

Krankenhaus-Report 2018

„Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit“

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

Schattauer (Stuttgart) 2018

Auszug Seite 131-148



8	Der KHSG-Strukturfonds nach einem Jahr und Vorschlag zur Weiterentwicklung.....	131
	<i>Boris Augurzky und Adam Pilny</i>	
8.1	Hintergrund	132
8.2	Strukturfonds und die beantragten Maßnahmen	133
8.3	Soll-Krankenhausstruktur	138
8.4	Beurteilung und Perspektiven	146
8.5	Fazit	147

8 Der KHSG-Strukturfonds nach einem Jahr und Vorschlag zur Weiterentwicklung

Boris Augurzky und Adam Pilny

Abstract

Die Krankenhausstrukturen sind seit Jahren Gegenstand politischer Debatten. Um Strukturoptimierungen anzuregen, hat der Gesetzgeber mit dem Strukturfonds im Rahmen des am 1. Januar 2016 in Kraft getretenen Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) den Akteuren im Markt dazu ein Instrument an die Hand gegeben. Wie die bisherigen Ausschöpfungsquoten zeigen, wird der Fonds von den Akteuren in hohem Maße angenommen. Die Mittel des Fonds werden jedoch nicht genügen, um die in diesem Kapitel abgeleitete Soll-Struktur erreichen zu können. Wir gehen hierfür von einem nötigen Investitionsvolumen von rund 11 Mrd. € aus. Daher sollte über eine Fortführung des Strukturfonds mit Anpassungen nachgedacht werden. So sollten die Fonds-Mittel aus Steuermitteln des Bundes mit Ko-Finanzierung der Länder kommen, die Verteilung der Mittel sollte nach einem bundesweit einheitlichen Kriterienkatalog erfolgen und Krankenhaussträger sollten Anträge stellen können.

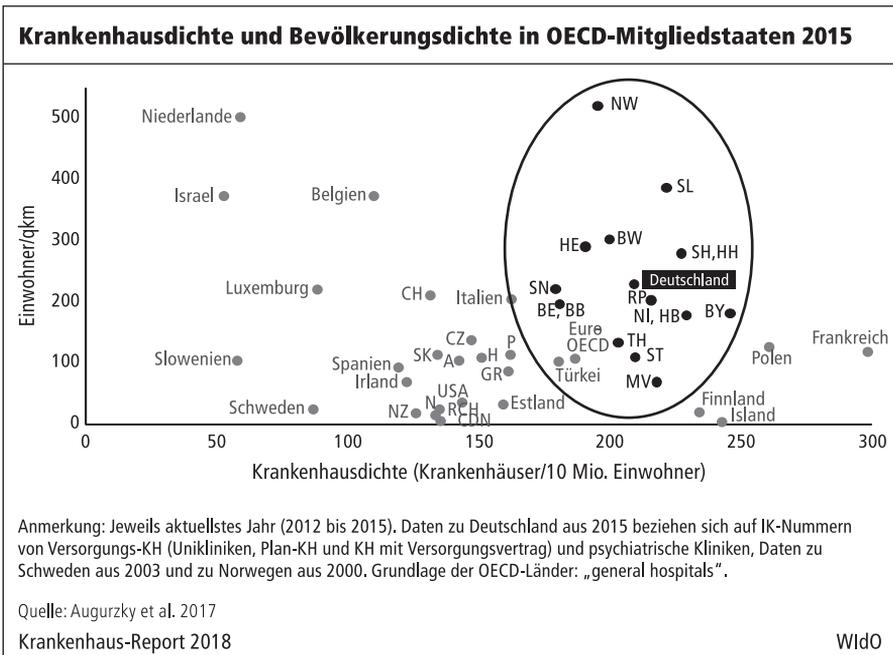
The structure of the German hospital market has been subject to political debates for many years. In order to stimulate structural optimisations, German legislature introduced the Hospital Structure Act (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) which came into effect on 1st January 2016. It includes a so-called structure fund (Strukturfonds) of € 1 billion. The federal states can apply for fund capital to realise projects to optimise hospital structures (concentration of capacities and closure of excess capacities). There is more demand for capital than the given € 1 billion, which shows a high acceptance among market players. However, the fund capital will not suffice to achieve the target structure derived in this article. We rather anticipate that an investment volume of about € 11 billion is necessary to achieve it. Therefore, we suggest to continue the fund in the following years providing more capital. However, we recommend to adjust certain parameters of the fund: (i) using tax-based money instead of money of the social health insurance, (ii) establishing nationally uniform criteria for the granting procedure of the fund, and (iii) allowing hospital owners to apply for fund capital.

8.1 Hintergrund

Im internationalen, aber auch im innerdeutschen Vergleich zeigt sich, dass das deutsche Krankenhauswesen durch Überkapazitäten vor allem hinsichtlich der Zahl der Krankenhausstandorte geprägt ist. Die Krankenhausedichte¹ in Deutschland liegt über dem Wert der europäischen OECD-Staaten (Abbildung 8–1). Luxemburg, die Schweiz und Italien weisen eine ähnliche Bevölkerungsdichte wie Deutschland auf, kommen aber allesamt mit deutlich niedrigeren Krankenhausedichten aus. Aber auch im innerdeutschen Vergleich der Bundesländer zeigt sich, dass beispielsweise Sachsen mit einer geringeren Zahl an Krankenhäusern auskommt als etwa Bayern, obwohl in Sachsen die Bevölkerungsdichte nur leicht höher ist.

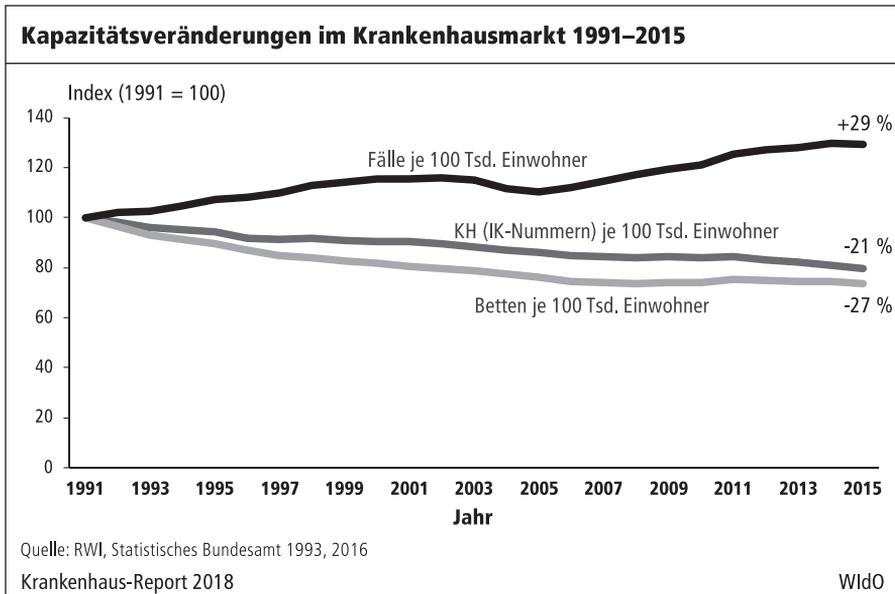
In der Vergangenheit fand in Deutschland indessen ein Kapazitätsabbau statt (Abbildung 8–2). So ging die Zahl der so genannten Institutskennziffern (IK) je 100 000 Einwohner von 1991 bis 2015 um rund 21 % zurück (–1,6 % p. a.) und die Bettenkapazität um 27 % (–2,2 % p. a.). Inwiefern damit auch eine ähnlich hohe Reduktion der Zahl der Standorte verbunden ist, muss offen bleiben, weil die Standorte nicht statistisch erfasst werden. Eigene Recherchen deuten darauf hin, dass eine IK-Nummer im Jahr 2015 etwa 1,27 Standorte im Durchschnitt umfasste. In früheren Jahren dürfte dieser Wert vermutlich niedriger ausgefallen sein. Preusker et al. (2014) kommen zu dem Ergebnis, dass im Zeitraum von 2003 bis 2013 nur 74

Abbildung 8–1



¹ Anzumerken ist, dass hier nicht die Zahl der Standorte, sondern die Zahl der so genannten Institutskennziffern (IK) gemessen wird. Eine IK-Nummer kann mehr als einen Standort umfassen.

Abbildung 8–2



Standorte geschlossen wurden, obgleich die Zahl der IK-Nummern um 204 gefallen ist. Das heißt, dass vom Statistischen Bundesamt in vielen Fällen keine Schließungen, sondern nur Zusammenlegungen von IK-Nummern gemessen werden. Im gleichen Zeitraum nahm die Zahl der Fälle je 100 000 Einwohner dagegen um 29% (+1,8% p. a.) zu, während die Verweildauer um 47,6% gesunken ist. Die Zahl der Belegungstage und die Zahl der Betten je 100 000 Einwohner nahm um 32,2% bzw. 26,5% ab.

Der Optimierung der Krankenhausstrukturen ist seit Jahren Gegenstand politischer Diskussionen, die von den beteiligten Akteuren im Gesundheitswesen geführt werden. Mit dem zum 1. Januar 2016 in Kraft getretenen Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) hat der Gesetzgeber erstmals den Akteuren im Markt ein Instrument zur Optimierung der Krankenhausstrukturen an die Hand gegeben. Im Folgenden werden zunächst der Strukturfonds und die bis zum 4. August 2017 beantragten Maßnahmen der Bundesländer beschrieben. Es folgt die Ableitung einer Soll-Struktur und eine Schätzung der nötigen Investitionsmittel, um von der gegenwärtigen Ist- zur Soll-Struktur zu gelangen. Das Kapitel schließt mit einer groben ersten Bewertung des Strukturfonds und einem Ausblick.

8.2 Strukturfonds und die beantragten Maßnahmen

Die Einrichtung eines Strukturfonds war 2016 ein zentraler Bestandteil des KHSG, dessen rechtliche Ausgestaltung sich in §§ 12–15 KHG wiederfindet. Die im Fonds bereitgestellten Fördermittel sollen explizit strukturellen Änderungen zugutekommen

Abbildung 8–3



und nicht – wie reguläre KHG-Fördermittel – investiv zur Aufrechterhaltung der bestehenden Krankenhausinfrastruktur verwendet werden. Mit dem Fonds werden Maßnahmen gefördert, die die folgenden drei Ziele anstreben:

- i. **Abbau von Überkapazitäten:** Förderung von Schließungen von Standorten und Abteilungen.
- ii. **Konzentration:** Verlagerung von Kapazitäten, um Leistungen zu konzentrieren.
- iii. **Umwandlung** von Krankenhäusern in andere Versorgungseinrichtungen (z. B. Einrichtung der ambulanten, sektorenübergreifenden oder palliativen Versorgung, Umwandlung in ein Pflegeheim oder eine Reha-Klinik).

Das Gesamtvolumen des Strukturfonds beläuft sich einmalig auf 1 Mrd. €. Dazu werden aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds 500 Mio. € zur Verfügung gestellt, die – gemäß dem Königsteiner Schlüssel² – auf die Länder verteilt werden. Die Länder beteiligen sich mit der gleichen Summe in Form einer 1:1-Ko-Finanzierung. Bei dem Anteil der Länder ist eine gemeinsame Finanzierung der Maßnahmen mit den Trägern der zu fördernden Einrichtung möglich. Zwingende Voraussetzung für die Zuteilung der Fördermittel ist, dass das zu fördernde Vorhaben zum 1.1.2016 noch nicht begonnen worden ist. Die Anträge der Fördervorhaben mussten von den Ländern bis zum 31.7.2017 beim Bundesversicherungsamt (BVA) gestellt werden. Welche Maßnahmen gefördert werden, wird von den Ländern im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen entschieden. Hierbei ist die Beteiligung anderer Institutionen möglich. Die Prüfung der zweckmäßi-

² Die Verteilung nach dem Königsteiner Schlüssel bemisst sich zu einem Drittel an der Bevölkerungszahl und zu zwei Dritteln an dem Steueraufkommen der Länder.

gen Verwendung der Mittel aus dem Strukturfonds obliegt den Ländern. Zudem sind die Länder verpflichtet, für die Jahre 2016 bis 2018 mindestens den Durchschnitt der in ihren Haushalten veranschlagten Investitionsmittel nach KHG oder mindestens das Niveau dieser Mittel von 2015 beizubehalten.

Abbildung 8–3 zeigt die Verteilung der Fördermittel nach Ländern. Rund 50 % aller Mittel aus dem Strukturfonds entfallen demnach auf Nordrhein-Westfalen (210 Mio. €), Bayern (154 Mio. €) und Baden-Württemberg (127 Mio. €). Das geringste absolute Förderniveau weisen Bremen (9 Mio. €), das Saarland (12 Mio. €) und Mecklenburg-Vorpommern (20 Mio. €) auf. Werden die Fördermittel auf die Betten und die Patienten in den Ländern normiert, zeigt sich ein ausgeglicheneres Bild. Im Bundesdurchschnitt stellt der Fonds zur Förderung von Strukturverbesserungen je Bett 1 984 € zur Verfügung, je Fall 51 €. Die Bandbreite liegt dabei zwischen 1 685 € bis 2 504 € je Bett und zwischen 43 € und 61 € je Fall.

Tabelle 8–1 zeigt, welche Maßnahmen von den Ländern geplant sind und wie hoch das Ausschöpfungsvolumen zum 4. August 2017 gewesen ist. Grundlage hierfür ist eine Befragung der Landesministerien für Gesundheit durch das RWI –

Tabelle 8–1

Geförderte Maßnahmen nach Bundesländern

Land	Arten von Maßnahmen	Ausschöpfung konsolidiert*	Aufstockung Fonds?
Baden-Württemberg	(i) Abbau, (ii) Konzentration, (iii) Umwandlung	>500%	Ja
Bayern	(i) Abbau, (ii) Konzentration, (iii) Umwandlung	>100%	Nein
Berlin	(i) Abbau, (ii) Konzentration, (iii) Umwandlung	50–100%	Ja
Brandenburg	(i) Konzentration, (ii) Umwandlung	>100%	Ja
Bremen	(i) Konzentration, (ii) Strukturverbesserungen	>100%	Ja
Hamburg	(i) Baumaßnahmen	>100%	Ja
Hessen	(i) Abbau, (ii) Konzentration	>100%	Ja
Mecklenburg-Vorpommern	(i) Teilstilllegungen, (ii) Konzentration, (iii) Umwidmung	30%	Nein
Niedersachsen	(i) Schließungen, (ii) Strukturoptimierung	>300%	Ja
Nordrhein-Westfalen	(i) Abbau, (ii) Konzentration, (iii) Umwandlung	>100%	Ja
Rheinland-Pfalz	(i) Abbau, (ii) Konzentration, (iii) Umwandlung	>100%	Ja
Saarland	(i) Schließungen, (ii) Konzentration, (iii) Umwandlung	>100%	Ja
Sachsen	–	50–100%	–
Sachsen-Anhalt	(i) Strukturverbesserung, (ii) Abbau, (iii) Konzentration	>100%	Nein**
Schleswig-Holstein	(i) Konzentration, (iii) Umwandlung	>100%	Ja
Thüringen	(i) Strukturverbesserung	>100%	Nein

* Konsolidiert aus vdek-Übersicht und RWI-Umfrage, ** Fehlende Kofinanzierung

Anmerkung: Stand der Ausschöpfung 4.8.2017. Zum Teil fehlende Angaben zu Sachsen, da keine Teilnahme an Befragung.

Quelle: Augurzky et al. 2017; vdek 2017; eigene Befragung der Landesministerien

Tabelle 8–2

Anzahl beantragter Projekte

Land	Abbau	Konzentration	Umwandlung	Gesamt
Baden-Württemberg	0	19	10	29
Bayern	0	7	2	9
Berlin	0	1	0	1
Brandenburg	0	1	2	3
Bremen	0	1	0	1
Hamburg	0	2	0	2
Hessen	5	8	0	13
Mecklenburg-Vorpommern	1	1	1	3
Niedersachsen	6	17	2	25
Nordrhein-Westfalen	7	9	1	17
Rheinland-Pfalz	0	4	0	4
Saarland	0	2	0	2
Sachsen	1	2	0	3
Sachsen-Anhalt	1	2	0	3
Schleswig- Holstein	0	3	0	3
Thüringen	4	3	3	10
Deutschland	25	82	21	128

Anmerkung: Stand 4.8.2017

Quelle: Augurzky et al. 2017; vdek 2017

Krankenhaus-Report 2018

WIdO

Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung von November 2016 bis Januar 2017 sowie Daten des Verbandes der Ersatzkassen (vdek 2017). Etwa die Hälfte der Länder plant Maßnahmen, die auf alle drei Ziele Abbau, Konzentration und Umwandlung ausgerichtet sind. Allerdings gab es bis August 2017 noch große Unterschiede zwischen den Ländern bei der Ausschöpfung der Mittel des Fonds. In Niedersachsen betrug das Antragsvolumen mindestens das Dreifache, in Baden-Württemberg sogar mehr als das Fünffache der bereitgestellten Mittel. In Berlin und Sachsen betrug das Ausschöpfungsvolumen dagegen nur zwischen 50 bis 100 %, während es in Mecklenburg-Vorpommern sogar bei nur rund 30 % lag. Bei den übrigen Ländern liegt das Ausschöpfungsvolumen bei über 100 %, sodass davon auszugehen ist, dass bei dem Großteil der Länder die zur Verfügung stehenden Mittel tatsächlich ausgeschöpft werden. Von den 15 Ländern, die sich an der RWI-Umfrage beteiligt hatten, plädierten elf für eine Aufstockung der Strukturfondsmittel.

Eine Übersicht zu bisher beantragten Projekten bietet Tabelle 8–2. Bis zum 4.8.2017 sind 128 Projekte seitens der Länder beim BVA beantragt worden, wovon 82 Projekte (64 %) auf Maßnahmen zur Konzentration entfielen, 25 Projekte (20 %) auf Maßnahmen zum Abbau und 21 (16 %) auf Maßnahmen zur Umwandlung. Jedoch dürfte einer Umwandlung ein Abbau vorangehen, sodass damit auch eine Kapazitätsreduktion erreicht würde. Ähnliches gilt für viele Konzentrationsmaßnahmen.

Tabelle 8–3

Verteilung der beantragten Mittel nach Maßnahmen in %

Land	Abbau	Konzentration	Umwandlung
Baden-Württemberg	0	93	7
Bayern	0	98	2
Berlin	0	100	0
Brandenburg	0	33	67
Bremen	0	100	0
Hamburg	0	100	0
Hessen	34	66	0
Mecklenburg-Vorpommern	85	0	15
Niedersachsen	11	88	1
Nordrhein-Westfalen	10	88	2
Rheinland-Pfalz	0	100	0
Saarland	0	100	0
Sachsen	34	66	0
Sachsen-Anhalt	21	79	0
Schleswig- Holstein	0	100	0
Thüringen	6	70	24
Deutschland	9	87	4

Anmerkung: Stand 4.8.2017

Quelle: Augurzky et al. 2017; vdek 2017

Krankenhaus-Report 2018

WIdO

Zwischen den Ländern zeigen sich dabei deutliche Unterschiede. Die meisten Projekte wurden von Baden-Württemberg (29), Niedersachsen (25), Nordrhein-Westfalen (17) und Hessen (13) beantragt. Mit zehn bzw. neun bisher beantragten Projekten folgen Thüringen und Bayern. Bis zum 4.8.2017 waren von diesen 128 beantragten Projekten erst 31 – mit einem Fördervolumen von insgesamt rund 505 Mio. € – bewilligt worden (vdek 2017).

Tabelle 8–3 zeigt, wie sich das beantragte Fördervolumen der Länder auf die Maßnahmen verteilt. Im Bundesdurchschnitt entfallen 87% des Antragsvolumens auf Konzentrationsmaßnahmen, 9% auf den Kapazitätsabbau und lediglich 4% auf Maßnahmen zur Umwandlung. Der Fokus in den Ländern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Rheinland-Pfalz, dem Saarland und Schleswig-Holstein liegt auf Konzentrationsmaßnahmen. Der Abbau von bestehenden Kapazitäten nimmt insbesondere in Mecklenburg-Vorpommern (85%), Hessen (34%) und Sachsen (34%) einen hohen Stellenwert ein. Maßnahmen zur Umwandlung spielen mit 67% in Brandenburg und mit 24% in Thüringen eine große Rolle. Ein Teil der Länder-Ko-Finanzierung können die Krankenhausträger übernehmen. Bis zum 4.8.2017 haben acht Länder die Träger der zu fördernden Einrichtungen zur Finanzierung der Maßnahmen herangezogen.

8.3 Soll-Krankenhausstruktur

Der Strukturfonds gibt mit seinem Kriterienkatalog Vorgaben hinsichtlich einer Soll-Struktur. Jedoch fehlt eine Vorstellung davon, wie eine wünschenswerte Soll-Struktur aussehen könnte. Grundsätzlich sollte eine optimale Struktur einen Beitrag zur Senkung der Betriebskosten und Investitionsbedarfe leisten und außerdem das Niveau der medizinischen Qualität erhöhen.

Dieser Abschnitt unternimmt daher den Versuch, eine mögliche Soll-Struktur und die nötigen Investitionskosten zur Erreichung dieser Soll-Struktur abzuleiten. Im Jahr 2015 gab es 1 566 IK-Nummern von Plankrankenhäusern, davon 1 351 Allgemeinkrankenhäuser und 215 Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychiatrischen, psychotherapeutischen und neurologischen und/oder geriatrischen Betten. Plankrankenhäuser sind jene Krankenhäuser, die eine Investitionsförderung nach KHG erhalten. Universitätskliniken oder Krankenhäuser mit einem Versorgungsvertrag mit Krankenkassen sind darin nicht enthalten. Insgesamt verfügen diese Krankenhäuser über 437 500 Betten. Eine Analyse der Qualitätsberichte der Krankenhäuser, die auf Standortebene vorliegen, hat ergeben, dass es 2015 im Durchschnitt 1,27 Standorte je IK-Nummer gab. Wenn wir diesen Wert zugrunde legen, kommen wir für 2015 auf 1 989 Standorte von Plankrankenhäusern. Die Umsetzung eines Standortverzeichnisses in der amtlichen Statistik würde in Zukunft eine bessere und transparentere Planungsgrundlage schaffen, als es mit einem Verzeichnis auf Basis von IK-Nummern möglich ist.

Die Fallzahl dieser Krankenhäuser lag bei rund 17,1 Mio. und die Zahl der Belegungstage bei 124,7 Mio.³ Bis zum Jahr 2025 gehen wir – gemäß Projektionen aus dem Krankenhaus Rating Report 2017 – von einem Wachstum der Fallzahl von 14,7% aus, wenn sowohl die demografische Entwicklung als auch darüber hinausgehende Wachstumstrends der Vergangenheit fortgeschrieben werden (Augurzky et al. 2017).⁴ Allerdings unterstellen wir für die Soll-Struktur, dass bis 2025 ein ambulantes Potenzial von 5,8% gehoben wird, sodass das Wachstum der stationären Fallzahl entsprechend niedriger ausfällt. Die Verweildauer lag bei den Plankrankenhäusern 2015 bei 7,28 Tagen (Tabelle 8–4), die Auslastung damit bei 78,1%. Wir nehmen an, dass die Verweildauer bis 2025 um 11,5% auf 6,44 Tage sinkt, was dazu führt, dass trotz steigender Fallzahlen die Zahl der Belegungstage um 4,3% abnimmt. Außerdem nehmen wir an, dass die Bettenauslastung maximal bei 86% liegen kann und dieser Wert in der Soll-Struktur erreicht wird. Beides zusammen führt zu einem sinkenden Bedarf an Betten bis 2025 von 13,1%.

Die Soll-Struktur definieren wir anhand der Kennzahl „Standorte je Einwohner“ und wählen als Benchmark das Bundesland Sachsen. Die Einwohnerdichte Sach-

3 Da für die Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychiatrischen, psychotherapeutischen und neurologischen und/oder geriatrischen Betten nicht die Zahl der Fälle und Belegungstage nur für die darunter befindlichen Plankrankenhäuser in der amtlichen Statistik ausgewiesen wird, muss ihre Zahl geschätzt werden. Etwa 91% der Betten dieser Krankenhäuser sind Betten von Plankrankenhäusern. Wir nehmen an, dass diese Quote auch für die Zahl der Fälle und Belegungstage gilt.

4 Die Annahmen zu Entwicklungen bis 2025 in diesem Absatz sind dem Krankenhaus Rating Report 2017 (Augurzky et al. 2017) entnommen.

Tabelle 8–4

Hochrechnung der Leistungszahlen 2015 bis 2025

Leistungen	Ist 2015	Delta-%	Delta-abs.	Soll 2025
Fallzahl (inkl. amb. Potenzial)	17 135 673	14,7 %	2 521 207	19 656 880
Realisiertes ambulantes Potenzial	0,0 %	–	5,8 %	5,8 %
Fallzahl (exkl. amb. Potenzial)	17 135 673	8,1 %	1 381 108	18 516 781
Belegungstage (inkl. amb. Potenzial)	124 735 542	1,6 %	1 950 003	126 685 544
Belegungstage (exkl. amb. Potenzial)	124 735 542	–4,3 %	–5 397 759	119 337 783
Verweildauer in Tagen	7,28	–11,5 %	–0,83	6,44
Einwohnerzahl				
Alle	81 345 000	0,3 %	244 000	81 589 000
Alter 65+	17 290 000	14,6 %	2 517 000	19 807 000

Anmerkung: Einwohnerzahl nach der Variante 2 der 13. Bevölkerungsvorausberechnung

Krankenhaus-Report 2018

WlD0

8

sens liegt etwa auf dem Niveau des bundesdeutschen Mittelwerts, die Krankenhausedichte jedoch um 14,4 % unter dem Durchschnitt (Abbildung 8–1). Die Krankenhäuser in Sachsen schneiden in wirtschaftlicher Hinsicht bundesweit am besten ab. Sie erzielen die höchsten Jahresergebnisse von 3,9 % der Erlöse (Abbildung 8–4). Dies kann neben der Krankenhausedichte daran liegen, dass sie einen relativ hohen Kapitaleinsatz haben, d. h. gut investiert sind, und dass es nur wenige kleine Häuser unter 150 Betten gibt (20 %, Abbildung 8–5). Trotz der niedrigeren Krankenhausedichte ist in Sachsen die Erreichbarkeit der Grundversorger gut (siehe zum Beispiel Augurzky et al. 2014).⁵

Wir nehmen an, dass der Gesamtumsatz aller Plankrankenhäuser wie die Fallzahl wächst. Das heißt, wir halten die Preise auf dem aktuellen Niveau konstant (keine Preisinflation⁶). Tabelle 8–5 stellt die Entwicklung der Betriebskosten und des Umsatzes sowohl für 2015 als auch in der Hochrechnung für 2025 dar. Für investive Zwecke können Krankenhäuser neben dem Jahresergebnis nach Steuern auch die eigenfinanzierten Abschreibungen einsetzen. Daher addieren wir beide Werte. In der Hochrechnung der Betriebskosten wird überdies unterstellt, dass nur Krankenhäuser mit schlechter wirtschaftlicher Lage Standorte aufgeben werden. Dies allein führt automatisch zu einer Verbesserung der durchschnittlichen wirtschaftlichen Lage: Der Anteil des Jahresergebnisses und der eigenfinanzierten Abschreibungen erhöht sich von 4,4 auf 5,0 %. Tabelle 8–6 stellt die Veränderungen für diejenigen Krankenhäuser separat dar, die zu den 25 % mit dem schlechtesten Rating 2015 nach Augurzky et al. (2017) gehören. Es handelt sich um 497 Standorte, von denen in der Simulation 286 entfallen werden. Wir gehen davon aus, dass es sich dabei um kleinere Standorte mit durchschnittlich nur 132 Betten handelt. In der

5 In Karte 1 auf S. 45 in Augurzky et al. 2014 wird die Erreichbarkeit der Grundversorger veranschaulicht.

6 Wir führen die Hochrechnungen ohne Preisinflation durch. Dies erleichtert die Interpretation der künftigen Werte, weil damit ein direkter Vergleich mit aktuellen Werten möglich ist.

Abbildung 8–4

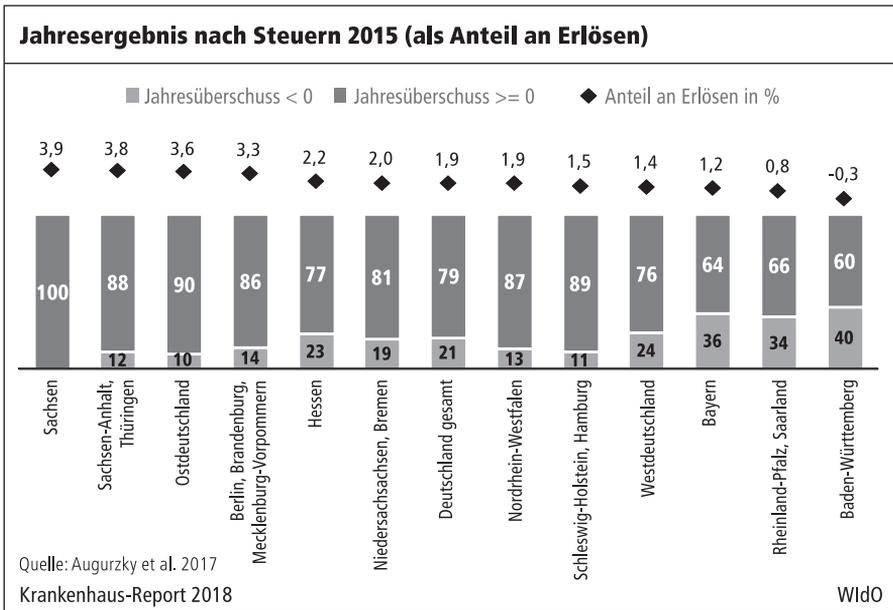


Abbildung 8–5

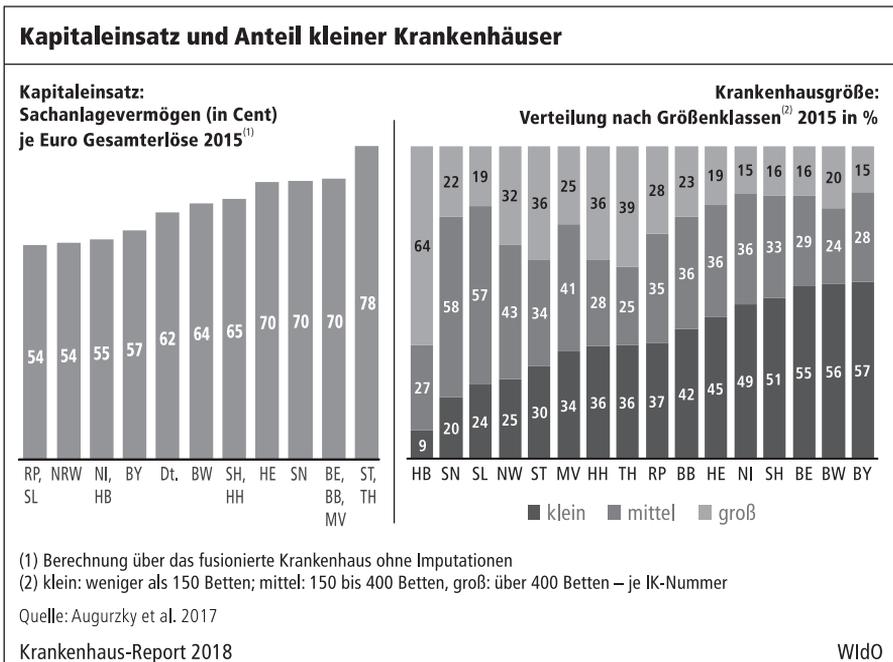


Tabelle 8–5

Umsatz und Betriebskosten 2015 und 2025

Umsatz und Betriebskosten	Ist 2015	Delta-%	Delta-abs.	Soll 2025
Bereinigte Kosten in T€	70 116 904	7,4 %	5 192 798	75 309 702
Jahresergebnis (EAT) in % Umsatz	1,9 %	–	–	–
Eigenfin. Abschreibungen in % Umsatz	2,5 %	–	–	–
Geschätzter Umsatz in T€	73 331 385	8,1 %	5 910 394	79 241 779
EAT + eigenfin. Abschreibungen in T€	3 214 481	22,3 %	717 596	3 932 077
– als Anteil Umsatz	4,4 %	–	0,58 %	5,0 %

Krankenhaus-Report 2018

WlDO

Tabelle 8–6

Umsatz und Betriebskosten 2015 und 2025 nach Rating-Quartilen

Umsatz und Betriebskosten nach Rating	Ist 2015	Delta-%	Delta-abs.	Soll 2025
4. Rating-Quartil				
Anteil Krankenhäuser	25,0 %	–	–12,6 %	12,3 %
Standorte	497	–57,7 %	–286	210
Anteil Betten	24,5 %	–	–7,1 %	17,3 %
Betten	107 108	–38,5 %	–37 800	65 923
Betten je Standort	216	45,4 %	98	314
Betten der verbleibenden Standorte	69 308	–4,9 %	–3 385	65 923
Betten der zu schließenden Standorte	37 800	–100,0 %	–37 800	0
Geschlossener Standort:				
– Verhältnis Größe zu Durchschnitt	60 %			
– Anzahl Betten	132			
Anteil Fallzahl	24,5 %	–	–7,1 %	17,3 %
Fallzahl	4 195 123	–23,5 %	–984 316	3 210 807
Geschätzter Umsatz in T€	17 952 852	–23,5 %	–4 212 338	13 740 514
Jahresergebnis (EAT) in % Umsatz	–1,5 %	–	–	–
Eigenfin. Abschreibungen in % Umsatz	2,2 %	–	–	–
EAT + eigenfin. Abschreibungen in T€	116 783	129,6 %	151 363	268 146
– als Anteil Umsatz	0,7 %	–	1,3 %	2,0 %

Rating-Quartil 1-3

Standorte	1 492	0,0 %	0	1 492
Betten	330 392	–4,9 %	–16 137	314 255
Betten je Standort	221	–4,9 %	–11	211
Fallzahl	12 940 550	18,3 %	2 365 424	15 305 974
Geschätzter Umsatz in T€	55 378 533	18,3 %	10 122 731	65 501 265
EAT + eigenfin. Abschreibungen in T€	3 097 698	18,3 %	566 233	3 663 931
– als Anteil Umsatz	5,6 %	–	0,0 %	5,6 %

Krankenhaus-Report 2018

WlDO

Tabelle 8–7

Ausgewählte Kennzahlen der Simulation zur Soll-Struktur

Kennzahlen	Ist 2015	Delta-%	Delta-abs.	Soll 2025
Auslastung	78,1%	–	7,9%	86,0%
Betten je Standort	220	1,5%	3,3	223
Stationäre Fallzahl je Standort	8616	26,2%	2261	10877
Standorte je 1 Mio. Einwohner	24,4	–14,7%	–3,6	20,9
Standorte je 1 Mio. Einwohner 65+	115,0	–25,3%	–29,1	86,0
Betten je 1 Mio. Einwohner	5378	–13,4%	–719	4660
Betten je 1 Mio. Einwohner 65+	25304	–24,1%	–6110	19194
Fallzahl je 1.000 Einwohner	211	7,7%	16	227
Fallzahl je 1.000 Einwohner 65+	991	–5,7%	–56	935
Umsatz				
... je Standort in Mio. €	36,9	26,2%	9,7	46,5
... je Bett in €	167615	24,4%	40819	208434
... je Fall in €	4279	0,0%	0	4279
... je Einwohner in €	901	7,7%	70	971
... je Einwohner 65+ in €	4241	–5,7%	–241	4001
EAT + eigenfin. Abschreibungen				
... je Fall in €	188	13,2%	25	212
... je Fall in Rating-Quartil 4	28	200,0%	56	84
... je Fall in Rating-Quartil 1-3	239	0,0%	0	239

Krankenhaus-Report 2018

WldO

Summe würden damit in diesem Quartil 37 800 Betten verschwinden. Die größeren Standorte in diesem Quartil bleiben bestehen, bauen aber wie alle anderen Krankenhäuser in der Simulation pauschal 4,9% ihrer Betten ab. Wir nehmen aber an, dass sich deren Ertragssituation verbessert: Das Jahresergebnis zzgl. eigenfinanzierter Abschreibungen stiege von 28 € je Fall im Jahr 2015 auf 84 € je Fall 2025. In den besseren drei Rating-Quartilen lassen wir diesen Wert konstant bei 239 € je Fall.

Mit den oben genannten Hochrechnungen, einer maximalen Bettenauslastung von 86%, einer um 14,4% niedrigeren Krankenhausdichte und den beschriebenen Finanzkennzahlen ergeben sich die in Tabelle 8–7 gezeigten Kennzahlen für 2015 und 2025. Die Bettenzahl je Standort ändert sich zwischen 2015 und 2025 kaum, weil in der Projektion der Bettenbedarf mit 13,3% fast ähnlich stark zurückgeht wie die Zahl der Standorte (–14,4%). Allerdings versorgt 2025 ein Standort deutlich mehr Fälle, sodass auch der Umsatz je Standort entsprechend steigt.⁷ Im Ergebnis steigt das Jahresergebnis zzgl. eigenfinanzierter Abschreibungen von 188 auf 212 € je Fall.

⁷ Wir unterstellen dabei keine Preisinflation, d. h. belassen die Preise der Einfachheit und der besseren Vergleichbarkeit wegen konstant auf dem Niveau von 2015.

Tabelle 8–8

Investitionsbedarf 2015 und 2025

Investitionsbedarfe	Ist 2015	Delta-%	Delta-abs.	Soll 2025
Investitionsbedarf in Mrd. € p.a.	5,40	-3,7 %	-0,20	5,20
Investitionsbedarf gekoppelt an ...				
Standort	10 %	-	-1,1 %	8,9 %
Bett	45 %	-	-4,4 %	40,6 %
Fall	45 %	-	5,5 %	50,5 %
Investitionsbedarf je ...				
Standort in €	271 518	0,0 %	0	271 518
Bett in €	5 554	0,0 %	0	5 554
Fall in €	142	0,0 %	0	142

Krankenhaus-Report 2018

WIdO

8

Wenn die Zahl der Standorte sinkt, wird es zu einer „Umverteilung“ der Patienten kommen. Auch die Investitionsbedarfe werden sich ähnlich zwischen den Standorten umverteilen. Für das Jahr 2015 gehen wir von einem jährlichen Investitionsbedarf der Plankrankenhäuser von mindestens 5,4 Mrd. € aus (Augurzky et al. 2017). Ein gewisser Teil des Investitionsbedarfs dürfte an der Zahl der Standorte festzumachen sein. Für die Simulationsrechnung nehmen wir an, dass 10 % des Investitionsbedarfs an den Standort gekoppelt sind, 45 % an die Bettenzahl und 45 % an die Fallzahl. Tabelle 8–8 stellt dar, wie sich unter diesen Bedingungen der Investitionsbedarf bundesweit verändert, wenn 2025 die Soll-Struktur erreicht wird. Einerseits steigt er aufgrund der steigenden Fallzahl, andererseits sinkt er aufgrund der rückläufigen Betten- und Standortzahl. In der Summe sinkt er in der Simulation um 3,7 % von 5,4 auf dann 5,2 Mrd. €.

Im Ergebnis würde sich bei einem Übergang zur Soll-Struktur der Investitionsbedarf leicht um 200 Mio. € reduzieren und außerdem die Ertragslage der Krankenhäuser um 720 Mio. € verbessern (Tabelle 8–9). Falls die zusätzlichen Erträge der Krankenhäuser für Investitionen verwendet und die Länder ihr derzeitiges Fördermittelvolumen bis 2025 halten würden, könnte dadurch die effektive Investitionslücke von derzeit 2,60 auf 1,68 Mrd. € gesenkt werden.

Tabelle 8–9

Effektive Investitionslücke 2015 und 2025

Übersicht	Ist 2015	Delta-%	Delta-abs.	Soll 2025
Jahresergebnis nach Steuern+Zinsen, Mrd. €	3,21	22,3 %	0,72	3,93
Investitionsbedarfe in Mrd. €	5,40	-3,7 %	-0,20	5,20
Fördermittel der Länder in Mrd. €	2,80	0,0 %	0,00	2,80
Investitionslücke in Mrd. €	2,60	-35,3 %	-0,92	1,68

Krankenhaus-Report 2018

WIdO

Tabelle 8–10

Investitionskosten für den Übergang zur Soll-Struktur

Standortschließungen	
Anzahl	286
Anzahl Betten je Standort	132
Geschätzter Umsatz je Standort in Mio. €	22,1
Schließungskosten / Umsatz	100 %
Schließungskosten je Standort in Mio. €	22,1
Ges. Schließungskosten in Mrd. €	6,34
Geschlossene Betten	37 800
– davon Anteil zu verlagernder Betten	30 %
Zu verlagernde Betten	11 340
Investitionskosten je Bett an neuem Standort in €	150 000
Ges. Investitionskosten Bettenverlagerung in Mrd. €	1,70
Bettenabbau	
Bettenabbau aus Schließungen	26 460
Bettenabbau aus Kapazitätsanpassungen	30 862
Kosten des Abbaus eines Bettes in €	0
Ges. Kosten des Bettenabbaus in Mrd. €	0,00
Spezialisierung: Bettenverlagerung	
Anteil der zu verlagernden Betten / Betten 2025	8,0 %
Anzahl der zu verlagernden Betten	30 414
Investitionskosten je Bett an neuem Standort in €	100 000
Ges. Investitionskosten Bettenverlagerung in Mrd. €	3,04

Krankenhaus-Report 2018

WIdO

Der Übergang zur Soll-Struktur ist allerdings mit erheblichen Zusatzinvestitionen verbunden. Insgesamt sind 286 Standorte zu schließen und 37 800 Betten abzubauen (Tabelle 8–10). Wir nehmen an, dass die Schließungskosten etwa dem Jahresumsatz eines Standortes entsprechen. Preusker et al. (2014) gehen von mindestens einem Jahresumsatz oder sogar mehr aus. Damit ergeben sich Schließungskosten von 6,34 Mrd. €. Ein Teil der Betten der geschlossenen Häuser dürfte jedoch in Nachbarhäuser verlagert werden müssen, um die Patienten in der Region weiter versorgen zu können. Wir nehmen an, dass 30 % bzw. 11 340 Betten verlagert werden und dass je Bett am neuen Standort Investitionskosten von 150 000 € entstehen. Insgesamt fallen damit weitere 1,70 Mrd. € an. Für den bei rückläufigen Belegungstagen pauschalen Bettenabbau in Krankenhäusern setzen wir keine Investitionskosten an.

Neben der Schließung von Standorten gehören zum Erreichen der Soll-Struktur auch Leistungskonzentrationen, die Kapazitätsverschiebungen zwischen Standorten zur Folge haben. Wir unterstellen, dass dazu etwa 30 000 Bettenverlagerungen nötig werden bzw. 8 % der Soll-Bettenzahl 2025. Wenn für jedes zu verlagernde Bett Investitionskosten von 100 000 € entstehen, fällt ein dritter Kostenblock von 3,04 Mrd. € an. Die Kosten für die Verlagerung von Betten zwischen Standorten

Tabelle 8–11

Gesamte Umstrukturierungskosten und Einsparpotenzial

Übersicht, in Mrd. €	
Schließungskosten	6,3
Investitionskosten Bettenverlagerung bei Schließungen	1,7
Kosten des Bettenabbaus	0,0
Investitionskosten Bettenverlagerung bei Spezialisierung	3,0
Gesamt	11,1
Davon aktueller Strukturfonds	-1,0
Noch zu leisten	10,1
– Pro Jahr, beginnend 2018, 8 Jahre kaufend + Nachlauf	1,26
Dauerhafte Einsparung in Mrd. €	0,92
„Rendite“ auf das eingesetzte Umstrukturierungskapital	8,3%

Krankenhaus-Report 2018 WlD0

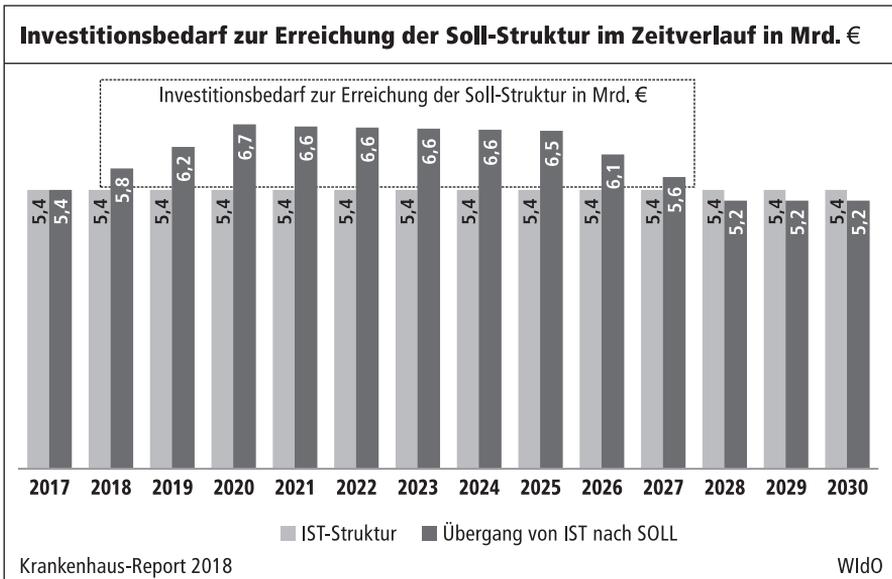
fallen niedriger aus als die Kosten für die Verlagerung von Betten eines geschlossenen in einen offenen Standort. Bei der Verlagerung zwischen Standorten kommt es auch zum „Tausch“ und vorhandene Kapazitäten können zum Teil weiter genutzt werden. Bei der Aufnahme von Betten aus geschlossenen Standorten müssen dagegen beim aufnehmenden Standort Kapazitäten erweitert werden.

In der Summe fallen damit Investitionskosten von 11,1 Mrd. € an, um den Übergang zur Soll-Struktur zu finanzieren (Tabelle 8–11).⁸ 1 Mrd. € hat der bestehende Strukturfonds bereits zur Verfügung gestellt, sodass weitere 10,1 Mrd. € nötig wären. Wenn wir dies auf acht Jahre verteilen, sind es 1,26 Mrd. € pro Jahr. Setzt man das gesamte Investitionsvolumen ins Verhältnis zu den Einsparpotenzialen von 920 Mio. € (geringerer Investitionsbedarf und bessere Ertragslage), ergibt sich eine volkswirtschaftliche Rendite auf das eingesetzte Kapital von 8,3%.

Abbildung 8–6 stellt den Investitionsbedarf über die Zeit dar, wenn man annimmt, dass die Umsetzung einer Konzentrations- oder Schließungsmaßnahme drei Jahre in Anspruch nimmt. Setzt man den Beginn für das Jahr 2018 an, würde die letzte Maßnahme 2027 fertiggestellt werden. Ab 2028 würde die Soll-Struktur vorliegen und damit entsprechend ein um 0,2 Mrd. € niedrigerer jährlicher Investitionsbedarf.

⁸ Zum Vergleich: Zwischen 1991 und 2010 hat Sachsen bezogen auf seine Einwohnerzahl fast 2 Mrd. € mehr Investitionsfördermittel erhalten als das durchschnittliche westdeutsche Bundesland (ohne Berlin). Hochgerechnet auf die Größe der westdeutschen Bundesländer wären dies 31 Mrd. € mehr. Ein relevanter Teil der höheren Fördermittel für Sachsen dürfte für Zwecke der Strukturoptimierung genutzt worden sein. Der hier errechnete nötige Wert von 11 Mrd. € dürfte daher nicht übertrieben, sondern vermutlich eher untertrieben sein.

Abbildung 8–6



8.4 Beurteilung und Perspektiven

Bis dato kann der Strukturfonds als Erfolg angesehen werden, weil er eine gewisse Dynamik in Bezug auf die Veränderung der Krankenhausstrukturen geschaffen hat. Die hohen Ausschöpfungsquoten zum 4.8.2017 zeigen, dass der Fonds großen Zuspruch findet, insbesondere in Ländern, in denen viele Krankenhäuser vor größeren wirtschaftlichen Schwierigkeiten stehen, wie beispielsweise Baden-Württemberg, Hessen und Niedersachsen. Zwar liegt der Fokus der bisher eingebrachten Anträge auf Maßnahmen zur Förderung der Konzentration, weniger auf der Umwandlung oder Schließung. Allerdings geht auch eine stärkere Konzentration in die richtige Richtung und kann die Versorgungsqualität erhöhen. Darüber hinaus beinhalten manche Anträge zur Konzentration auch Standortschließungen. Offenbar wagen die Krankenhausträger nun eher eine Konfrontation mit der Kommunalpolitik, die sich meist gegen Veränderungen der lokalen Krankenhausstrukturen stemmt.

Einer Förderung durch den Fonds gehen aber umfangreiche Abstimmungsprozesse zwischen Land, Krankenhausträgern und den Krankenkassen voraus, die sich mitunter aufwendig gestalten. Erst nach einer erfolgreichen Abstimmung unter den beteiligten Akteuren kann beim BVA ein Antrag auf Zuteilung von Fördermitteln gestellt werden. Ferner ist nicht auszuschließen, dass einige Mittel aus dem Fonds nur als Substitut für fehlende KHG-Mittel genutzt werden. Dennoch sollte über eine längerjährige Fortführung des Strukturfonds mit folgenden Anpassungen nachgedacht werden.

Finanzierung durch Steuermittel des Bundes. In der aktuellen Ausgestaltung des Strukturfonds werden 500 Mio. € durch den Gesundheitsfonds bereitgestellt. Eine

verpflichtende Beteiligung der PKV ist nicht vorgesehen, lediglich eine Finanzierung auf freiwilliger Basis. Die Vorteile der geförderten Maßnahmen kommen jedoch allen Versicherten, unabhängig vom Versichertenstatus, zugute. Anstelle einer Finanzierung durch den Gesundheitsfonds ist daher eine Finanzierung aus Steuermitteln des Bundes naheliegend. Dies würde dem Bund außerdem ein Mitspracherecht bei der Verteilung der Mittel einräumen. Die 1:1 Ko-Finanzierung der Länder sollte dabei erhalten bleiben.

Bundesweit einheitlicher Kriterienkatalog. Die Finanzierung durch Steuermittel des Bundes würde es dem Bund ermöglichen, einen bundesweit einheitlichen Katalog von Vergabekriterien zu definieren. Denkbar wäre die Einführung eines Punktesystems, das die beantragten Maßnahmen anhand der beabsichtigten Bettenreduktion bewertet. So könnte ein abzubauenendes bzw. zu verlagerndes Bett eines zu schließenden Standorts mit vier bzw. zwei Punkten, ein abzubauenendes Bett in einem weiterbestehenden Standort mit einem Punkt sowie auch ein im Rahmen einer Konzentration zu verlagerndes Bett mit einem Punkt bewertet werden. Je nach beantragter Maßnahme kann der Antragsteller damit Punkte sammeln. Das Verhältnis von beantragtem Fördervolumen zur erreichten Punktzahl wäre am Ende ausschlaggebend für das Ranking innerhalb der Zuteilung der Fonds-Mittel. Im Ergebnis würden solche Anträge gefördert, die relativ wenige Mittel je Punkt beantragen (siehe dazu auch Jendges et al. 2016).

Antragstellung durch Träger. Derzeit dürfen nur die Länder Anträge für Fördermittel stellen. Im Vorfeld finden zwar Abstimmungsprozesse mit den Krankenhausträgern und den beteiligten Krankenkassen statt, jedoch bleibt die Entscheidungshoheit über die Auswahl der förderwürdigen Maßnahmen letztlich dem Land überlassen. Denkbar ist, dass dann ein Teil der Mittel des Strukturfonds für die normale Investitionsförderung der Länder nach dem KHG eingesetzt werden. Wenn es einen bundesweit einheitlichen Kriterienkatalog zur Vergabe der Fondsmittel gäbe, entstünde ein Wettbewerb unter den Antragsstellern, der dazu führt, nicht zu viele Mittel je „Punkt“ zu fordern, um bei der Zuteilung gut abzuschneiden. In diesem Fall könnten auch die Krankenhäuser selbst Anträge stellen. Zu gewährleisten wäre nur, dass mit der beantragten Strukturoptimierung die Versorgungssicherheit nicht gefährdet wird.

8.5 Fazit

Mit der Einführung des Strukturfonds hat der Gesetzgeber die richtigen Weichen gestellt. Die bisherigen Ausschöpfungsquoten zeigen, dass der Fonds von den Akteuren in hohem Maße angenommen wird. Strukturanpassungen – wie mit dem KHSG angestrebt – sind jedoch längerfristige Prozesse, denen eine kurzfristige Finanzierung nicht gerecht wird. Es wurde gezeigt, wie sich eine mögliche Soll-Struktur und die nötigen Investitionskosten zur Erreichung dieser Soll-Struktur ableiten lassen. Neben den bisherigen Mitteln des Strukturfonds wären dazu weitere rund 10 Mrd. € nötig. Aufgrund eines damit verbundenen geringeren Investitions-

bedarfs und einer besseren Ertragslage wären Einsparpotenziale von schätzungsweise 920 Mio. € möglich, was einer volkswirtschaftlichen Rendite von 8,3% entspräche. Es sollte daher über eine Fortführung des Strukturfonds mit Anpassungen nachgedacht werden. Eine Umfrage des RWI zeigt, dass auch die Mehrheit der Länder für eine Fortsetzung des Strukturfonds plädiert. Die Mittel des Strukturfonds sollten aus Steuermitteln des Bundes mit Ko-Finanzierung der Länder kommen. Die Verteilung der Mittel sollte nach einem bundesweit einheitlichen Kriterienkatalog erfolgen. Er sollte einen Anreiz beinhalten, ein möglichst günstiges Verhältnis zwischen zu erreichender Strukturoptimierung und beantragten Mitteln zu erzielen. Hierzu bietet sich ein Punktesystem an. Damit könnten auch Krankenhausräger selbst Anträge stellen.

8

Literatur

- Augurzky B, Beivers A, Straub C, Veltkamp C. Krankenhausplanung 2.0. RWI Materialien 84. Essen: RWI 2014.
- Augurzky B, Krolop S, Pilny A, Schmidt CM, Wuckel C. Krankenhaus Rating Report 2017: Strukturfonds – beginnt jetzt die große Konsolidierung? Heidelberg: medhochzwei 2017.
- Jendges T, Augurzky B, Hacker J. Krankenhausstrukturfonds: Nur keine Häppchen. *f & w – führen und wirtschaften im Krankenhaus* 2016; 33 (2): 144–147.
- Preusker U, Müschenich M, Preusker S. Darstellung und Typologie der Marktaustritte von Krankenhäusern 2003–2013. Gutachten im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes. 2014.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg) Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 1991. Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.1. Wiesbaden 1993.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg) Grunddaten der Krankenhäuser 2015. Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.1.1. Wiesbaden 2016.
- vdek – Verband der Ersatzkassen e. V. Stand der Anträge zum Strukturfonds zum 4.8.2017.