Um eine Ausbreitung von Krankheiten über das gesamte Klinikgelände zu minimieren, wurden Krankenanstalten zum Ende des 19. Jahrhunderts in Pavillonbauweise errichtet. Aus diesem Grund ist heutzutage die Vorhaltung redundanter In-

frastruktur notwendig, z. B. bei den medizintechnischen Großgeräten. Zudem sind aufgrund langer Transportwege zwischen den Gebäudeteilen die Logistikkosten vergleichsweise hoch³⁰. Mit Beginn der 1960er Jahre wurden Krankenhäuser bevorzugt in der sog. T-Bauweise errichtet, um die Transportwege zu reduzieren. Auch diese Form wird heute als nicht mehr optimal angesehen und stellt die Krankenhäuser vor Herausforderungen. Die insgesamt alte Bausubstanz führt zu einem erhöhten Energiebedarf und zu höheren Energiekosten.

Moderne Krankenhäuser sollten so organisiert sein, dass die Transportwege möglichst kurz und die Patienten- und Besucherströme sowie die Ver- und Entsorgungsströme voneinander getrennt sind. Diagnostik- und Therapieeinheiten in zentralisierter Form können den Vorteil haben, dass die Nutzung von Synergieeffekten (z. B. Reduktion der vorgehaltenen Ultraschallgeräte, Einsparung von Personalaufwand) ermöglicht wird³¹.

3.3 Personal

Für die Verwendung von Benchmarks bei der Beurteilung von Krankenhäusern ist eine angemessene Vergleichbarkeit notwendig. Diese Vergleichbarkeit sollte durch das Anwenden von „Übersetzungswerkzeugen“ für Bilanzdaten hergestellt werden. Bei Personalaufwandsquoten z. B. ist die Vergleichbarkeit allein aufgrund der veröffentlichten Jahresabschlüsse häufig nicht möglich. Darin liegen sie je nach Trägerschaft in 2012 bei deutschen Krankenhäusern zwischen 55 % und 58 % der Gesamterlöse³². Zu berücksichtigen ist aber, in welchem Maße Outsourcing von Leistungen betrieben wird. Sowohl Aufwand für den ärztlichen Dienst (bspw. durch die Notwendigkeit, Honorarärzte zu beschäftigen) als auch für den Wirtschafts- und Versorgungs- oder technischen Dienst schlägt sich in dem Fall nicht im Personalaufwand der Krankenhausbilanz nieder, sondern im Materialaufwand³³. Die Personalaufwandsquote stellt sich dann erheblich positiver dar, wobei bei genauer Betrachtung ausgelagerte Leistungen auch mit Risiken, wie dem Verlust von Know-how oder mit steigenden Transaktions-, Abstimmungs- oder Koordinationskosten, verbunden sein können³⁴.

Wenn eine Vergleichbarkeit gegeben ist, sind Kennzahlen zur Produktivität des Personals

für die Kreditwürdigkeitsbeurteilung interessant. Beispiele sind hier der Case-Mix pro (ärztlicher) Vollkraft oder Fallzahlen pro Vollkraft, mit denen die Ertragskraft des Krankenhauses gemessen am Personal dargestellt wird³⁵. Dabei ist es sinnvoll, diese Zahlen ins Verhältnis mit dem Personalaufwand je Vollkraft zu setzen, um den Mittlereinsatz zusätzlich zu berücksichtigen, und mit dem Basisfallwert zu multiplizieren, um einen Euro-Betrag sowohl im Nenner als auch im Zähler zu erhalten. Eine entsprechende Kennzahl könnte folgendermaßen aussehen:

$$\frac{\text{Case-Mix je Vollkraft} \times \text{Basisfallwert}}{\text{Personalaufwand je Vollkraft}}$$

Die Möglichkeit der Berechnung einer solchen Kennzahl ist davon abhängig, ob die entsprechenden Zahlen durch das Controlling bereitgestellt werden können.

3.4 Marktanalyse

Im Mittelpunkt der Marktanalyse steht die Erfassung der Nachfrage nach Krankenhausleistungen. Die Krankenhauspläne der Bundesländer sind theoretisch so konzipiert, dass die Anzahl von Krankenhausbetten der voraussichtlichen Nachfrage nach Krankenhausleistungen entspricht. Da Patienten und auch Ärzte grundsätzlich frei in der Wahl des Krankenhauses sind, kommt es in der Praxis dennoch zu Wettbewerb zwischen Krankenhäusern. Entsprechende Markt- und Konkurrenzanalysen sind daher hilfreich.

Eine Studie der Universität Bayreuth aus dem Jahr 2012 versucht, die Wettbewerbsintensität im Krankenhauswesen zu messen.

29 Vgl. Gary, Konzeptionelle Grundlagen eines marktorientierten strategischen Krankenhauscontrollings, 2013, S. 153 ff.

30 Vgl. Zluhan/Liese, Entwicklungsperspektiven für ein zukunftsorientiertes Krankenhausrating, in: Everling/Kampe (Hrsg.), Rating im Health-Care-Sektor, 2008, S. 188.

31 Vgl. Wokittel, Rating - eine Herausforderung für das Controlling, in: Everling/Kampe (Hrsg.), ebenda, S. 123 ff.

32 Vgl. Augurzyk et al., Krankenhaus Rating Report 2014, Tab. 15.

33 Vgl. Havighorst, Jahresabschluss von Krankenhäusern, 2004, S. 31 f.

34 Vgl. Kriegel, Krankenhauslogistik - Innovative Strategien für die Ressourcenbereitstellung und Prozessoptimierung im Krankenhauswesen, 2012, S. 350.

35 Vgl. Augurzyk et al., Krankenhaus Rating Report 2014, Kap. 2.1.4.

Die darin verwendete Kennzahl ist der sog. Herfindahl-Hirschman-Index (HHI). Dieser berechnet sich aus der Summe der quadrierten Marktanteile von Unternehmen in einem bestimmten Markt und liegt dementsprechend zwischen 0 und 1. Das bedeutet, dass mit einem steigenden Wert auch die Konzentration steigt. Ab einem HHI von 0,18 kann man von einem stark konzentrierten Markt sprechen. Bei noch größeren Werten kann es verstärkt zu Wettbewerbsbeeinträchtigungen kommen. Das Ergebnis der Studie zeigt, dass bereits im Jahr 2007 von einer speziell ausgewählten Stichprobe von 1.439 Krankenhäusern in Deutschland mehr als 500 in stark konzentrierten Märkten mit einem HHI von über 0,18 agierten. Als Erfolgsfaktor für Krankenhäuser sollte der HHI eine möglichst hohe Zahl erreichen, da sich intensiver Wettbewerb i. d. R. kostensteigernd auswirkt³⁶.

Im Krankenhauswesen kommt es i. d. R. nicht zu einem Preiswettbewerb, da ein Großteil der Krankenhausleistungen im Rahmen des DRG-Systems vergütet wird und somit die Preise für stationäre Leistungserbringung fixiert sind. Es herrscht demnach in erster Linie ein Qualitätswettbewerb³⁷.

3.5 Leistungsportfolio

Von zentraler Bedeutung für den Erfolg eines Krankenhauses ist das Leistungsportfolio. Medizinische Kennzahlen allein (wie z. B. der CMI) sind allerdings wenig aussagekräftig, wenn es um die Beurteilung des Leistungsportfolios geht³⁸. Der durchschnittliche CMI für die DRGs in der Kategorie „Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems“ lag beispielsweise für Niedersachsen in 2012

bei 1,1639. Ob ein Krankenhaus einen höheren oder niedrigeren CMI im gleichen Bereich aufweist, sagt nichts über die Wirtschaftlichkeit aus. Ein Krankenhaus, welches nur wenige, dafür aber schwere Fälle von Kreislauferkrankungen behandelt, kann sehr hohe Kosten haben, wenn die Abläufe und das Personal auf andere Erkrankungen ausgerichtet sind. Die vergleichsweise hohen DRG-Erlöse reichen in dem Fall nicht aus, um die hohen Kosten im Bereich von Kreislauferkrankungen zu decken. Auf der anderen Seite kann ein Krankenhaus, welches auf Kreislauferkrankungen spezialisiert ist, auch mit geringen Relativgewichten und einem daraus resultierenden niedrigen CMI, dafür aber hohen Fallzahlen, Gewinne erwirtschaften, wenn die Spezialisierung zu vergleichsweise niedrigen Kosten führt. Es kommt also primär auf die Fallzahlen an.

Des Weiteren beeinflusst die Verweildauer der Patienten im Krankenhaus das Verhältnis von Kosten und Erlös. Die Höhe des Erfolgs für das Krankenhaus bei einer sehr kurzen bzw. einer sehr langen Verweildauer hängt von der Höhe der mit der DRG verbundenen Kosten ab. Von zentraler Bedeutung ist die Fähigkeit des Controlling, die Kosten im Zeitverlauf einer Behandlung adäquat der DRG zuzuordnen. Abb. 3 stellt beispielhaft den DRG-Erlösen einen typischen Kostenverlauf gegenüber, bei dem zu Beginn der Behandlung relativ hohe Kosten anfallen, die dann im Zeitverlauf linear ansteigen und bei Erreichen der mittleren Verweildauer dem DRG-Erlös entsprechen. Es wird deutlich, dass der Gewinn des Krankenhauses um die untere Grenzverweildauer herum am höchsten ausfällt. Die Verweildauer der für das

Krankenhaus wichtigsten DRGs sollte also durchschnittlich in diesem Bereich liegen⁴⁰.

Augurzky et al. fanden heraus, dass höher spezialisierte Krankenhäuser eine geringere Ausfallwahrscheinlichkeit aufweisen⁴². Das kann u. a. damit zusammenhängen, dass die in Abb. 3 beschriebene Kostenkurve in höher spezialisierten Krankenhäusern mit hohen Fallzahlen in bestimmten Gebieten niedriger verläuft, was wiederum zu höheren Gewinnen führt. Um den Grad der Spezialisierung messbar zu machen, könnte man beispielsweise den Anteil der zehn häufigsten DRGs eines Krankenhauses bzw. einer bestimmten Fachabteilung an den gesamten Fallzahlen heranziehen. Je höher der Anteil, desto höher ist der Grad der Spezialisierung⁴³.

Allerdings steigt damit auch das Risiko für das Krankenhaus, was gerade aufgrund der externen Vorgabe der Preise und des medizinischen Fortschritts gefährlich sein kann. Mithilfe des sog. Information Theory Index (ITI) lässt sich die Spezialisierung eines Krankenhauses berechnen. Der Anteil einer bestimmten Fachabteilung an den Gesamtbetten wird mit einem Benchmark verglichen, beispielsweise dem Anteil einer bestimmten Fachabteilung an den Gesamtbetten über alle deutschen Krankenhäuser⁴⁴:

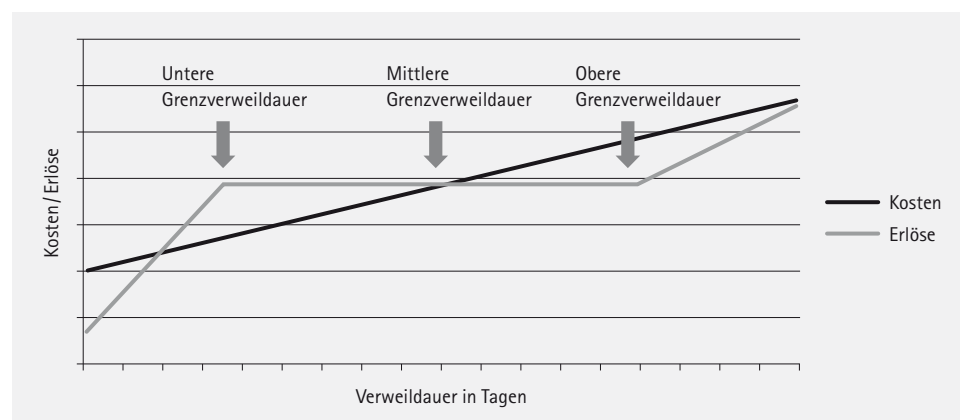


Abb. 3: Entwicklung der Kosten/Erlöse über die Verweildauer⁴¹

36 Vgl. Brekke et al., Quality competition with profit constraints, *Journal of Economic Behavior & Organization* 2012 S. 642–659.
37 Vgl. Augurzky et al., Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft, 2009, S. 37.
38 Vgl. Fiori et al., Trägerische Transparenz – Die Tücken der Ermittlung und der Interpretation von Kennzahlen, Führen und Wirtschaften im Krankenhaus 6/2010 S. 608 f.
39 Vgl. Statistisches Bundesamt, Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) – Diagnosen, Prozeduren, Fallpauschalen und Case-Mix der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern, 2013, S. 71.
40 Vgl. Wokittel, Rating – eine Herausforderung für das Controlling, in: Everling/Kampe (Hrsg.), *Rating im Health-Care-Sektor*, 2008, S. 117; Keun/Protz, *Einführung in die Krankenhaus-Kostenrechnung*, 8. Aufl. 2008, S. 117 ff.
41 In Anlehnung an Wokittel, ebenda.
42 Vgl. Augurzky et al., Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft, 2009, S. 168.
43 Vgl. Wokittel, Rating, in: Everling/Kampe (Hrsg.), *Rating im Health-Care-Sektor*, 2008, S. 112.
44 Vgl. Farley, Measuring Casemix specialization and the concentration of diagnosis in hospitals using information theory, *Journal of Health Economics* 1989 S. 185–207; Dayhoff/Cromwell, Measuring differences and similarities in hospital caseloads, *Health services research* 1993 S. 293–312.

$$ITI_h = \sum_{i=1}^n (N_{ih}/N_h) * \ln \left[\frac{(N_{ih}/N_h)}{\theta_i} \right]$$

N_{ih} = Zahl der Betten in Fachabteilung i in Krankenhaus h

N_h = Gesamtzahl der Betten in Krankenhaus h

θ_i = Anteil der Betten in Fachabteilung i an den Gesamtbetten eines Benchmarks

Mit einem steigenden Wert der Kennzahl steigt der Grad der Spezialisierung. Bei einem Wert von Null entspricht der Bettenanteil über alle Fachabteilungen genau dem Benchmark. Es gilt zu beachten, dass größere Krankenhäuser per se einen niedrigeren Spezialisierungsgrad erreichen als kleinere. Es sollten daher nur Krankenhäuser, die in etwa die gleiche Bettenzahl aufweisen, mit dieser Kennzahl verglichen werden. Zusätzlich findet keine Berücksichtigung der absoluten Größe von Fachabteilungen statt⁴⁵.

Die Anpassungsfähigkeit an aktuelle Entwicklungen im Gesundheitswesen ist für Krankenhäuser von zentraler Bedeutung. Dazu gehört die Beteiligung an ganzheitlichen Versorgungskonzepten, die z. B. durch die Gründung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) erfolgen kann. Diese haben verschiedene Vorteile für Krankenhäuser, wie z. B. erweiterte Ertragspotenziale in der ambulanten Versorgung, die Verknüpfung von ambulanter und stationärer Versorgung durch Überweisungen vom Krankenhaus ins MVZ und umgekehrt sowie Wettbewerbsvorteile gegenüber anderen Krankenhäusern, die an keinem MVZ beteiligt sind⁴⁶. Dazu gehört außerdem die Organisation in Krankenhausverbänden. Das DRG-System verlangt von Krankenhäusern effiziente Abläufe, die in bestimmten Fachabteilungen Mindestgrößen bzw. Mindestfallzahlen verlangen. Speziell in ländlichen Gebieten können derartige Größen nur durch Verbände bzw. die Zusammenlegung bestimmter Fachabteilungen erreicht werden. Alleinstehende Krankenhäuser werden diesen Marktanforderungen nur schwer gerecht werden können. Die Bildung von Kooperationen oder der Anschluss an eine Verbundstruktur ist daher ein wichtiger Erfolgsfaktor⁴⁷. Dies gilt allerdings nur, solange die Vor- und Nachteile des Verbunds für das rechnungslegende Krankenhaus auch weiter

kritisch überprüft werden und Anpassungen an negative Entwicklungen erfolgen können.

3.6 Risiko- und Qualitätsmanagement

Eine Grenze der Kreditwürdigkeitsbeurteilung liegt in der nur indirekten Abbildbarkeit einiger für Krankenhäuser wichtiger Faktoren. Dazu zählen u.a. die Themen Hygiene, Behandlungsqualität, Kodierqualität oder die Leistungsfähigkeit der Chefärzte. Hier existieren zunächst lediglich nicht-monetäre Indikatoren und es lässt sich überprüfen, wie mithilfe entsprechender Risiko- und Qualitätsmanagementstrukturen innerhalb eines Krankenhauses diese Faktoren gehandhabt werden. Als Beurteilender gilt es z. B. folgende Fragen zu beantworten:

- Was wird für eine angemessene Hygiene getan?
- Gibt es entsprechende Arbeitsanweisungen?
- Sind Zertifizierungen vorhanden?
- Findet eine Beurteilung der Leistungsfähigkeit der Chefärzte sowie des Risikos des Ausscheidens wichtiger Chefärzte statt?
- Verfolgt das Krankenhaus die Gewinnung qualifizierter Chefärzte?

Derartige Fragen können und müssen im qualitativen Teil der Kreditwürdigkeitsbeurteilung z. B. in Form eines Scoring-Modells in die Bewertung einfließen⁴⁸. Für einige Faktoren lässt sich wiederum eine Messbarkeit herstellen. Als mögliche Kennzahl zur Beurteilung der Behandlungsqualität könnten beispielsweise Mortalitätsraten herangezogen werden. Sind diese bei vergleichbaren Krankenhäusern niedriger, deutet dies auf eine schlechte Behandlungsqualität hin. Soweit wie möglich sollte versucht werden, diesen doch maßgeblich qualitativen Faktoren eine Quantifizierbarkeit zu geben. Im Erläuterungsteil gilt es, die Werte weiter auszufächern. Dieses ist insbesondere vor dem Hintergrund des Verstehens im Zuge der Kreditwürdigkeitsprüfung durch Markt und Marktfolge eines Kreditinstituts nötig.

Die Kodierqualität im Krankenhauswesen beschreibt die Dokumentation der DRG bzw. die adäquate Abrechnung von Leistungen⁴⁹. Der GKV-Spitzenverband veröffentlichte im Juni 2014 ein Statement, wonach jede zweite Krankenhausabrechnung fehlerhaft sei⁵⁰. Auch wenn die Preise der DRGs fixiert sind, lassen sich die Erträge durch die richtige Ko-

dierung optimieren, was die Kodierqualität zu einem wichtigen Erfolgsfaktor macht. Die Qualität lässt sich beispielsweise durch die Beantwortung der folgenden Fragen quantifizieren⁵¹:

- Wie viele Nebendiagnosen wurden je Fall kodiert?
- Wie hoch ist der Anteil der abgerechneten Fälle mit einem Patient Clinical Complexity Level (PCCL) 3 & 4?
- Wie viel Ertrag wird über das Kodieren von Nebendiagnosen erzielt?
- Mit welchem Anteil gehen Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen (MDK) positiv aus?
- Wie hoch ist die MDK-Prüfquote?

3.7 Externes und Internes Rechnungswesen

Ein wesentliches Problem bei der quantitativen Kreditwürdigkeitsbeurteilung von Krankenhäusern sind die vom HGB abweichenden Rechnungslegungsvorschriften. Krankenhausspezifische Positionen – insbesondere aufgrund der Investitionsförderung nach dem KHG – finden sich in diversen Positionen sowohl der Bilanz als auch der Gewinn- und Verlustrechnung (GuV) wieder⁵². Wichtig ist, dass das Jahresergebnis sowohl mit als auch ohne KHG-Fördermittel identisch sein sollte⁵³. Die im Rahmen der Kreditwürdigkeitsbeurteilung verwendeten Kennzahlen sollten dementsprechend ebenso nicht durch krankenhausspezifische Positionen

45 Vgl. Augurky et al., Krankenhaus Rating Report 2014, Kap. 3.1.2.

46 Vgl. Schmidt, Das Krankenhaus in der Beratung – Recht, Steuern, Unternehmensbewertung, Rechnungslegung, 2010, S. 82.

47 Vgl. Schatz et al., Herausforderungen und Chancen öffentlicher Krankenhäuser, in: KPMG Gesundheitsbarometer, Nr. 1/2014, S. 6.

48 Vgl. Müller et al., Finanzierung mittelständischer Unternehmen nach Basel III – Selbstprüfung, Risikokontrolling und Finanzierungsalternativen, 2. Aufl. 2011, S. 128 ff.

49 Vgl. Keun/Prott, Einführung in die Krankenhaus-Kostenrechnung, 8. Aufl. 2008, S. 139.

50 Vgl. GKV-Spitzenverband, Jede zweite genau geprüfte Klinikrechnung fehlerhaft, s. u. http://www.gkv-spitzenverband.de/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_145280.jsp, 2014, Abruf: 11. 7. 2014.

51 Vgl. Keun/Prott, Einführung in die Krankenhaus-Kostenrechnung, 8. Aufl. 2008, S. 33.

52 Vgl. Krankenhaus-Buchführungsverordnung, Anlage I und II.

53 Vgl. Havighorst, Jahresabschluss von Krankenhäusern, 2004, S. 7.

beeinflusst werden. Kreditinstitute besitzen i. d. R. standardisierte Werkzeuge, die eine Überführung der Krankenhausbilanz in das HGB-Bilanz- und GuV-Schema ermöglichen.

Letztendlich ist es wichtig, dass die Kommunikation zwischen Krankenhaus und Kreditinstitut zu einer Transparenz für beide Seiten führt. Auf der einen Seite sollte das Krankenhaus eine zumindest grobe Vorstellung davon haben, welche Kennzahlen vom Kreditinstitut verwendet werden und wie diese durch bestimmte Bilanz- und GuV-Positionen beeinflusst werden. Allerdings sind die Rechenalgorithmen der internen Ratingssysteme der Kreditinstitute i. d. R. nicht öffentlich zugänglich. Auf der anderen Seite sollten die beteiligten Mitarbeiter des Kreditinstituts die Funktionsweise des verwendeten „Übersetzungs-Tools“ kennen und verstehen, um Fehlinterpretationen zu vermeiden⁵⁴.

Klar ist nur, dass der Jahresabschluss als das mit Abstand wichtigste Instrument der Risikoeinschätzung von Ratingsystemen anzusehen ist. Daher ist die abschlusspolitische Gestaltung von zentraler Bedeutung⁵⁵. War es bislang sinnvoll, den Abschluss sehr konservativ darzustellen, um möglichst viele Investitionsmittel beantragen zu können und hohe Erlöse im DRG-System zu rechtfertigen, ist für die Kreditwürdigkeitsprüfung eher eine maßvolle progressive, d. h. gewinnerhöhende Darstellung sinnvoller. Hier besteht ein klassischer Zielkonflikt zwischen Anteilseignern, Kunden, Lieferanten und Fremdkapitalgebern.

Mangelnde Informationen über den Erfolgsbeitrag einzelner Fachabteilungen stellen einen weiteren Problembereich dar⁵⁶. Wenn es beispielsweise darum geht, die Kreditwürdigkeit vor dem Hintergrund der Schließung oder Zusammenlegung einzelner Fachabteilungen als Folge einer Verbundbildung mit einem anderen Krankenhaus zu beurteilen, gibt der Jahresabschluss, in dem lediglich der Erfolg des Gesamthauses erkennbar ist, wenig Aufschluss über die damit verbundenen Auswirkungen.

Eine mehrstufige Deckungsbeitragsrechnung, in der den Erlösen der einzelnen Fachabteilungen die zurechenbaren Kosten zugeordnet werden, ermöglicht die Beurteilung entsprechender Strukturveränderungen⁵⁷. Außerdem sollte daraus hervorgehen, wel-

che Höhe die Deckungsbeiträge der einzelnen Fachabteilungen mindestens erreichen müssen, um alle nicht auf eine spezifische Fachabteilung zurechenbaren Kosten decken zu können. Verluste aus Fachabteilungen, die u. a. aufgrund rückläufiger Fallzahlen oder Anpassungen an dem DRG-System nur defizitär betrieben werden können, müssen durch Gewinne anderer Fachabteilungen ausgeglichen werden⁵⁸. Eine mehrstufige Deckungsbeitragsrechnung mit dem gleichen Gliederungsschema kann darüber hinaus die Finanzdaten mehrerer Krankenhäuser vergleichbar machen. Auf dieser Basis ist dann die Bildung aussagekräftiger Benchmarks möglich, die von Kreditinstituten bei der Kreditwürdigkeitsbeurteilung verwendet werden können⁵⁹.

3.8 Trägerschaft

Ein weiterer wichtiger Erfolgsfaktor in Krankenhäusern ist die Trägerschaft. Es kommt nicht grundsätzlich auf die Art der Trägerschaft an, sondern auf die Bereitschaft des Trägers, das Krankenhaus auch in Krisenzeiten langfristig zu unterstützen. Für die quantitative und die qualitative Kreditwürdigkeitsbeurteilung ist die Zielsetzung des Trägers zu beachten. Fließen beispielsweise Ertragskennzahlen in die Beurteilung eines Krankenhauses ein, gilt es zu beachten, dass private Träger i. d. R. Gewinnausschüttungen verlangen. In öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäusern hingegen fallen Kapitalkosten lediglich für das Fremdkapital an. Bei verwendeten Kennzahlen und bei entsprechenden Benchmarks sollte daher auf Vergleichbarkeit geachtet werden⁶⁰.

3.9 Zusammenfassung möglicher Kennzahlen/Kriterien

In der Abb. 4 auf S. 233 sind die vorstehend in Abschn. 3.1–3.9 erläuterten Kennzahlen und Kriterien zusammengefasst dargestellt.

4. Fazit

Zur Beurteilung der Kreditwürdigkeit eines Antragstellers gibt es in den Kreditinstituten vielfach und langjährig erprobte Verfahren. Mit der Herausforderung, sich auch zukünftig einer wachsenden Kreditnachfrage bei Krankenhäusern zu stellen, müssen diese Verfahren – soweit bei den regulatorischen Vorgaben möglich – individualisiert und angepasst werden. Bestehende interne Rating-

verfahren, die tendenziell auf den Mittelstand ausgerichtet sind, können bei der quantitativen Finanzanalyse zu einer richtigen Bewertung führen, wenn mithilfe entsprechender „Übersetzungswerkzeuge“ eine Vergleichbarkeit zwischen einer Krankenhaus-Bilanz und einer klassischen HGB-Bilanz hergestellt werden kann.

Darüber hinaus sollten die verwendeten Bewertungsmaßstäbe bzw. Benchmarks an die Zielsetzung des Krankenhauses angepasst werden. Dies ist insbesondere bei öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäusern, die i. d. R. keine Gewinnerzielungsabsicht haben, sinnvoll. Problematisch stellt sich die qualitative Analyse dar, da viele für den Mittelstand relevante Faktoren für Krankenhäuser nicht sinnvoll zu beantworten sind. Hier gilt es Fragenkataloge und Scorings zu implementieren, die eine spezielle Einsicht in das Geschehen von Krankenhäusern möglich machen. Aufgrund regulatorischer Vorgaben sind diese Positionen zu standardisieren und einer Quantifizierung zu unterziehen. Hier kommt einem Erläuterungsteil die höchste Bedeutung zu.

Die beschriebenen Erfolgsfaktoren können einen Ordnungsrahmen für einen Kennzahlen- und Kriterienkatalog bilden, in dem die Gewichtung der einzelnen Faktoren für eine Gesamtbewertung (ggf. individuell für jedes

54 Vgl. Wedel, Krankenhäuser zwischen dualer Finanzierung und Rating, *Kommunalleasing Magazin* 10/2005 S. 11.

55 Vgl. Kirsch, in: Federmann/Kußmaul/Müller, *Handbuch der Bilanzierung, Beitrag Bilanzpolitik nach HGB*, 2013; Müller et al., *Finanzierung mittelständischer Unternehmen nach Basel III*, 2. Aufl. 2011, S. 55 ff.

56 Vgl. Fiori et al., *Trägerische Transparenz – Die Tücken der Ermittlung und der Interpretation von Kennzahlen, Führen und Wirtschaften im Krankenhaus* 6/2010 S. 611.

57 Vgl. Gary, *Konzeptionelle Grundlagen eines markt-orientierten strategischen Krankenhauscontrollings*, 2013, S. 156; Däumler/Grabe, *Kostenrechnung 2 – Deckungsbeitragsrechnung*, 8. Aufl. 2006, S. 11 ff.

58 Vgl. Deloitte & Touche GmbH, *Health Care Analytics Gesundheitsversorgung 2030*, 2014, S. 9; Augurzyk et al., *Krankenhaus Rating Report 2014*, Schaubild 10.

59 Vgl. Mohr/Schöffski, *Zahlengrab oder Entscheidungshilfe? Moderne Ausgestaltung des Berichtswesens im Krankenhaus*, *KU Gesundheitsmanagement* 11/2011 S. 42.

60 Vgl. Augurzyk et al., *Krankenhaus Rating Report 2014*, Kap. 4.1.

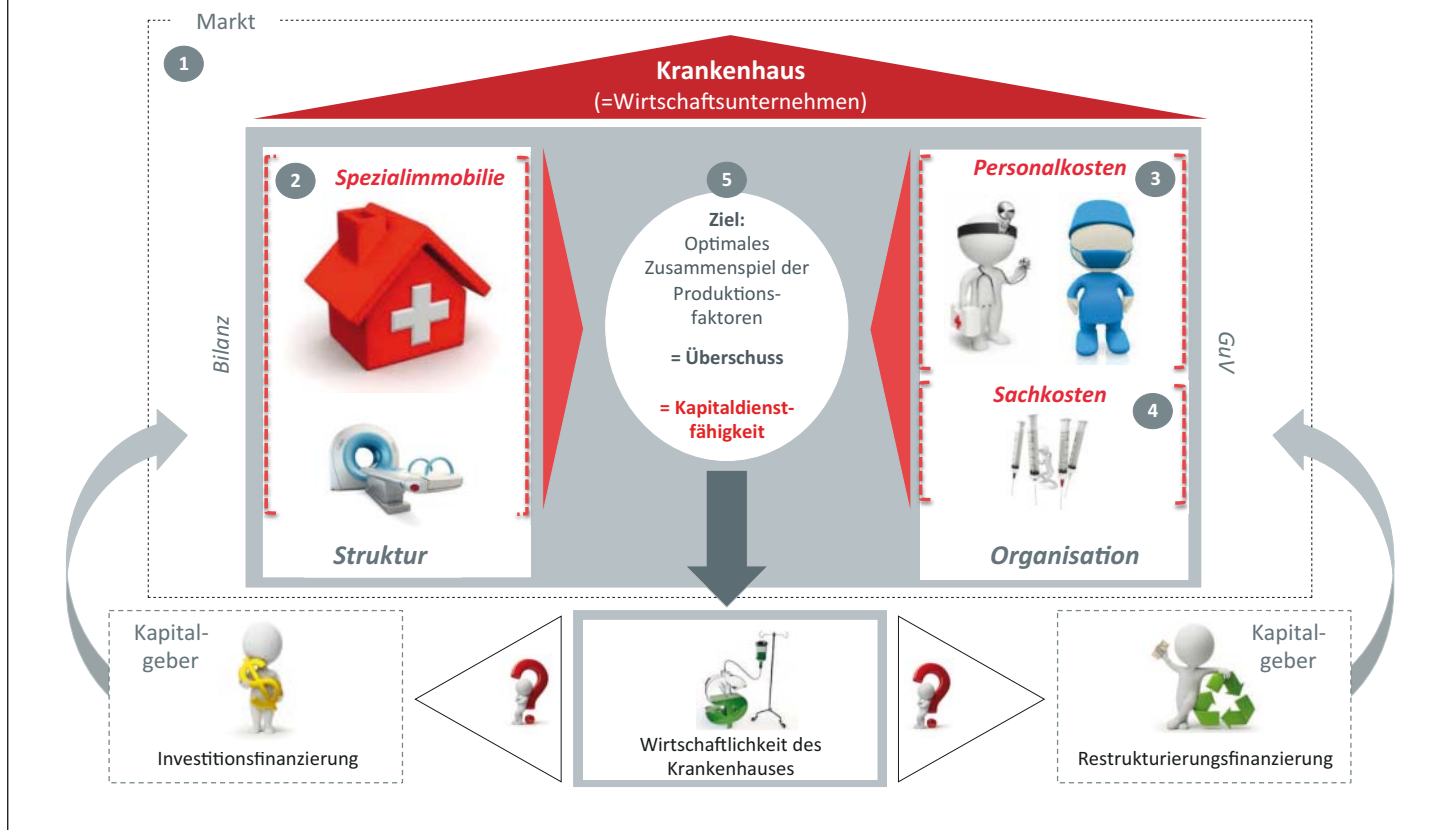
Krankenhaus) festzulegen ist. Innerhalb des Ordnungsrahmens bilden Kennzahlen die Indikatoren für die Kreditwürdigkeit eines Krankenhauses. Für eine aussagekräftige Kreditwürdigkeitsbeurteilung benötigen Kreditinstitute, die sich nicht auf Krankenhäuser spezialisiert haben und somit kein umfangreiches Wissen über das Krankenhauswesen besitzen, die Unterstützung von Branchenexperten, die das Krankenhaus aus einem betriebswirtschaftlichen Blickwinkel durchleuchten und das Branchenrisiko adäquat zu berücksichtigen helfen.

Zukünftig werden Krankenhäuser und Kreditinstitute weiter aufeinander zukommen müssen, um erfolgreiche Finanzierungen zu ermöglichen. Krankenhäuser, die sich mit den Beurteilungsverfahren von Kreditinstituten auseinandersetzen und ihre Selbstdarstellung den Anforderungen der Kreditinstitute anpassen können, sollten vom einfacheren Zugang zu Krediten und besseren Konditionen profitieren können. Im Mittelpunkt steht dabei die kritische Analyse der Wirkung des Jahresabschlusses. Auch eine rechtzeitige Ansprache – eingebettet in eine zukunftsweisende Strategie – kann helfen, den Herausforderungen der Branche besser gewachsen zu sein und rechtzeitig notwendige Investitionen in die eigene Zukunftsfähigkeit zu finanzieren.

<p>Management/Strategie/Controlling</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ SWOT-Analyse ■ Portfolio-Analyse ■ Balanced Scorecard 	<p>Investitionen</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Reinvestitionsquote ■ Anlagenabnutzungsgrad (inkl. Leasing) ■ Investitionsanalyse Bau- und Medizintechnik der letzten Jahre ■ Investitionsfähigkeit 	<p>Personal</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Grad an Outsourcing ■ Personalproduktivität (z. B. Case-Mix je Vollkraft oder Fallzahl je VK) ■ Ertrag/Aufwand je Vollkraft ■ Krankenstand ■ Maßnahmen zur Gewinnung von Ärzten ■ Leistungsfähigkeit der Chefärzte ■ Nachfolgeregelungen der Chefärzte/Chirurgen ■ Mitarbeiterzufriedenheit
<p>Marktanalyse</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Herfindahl-Hirschman-Index (HHI) ■ § 21 KHEntgG-Datensatz-Analyse ■ Konkurrenzanalyse bezogen auf Leistungszahlen und Zertifizierungen ■ Szenario-Darstellung der Marktentwicklung 	<p>Leistungsportfolio</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Analyse der durchschnittl. Verweildauer ■ Nutzungsgrad/Überkapazitäten ■ Fallzahlen je Fachabteilung ■ Ertrag/Aufwand je Fachabteilung ■ Benchmark-Vergleich CMI/Case-Mix/Fallzahlen je Fachabteilung ■ Information Theory Index (ITI) ■ Verbundstrukturen 	<p>Risiko- und Qualitätsmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Überprüfung Maßnahmen zu: <ul style="list-style-type: none"> ■ Hygiene ■ Kodierqualität (z. B. Anzahl der Rechnungskorrekturen) ■ Arbeitsanweisungen/Zertifizierungen ■ Mortalitätsraten ■ Patientenzufriedenheit
<p>Externes und Internes Rechnungswesen</p>		
<p>Trägerschaft</p>		

Abb. 4: Mögliche Kennzahlen/Kriterien (Quelle: comes Unternehmensberatung)

Das Krankenhaus in der Notwendigkeit kapitaldienstfähig zu sein



1	Markt/ Strategie	<ul style="list-style-type: none"> Verfolgt das Krankenhaus im bestehenden und zukünftigen Marktumfeld die richtige Strategie und bietet es die richtigen Produktfelder an? Wie werden sich der Markt und der Wettbewerb entwickeln?
2	Spezialimmobilie	<ul style="list-style-type: none"> Kann das Krankenhaus die Strategie in den gegebenen Strukturen erfolgreich umsetzen? Wie hoch ist der Investitionsstau? Begrenzt die Spezialimmobilie die Wirtschaftlichkeit?
3	Personal (-kosten)	<ul style="list-style-type: none"> Hat das Krankenhaus das richtige Personal in richtiger Anzahl, um die Strategie erfolgreich umzusetzen? Sind die Personalkosten wettbewerbsfähig und durch die Refinanzierung gedeckt?
4	Sachmittel (-kosten)	<ul style="list-style-type: none"> Setzt das Krankenhaus die medizinisch notwendigen Produkte zum richtigen Preis ein? Sind die Sachmittelkosten wettbewerbsfähig?
5	Wirtschaftlichkeit	<ul style="list-style-type: none"> Arbeitet das Krankenhaus mit den gegebenen Produktionsfaktoren effektiv und effizient? Erzielt das Krankenhaus Überschüsse, um seine Kapitaldienstfähigkeit sicherzustellen?



Bredehorst Clinic Medical Management Düsseldorf

Pempelforter Str. 50
40211 Düsseldorf

Ansprechpartner: Philipp Wenning

Telefon: 0211 / 130 6978-20

Fax: 0211 / 130 6978-47

E-Mail: wenning@bredehorst-cmm.com



comes Unternehmensberatung Hamburg

Colonnaden 15
20354 Hamburg

Ansprechpartner: Christoph Kraemer

Telefon: 040 / 73 67 68-0

Fax: 040 / 73 67 68-10

E-Mail: hamburg@comes.de

comes Unternehmensberatung Berlin

Wittestraße 30 K (TOP-Tegel)
13509 Berlin

Ansprechpartner: Bernd Janker

Telefon: 030 / 89 04 89-60

Fax: 030 / 89 04 89-70

E-Mail: berlin@comes.de

comes Unternehmensberatung Bremen

Am Wall 196
28195 Bremen

Ansprechpartner: Wolfgang Uhlen

Telefon: 0421 / 22 22 788-0

Fax: 0421 / 22 22 788-20

E-Mail: bremen@comes.de

comes Unternehmensberatung Oldenburg

Achternstraße 51
26122 Oldenburg

Ansprechpartner: Dr. Bernhard Becker

Telefon: 0441 / 35 09 17-90

Fax: 0441 / 35 09 17-92

E-Mail: oldenburg@comes.de