



Gewinne im Krankenhaus

Boris Augurzky

- 10.1 Einleitung: Was sind Gewinne? – 186**
- 10.2 Gewinnkennzahlen über die Zeit – 188**
- 10.3 Bedeutung von Gewinnen – 190**
- 10.4 Besonderheiten im Krankenhausmarkt – 191**
 - 10.4.1 Dualistik – 192
 - 10.4.2 Regulierte Preise – 194
 - 10.4.3 Versorgungssicherheit – 195
- 10.5 Arten der Gewinnerzielung – 196**
- 10.6 Gewinnausschüttungen im Gesundheitswesen – 199**
- 10.7 Grenzen für Gewinne – 200**
- 10.8 Fazit – 202**
- Literatur – 203**

■ ■ Zusammenfassung

Dieser Beitrag diskutiert Gewinnerzielung im Krankenhausbereich aus ökonomischer Perspektive. In einer Volkswirtschaft ist Gewinnerzielung ein wichtiger Motor des Fortschritts und stetiger Effizienzverbesserungen. Wettbewerb sorgt dafür, dass daraus entstehende Unternehmensgewinne begrenzt und mit den Nachfragern geteilt werden. Aufgrund der Besonderheiten im Gesundheitswesen sind jedoch auch negative Effekte von Gewinnerzielung grundsätzlich denkbar. Eine staatlich verordnete Obergrenze für Gewinne im Krankenhausmarkt wäre aber nicht nur administrativ schwer umsetzbar, sondern würde auch unerwünschte Nebeneffekte zeitigen. So würde der Anreiz zum effizienten Einsatz von knappen Ressourcen zurückgehen. Privates Kapital würde sich aus dem Gesundheitswesen zurückziehen und damit die Investitionstätigkeit abnehmen. Ungeklärt bliebe überdies, wie mit der Gewinnerzielung von anderen Gesundheitsunternehmen umgegangen werden müsste, z. B. Praxen, Medizintechnik-, Pharmaunternehmen, Apotheken. Will man Gewinne begrenzen, sollten Qualitätstransparenz gefördert und gegebenenfalls sogar ein Preiswettbewerb in Erwägung gezogen werden. Unerwünschte Nebenwirkungen sollten durch Anpassungen am Vergütungssystem begrenzt werden. Wenn beispielsweise die bestehenden Vergütungssysteme das Sektorendenken zementieren, sollten sektorenübergreifende Vergütungsmodelle in Betracht gezogen werden. Ein Ansatz dazu könnten Capitation-Modelle sein.

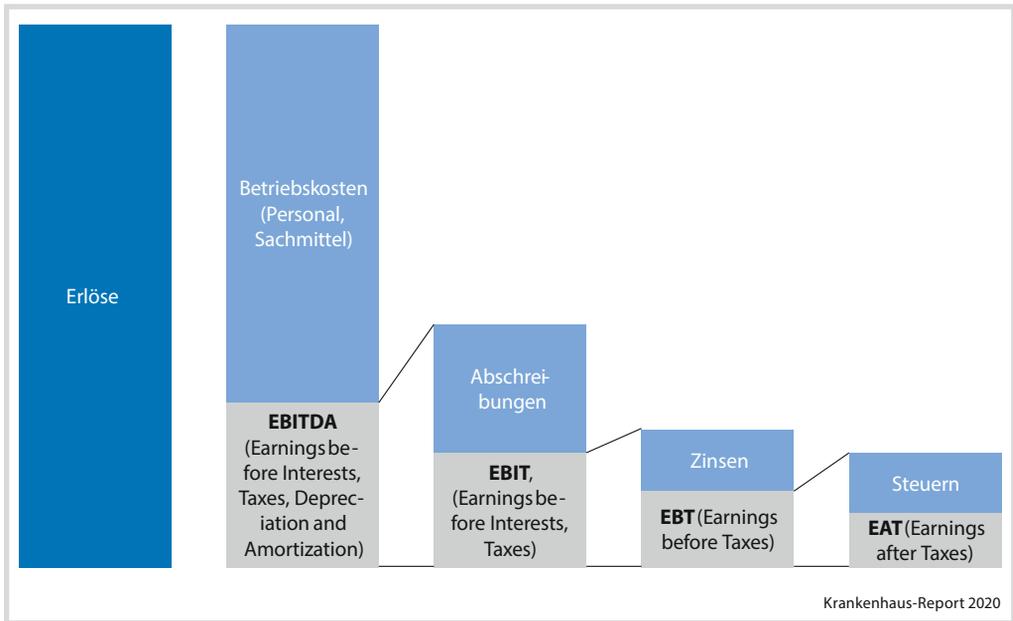
This article discusses profit-making in the hospital sector from an economic perspective. In an economy, profit-making is an important driver of progress and continuous efficiency improvements. Competition ensures that resulting corporate profits are limited and shared with the consumers. Due to the peculiarities in the healthcare system, however, negative effects of profit-making are also conceivable. However, a government-imposed cap on profits in the hospital market would not only be difficult to implement, but would also have undesirable side effects. This would reduce the incentive to use

scarce resources efficiently. Private capital would be withdrawn from the healthcare system and thus reduce investment activity. Moreover, it would remain unclear how the profit-making of other healthcare companies would have to be handled, e.g. doctor's offices, pharmaceutical companies, pharmacies. In order to limit profits effectively, quality transparency should be promoted and even a price competition could be considered. Undesirable effects should be limited by adjustments to the remuneration system. For example, if the current remuneration systems generate sectorally oriented thinking, intersectoral compensation models should be considered. A possible approach to this could be capitation models.

10.1 Einleitung: Was sind Gewinne?

Der folgende Beitrag diskutiert Gewinnerzielung unter einer ökonomischen Perspektive. Zunächst definiert er den Begriff des Gewinns in der Krankenhausversorgung und gibt eine Übersicht über die Höhe der Gewinne von Krankenhäusern in den vergangenen Jahren. Er geht außerdem auf die Besonderheiten im Krankenhausbereich ein und darauf, dass die Gewinnerzielung für die beteiligten Akteure starke Steuerungswirkungen entfalten kann, die im Auge behaltet werden müssen. Es wird diskutiert, wie man unerwünschten Effekten entgegenwirken könnte, ohne auf die Vorteile der Gewinnerzielung verzichten zu müssen. Daneben gibt es andere Sichtweisen, die die Gewinnerzielung als solche in Frage stellen. Sie werden in diesem Beitrag nicht beleuchtet.

Umgangssprachlich scheint völlig klar zu sein, was mit „Gewinn“ gemeint ist. Ein Gewinn entsteht, wenn bei der Erzeugung eines Produkts oder einer Dienstleistung die damit erzielten Erlöse über den Herstellungskosten liegen. Wenn man sich jedoch im Detail damit befasst, wird offenbar, dass die Kosten nicht so klar umrissen sind – und dementsprechend auch nicht der Gewinn. Betrachtet man nur



■ **Abb. 10.1** Schematische Darstellung verschiedener Ergebniskennzahlen

die Kosten für den laufenden Betrieb, das heißt die Kosten für Personal und Sachmittel, bleibt bei den allermeisten Betrieben von den Erlösen etwas übrig. Das könnte man als Gewinn bezeichnen, was aber zu kurz gegriffen wäre. Man spricht stattdessen vom Betriebsergebnis oder vom so genannten EBITDA. Bei Krankenhäusern liegt das EBITDA im Durchschnitt bei rund 5 % der Erlöse. Aus diesem Betriebsergebnis sind noch die Kosten für die Bereitstellung von Kapital zu finanzieren. Die Betriebskosten gewährleisten nur, dass der Betrieb aktuell läuft. Die dazu nötigen Sachanlagen, Grundstücke, Gebäude, technischen Anlagen und Ausstattungen müssen jedoch ebenfalls vorhanden sein, sonst würde das Personal auf der grünen Wiese arbeiten und dabei vermutlich wenig produktiv sein.

Es braucht im Vorfeld also reichlich Investitionen in Gebäude, Ausstattung und Infrastruktur, was unter Kapitalkosten subsumiert wird. Sie werden über jährliche Abschreibungen auf die übliche Nutzungsdauer der Anlagegüter verteilt. Zieht man vom Betriebsergebnis bzw. dem EBITDA diese Abschreibungen

ab, erhält man die Kennzahl EBIT. Zur Finanzierung der Investitionen braucht es überdies noch Fremd- und Eigenkapital. Jedoch sind weder Fremd- noch Eigenkapital kostenlos zu haben. Für Fremdkapital, zum Beispiel in Form von Krediten, fallen Zinszahlungen an. Zieht man diese vom EBIT ab, erhält man das EBT, den Gewinn vor Steuern. Am Ende steht der Eigenkapitalgeber, der sich eine (finanzielle) Rendite in Abhängigkeit vom Unternehmenserfolg verspricht. Er trägt das höchste Risiko, weil er sich mit dem zufriedengeben muss, was am Ende übrigbleibt, im Zweifel mit gar nichts oder sogar mit einem Verlust. Es kann sogar zu einem Totalausfall des eingesetzten Eigenkapitals kommen. Denn im Fall einer Insolvenz werden Fremdkapitalgeber gegenüber Eigenkapitalgebern bevorzugt aus der Restmasse bedient. Für dieses hohe Risiko erwartet der Eigenkapitalgeber einen Risikoaufschlag, weshalb die Renditeerwartungen auf das Eigenkapital stets höher als der Zins auf das Fremdkapital ausfallen. Bevor jedoch der Eigenkapitalgeber bedient wird, nimmt sich der Staat noch Steuern vom EBT, sodass für den Eigenkapitalgeber nur

das EAT, der Gewinn nach Steuern, übrigbleibt. **Abb. 10.1** stellt die verschiedenen Ergebniskennzahlen schematisch dar.

Bei einem Vergleich des EAT von Krankenhäusern ist zu beachten, dass die Abschreibungen von Krankenhäusern mit relativ jungem Anlagevermögen höher ausfallen als von solchen mit älterem Anlagevermögen, wenn das Anlagevermögen degressiv abgeschrieben wird. Zur Beurteilung der Profitabilität des Betriebs eignet sich daher besonders das EBITDA.

Außerdem sei darauf hingewiesen, dass es neben der rein monetären Rendite auch noch andere Arten von Rendite geben kann. Beispielsweise suchen Eigentümer von kommunalen Krankenhäusern vielfach eine politische Rendite mit ihrem Krankenhaus zu erzielen. Diese misst sich anhand der Zahl der Wählerstimmen, die ein Krankenhaus einbringen kann, bzw. im negativen Fall Wählerstimmen, die verloren gehen können, wenn bei der lokalen Wählerschaft unbeliebte Maßnahmen im Krankenhausbereich umgesetzt werden müssen. Auch wenn im Folgenden allein die monetäre Rendite Gegenstand der Diskussion ist, sollten gerade im Krankenhausbereich nicht-monetäre Renditearten nicht völlig aus den Augen verloren werden. Denn für sie stellen sich zum Teil ähnliche Fragen.

10.2 Gewinnkennzahlen über die Zeit

Zur Illustration werden im Folgenden die tatsächlich erzielten Werte auf Basis der Daten des Krankenhaus Rating Report 2019 (Augurzky et al. 2019) dargestellt. **Abb. 10.2** zeigt, wie die Ertragslage der Krankenhäuser über die Zeit schwankt. Im aktuell verfügbaren Jahr 2017 wiesen 28 % der vorliegenden Jahresabschlüsse einen Verlust auf, gemessen als Gewinn nach Abzug aller Kosten (EAT). Es ist ein deutliches Auf und Ab seit 2007 erkennbar. Auf der Ebene der einzelnen Standorte kann der Anteil derjenigen mit einem Verlust höher liegen, denn

häufig liegen Jahresabschlüsse nur auf der Ebene von Krankenhausverbänden vor. Verluste einzelner Standorte können in einem positiven Jahresergebnis des Gesamtverbands aufgehen. Zwar gilt dies auch im umgekehrten Fall, er tritt allerdings seltener auf.

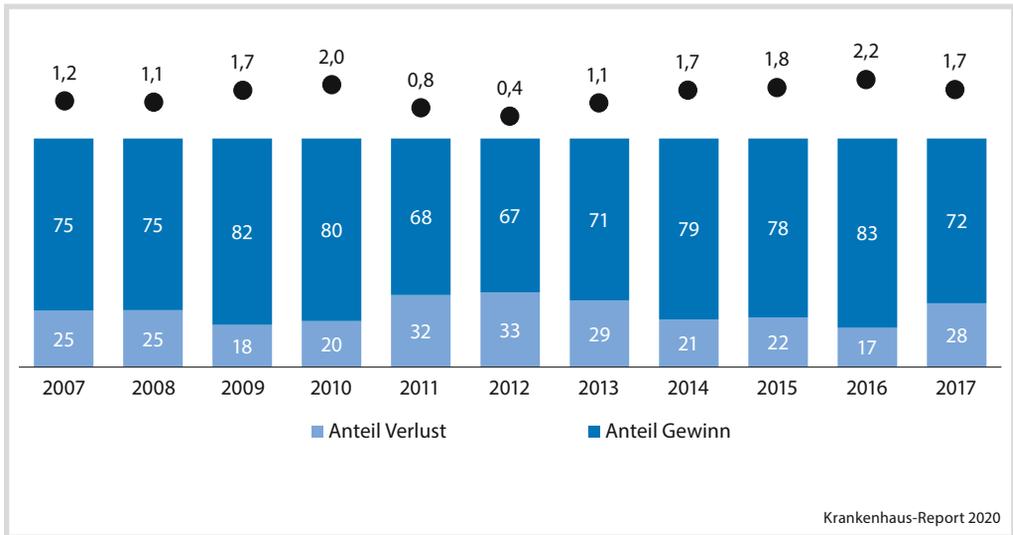
Die Schwankungen der Gewinne sind jedoch weitaus größer, als diese Zeitreihe auf den ersten Blick vermuten lässt. Ein einzelnes Krankenhaus durchlebt eine viel größere Schwankung seines Jahresergebnisses als der Durchschnitt über alle Krankenhäuser. Während es für einen Teil der Häuser gute Jahre gibt, kann es schlechte Jahre für andere geben. In der Summe mittelt sich dies heraus. Während der durchschnittliche Jahresüberschuss im Jahr 2017 1,7 % der Erlöse betrug, lag die Standardabweichung, die die Schwankung dieser Kennzahl misst, bei 4,1 %. Typischerweise liegen 68 % aller Jahresergebnisse in einem Intervall einer Standardabweichung über und unter dem Mittelwert von 1,7 %.¹

Mit anderen Worten sind Gewinne nicht stabil bzw. sind unternehmerische Aktivitäten stets mit Risiko verbunden. Nach guten Jahren können schlechte Jahre folgen und umgekehrt. Daher muss jedes Unternehmen für die schlechten Zeiten einen ausreichend großen Puffer aufbauen, sonst kann es bei einem Negativereignis schnell in die Insolvenz rutschen. Je größer die zeitlichen Schwankungen sind, desto größer ist das unternehmerische Risiko und desto höher muss die Rendite auf das Eigenkapital ausfallen, um sich diesem Risiko zu stellen. Im Ergebnis bleibt festzuhalten: Ohne Gewinne kann ein Unternehmen keinen finanziellen Puffer für schlechte Zeiten aufbauen, die jeden Betrieb irgendwann einmal ereilen.

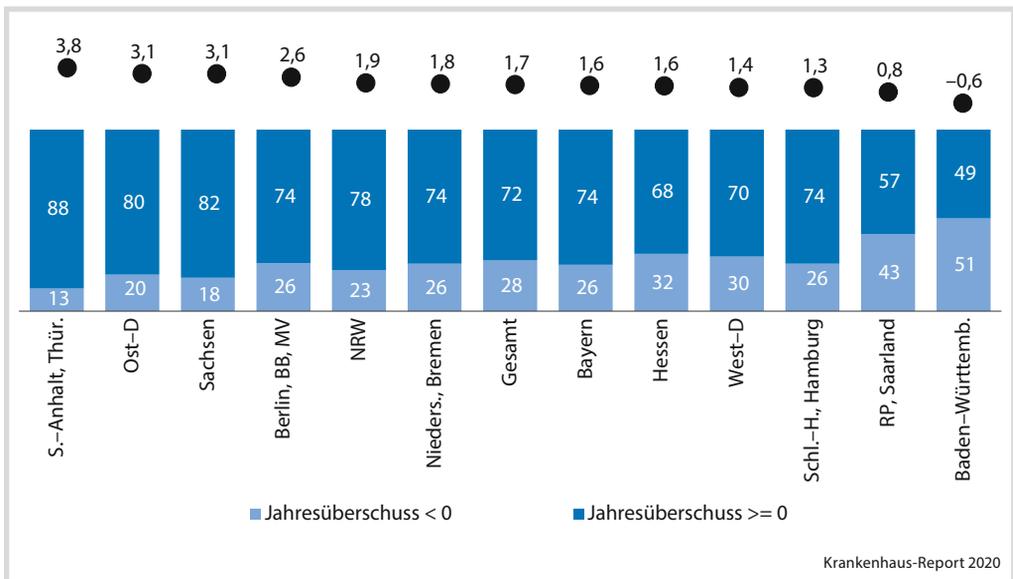
Die Unterschiede im Jahresergebnis nach Steuern (EAT) variieren außerdem systematisch nach Trägerschaft und Region. Krankenhäuser in privater Trägerschaft wiesen 2017 ein durchschnittliches EAT von 5,8 % auf, in freigemeinnütziger Trägerschaft von 1,3 % und in

¹ Eigene Berechnungen auf Basis der Daten des Krankenhaus Rating Report 2019 (Augurzky et al. 2019).

10.2 · Gewinnkennzahlen über die Zeit



■ **Abb. 10.2** Durchschnittliches Jahresergebnis (EAT, als Anteil an Erlösen in %) der Krankenhäuser im Zeitverlauf (Quelle: Krankenhaus Rating Report 2019 (Augurzky et al. 2019))



■ **Abb. 10.3** Jahresergebnis (EAT, als Anteil an Erlösen in %) nach Bundesländern (Quelle: Krankenhaus Rating Report 2019 (Augurzky et al. 2019))

kommunaler von $-0,3\%$. 51 % der kommunalen Krankenhäuser, 26 % der freigemeinnützigen und 8 % der privaten hatten einen Jahresverlust (Augurzky et al. 2019). Auch zwischen den Bundesländern sind recht große Unter-

schiede festzustellen (■ Abb. 10.3). In den neuen Bundesländern fällt das mittlere EAT am höchsten aus, in Baden-Württemberg dagegen ist es mit $-0,6\%$ am niedrigsten. ■ Abb. 10.4 stellt die EBITDA-Marge im Vergleich zur

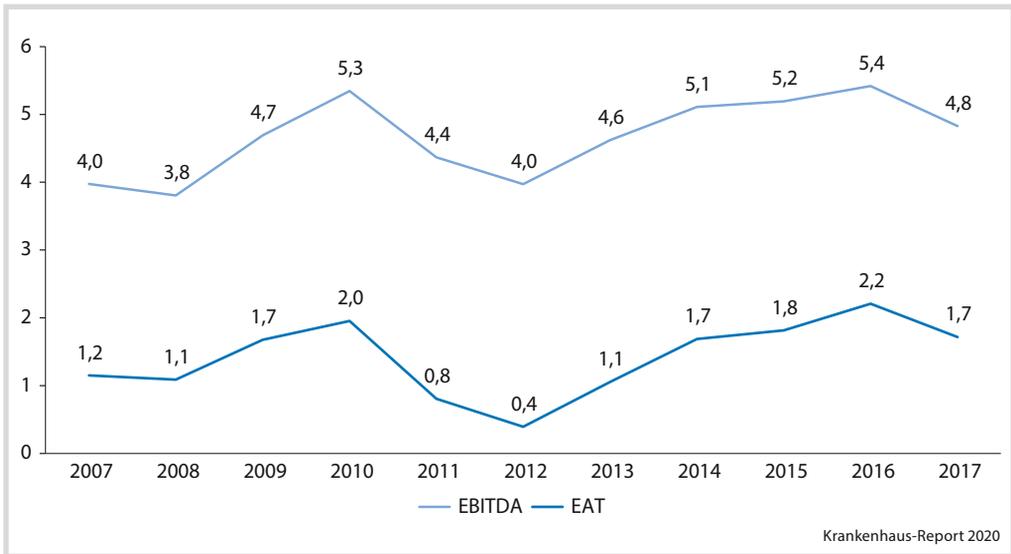


Abb. 10.4 Durchschnittliches EBITDA und EAT im Zeitverlauf 2007–2017, in % (Anmerkung: Berechnung über das fusionierte Krankenhaus) (Quelle: Krankenhaus Rating Report 2019 (Augurzky et al. 2019))

EAT-Marge über die Zeit dar.² Zuletzt – im Jahr 2017 – fiel sie auf 4,8 %. Bei privaten Krankenhäusern lag sie bei 11,1 %, bei freigemeinnützigen bei 3,6 % und bei kommunalen bei 2,3 % (Augurzky et al. 2019).

10.3 Bedeutung von Gewinnen

Die Ausführungen in der Einleitung zeigen, was passieren würde, wenn Gewinne – auf welche Art auch immer – verboten würden, also das EAT per Gesetz auf 0 gesetzt würde. Eigenkapitalgeber würden verschwinden und sämtliche Investitionen wären über Fremdkapital zu finanzieren. Allerdings würde dies den Fremdkapitalgebern missfallen, weil es im Falle einer Insolvenz niemanden mehr gäbe, der bei der Verteilung der noch vorhandenen Restmasse im Rang nach ihnen stünde. Faktisch würden Fremdkapitalgeber damit zum Teil in die Rolle eines Eigenkapitalgebers geraten und ein höheres unternehmerisches Risiko tragen, als dies

üblicherweise der Fall ist. Generell gilt: Je geringer die Eigenkapitalquote eines Unternehmens ist, desto höher ist das Risiko für den Fremdkapitalgeber. Er müsste dann höhere Zinsen fordern, sodass die Finanzierungskosten stiegen. Kurz: Wenn man Rendite auf Eigenkapital verbietet und infolgedessen das Eigenkapital vertreibt, steigen zwangsläufig die Finanzierungskosten für das Fremdkapital. Im Vorgriff auf ► Abschn. 10.4 sei jedoch darauf hingewiesen, dass im Krankenhausbereich dieser Zusammenhang durch die duale Krankenhausfinanzierung im Prinzip durchbrochen werden kann.

Rendite auf Eigenkapital führt dazu, dass Eigenkapital zur Verfügung gestellt wird, hat aber noch einen anderen nicht zu vernachlässigenden positiven Nebeneffekt: Die Rendite fällt umso höher aus, je effizienter ein Betrieb arbeitet. Der Eigenkapitalgeber bzw. Eigentümer des Betriebs hat daher einen starken Anreiz, seinen Betrieb effizient aufzustellen. Er wird sich darum kümmern, dass Betriebsabläufe und -strukturen mit möglichst wenigen Ressourcen auskommen. Mithin wird er darauf achten, dass die Ressourcen entsprechend ihren

² Es handelt sich um das EBITDA ohne KHG-Fördermittel.

Fähigkeiten eingesetzt werden. Zum Beispiel sollte eine Pflegefachkraft nicht die Essensausgabe übernehmen, weil sie dafür zu teuer ist. Ferner wird sich der Eigentümer darüber Gedanken machen, ob es arbeitssparende technische Innovationen gibt, die teures Personal unterstützen oder ersetzen können. Er leistet damit einen wichtigen Beitrag, die knappen Ressourcen Personal sowie Sachmittel sparsam einzusetzen und Verschwendung zu vermeiden. Indirekt entlastet er auf diese Weise auch andere Betriebe, die ebenfalls auf diese knappen Ressourcen angewiesen sind. Wird Gewinnerzielung – aus welchen Gründen auch immer – unterbunden, entfallen diese Anreize, effizient zu wirtschaften und innovativfreudig zu sein.

Können Gewinne ein Maß erreichen, das als unethisch zu bezeichnen ist? Hohe Gewinne gehen nach den bisherigen Ausführungen und unter Wettbewerbsbedingungen mit einer hohen betrieblichen Effizienz einher. Hohe Effizienz bedeutet sparsamer Umgang mit den Ressourcen, was als ethisch bezeichnet werden kann. Denkbar wäre aber, dass Gewinne nicht allein dadurch entstehen, dass Arbeitsabläufe effizient gestaltet werden oder Innovationen den Ressourceneinsatz schonen.

Der Eigentümer könnte auch beschließen, dem Personal keinen oder einen äußerst niedrigen Lohn zu bezahlen oder dem Lieferanten von Sachmitteln einen mickrigen Preis anzubieten, der so niedrig ausfällt, dass der Lieferant seine Produktionskosten nicht dauerhaft decken kann und Insolvenz anmelden muss. Allerdings ließe sich dies offenbar nur einmal durchsetzen. Denn daraufhin wäre er sein sämtliches Personal und seine sämtlichen Lieferanten los und müsste selbst den Betrieb einstellen. Zwar hätte er dann keine Kosten, aber auch keine Erlöse mehr. Der Gewinn wäre null. Voraussetzung dafür ist, dass es Wettbewerb um Personal auf dem Arbeitsmarkt gibt, das heißt, dass es noch andere Anbieter gibt, die Interesse an Personal haben. Das gleiche gilt für die Lieferanten von Sachmitteln. In Zeiten von Fachkräftemangel, wie er gegenwärtig im Gesundheitswesen beobachtbar ist, herrscht sogar

ein sehr starker Wettbewerb um Personal, so dass diese Voraussetzung gegeben ist.

Eine andere Möglichkeit, auf „unethische“ Weise hohe Gewinne zu erwirtschaften, liegt darin, die Dienstleistungen bzw. Produkte, die ein Betrieb herstellt, zu einem „überhöhten“ Preis oder zu „verminderter“ Qualität anzubieten. Eine solche Strategie ist jedoch nur dauerhaft möglich, wenn es auf den Gütermärkten keine Konkurrenz gibt. Denn sobald ein Wettbewerber mit einem besseren Preis-Leistungs-Verhältnis aufwartet, wird die Kundschaft zu ihm wechseln. Die Erlöse des Betriebs mit schlechtem Preis-Leistungs-Verhältnis brechen ein und es entstehen ihm dann sogar Verluste statt Gewinne. Daher ist es von allergrößter Bedeutung, dass es Wettbewerb zwischen Anbietern gibt. Dieser Wettbewerb sorgt überdies dafür, dass die Gewinne eines Betriebs nicht beliebige Höhen erreichen, weil sonst ein anderer im Wettbewerb stehender Betrieb durch günstigere Angebote – und geringere Gewinnmargen – die Kundschaft auf sich ziehen kann.

10.4 Besonderheiten im Krankenhausmarkt

Der Krankenhausmarkt unterscheidet sich von solchen freien Märkten in vier wesentlichen Punkten. Erstens sollen die Investitionen der Krankenhäuser von den Bundesländern über Steuermittel finanziert werden, während die Betriebskosten von den Krankenkassen weitgehend über DRG-Fallpauschalen zu tragen sind („Dualistik“). Im Idealfall würden damit fast keine Kapitalkosten anfallen, weil weder Abschreibungen noch Zinsen für die geförderten Investitionen anzusetzen wären. Aus Sicherheitsgründen ist zumindest trotzdem ein gewisses Eigenkapital erforderlich, was entsprechende Eigenkapitalkosten nach sich zieht. Zweitens sind die Preise für Krankenhausleistungen streng reguliert. Ein Preiswettbewerb wie auf anderen Märkten ist nicht möglich.

Drittens ist die Versorgungssicherheit zu gewährleisten, das heißt für die Bevölkerung

muss das Angebot der Krankenhäuser erreichbar sein – auch in ländlich geprägten Regionen. Die Sicherstellung einer angemessenen flächendeckenden medizinischen Versorgung der Bevölkerung ist ein wichtiges Element der öffentlichen Daseinsvorsorge, das dem Sozialstaatsprinzip entspringt (Art. 20 I GG). Daraus folgt, dass auch wirtschaftlich defizitäre Angebote bei Bedarf aufrechterhalten werden müssen, wenn ansonsten die Bevölkerung den erreichbaren Zugang verlieren würde. Schließlich gibt es viertens den Krankenhausplan der Bundesländer. Dies bedeutet, dass das einzelne Krankenhaus keine vollkommene Freiheit darüber besitzt, welche Leistungen es anbietet bzw. nicht anbieten möchte. Es muss innerhalb seines über den Krankenhausplan definierten Leistungsspektrums bleiben, was bei der Gewinnerzielung und Betriebsoptimierung eine Randbedingung darstellt.

10

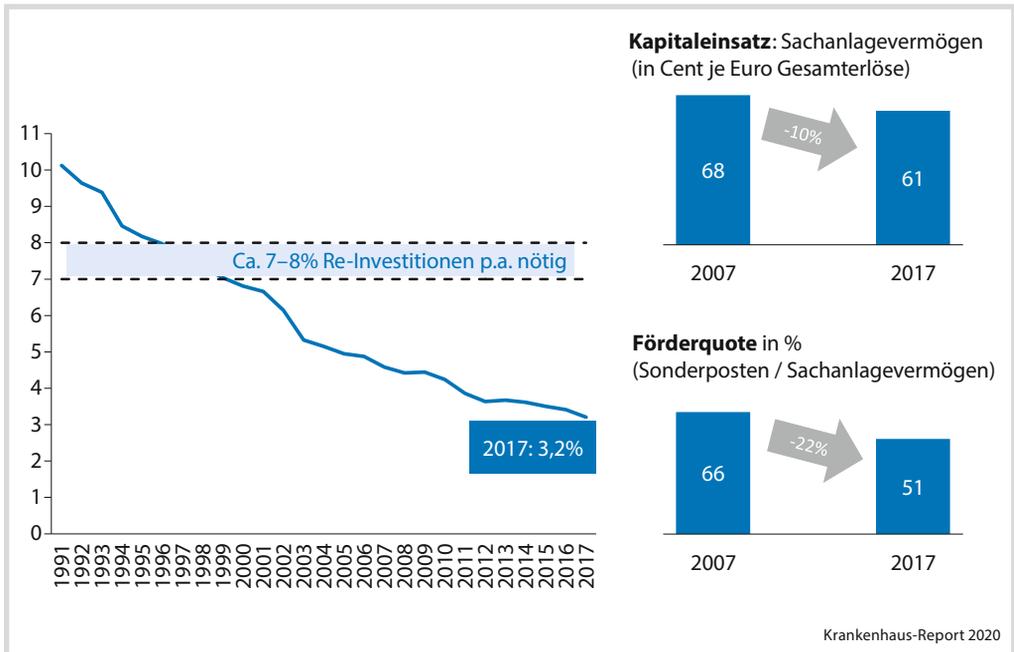
10.4.1 Dualistik

In der reinen Dualistik wären die beiden Kennzahlen EBITDA und EBT prinzipiell identisch, weil weder Abschreibungen für das investierte Anlagevermögen noch Zinsen für die Finanzierung der Investitionen anfielen. Die Abschreibungen und Finanzierungskosten wandern damit weg vom Krankenhaus hin zum Steuerzahler. Der folgende Abschnitt zeigt, weshalb es aber trotzdem wichtig ist, dass das EBT im Durchschnitt positiv ausfällt. Auch macht es in der Dualistik weiterhin Sinn, Gewinnerzielung anzustreben, um Anreize zu einer effizienten Betriebsführung zu schaffen. Für eine über Sozialabgaben finanzierte Krankenversicherung ist es daher auch in der reinen Dualistik sinnvoll, Gewinnerzielung grundsätzlich wohlwollend gegenüberzustehen, weil damit die Chance besteht, dass die Betriebskosten über die Zeit weniger stark steigen, als wenn auf Gewinnerzielung verzichtet würde. Voraussetzung dafür ist, dass Effizienzgewinne der Krankenhäuser über geringere Preissteigerungen mit den „Kunden“, das heißt den Krankenversicherungen geteilt werden. Tatsächlich

war es bei der Einführung der DRG offizieller Wunsch des Gesetzgebers, mehr Wettbewerb der Krankenhäuser untereinander zu erreichen und über eine wirtschaftlichere Versorgung der Bevölkerung mit stationären Leistungen Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen (Friedrich et al. 2010; Tuschen 2007). Daraus leitet sich implizit der Auftrag ab, dass Krankenhäuser Gewinne machen sollen. Außerdem sollte mehr Transparenz über Leistungen und Kosten der Krankenhäuser geschaffen werden.

Allerdings existiert die Dualistik in ihrer reinen Form nicht. Im Vergleich zu den Betriebskosten der Krankenhäuser sinken die Investitionsfördermittel der Länder seit Jahren kontinuierlich.  Abb. 10.5 stellt sie im Verhältnis zum Krankenhausumsatz für den Zeitraum 1991 bis 2017 dar. Während der Wert 1991 noch bei über 10 % lag, ist er seitdem stetig gesunken und hat 2017 den Wert von 3,2 % erreicht. Damit liegt er zu niedrig, um über Fördermittel-finanzierte Investitionen die Unternehmenssubstanz dauerhaft halten zu können. Dazu wären 7–8 % an regelmäßigen Re-Investitionen nötig (RWI 2016, 2017). Einen Teil davon steuern die Krankenhäuser selbst aus Eigenmitteln bei, zum Beispiel aus kumulierten Gewinnen der Vorjahre oder über die Aufnahme von Fremdkapital und die Bereitstellung von Eigenkapital durch den Träger.  Abb. 10.5 zeigt aber, dass diese ergänzenden eigenfinanzierten Investitionen nicht ausreichen. Zwischen 2007 und 2017 ist der Kapitaleinsatz, gemessen am Sachanlagevermögen im Verhältnis zu den Erlösen, von 68 auf 61 Cent je Euro Erlös gefallen. Insofern gelang es den Krankenhäusern im Durchschnitt nicht, ihre Unternehmenssubstanz (in Relation zu ihrem Leistungsumfang) zu halten.

Unter diesen Voraussetzungen, das heißt einer nicht zu 100 % funktionierenden Dualistik, müssen Krankenhäuser ein deutlich positives EBITDA erwirtschaften, um in ausreichendem Maße Investitionen tätigen zu können. Bei der derzeit gegebenen Kapitalstruktur der Krankenhäuser und der vorhandenen Abschreibungs- und Finanzierungsbedarfe ergibt sich je nach Art der Trägerschaft ei-



■ **Abb. 10.5** Investitionsfördermittel nach KHG als Anteil am Krankenhausumsatz in % (ohne Universitätskliniken) (Quelle: Krankenhaus Rating Report 2019 (Augurzky et al. 2019))

ne Mindest-EBITDA-Marge, um als Krankenhaus investitionsfähig zu sein. ■ Tab. 10.1 stellt das Anlagevermögen sowie die Finanzierungsstruktur für das durchschnittliche Krankenhaus nach Trägerschaft dar. Grundlage dafür sind die Jahresabschlussdaten aus dem Krankenhaus Rating Report 2019 (Augurzky et al. 2019) – heruntergerechnet auf den einzelnen Krankenhausfall. Das Sachanlagevermögen im Jahr 2017 betrug 2.121 € je Fall bei freigemeinnützigen Trägern und 2.946 € bei privaten Trägern. Die öffentlich-rechtlichen Träger lagen mit 2.621 € dazwischen. Die Anschaffungs- und Herstellungskosten lagen bei den freigemeinnützigen Krankenhäusern bei 4.610 €, bei den privaten um 10 % niedriger und bei den öffentlich-rechtlichen um 16 % höher. Ausgehend von den Anschaffungs- und Herstellungskosten lassen sich die Abschreibungen bestimmen, die in die Gewinn- und Verlustrechnung (GuV) eingehen. Für Grundstücke und Bauten werden in dem Report im Durchschnitt

eine Abschreibungsrate von 2,5 % angesetzt.³ Für technische Anlagen und Maschinen sind es 8,3 % und für Betriebs- und Geschäftsausstattung 12,5 %.

Die Finanzierungskosten ergeben sich aus der Zusammensetzung der Passiva. Am meisten Eigenkapital setzen freigemeinnützige (34 %) und private Träger (33 %) ein, am meisten Fördermittel die öffentlich-rechtlichen und am meisten Fremdkapital die privaten. Für die beispielhafte Rechnung wird bei privaten Krankenhäusern eine Eigenkapitalverzinsung von 8 % angesetzt. Bei den nicht-gewinnorientierten Trägern könnte grundsätzlich jeweils 0 % angesetzt werden. Es gibt jedoch Gemeindegeldsatzen, die eine Verzinsung von 1 % vorsehen

³ Grundstücke werden nicht abgeschrieben, sondern nur die Bauten. Die beiden Größen lassen sich jedoch in den vorliegenden Jahresabschlussdaten nicht trennen, sodass ein etwas geringerer Abschreibungswert angesetzt wird, als dies für reine Bauten der Fall wäre.

■ **Tabelle 10.1** Struktur der Aktiva und Passiva des durchschnittlichen Krankenhauses nach Trägerschaft im Jahr 2017 (Quelle: Krankenhaus Rating Report 2019 (Augurzky et al. 2019))

Aktiva in € je Fall	Öff.		Fgn.		Priv.		Zu AHK*Abschr.	
Anlagevermögen	2.712	70,1%	2.212	65,7%	3.037	72,4%		
<i>Immaterielles Anlageverm.</i>	26	0,7%	26	0,8%	26	0,6%		
Sachanlagevermögen (SAV)	2.621	67,8%	2.121	63,0%	2.946	70,3%	4.610	5,7%
Grundstücke und Bauten	2.217	57,3%	1.794	53,3%	2.492	59,5%	2.978	2,5%
Technische Anlagen & Masch.	113	2,9%	91	2,7%	127	3,0%	357	8,3%
Betriebs- & Gesch.sausstatt.	291	7,5%	235	7,0%	327	7,8%	1.275	12,5%
Finanzanlagen	65	1,7%	65	1,9%	65	1,6%		
Umlaufvermögen	1.150	29,7%	1.150	34,2%	1.150	27,4%		
Rest	5	0,1%	5	0,1%	5	0,1%		
Bilanzsumme	3.867	100,0%	3.367	100,0%	4.192	100,0%		
Abgeschriebenes SAV	51%		54%		29%			
							<i>*Anschaffungs- und Herstellungskosten</i>	
							<i>Bei öff.r.</i>	16%
							<i>Bei priv.</i>	-10%

Passiva in € je Fall	Öff.		Zins	Fgn.		Zins	Priv.		Zins
Eigenkapital	812	21,0%	1,0%	1.145	34,0%	3,0%	1.383	33,0%	8,0%
Sonderposten	1.547	40,0%	0,0%	1.111	33,0%	0,0%	838	20,0%	0,0%
Fremdkapital (Rest)	1.508	39,0%	3,0%	1.111	33,0%	3,0%	1.970	47,0%	3,0%
Bilanzsumme	3.867	100%		3.367	100%		4.192	100%	

Krankenhaus-Report 2020

und auch bei vielen freigemeinnützigen Krankenhäusern ist bekannt, dass das Eigenkapital zumindest moderat verzinst werden soll. Beispielfhaft sind daher 1 % bzw. 3 % unterstellt. Die Sonderposten stellen die Finanzierung über Fördermittel dar, die von den Bundesländern kostenlos zur Verfügung gestellt werden. Für das Fremdkapital wird eine Verzinsung von 3 % angesetzt. Im kommunalen Bereich ist denkbar, dass der öffentliche Träger dem Krankenhaus eine Bürgschaft gibt, sodass Kreditzinsen auch niedriger ausfallen können.

Sowohl die Abschreibungsraten als auch die Zinssätze können anders gewählt werden. Es ändern sich dann die entsprechenden Größen, die in die Gewinn- und Verlustrechnung einfließen. Auch wird je nach Krankenhausbetrieb die Bilanzstruktur eine andere sein, sodass die abgeleitete Mindest-EBITDA-Marge je Betrieb unterschiedlich ausfällt. ■ Tab. 10.2 stellt die sich daraus ergebende GuV dar. Vom Ende beginnend ergibt sich das nötige EAT, um die unterstellte Eigenkapitalverzinsung tragen zu können. Es folgen die Zinsen für das Fremdkapital, die Abschreibungen auf das Anlagevermögen, denen jene für die geförderten Anlagen

gegenüberstehen. In der Summe ergibt sich das EBITDA, das nötig ist, um all diese Kosten tragen zu können. Bei der beschriebenen Bilanzstruktur beläuft sich der Wert bei privaten Trägern auf 9,0 %, bei freigemeinnützigen auf 6,1 % und bei kommunalen auf 5,9 %.

10.4.2 Regulierte Preise

Preisen kommt auf Märkten eine ganz zentrale Aufgabe zu. Sie gleichen Angebot und Nachfrage aus. Liegt die Nachfrage höher als das gegenwärtig zur Verfügung stehende Angebot, steigen die Preise so lange, bis die Nachfrage entsprechend sinkt oder das Angebot steigt bzw. eine Kombination davon. Liegt das Angebot höher als die Nachfrage, fallen die Preise. Bei regulierten Preisen kann dieser Ausgleich nicht von allein stattfinden bzw. nur zeitlich deutlich verzögert, wenn sich der Regulator aufgrund von Marktungleichgewichten gezwungen sieht, die Preise anzupassen. Insbesondere entfällt der eingangs geschilderte Mechanismus der Preisanpassung, wenn Effizienzverbesserungen aufgrund des Wettbewerbs

■ **Tabelle 10.2** Mindest-EBITDA-Marge des durchschnittlichen Krankenhauses nach Trägerschaft im Jahr 2017 (Quelle: Krankenhaus Rating Report 2019 (Augurzky et al. 2019))

GuV in € je Fall	Öff.		Fgn.		Priv.	
Umsatz	3.589	100%	3.589	100%	3.897	100%
Sonstige betriebl. Erlöse	402	11,2%	298	8,3%	269	6,9%
Sonstige betriebl. Aufw.	-499	-13,9%	-438	-12,2%	-370	-9,5%
Operative Kosten	-3.279	-91,4%	-3.230	-90,0%	-3.443	-88,4%
EBITDA	213	5,9%	219	6,1%	352	9,0%
Abschreibungen insges.	-306	-8,5%	-263	-7,3%	-237	-6,1%
Abschreib. geförderte Anl.	146	4,1%	112	3,1%	55	1,4%
Zinsen	-45	-1,3%	-33	-0,9%	-59	-1,5%
Jahresüberschuss v. St.	8	0,2%	34	1,0%	111	2,8%
EBITDA mit Fördermittel		10,0%		9,2%		10,4%

Krankenhaus-Report 2020

zwischen Anbietern über Preissenkungen zum Teil an die Nachfrager weitergereicht werden. Im Krankenhausmarkt verbleiben Effizienzgewinne zunächst bei den Betrieben, die die Effizienzverbesserungen erreichen – so lange, bis der Regulator Effizienzverbesserungen in das Preissystem, also die DRG-Fallpauschalen, einfließen lässt.

Aber unabhängig davon, ob und wie Effizienzverbesserungen über die Preise abgebildet werden, gilt im Übrigen im regulierten Preissystem für Krankenhausleistungen, dass jedes Krankenhaus die exakt gleichen Preise für seine Leistungen erhält – abgesehen von unterschiedlichen Preisniveaus der Bundesländer, ausgedrückt in den Landesbasisfallwerten. Damit erleiden die Beitragszahler der Krankenversicherungen keinen Schaden, wenn ein Krankenhaus beim gegebenen Preisniveau Gewinne – in welcher Höhe auch immer – erwirtschaftet. Sollte der Gewinn jedoch zu Lasten der Versorgungsqualität gehen, könnten die Patienten einen Schaden erleiden.

10.4.3 Versorgungssicherheit

Die Kostenstruktur eines Unternehmens kann von den regionalen Gegebenheiten abhängen (Neubauer et al. 2011). So variiert zum Beispiel das Lohnniveau zwischen und auch innerhalb von Bundesländern (Augurzky et al.

2017). In ländlichen Regionen mit einer geringen Nachfrage können darüber hinaus so genannte Skaleneffekte bei der Herstellung der angebotenen Leistungen nicht in dem Maße erreicht werden wie in städtischen Gebieten, die mit höheren Fallzahlen je Betrieb rechnen können. Insbesondere können damit die Fixkosten eines Krankenhauses bei einer kleineren Fallzahl weniger gut gedeckt werden als bei einer großen Fallzahl. Wären die Preise nicht reguliert, würde sich dies in den betroffenen Regionen über kurz oder lang in relativ höheren Preisen niederschlagen. Wenn also ein Krankenhaus in einer Region unbedingt erforderlich ist, um die Versorgung der dort ansässigen Bevölkerung zu gewährleisten, müssten die Preise dort so lange steigen, bis das Krankenhaus seine Betriebs- und Kapitalkosten decken kann. Da die Preise jedoch fest vorgegeben sind, ist dieser Anpassungsmechanismus nicht möglich. Daher kann es zu Verlusten für Krankenhäuser kommen, die für die Versorgungssicherheit nötig sind. Bei dauerhaften Verlusten ist ihre Insolvenz unvermeidbar und infolgedessen die Versorgungssicherheit gefährdet. Aus diesem Grund gibt es Sicherstellungszuschläge für solche Krankenhäuser.

Die große Schwierigkeit dabei ist, dass a priori nicht klar ist, ob allein die regionalen Gegebenheiten zu dauerhaften Verlusten führen oder ob betriebliche Ineffizienzen die Ursache dafür sind. Insofern muss im Vor-

feld versucht werden, diesen Sachverhalt so weit wie möglich aufzuklären. Eine weitere Schwierigkeit ist, dass die Gefahr des Verlusts der Versorgungssicherheit festgestellt werden muss. Dazu bedarf es einer eindeutigen Definition des Begriffs. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat eine Definition vorgelegt (G-BA 2016). Demnach „liegt eine Gefährdung der flächendeckenden Versorgung vor, wenn durch die Schließung des Krankenhauses zusätzlich mindestens 5.000 Einwohner Pkw-Fahrzeiten von mehr als 30 min aufwenden müssen, um zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus zu gelangen. Eine Ausnahmereglung ist für besonders dünn besiedelte Regionen – bei unter 50 Einwohnern je Quadratkilometer – vorgesehen. Hier kann das Betroffenheitsmaß auf bis zu 500 Einwohner abgesenkt werden.“

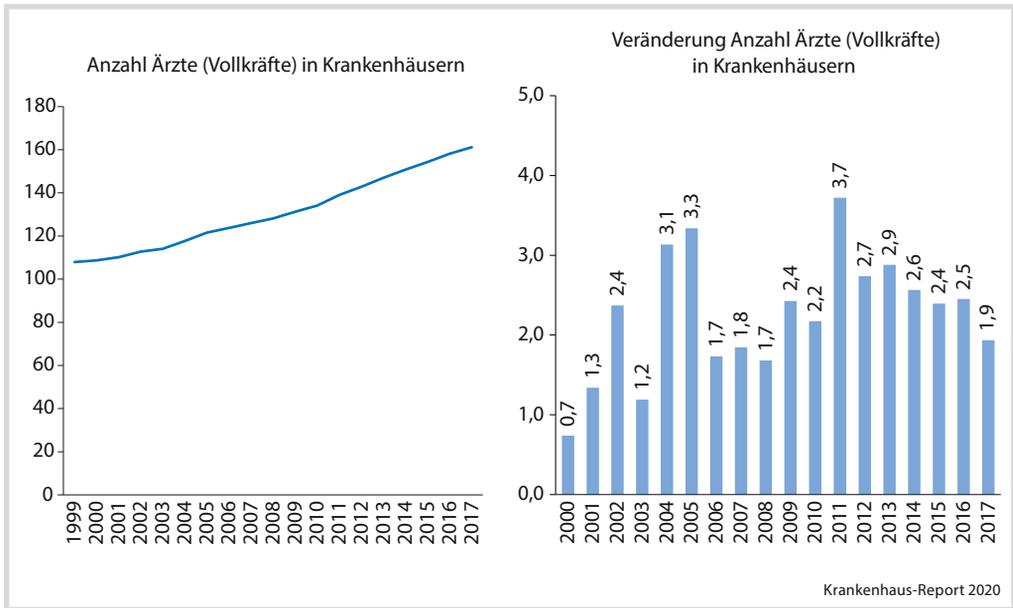
10.5 Arten der Gewinnerzielung

Weiter oben wurde erläutert, wie auf freien Märkten mit Wettbewerb bei den Gütern und Dienstleistungen sowie um Arbeitskräfte Gewinne erzielt werden können. Der Idealzustand ist, dass überdurchschnittlich hohe Gewinne nur entstehen können, wenn überdurchschnittlich hohe Qualität angeboten und/oder eine überdurchschnittlich hohe betriebliche Effizienz erreicht werden und dabei Wettbewerb auf dem Arbeitsmarkt besteht. Im regulierten Krankenhausmarkt mit seinen Besonderheiten muss diese Aussage jedoch erneut diskutiert werden. Wie auf freien Märkten kann auch auf dem Krankenhausmarkt durch Effizienzverbesserungen im Betrieb ein zusätzlicher Gewinn erzielt werden. Dieser ist volkswirtschaftlich vorteilhaft, wenn er zu einer sparsamen Verwendung der knappen Ressourcen einer Volkswirtschaft führt. Betriebe mit geringerer Effizienz verbrauchen dagegen unnötig viele Ressourcen. Gerade in Zeiten einer wachsenden Knappheit an Fachkräften ist dies ein sehr wichtiger Aspekt, um die Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen umfassend versorgen zu können.

Ein anderer denkbarer Weg, Gewinne zu erzielen, könnte über die Reduktion der Qualität der angebotenen Leistungen gehen, mit dem Ziel, dabei die Kosten zu senken – bei gleichbleibenden Preisen, die im Krankenhausmarkt nicht durch den einzelnen Anbieter veränderbar sind. Eine solche Strategie der Qualitätsreduktion ist dann möglich, wenn es nur eine geringe Transparenz über die Leistungsqualität gibt, sodass die Patienten die Minderqualität nicht erkennen können oder wenn keine bzw. keine wirksamen Qualitätskontrollen existieren. Sobald jedoch die Qualität bekannt ist, dürften sich Patienten von dem Krankenhaus mit Minderqualität abwenden. Infolgedessen brechen seine Erlöse und seine Gewinne ein. Im Krankenhausmarkt ist daher die Transparenz über die Qualität der Angebote von großer Bedeutung.

Bei mangelnder Qualitätstransparenz jedoch stattdessen Gewinnerzielung zu unterbinden, um diesem geschilderten Anreiz zur Absenkung der Qualität entgegenzuwirken, würde über das Ziel hinausschießen. Denn mit dem Wegfall der Gewinnerzielungsabsicht mindert sich der Anreiz, effizient zu wirtschaften. Gleichzeitig würde damit noch kein Anreiz geschaffen, die Qualität tatsächlich auch zu erhöhen. Vielmehr könnte vom Krankenhaus auch der Zustand der „gemütlichen Ineffizienz“ beibehalten werden oder nicht-monetäre Renditen könnten an Bedeutung gewinnen. Dadurch kann es passieren, dass nicht der Zustand „hohe Qualität bei hoher betrieblicher Effizienz“ eintritt, sondern „niedrige Qualität bei niedriger betrieblicher Effizienz“. Dies bedeutet insbesondere, dass auch in einer Welt ohne Gewinnerzielung die Qualitätstransparenz unbedingt gefordert werden muss.

Diese Überlegungen gelten im Übrigen genauso für die Indikationsqualität. Wenn Patienten eine umfangreiche Behandlung erhalten, obwohl sie diese gar nicht in diesem Umfang benötigt hätten, kann zwar die Ergebnisqualität sehr gut ausfallen. Die Indikationsqualität wäre aber schlecht. Gewinne könnten also auch dadurch erzielt werden, dass eine unnötig große Menge an Behandlungen erfolgt. Hier gelten



■ **Abb. 10.6** Veränderung Anzahl Ärzte (Vollkräfte) in Krankenhäusern, in %, 1999 bis 2017. (Quelle: Krankenhaus Rating Report 2019 (Augurzky et al. 2019))

die gleichen Überlegungen wie im vorherigen Absatz. Dem muss ebenso mit Transparenz entgegengewirkt werden. Das Unterbinden von Gewinnerzielung ist dagegen kein Garant dafür, dass eine hohe Indikationsqualität erreicht wird. Ergänzend stellt sich in dem Fall, dass ein ambulant behandelbarer Patient stationär behandelt wird – also eine unnötig umfangreiche Behandlung erhält –, vielmehr die Frage nach einer Anpassung des Preissystems. Solange das Preissystem strikt nach ambulant und stationär trennt, wird sich diese Art der mangelnden Indikationsqualität nicht beheben lassen.

In einem regulierten Preissystem können Gewinne auch dadurch erhöht werden, dass sich der Leistungserbringer besonders auf diejenigen Leistungen konzentriert, die im gegebenen Preissystem den höchsten Deckungsbeitrag versprechen („Rosinenpicken“). Dass dies im komplexen Fallpauschalensystem mit seinen über 1.300 DRGs möglich ist, scheint plausibel. Allerdings muss ein „Rosinenpicker“ die regelmäßigen Preisänderungen sehr gut im Auge behalten. Eine Leistung kann in einem Jahr noch eine „Rosine“ sein, aufgrund von Preis-

anpassungen im Folgejahr jedoch schon nicht mehr. Die dahinterliegenden regulatorischen Preisanpassungen lassen sich schwer voraussagen.

Trotzdem kann es „zeitstabile Rosinen“ geben, die zu höheren Gewinnen führen als andere Leistungen. Wenn es einem Krankenhaus gelingt, im Rahmen der Vorgaben des Krankenhausplans sich auf diese Rosinen zu konzentrieren, kann es überdurchschnittlich hohe Gewinne erzielen. Auch hier stellt sich wieder die Frage, ob aufgrund dessen Gewinnerzielung unterbunden werden sollte. Denn ein Krankenhaus könnte trotzdem weiterhin Rosinen picken, um auf einem niedrigeren Effizienzniveau verharren zu können oder um beispielweise eine lokalpolitische Rendite zu erzielen. Statt Gewinnerzielung zu unterbinden, ist es effektiver, die Rosinen zu identifizieren und ihre Preise abzusenken. Damit würde man die Vorteile der Gewinnerzielung nicht verlieren. Zwar müssen dafür die Rosinen zunächst einmal identifiziert werden. Wenn dies aber einigen Krankenhäusern gelingt, sollte es auch dem Regulator möglich sein.

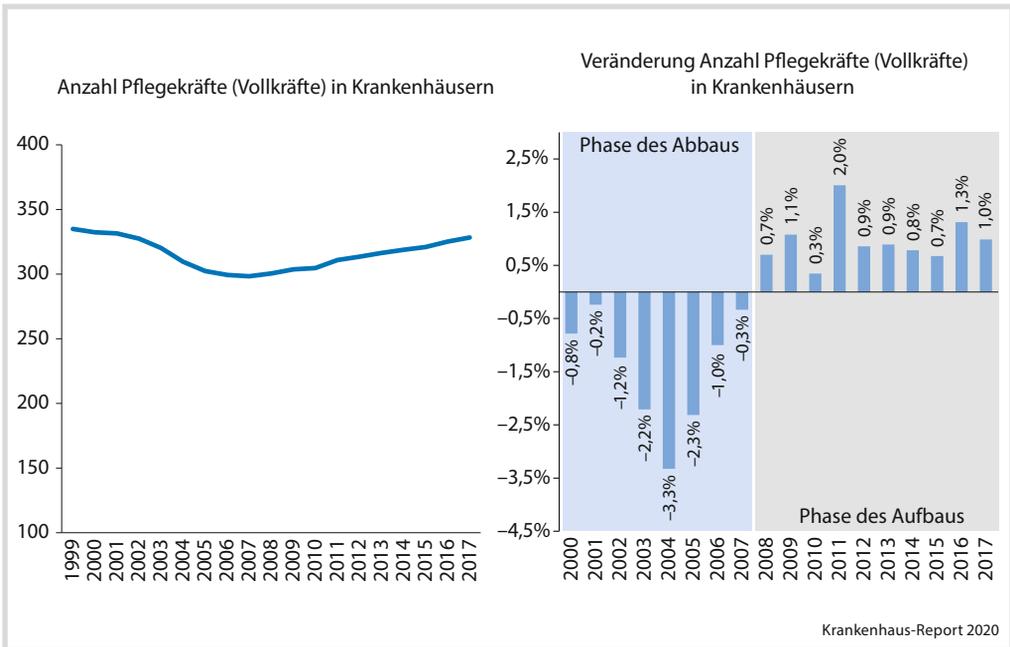


Abb. 10.7 Veränderung Anzahl Pflegekräfte (Vollkräfte) in Krankenhäusern, in %, 1999 bis 2017 (Quelle: Krankenhaus Rating Report 2019 (Augurzky et al. 2019))

An dieser Stelle sei auf folgende Besonderheit im DRG-System eingegangen: Erlöse im gegenwärtigen DRG-Fallpauschalensystem werden vor allem über ärztliche Leistungen erzielt. Für Krankenhäuser ist es also sinnvoll, bei der Allokation der Personalressourcen möglichst stark auf den ärztlichen Dienst zu setzen, wenn es seine Erlöse – und über Skaleneffekte auch Gewinne – steigern möchte. **Abb. 10.6** zeigt, wie die Zahl der Ärzte in den vergangenen Jahren, insbesondere seit Einführung der DRG im Jahr 2004, gestiegen ist. Die Pflege ist dagegen weniger erlösrelevant. In den ersten Jahren der DRG kam es zu einem Abbau in der Pflege (**Abb. 10.7**). Seit 2007 nimmt die Zahl der Pflegekräfte zu, jedoch weniger stark als die Zahl der Ärzte. Die beobachtete Allokation der ärztlichen und pflegerischen Personalressourcen könnte für die Krankenhäuser erlösmaximierend sein. Unklar ist jedoch, ob sie auch qualitätsmaximierend und/oder kostenminimierend ist. Es könnte sein, dass eine Umschichtung vom ärztlichen hin zum pflege-

rischen Dienst die Kosten senken und gegebenenfalls sogar die Versorgungsqualität steigern könnte. Vorschläge dafür finden sich in Lehmann et al. (2019).

Eine weitere Möglichkeit der Gewinnerzielung besteht darin, das Personal stärker zu belasten als vertraglich vereinbart oder Löhne unterhalb des Marktniveaus zu bezahlen. Bei hoher Arbeitslosigkeit ist es denkbar, dass ein hoher Druck auf das Personal ausgeübt werden kann, wenn für das Personal ansonsten die Gefahr besteht, die Arbeitsstelle zu verlieren und ebenfalls in die Arbeitslosigkeit abzurutschen. In Zeiten geringer Arbeitslosigkeit und eines Fachkräftemangels kann ein solcher Druck nur vorübergehend, aber nicht dauerhaft ausgeübt werden, weil sich das betroffene Personal dem Druck durch einen Wechsel zu einem anderen Arbeitgeber entziehen kann. Tatsächlich werden für Pflegekräfte inzwischen sogar Abwerbepremien bezahlt. Vor dem Hintergrund dieser Arbeitsmarktsituation stellt sich die Frage, ob Gewinne dadurch erzielt werden kön-

nen, dass Personal übermäßig stark bzw. ohne ausreichende Gegenleistung des Arbeitgebers belastet wird. Sollte dies in der Vergangenheit der Fall gewesen sein, dürfte dies bei einer zunehmenden Verknappung des Nachwuchses immer schwieriger werden.

Schließlich können zusätzliche Gewinne auch dadurch erzielt werden, dass ein Krankenhaus außerhalb der Fördermittelvergabe der Länder Zugriff auf öffentliches Kapital bekommt, das ohne Gegenleistung oder zu vergünstigten Konditionen zur Verfügung gestellt wird. Es erspart sich damit Kapitalkosten, sodass das EBT höher ausfallen kann, als dies bei marktüblichen Konditionen der Fall wäre.

10.6 Gewinnausschüttungen im Gesundheitswesen

Wenn Gewinne erzielt werden, können sie ganz oder teilweise an den Eigenkapitalgeber ausgeschüttet werden. Wie oben ausgeführt, handelt es sich dabei um die Vergütung des eingesetzten Eigenkapitals. Insofern liegt an diesem Vorgang grundsätzlich nichts „Anrühiges“. Das Fremdkapital wird über Zinszahlungen ebenfalls vergütet, jedoch zu einem vorab festgelegten Zinssatz. Beim Eigenkapital ist die Höhe der Vergütung vorab ungewiss. Es kann sogar zu einem Totalverlust des Kapitals kommen. In diesem Fall beträgt die Rendite -100% . In Teilen der öffentlichen Debatten wird jedoch befürchtet, dass durch Gewinnausschüttungen dem Gesundheitswesen Geld entzogen würde. Richtig ist, dass eine Ausschüttung nicht mehr für den Gesundheitsbetrieb zur Verfügung steht. Diese Mittel fließen dann in den gesamtwirtschaftlichen Kreislauf ein. Demgegenüber muss allerdings bedacht werden, dass einer Ausschüttung zunächst die Bereitstellung von Kapital vorausgeht. Im ersten Schritt bringt ein Investor Eigenkapital in das Gesundheitswesen ein, sodass dem Gesundheitswesen Mittel zufließen. Erst im zweiten Schritt fließen Mittel über Ausschüttungen ab. Sie sind letztendlich der Preis dafür, dass im ersten Schritt Mittel überhaupt zufließen und dass ein Anreiz

geschaffen wird, knappe Ressourcen effizient einzusetzen.

Tatsächlich lassen die Daten erkennen, dass die Investitionsquoten von gewinnorientierten Krankenhäusern im Durchschnitt höher liegen als die von nicht-gewinnorientierten Häusern (Augurzyk et al. 2015). Wenn also Gewinne vorhanden sind, wird mehr investiert oder – auch dies ist möglich – wenn mehr investiert wird, fallen die Gewinne höher aus. Der zweite Fall ist dabei besonders hervorzuheben: Klug eingesetzte Investitionen schaffen effizientere Betriebsstrukturen, sodass Betriebskosten eingespart werden können. Damit steigen die Kapitalintensität und mithin auch die Gewinne. Analysen mit den Jahresabschlussdaten des Krankenhaus Rating Report 2019 zeigen eine positive Korrelation zwischen der EBITDA-Marge eines Krankenhauses und seinem Sachanlagevermögen (in Relation zu den Erlösen) sowie zwischen der EBITDA-Marge und der Investitionsquote (Investitionen als Anteil der Erlöse). Auch das Anlagevermögen ist bei höherer EBITDA-Marge im Durchschnitt weniger stark abgeschrieben. Insofern zeigt sich, dass Gewinne dem Krankenhaus keinen Schaden zufügen. Offenbar reichen sie aus, um sowohl Ausschüttungen als auch Investitionen damit finanzieren zu können.

Auch den Beitragszahlern fügen Gewinne keinen Schaden zu. Denn durch das regulierte Preissystem erhält jedes Krankenhaus, egal, ob es einen Gewinn erzielt oder nicht, den gleichen Preis für seine Leistung. Mit anderen Worten muss der Beitragszahler nicht mehr für solche Krankenhäuser zahlen, die einen überdurchschnittlichen Gewinn erzielen und davon an die Anteilseigner ggf. Ausschüttungen vornehmen. Da Gewinne versteuert werden, ist sogar die öffentliche Hand an den Gewinnen beteiligt und profitiert davon. Überdies zeigen Analysen mit den Jahresabschlussdaten des Krankenhaus Rating Report 2019, dass Krankenhäuser mit einer hohen EBITDA-Marge eine unterdurchschnittliche Sonderpostenquote (Fördermittel) aufweisen. Das bedeutet, dass bei höheren Betriebsergebnissen weniger stark auf Fördermittel der Länder zurückgegriffen

wird, was die öffentliche Hand ebenfalls entlastet.

Die Aufgabe des Krankenhauses ist allein die folgende: für Patienten eine gute Versorgungsqualität zu bieten und für die Solidargemeinschaft der Beitragszahler einen guten Preis. Wie dies im Einzelnen erreicht wird, ist Aufgabe des Krankenhauses. Das heißt, es muss entscheiden, wie es die vorhandenen Ressourcen klug einsetzt, sodass dies gelingt. Dabei muss es auch die Möglichkeit haben, zum Beispiel mehr Kapital einzusetzen, wenn sich damit Personal einsparen lässt und am Ende dadurch in der Summe Personalressourcen gespart werden können. Wenn dabei Gewinne übrigbleiben, ist dies sein Verdienst. Ein fiktives Beispiel soll dies verdeutlichen. Wenn es beispielsweise wie in einer Science-Fiction eine Maschine gäbe, die kranke Menschen vollständig heilen könnte, ohne dass dazu ein ärztlicher oder pflegerischer Aufwand nötig wäre, wäre es unverantwortlich, sie nicht einzusetzen. Sie wäre aber vermutlich mit sehr hohen Investitionen verbunden. Im Gegenzug könnte man eine Menge Personalkosten sparen. Der Investitions- und damit der Kapitalbedarf würde sehr stark zunehmen und damit auch der Bedarf an Eigenkapital, während im Gegenzug Personalkosten sinken würden. Im Ergebnis würden das EBITDA und das EAT steigen.

Wäre dies ein Problem? Für die Patienten steigt offenbar die Qualität und für den Beitragszahler ändert sich nichts oder vielleicht würden die Preise auf lange Sicht sogar fallen. Zwar ist dieses Beispiel Science-Fiction und unrealistisch. Es zeigt aber in einer extremen Form, was es bedeutet, wenn ein Betrieb mehr oder weniger kapitalintensiv arbeitet und damit auch ein davon abhängiges Verhältnis von Gewinnen zu Betriebskosten hat. Letztendlich ist der konkrete Ressourcenmix eine unternehmerische Entscheidung, der wiederum Einfluss auf die Gewinnhöhe und insbesondere auf die Verteilung von Betriebs- und Kapitalkosten hat.

Sollten trotz allem Bedenken gegenüber Gewinnen im Krankenhaus bestehen, ist die Frage zu stellen, weshalb sie gerade im Hin-

blick auf das Krankenhaus auftreten, in anderen Bereichen des Gesundheitssystems aber nicht. Auch eine Arztpraxis macht Gewinne, woraus sich das Einkommen des Arztes speist, das aber für jede Praxis sehr unterschiedlich ausfallen kann. Diese Variation von Praxis zu Praxis kann kaum allein durch unterschiedliche Gehaltsniveaus für die tätigen Ärzte erklärt werden. Das Gleiche gilt für Apotheken. Darüber hinaus gibt es bei den Zulieferern wie Pharmaunternehmen oder Medizintechnik praktisch durchgängig eine Gewinnerzielungsabsicht.

10.7 Grenzen für Gewinne

In der öffentlichen Debatte kommt auch die Frage auf, ob Gewinne beliebig hoch ausfallen dürfen. Denn theoretisch gibt es hier keine Schranken. Daher findet sich gelegentlich die Forderung nach einer Obergrenze für Gewinne. Dieser Abschnitt diskutiert, wie sich eine solche Obergrenze in der Praxis überhaupt gestalten lassen könnte – unabhängig von der Frage, ob diese sinnvoll ist. Es wird sich zeigen, dass dies kein triviales Unterfangen ist. Ferner sei nochmals auf das oben erwähnte fiktive Beispiel der Maschine verwiesen, die kranke Menschen vollständig heilen kann. Die Betriebskosten wären dabei sehr gering, die Kapitalkosten und damit die Gewinne dagegen sehr hoch, falls die Maschine über Eigenkapital finanziert würde.

Um eine Obergrenze für Gewinne festlegen zu können, muss zunächst geklärt werden, was unter Gewinn überhaupt zu verstehen ist.  Abb. 10.1 hat gezeigt, dass es verschiedene Maße dafür gibt. Wenn es in der öffentlichen Debatte vor allem um die Rendite auf das Eigenkapital geht, ist das EAT die richtige Kenngröße. Sie fällt deutlich kleiner aus als das EBITDA, das viele Unternehmen zusätzlich öffentlich berichten. Gerade letzteres erweckt häufig den Eindruck von außerordentlich hohen Gewinnen. Es sei jedoch nochmals darauf hingewiesen, dass aus dem EBITDA die Kapitalkosten finanziert werden müssen. Im nächs-

ten Schritt ist zu fragen, im Verhältnis wozu das EAT begrenzt werden soll. Bezogen auf die Krankenhauserlöse betrug es im Jahr 2017 im Durchschnitt 1,7 % – mit einer großen Bandbreite nach oben wie nach unten. Hier sei in Erinnerung gerufen, dass es sich beim EAT um die Vergütung des eingesetzten Eigenkapitals handelt. Je nachdem wie kapitalintensiv ein Betrieb arbeitet, fällt die Relation zwischen Umsatz auf der einen Seite und Kapitaleinsatz auf der anderen unterschiedlich aus.

Beispielsweise arbeiten Pflegeheimbetriebe kapitalintensiver als Krankenhäuser. Das mag auf den ersten Blick überraschend klingen, wird aber schnell verständlich, wenn man sich klarmacht, dass im Pflegeheim der Aspekt des Wohnens eine große Rolle spielt. Der Pflegebedürftige nimmt nicht nur personalintensive Pflegeleistungen in Anspruch, sondern verlagert auch seinen Wohnsitz in das Pflegeheim. Aus diesem Grund spielt die Immobilie, die viel Kapital bindet, eine bedeutende Rolle. Im Ergebnis liegt im Krankenhaus die Relation von Bilanzsumme zum Umsatz, die näherungsweise das eingesetzte Kapital wiedergibt, bei rund 1:1. Im Pflegeheim liegt der Wert dagegen bei etwa 1,65 € Bilanzsumme auf einen Euro Erlös⁴. Wenn man also das EAT in Relation zum Umsatz nach oben begrenzen möchte, müsste man je nach Kapitalintensität eine betriebsindividuelle Grenze festlegen. Besser geeignet ist das EAT in Relation zum eingesetzten Eigenkapital.

Ein erster Nebeneffekt einer solchen Obergrenze würde sich wie folgt äußern. Die betroffenen Betriebe würden ihr Eigenkapital reduzieren, weil sich sein Einsatz dann weniger lohnt. Im Gegenzug müssten sie das Fremdkapital erhöhen, um die Lücke zu schließen. Da sich dadurch aber für den Fremdkapitalgeber das Risiko erhöht, weil im Insolvenzfall weniger Eigenkapital vorhanden ist, wird er zur Abdeckung dieses höheren Risikos den Zinssatz

anheben müssen. Eine Begrenzung der Eigenkapitalrendite führt also letztlich zu höheren Zinsaufwendungen.

Es stellen sich weitere Fragen. Wenn Gewinne nach oben begrenzt werden, müssen sie dann nicht auch nach unten begrenzt werden? Darf ein Verlust auf der einen Seite beliebig hoch ausfallen, wenn der Gewinn auf der anderen Seite gedeckelt wird? Und wenn ja, wer gleicht einen höheren Verlust aus? Im Grunde kann dies nur dadurch geschehen, dass Verluste mit Gewinnen über die Jahre hinweg verrechnet werden dürfen, wie dies auch bei der Festlegung der Gewinnsteuern vom Finanzamt getan wird. Das heißt, eine Obergrenze für das EAT bezogen auf jedes einzelne Jahr wäre unverhältnismäßig, vielmehr sollte sich die Obergrenze auf das durchschnittliche EAT über mehrere Jahre beziehen. Die Herausforderung hierbei ist, den Zeitraum dafür sinnvoll zu wählen.

Für die Verrechnung von Gewinnen mit Verlusten kommt daher idealerweise das Finanzamt in Frage. Sollte sich herausstellen, dass die um die Verluste bereinigten Gewinne über einer Obergrenze liegen, müsste das Finanzamt die „überschüssigen“ Gewinne wohl einziehen, das heißt mit einem Steuersatz von 100 % belegen. Mit anderen Worten würden also Betriebe im Gesundheitswesen für Gewinne ab der Gewinnobergrenze zu 100 % besteuert. Sogleich stellt sich die Frage, weshalb Betriebe im Gesundheitswesen steuerlich derart schlechter gestellt würden als Betriebe in anderen Branchen.

Bei einer Besteuerung von 100 % würde jedes rational agierende Unternehmen schauen, dass es Gewinne oberhalb der Obergrenze vermeidet. Zum Teil lassen sich Gewinne in andere Betriebe verlagern. Wenn ein Gesundheitsunternehmen Leistungen bei externen Betrieben, die zum gleichen Unternehmensverbund gehören, zum Beispiel bei einer Wäscherei oder einer Küche, teuer einkauft, wird es höhere Kosten haben und damit seine eigenen Gewinne schmälern. Dagegen werden die Erlöse und Gewinne in der Wäscherei oder Küche höher ausfallen können. Da aber die Gewinne in diesen Zulieferbetrieben nicht gedeckelt sind, können

⁴ Eigene Berechnungen auf Basis der Daten des Krankenhaus Rating Report 2019 (Augurzyk et al. 2019) und des Pflegeheim Rating Report 2017 (Heger et al. 2017).

sie dort in normaler Höhe anfallen. Und da Wäschereien oder Küchen typischerweise auch für andere Branchen tätig sind, beispielsweise für die Hotellerie, wäre es unangemessen, auch dort die Gewinne gleich mit zu deckeln.

Diese Ausführungen machen deutlich, auf welche praktischen Schwierigkeiten der Gesetzgeber stoßen würde, wollte er eine Obergrenze für Gewinne einführen. Der effektivste Weg, Gewinne zu begrenzen, wäre stattdessen ein funktionierender Preiswettbewerb. Hohe Gewinne schmelzen schnell dahin, wenn ein Wettbewerber seine Preise senkt, um dadurch Nachfrage auf sich zu lenken. Bei Pflegeheimen existiert in gewissen Maßen ein Preiswettbewerb. Die Tagessätze von Pflegeheimen variieren von Heim zu Heim. Im Krankenhausbereich gibt es keinen solchen Wettbewerb. Über Selektivverträge ließe sich ein solcher einführen.

Eine Alternative zur Begrenzung von Gewinnen könnte die Begrenzung von Ausschüttungen an die Eigenkapitalgeber sein. Gewinne würden zwar nicht gedeckelt, aber sie müssten ab einer gewissen Höhe im Unternehmen verbleiben. Wenn die Ausschüttungsgrenze zu eng gezogen wird, treten jedoch die oben geschilderten Ausweichreaktionen trotzdem auf. Erstens würde generell weniger Eigenkapital bereitgestellt werden, sodass auf – dann teureres – Fremdkapital ausgewichen werden müsste. Zweitens würde ein Anreiz geschaffen, Gewinne in andere Branchen oder ins Ausland zu verlagern, um dort Ausschüttungen vornehmen zu können. Vor dem Hintergrund der genannten Fehlanreize, die mit einer Deckelung von Gewinnen oder Ausschüttungen einhergehen können, sollte darauf verzichtet werden. Stattdessen sollten unerwünschte Ergebnisse – gerade im Krankenhausmarkt mit seinem regulierten Preissystem – durch Anpassungen am Vergütungssystem angegangen werden. Der vorliegende Report geht in einzelnen Kapiteln darauf im Detail ein.

10.8 Fazit

In einer Volkswirtschaft ist Gewinnerzielung ein wichtiger Motor des Fortschritts und stetiger Effizienzverbesserungen. Wettbewerb unter den Anbietern sorgt dafür, dass daraus entstehende Unternehmensgewinne begrenzt und mit den Nachfragern geteilt werden. Will man auf dem Krankenhausmarkt Gewinne wirksam begrenzen, ohne die positiven Aspekte der Gewinnerzielung zu beeinträchtigen, sollte man Qualitätstransparenz schaffen und darüber hinaus gegebenenfalls sogar einen Preiswettbewerb in Betracht ziehen. Eine staatlich verordnete Obergrenze für Gewinne wäre dagegen nicht nur administrativ schwer umsetzbar, sondern würde überdies negative Nebeneffekte zeitigen.

Ein Verbot von gewinnorientierten Krankenhäusern wäre zwar grundsätzlich denkbar. Allerdings muss dann in Kauf genommen werden, dass kein privates Kapital mehr in das Gesundheitswesen fließt und die Investitionstätigkeit noch weiter zurückgeht. Dies würde bedeuten, dass der Staat die so entstehende Lücke mit öffentlichem Kapital füllen muss. Aber selbst wenn dies gelingen sollte, würde sich mit der Aufgabe der Gewinnerzielung auch der Anreiz mindern, knappe Ressourcen möglichst effizient einzusetzen. Insbesondere würde sich die Bereitschaft reduzieren, effizienzsteigernde Innovationen zu erproben. Ungeklärt bliebe auch, wie mit der Gewinnerzielungsabsicht von anderen Gesundheitsunternehmen außerhalb des Krankenhausmarkts umgegangen werden müsste: z. B. niedergelassene Praxen, Medizintechnik- und Pharmaunternehmen, Apotheken, Heil- und Hilfsmittelanbieter. Statt Gewinnerzielung zu verbieten oder zu beschränken, sollten unerwünschte Nebenwirkungen durch Anpassungen am Vergütungssystem begrenzt werden.

Das Vergütungssystem sollte derart gestaltet werden, dass derjenige Akteur, der Gewinne erzielen möchte, dies so tut, dass damit das für die Volkswirtschaft größte Kosten-Nutzen-Verhältnis erreicht wird. Wird zum Beispiel „Rosinenpicken“ vermutet, sollte man Preise

derart anpassen, dass Rosinen keine Rosinen mehr sind. Das Gleiche gilt auch für alle anderen unerwünschten Nebeneffekte. Und wenn das gegenwärtige Fallpauschalensystem dazu verleitet, möglichst viele stationäre Krankenhaufälle zu behandeln, sollte die Vergütung nach DRG-Fallpauschalen angepasst werden. Wenn darüber hinaus die bestehenden Vergütungssysteme im Gesundheitswesen das Sektorendenken zementieren, sollten sektorenübergreifende Vergütungsmodelle angestrebt werden.

Ein Ansatz dazu könnten Capitation-Modelle sein. Wenn die Leistungserbringer einer Region ein Gesundheitsbudget erhalten und selbst entscheiden können, auf welche Art und Weise sie die Leistungen erbringen – ambulant oder stationär – oder ob sie lieber stärker in Prävention investieren, könnte es zu einer sektorenübergreifenden Optimierung des Ressourceneinsatzes kommen. Flankiert werden müsste ein solches Modell durch einen Wettbewerb zwischen Regionen und durch die Vorgabe von Versorgungs- und Qualitätszielen. Die ► Kap. 3, 5 und 14 im vorliegenden Band sowie Benstetter et al. (2020) befassen sich mit diesem Themenfeld.

Danksagung Der Autor dankt Prof. Dr. Andreas Beivers für seine konstruktiven Anmerkungen.

Literatur

- Augurzky B, Krolop S, Mensen A, Pilny A, Schmidt CM, Wuckel C (2019) Krankenhaus Rating Report 2019 – Das Ende des Wachstums? medhochzwei, Heidelberg
- Augurzky B, Krolop S, Pilny A, Schmidt CM, Wuckel C (2017) Krankenhaus Rating Report 2017: Strukturfonds – beginnt jetzt die große Konsolidierung? medhochzwei, Heidelberg
- Augurzky B, Pilny A, Wübker A (2015) Krankenhäuser in privater Trägerschaft. RWI Materialien Heft 89. RWI, Essen
- Benstetter F, Lauerer M, Negele D, Schmid A (2020) Capitation-Modelle im Ausland – Vorbild für Gesundheitsversorgung in Deutschland? Stiftung Münch
- Friedrich J, Leber W-D, Wolff J (2010) Basisfallwerte – zur Preis- und Produktivitätsentwicklung stationärer Leistungen. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J (Hrsg) Krankenhaus-Report 2010, Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Schattauer, Stuttgart, S 127–147
- G-BA (2016) Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen. <https://www.g-ba.de/beschluesse/2782/>. Zugegriffen: 28. Nov. 2019
- Heger D, Augurzky B, Kolodziej I, Krolop S, Wuckel C (2017) Pflegeheim Rating Report 2017. medhochzwei, Heidelberg
- Lehmann Y, Schaepe C, Wulff I, Ewers M (2019) Pflege in anderen Ländern – Vom Ausland lernen? medhochzwei, Heidelberg
- Neubauer G, Beivers A, Paffrath D (2011) Die Zukunft der Vergütung von Krankenhausleistungen. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg) Schwerpunkt: Qualität durch Wettbewerb. Krankenhaus-Report 2011. Schattauer, Stuttgart, S 149–160
- RWI (2017) Stand und Weiterentwicklung der Investitionsförderung im Krankenhausbereich. Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. RWI Projektbericht. RWI, Essen
- RWI (2016) Investitionsbarometer NRW. Forschungsprojekt im Auftrag der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen. RWI Projektbericht. RWI, Essen
- Tuschen K-H (2007) Das DRG-System 2007. In: Roeder N, Bunzemeier H (Hrsg) Kompendium zum DRG System 2007. Band IV. Deutsche Krankenhausverlagsgesellschaft, Düsseldorf

Augurzky B, Krolop S, Mensen A, Pilny A, Schmidt CM, Wuckel C (2019) Krankenhaus Rating Report 2019

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

