

Euler Hermes Rating - Special Comment

Drohender Infarkt für kommunale Krankenhäuser

Dezember 2014



Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass überwiegend exogene Faktoren zu einem verschlechterten Gesundheitszustand vieler kommunaler Krankenhäuser beigetragen haben und eine Besserung dieser Einflussfaktoren nicht erkennbar ist. Das große Jammern über die chronische Unterfinanzierung hilft nicht weiter. Mehr Geld ist wünschenswert, aber nicht vorhanden. Es würde den meisten Krankenhäusern auch nur kurzzeitig helfen, und vor allem würde es die Symptome nur oberflächlich behandeln. Vielmehr ist jedoch ein ganzheitlicher Therapieansatz notwendig, der zwar nicht die unmittelbaren Ursachen beheben kann, sich aber mit den gegebenen und künftigen Rahmenbedingungen besser arrangieren kann. In diesem Sinne müssen die eigenen Strukturen, Leistungsangebote und Prozesse überprüft werden. Nicht jede Klinik muss – über eine gewisse regionale Grund- und ggf. Notfallversorgung hinaus – alles machen und können. Mit Partnern im Verbund und einer konsequenten Rollenverteilung aller Partner kann dies noch besser gelingen, weil dann die Ressourcen (Personal, Geräte etc.) effizienter eingesetzt werden können und teure Vorhaltekosten gesenkt werden. Und auch die Patienten profitieren von Krankenhäusern mit Spezialisierung, weil dies in der Regel zu besserer Behandlungsqualität führt. Sowohl Krankenhausmanager, die Trägerkommunen, aber auch die Patienten/Bürger müssen hierfür von einigen lieb gewonnenen Gewohnheiten Abstand nehmen. Ohne dass es wirklich weh tut.

Anamnese

Zwei wesentliche Entwicklungen prägen die Krankenhausbranche seit einigen Jahren. Erstens sinken die öffentlichen Investitionsfördermittel. 2012 stellten die Bundesländer rd. € 2,7 Mrd. zur Investitionsförderung zur Verfügung. Der Investitionsmittelbedarf der Krankenhäuser beträgt nach einer Kalkulation durch das InEK jedoch etwa € 6 Mrd. jährlich. Infolge der rückläufigen Fördermittel hat sich ein Investitionsstau gebildet, der auf etwa € 50 Mrd. geschätzt wird. Zweitens belastet die strukturelle Kosten-Preis-Schere zunehmend die Ertrags- und Finanzkraft der Krankenhäuser. Während die Vergütungen staatlich festgelegt werden, steigen die Betriebskosten seit Jahren überproportional an.

Den mit Abstand größten Kostenblock bilden die Personalaufwendungen. Nicht zuletzt aufgrund des Fachkräftemangels sind die Tarifpartner der Arbeitnehmerseite in der stärkeren Verhandlungsposition, so dass die Tarifsteigerungen regelmäßig über den Anpassungssätzen der Behandlungsvergütungen liegen. Wenngleich viele Krankenhäuser auf diese strukturelle Kostenproblematik mit Verbesserungen der Ablaufprozesse, Standardisierung der Medizinprodukte, Einkaufsbündelung und eine höhere Personalproduktivität, aber auch mit Mengenerhöhungen reagierten, führte diese Entwicklung dennoch zu entsprechend geringeren Gewinnmargen bzw. Verlusten. Während vor allem die größeren Klinikketten in privater Trägerschaft – nicht zuletzt aufgrund ihrer Konzernstrukturen – diese Betriebsanpassungen vergleichsweise gut beherrschen, waren und sind vor allem die kommunalen Kliniken hierzu weniger erfolgreich in der Lage, so dass sich deren „Gesundheitszustand“ in den vergangenen Jahren zunehmend verschlechtert hat.

Es ist davon auszugehen, dass die Fördermittelbudgets der Länder für Krankenhäuser infolge der „Schuldenbremse“ weiter abnehmen werden und der Investitionsstau ansteigt. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass die Gebäudeinfrastruktur sowie insbesondere die medizintechnische Ausstattung zunehmend veralten. Dies gilt vor allem für jene Krankenhäuser, die zur Investitionsfinanzierung auf die staatlichen Fördermittel angewiesen sind und nicht oder nur unzureichend in der Lage sind, Investitionen teilweise aus eigenen Finanzmitteln zu bestreiten. Entsprechend werden sich die Qualitätsunterschiede in der (medizintechnischen) Ausstattung der Krankenhäuser fortsetzen, tendenziell zu Gunsten der privaten Krankenhausbetreiber. Aufgrund der zunehmenden Technisierung der Medizin insbesondere in Krankenhäusern wird dies nicht ohne Auswirkungen auf die Behandlungsqualität bleiben. Auch eine vollständige Refinanzierung der steigenden Personal- und Sachkosten in Form adäquater Preisanpassungen der Vergütungssätze ist angesichts der erforderlichen Refinanzierbarkeit über höhere Krankenkassenbeiträge oder staatliche Zuschüsse derzeit nicht zu erwarten. Folgt der Kosten-Preis-Schere nun die Qualitätsschere?

Euler Hermes Rating - Special Comment

Drohender Infarkt für kommunale Krankenhäuser

Dezember 2014



Diagnose: drohender Infarkt und vielerorts zu viel Ballast

Nach Berechnungen des Rheinisch-Westfälischen Institutes für Wirtschaftsforschung (Studie „Krankenhaus Rating Report 2013“) befanden sich im Jahr 2011 21 % der öffentlich-rechtlichen Krankenhäuser in erhöhter Insolvenzgefahr, 14 % der freigemeinnützigen, aber nur 2 % der privaten.

Zielsetzung im Sinne einer Patientenorientierung sollte die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung mit hoher Qualität sein. In urbanen Gebieten und insbesondere in den Metropolregionen ist dies regelmäßig gewährleistet, die Zentralisierung von Leistungsschwerpunkten führt zu einer grundsätzlich hohen Versorgungsqualität. In ländlichen Regionen ist eine hochwertige flächendeckende Versorgung nicht durchgängig gegeben. Diese Entwicklungen sind zum Teil auch der bisherigen Krankenhausplanung geschuldet, die sich nicht immer am – mit Blick auf den demografischen Wandel – (künftigen) Bedarf orientiert hat. Es kommt aber auch hinzu, dass ökonomisch sinnvolle Verbundlösungen wegen medizinischer und/oder personeller Besitzstandsansprüche vielfach nicht zustande kommen oder nur halbherzig konstruiert werden. Auch die Bürger verhindern mit Protesten sinnvolle Lösungen, die die wohnortnahe Versorgung nicht oder kaum beeinträchtigen würden. Dies führt zu enormen Vorhaltekosten, weil teure Medizintechnik nicht optimal ausgelastet wird und zur Aufrechterhaltung der Notfall- und Intensivmedizin viel Personal erforderlich ist. Es wird damit auch die Bündelung von Einkaufs- und Verhandlungsmacht insbesondere gegenüber der abnehmenden Zahl von Krankenkassen verhindert, die ihrerseits zur verbesserten Patientensteuerung und Nutzung von Kostenvorteilen verstärkt den Abschluss von Direktverträgen mit Leistungserbringern anstreben. In Verbindung mit der strukturellen Kostenproblematik steigen die Verluste, deren Ausgleich viele Trägerkommunen vor enorme Herausforderungen stellt und die letztlich durch anderweitige Einsparungen im Haushalt oder die Erhöhungen von kommunalen Steuern, Gebühren und Abgaben kompensiert werden müssen. Auf lange Sicht wird dies in Verbindung mit rückläufigen Fördermittelbudgets zu

Lasten der Substanz gehen, weil (infra-)strukturelle Anpassungen (Gebäudestruktur, Prozesse, Ausstattung) als ein wesentlicher Hebel zur Verbesserung der Effizienz nicht aus den originären Quellen finanziert werden können.

Ausblick: dringender Therapiebedarf

Die zu geringe Bereitstellung von Investitionsfinanzierungsmitteln durch die Länder erfordert Finanzierungsalternativen, wenn das heutige Versorgungsniveau aufrechterhalten werden soll, was von den Bürgern erwartet wird. Übernahmen kommunaler Krankenhäuser durch private Klinikketten werden nur für wenige Häuser infrage kommen, weil die Managementkapazitäten der großen Klinikketten zur Übernahme, Integration und Sanierung begrenzt sind. Zudem würde die Übernahme zu vieler finanzschwacher Krankenhäuser die eigene Bonität der Krankenhauskonzerne belasten.

Therapieansätze

Eine schon weit verbreitete Finanzierungsalternative ist Leasing. Grundsätzlich wird zwischen Finance Lease und Operating Lease unterschieden. Operating Lease wird für kürzere Laufzeiten gewählt und für Geräte, die nach der vertraglichen Nutzungsdauer auf jeden Fall zurückgegeben und gegen Geräte mit neuesten Technologien ausgetauscht werden wollen. Wichtiger als die Finanzierung ist hier die Möglichkeit, jederzeit neueste Technologien und Innovationen verfügbar zu haben. Angesichts kurzer Innovationszyklen kann Operating Lease hier eine attraktive Finanzierungsform darstellen. Beim Finance Lease ist der Leasingnehmer als Investor zu betrachten, der anstatt der herkömmlichen Fremdfinanzierung lediglich eine besondere Form der langfristigen Fremdfinanzierung wählt. Die Kapitalbeschaffung für die Anschaffung des Leasinggegenstandes sowie auch das Kreditrisiko trägt der Leasinggeber, so dass eine Finanzierungsnotwendigkeit nebst Besicherung durch den Leasingnehmer, hier das Krankenhaus, entfällt. Jedoch sind die Leasingaufwendungen – unabhängig von möglichen Vorteilen – regelmäßig höher als Abschreibung und Zinsaufwendungen mit entsprechend negativer Auswirkung auf die Ertragslage.

Euler Hermes Rating - Special Comment

Drohender Infarkt für kommunale Krankenhäuser

Dezember 2014



Therapieansätze mit begleitenden Reha-Maßnahmen

Bankkredite vs. Kapitalmarktfinanzierung: Sofern die Trägerkommunen für Kredite ihrer Krankenhäuser bürgen, gelten diese Kredite aus Sicht der Kreditinstitute als Kommunaldarlehen. Kommunalkredite sind bankrechtlich durch ihre „Null-Gewichtung“ (d. h., die Kredite müssen nicht mit Eigenkapital unterlegt werden) privilegiert. Die auf der Insolvenzfähigkeit von Bund, Ländern und Kommunen beruhende Sonderbehandlung führt zu niedrigsten Margen respektive Kreditzinsen. Inwiefern diese Präferenz vor dem Hintergrund der Schuldenbremse und der damit nicht mehr uneingeschränkten Haftungsverpflichtung der übergeordneten Hierarchieebene Bestand haben wird, bleibt abzuwarten. Derzeit ist jedoch die Kapitalmarktfinanzierung von Kommunen bzw. Unternehmen mit kommunalem Träger aufgrund dieser Privilegierung praktisch bedeutungslos.

Trotz dieser Sonderbehandlung bei den Finanzierungsbedingungen sollten Finanzierungen marktfähig sein. Das heißt, bei Investitionskrediten sollte die aus der Investition resultierende Ergebnissteigerung die Investkosten (Zinsen und Abschreibungen) mindestens kompensieren. Investitionen können hierbei sowohl die Ausweitung der Kapazitäten und damit des Umsatzpotenzials als auch die Reduzierung der Kosten betreffen, z. B. für strukturverbessernde Maßnahmen im Sinne von kostensenkenden Prozessverbesserungen, Optimierungen des Leistungsangebotes oder der Reduzierung der Vorhaltekosten. Die meisten kommunalen Krankenhäuser sind für solche Vorhaben in der Stand alone-Betrachtung zu klein. Seit einigen Jahren ist – auch als Alternative zu Privatisierungen – eine stärkere Verbundbildung kommunaler Häuser zu beobachten. Per se entstehen dadurch aber noch nicht genug Vorteile, um die Finanzschwäche der einzelnen Häuser zu überwinden. Wenn solche Verbände jedoch unabhängig von medizinischen und personellen Besitzstandsansprüchen konsequent strukturiert werden, liegt darin ein großes Ergebnisverbesserungspotenzial. Die Hinzuziehung eines unabhängigen, spezialisierten Beratungsunternehmens kann hier sinnvoll sein. Im Mittelpunkt sollte – unter der Maßgabe der Sicherstellung des Versorgungsauftrages – die Optimierung und Profilierung des

medizinischen Leistungsangebotes an den verschiedenen Standorten stehen. Nicht jede Klinik muss jedes Leistungsangebot inkl. medizinischem Gerät und Personal vorhalten. Hierdurch können Prozesse und Ergebnisqualität verbessert und geringere Strukturkosten erreicht werden. Auch erleichtert eine klare Positionierung der Häuser Patienten und Einweisern die Entscheidung für eine Klinik. Insgesamt kann ein Klinikverbund durch eine konsequente Strukturierung bzw. Restrukturierung seine Wirtschaftlichkeit verbessern und auch sein Umsatzpotenzial erhöhen und somit auch die Verschuldungskapazität für notwendige künftige Investitionen.

ÖPP-Finanzierung: In den letzten Jahren wurden größere Investitionsvorhaben auch über Öffentlich-Private-Partnerschaften (ÖPP) finanziert. ÖPPs werden im Allgemeinen definiert als langfristige, vertraglich geregelte Zusammenarbeit zwischen öffentlicher Hand und Privatwirtschaft zur wirtschaftlichen Erfüllung öffentlicher Aufgaben. Dabei wird nicht das Eigentum privatisiert, sondern lediglich die Durchführung der Aufgabe über den gesamten Lebenszyklus eines Projektes auf ein privates Unternehmen/Konsortium übertragen. Zwischen dem öffentlichen Auftraggeber und dem privaten Partner werden die Leistungen und Risiken in optimaler Weise verteilt: jeder Beteiligte trägt die Risiken, die er am besten beherrschen oder beeinflussen kann. Die ÖPP-Beschaffungsvariante ermöglicht die Erschließung von Effizienzpotenzialen für den öffentlichen Auftraggeber, die Sicherstellung von vergleichsweise hohen Leistungsstandards über die gesamte Vertragslaufzeit, Kosten- und Planungssicherheit und auch eine Reduzierung der Schnittstellen durch die Übertragung zahlreicher Leistungen auf den privaten Partner. So kann im Gesundheitssektor der private Partner neben den üblichen Planungs-, Bau- und Finanzierungsleistungen auch verschiedene Aufgaben im Betrieb der Gesundheitseinrichtung übernehmen, so z. B. die Instandhaltung und Instandsetzung der Bauten, die Lieferung und Instandhaltung von Medizintechnik sowie auch die Übertragung von Sekundärleistungen wie z. B. diagnostischer Tätigkeiten. Auch die Übertragung tertiärer Dienstleistungen (Küche, Wäsche, Reinigung) ist möglich. Eine ÖPP-Projektfinanzierung eignet sich insbesondere bei Projekten mit großen Volumina (Investitions- und Betriebs-

Euler Hermes Rating - Special Comment

Drohender Infarkt für kommunale Krankenhäuser

Dezember 2014



kosten) und komplexen Risikostrukturen, bei denen die Effizienz aus Bau und Betrieb und Vorteile aus der Risikoübertragung auf den privaten Partner die hohen Transaktions- und Finanzierungskosten überkompensieren. ÖPP-Finanzierungsmodelle können auch isoliert auf die Medizintechnik oder Teile davon (z. B. Radiologie) angewandt werden. In Zeiten einer hohen Innovationsdynamik ist es grundsätzlich vorteilhaft, diesen Bereich an einen Spezialisten zu übertragen.

Zur Nutzung eines ÖPP-Projektes als alternative Beschaffungsvariante für kommunale Krankenhäuser müssen Projektstruktur, Durchführung des Vergabeverfahrens und das Vertragskonstrukt (Planung, Bau, Betrieb und Finanzierung) im Einklang mit dem europäischen Wettbewerbs- und Beihilferecht stehen. Die Erfüllung dieser Anforderungen, auf die hier nicht weiter eingegangen wird, ist grundsätzlich möglich.

ÖPPs bieten angesichts der fehlenden Investitionsfördermittel grundsätzlich eine Finanzierungsalternative, sind aber gleichwohl kein Allheilmittel. Die Vergütungen an die investierende Projektgesellschaft des privaten Partners müssen verdient werden. Dies geht im Normalfall nur, wenn durch die neuen Gebäude und medizintechnischen Anlagen Effizienzvorteile in Form geringerer Struktur- und Vorhaltekosten, eine höhere Behandlungseffizienz und eine stabile bzw. steigende Auslastung durch Reputationszugewinne erreicht werden. Wenn ÖPP-Modelle lediglich als reine alternative Finanzierungsform erwogen werden und keine Effizienzrendite zu erwarten ist, wäre eine Kreditaufnahme möglicherweise vorteilhafter.

Bei allen langfristigen Finanzierungen, insbesondere jedoch bei ÖPP-Projekten, dürfen trotz des demografisch bedingt wachsenden Marktes für Gesundheitsdienstleistungen die Risiken nicht außer Acht gelassen werden. Es lässt sich kaum voraussagen, wie sich die Rahmenbedingungen in dem hochregulierten Gesundheitswesen in den kommenden Jahrzehnten entwickeln werden. Dies betrifft vor allem das Leistungsangebot der Krankenkassen, also, welche Kosten für welche Therapien in zehn oder 20 Jahren noch übernommen werden. Auch die Festlegung der Vergütungspreise liegt in staatlicher Hand. In den Jahren der Finanzkrise

scheiterten einige ÖPP-Projekte an der Finanzierung durch die Banken. Und nicht zuletzt besteht bei ÖPP-Projekten auch ein Insolvenzrisiko des privaten Partners. Der Staat jedoch muss seine Daseinsvorsorge-Vpflichtung erfüllen und die stationäre Gesundheitsversorgung aufrechterhalten und somit ggf. „in die Bresche“ springen.

Bei weiteren Fragen wenden Sie sich bitte an Frau Gundel Bergknecht, erreichbar unter Telefonnummer: 040 8834640 oder senden Sie eine Email an gundel.bergknecht@eulerhermes-rating.com