

Boris Augurzky, Dirk Engel, Sebastian Krolop,
Christoph M. Schmidt und Stefan Terkatz

Insolvenzrisiken von Krankenhäusern – Bewertung und Transparenz unter Basel II

Eine Analyse aktueller und zukünftiger
Ratings von deutschen Krankenhäusern und
Handlungsoptionen zu deren Verbesserung

Heft 15

Executive Summary



Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung

Vorstand:

Prof. Dr. Christoph M. Schmidt, Ph.D. (Präsident),

Prof. Dr. Thomas K. Bauer

Prof. Dr. Wim Kösters

Verwaltungsrat:

Dr. Eberhard Heinke (Vorsitzender);

Dr. Dietmar Kuhnt, Dr. Henning Osthues-Albrecht, Reinhold Schulte
(stellv. Vorsitzende);

Prof. Dr.-Ing. Dieter Ameling, Manfred Breuer, Christoph Dänzer-Vanotti,
Dr. Hans Georg Fabritius, Prof. Dr. Harald B. Giesel, Karl-Heinz Herlitschke,
Dr. Thomas Köster, Hartmut Krebs, Tillmann Neinhaus, Dr. Günter Sander-
mann, Dr. Gerd Willamowski

Forschungsbeirat:

Prof. David Card, Ph.D., Prof. Dr. Clemens Fuest, Prof. Dr. Walter Krämer,

Prof. Dr. Michael Lechner, Prof. Dr. Till Requate, Prof. Nina Smith, Ph.D.,

Prof. Dr. Harald Uhlig, Prof. Dr. Josef Zweimüller

Ehrenmitglieder des RWI Essen

Heinrich Frommknecht, Prof. Dr. Paul Klemmer

RWI : Materialien Heft 15

Herausgeber: Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung,
Hohenzollernstraße 1/3, 45128 Essen, Tel. 0201/81 49-0

Alle Rechte vorbehalten. Essen 2004

Schriftleitung: Prof. Dr. Christoph M. Schmidt, Ph.D.

Redaktionelle Bearbeitung: Joachim Schmidt

ISSN 1612-3573 – ISBN 3-936454-36-1

Boris Augurzky, Dirk Engel,
Sebastian Krolop, Christoph M. Schmidt
und Stefan Terkatz

Insolvenzrisiken von Krankenhäusern –
Bewertung und Transparenz unter Basel II

Executive Summary

Die gesamte Studie kann zum Preis von 550 €
beim RWI Essen bezogen werden.

RWI : Materialien

Heft 15

Boris Augurzky, Dirk Engel, Sebastian Krolop,
Christoph M. Schmidt und Stefan Terkatz

Insolvenzrisiken von Krankenhäusern – Bewertung und Transparenz unter Basel II

Eine Analyse aktueller und zukünftiger Ratings von
deutschen Krankenhäusern und Handlungsoptionen
zu deren Verbesserung



Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Die Autoren danken Samuel Berhanu, Rainer Graskamp, Dr. Sabine Griem, Dr. Michaela Lemm und Joachim Schmidt für wertvolle Kommentare und Anregungen, Karl-Heinz Herlitschke für die engagierte Unterstützung bei der Erstellung der Datenbank, Claudia Lohkamp und Marlies Tapaß für die organisatorische Hilfestellung sowie Frank Jacob für die Bearbeitung der Grafiken. Die Verantwortung für den Inhalt und für eventuelle Fehler tragen vollständig die Autoren.

ISSN 1612-3573

ISBN 3-936454-36-1

Inhalt

Executive Summary	9
1. Hintergrund	12
2. Datengrundlage	14
3. Überblick über Methodik und Krankenhausspezifika	19
4. Ergebnisse	24
5. Handlungsoptionen zur Verbesserung des Ratings	31
5.1 Sale-and-lease-back	35
5.2 Factoring	36
5.3 Abbau kurzfristiger Bankverbindlichkeiten	37
5.4 Abbau von Verbindlichkeiten aus Lieferung und Leistung	38
5.5 Zuführung von Eigenkapital	39
5.6 Zuführung von Eigenkapital durch Nachrangdarlehen	40
5.7 Senkung der Kosten	41
5.8 Umsatzwachstum durch höhere Auslastung	41
5.9 Outsourcing von Personal	43
5.10 Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse und deren Implikationen.	44
6. Fazit	45
Anhang	
1. Methodik.	48
1.1 Was ist Basel II, und was ist ein Rating?	48
1.2 Das Ratingverfahren in dieser Studie	50
2. Weitere Ergebnisse	57
Glossar	61
Literatur	62

Verzeichnis der Schaubilder

Schaubild 1:	Die Stichprobe besteht aus 212 Bilanzen, die Grundgesamtheit aus 2 240 Krankenhäusern	15
Schaubild 2:	Der Datensatz greift die bundesweite Verteilung nach Trägerschaft gut auf.	15
Schaubild 3:	48 % der Krankenhäuser in der Stichprobe besitzen aktuelle Bilanzdaten	16
Schaubild 4:	Der Datensatz besteht aus überdurchschnittlich großen Krankenhäusern.	17
Schaubild 5:	Die Sonderposten bilden den größten Anteil an der Bilanz . . .	18
Schaubild 6:	Durchschnittlich leicht negative Umsatzrendite bei Krankenhäusern in der Stichprobe.	18
Schaubild 7:	Die externen Informationen teilen sich auf in Bilanzdaten und krankenhausspezifische Risikofaktoren.	20
Schaubild 8:	Moody's Risk Calc™ errechnet die 1-Jahres-Insolvenzwahrscheinlichkeit und ordnet diese einer Ratingklasse zu	21
Schaubild 9:	Zahlreiche Entwicklungen kommen auf die Krankenhäuser in den kommenden Jahren zu	22
Schaubild 10:	Ca. 20 % der Krankenhäuser im roten Bereich	24
Schaubild 11:	Die durchschnittliche Insolvenzwahrscheinlichkeit der Krankenhäuser liegt über dem Durchschnitt aller Branchen	26
Schaubild 12:	Zahlreiche Faktoren können die Höhe der Insolvenzwahrscheinlichkeit beeinflussen	26
Schaubild 13:	Deutlich geringere Insolvenzwahrscheinlichkeit in den neuen Bundesländern	28
Schaubild 14:	Ein Nord-Süd-Gefälle ist nicht vorhanden	28
Schaubild 15:	Öffentlich-rechtliche Krankenhäuser weisen eine signifikant höhere Insolvenzwahrscheinlichkeit auf.	29
Schaubild 16:	Kliniken mit hoher Transparenz und Datenaktualität weisen eine signifikant geringere Insolvenzwahrscheinlichkeit auf . . .	30
Schaubild 17:	Signifikante Verschlechterung bei hohem Basisfallwert	31

Schaubild 18:	Ein schlechtes Rating führt zu einem deutlich höherem Zinsaufwand	32
Schaubild 19:	Anhand einer Beispielbilanz aus dem roten Bereich werden Auswirkungen von Maßnahmen dargestellt.	33
Schaubild 20:	Ein exemplarisches Bündel von Maßnahmen wird genauer untersucht	34
Schaubild 21:	Sale-and-lease-back	35
Schaubild 22:	Factoring	36
Schaubild 23:	Abbau kurzfristiger Bankverbindungen durch Abbau des Kassenbestands	37
Schaubild 24:	Abbau von Verbindlichkeiten aus Lieferung und Leistung durch Abbau des Kassenbestands	38
Schaubild 25:	Zuführung von Eigenkapital	39
Schaubild 26:	Zuführung von Eigenkapital durch Nachrangdarlehen	40
Schaubild 27:	Kostensenkung	42
Schaubild 28:	Umsatzwachstum durch höhere Auslastung.	42
Schaubild 29:	Outsourcing von Personal	43
Schaubild 30:	Die einzelnen Maßnahmen wirken sich unterschiedlich auf die Kennzahlen aus	45
Schaubild 31:	Krankenhausspezifische Daten bilden Grundlage für die simulierte Bilanz 2008 und angepasstes Rating	52
Schaubild 32:	Moody's RiskCalc berücksichtigt neun Kennzahlen	52
Schaubild 33:	Bis 2010 ist mit einer steigenden Kreditnachfrage zu rechnen	53
Schaubild 34:	Ein Szenario wird für den Rückgang der KHG-Fördermittel und den Abbau des Investitionsstaus definiert	54
Schaubild 35:	Bis 2008 konvergieren krankenhausesindividuelle Basisfallwerte auf Landesdurchschnitt	54
Schaubild 36:	Ein weiteres Szenario bildet die DRG-Konvergenzphase ab	56
Schaubild 37:	Ein weiteres Szenario bildet die Entwicklung der Patientenzahlen ab	56
Schaubild 38:	Die Öffentlichkeitsarbeit eines Krankenhauses hat einen Einfluss auf zukünftiges Umsatzwachstum	67
Schaubild 39:	Erwartete Ratings ohne DRG-Konvergenz und ohne Patientenentwicklung	58
Schaubild 40:	Erwartete Ratings mit DRG-Konvergenz aber ohne Patientenentwicklung	58
Schaubild 41:	Eine multivariate Regressionsanalyse legt den Zusammenhang zwischen Einflussfaktoren und Insolvenzwahrscheinlichkeit auf	59

Verzeichnis der Abkürzungen

BFW	Basisfallwert
DRG	<i>Diagnosis Related Groups</i>
EBITD	<i>Earnings Before Interest, Taxes and Depreciation</i> : Ergebnis der Geschäftstätigkeit vor Zahlungen für Zinsen, Steuern und kalkulatorische Abschreibungen (operatives Ergebnis)
EBITD-ROI	<i>Return on Investment</i> (Investitionsrendite), gemessen als EBITD dividiert durch Bilanzsumme
EK	Eigenkapital
FPÄndG	Fallpauschalenänderungsgesetz
FPG	Fallpauschalengesetz
GuV	Gewinn- und Verlustrechnung
L&L	Lieferung und Leistung
PD	<i>Probability of Default</i> , Ausfall- bzw. Insolvenzwahrscheinlichkeit

Insolvenzrisiken von Krankenhäusern – Bewertung und Transparenz unter Basel II

Eine Analyse aktueller und zukünftiger Ratings von deutschen Krankenhäusern und Handlungsoptionen zu deren Verbesserung

Executive Summary

Veränderte Rahmenbedingungen im Krankenhausesektor, wie zum Beispiel das neue Vergütungssystem nach Fallpauschalen, der hohe Investitionsbedarf und Veränderungen auf Seiten der Kreditinstitute, Stichwort Basel II, erhöhen den Stellenwert der Bonität bzw. der Kreditwürdigkeit deutscher Krankenhäuser für Krankenhausmanagement und Finanziere gleichermaßen. Dabei gewinnt nicht nur die aktuelle Bonität immer mehr an Bedeutung, sondern auch ihre Entwicklung im Laufe der Anpassung der Preise je Krankheitsfall auf ein bundeslandeseinheitliches Niveau bis 2008 (DRG-Konvergenzphase).¹ Vor diesem Hintergrund erstellt die Studie ein aktuelles und erwartetes Rating für das Jahr 2008 für 212 deutsche Krankenhäuser². Die Ratings werden aggregiert für den gesamten Krankenhausesektor in anonymer Form präsentiert. Es werden aber auch ausgewählte Teilaggregate betrachtet, z.B. das Rating nach Trägerschaft des Krankenhauses und für ost- und westdeutsche Krankenhäuser. Die Studie zeigt darüber hinaus Handlungsoptionen zur Verbesserung des Ratings auf.

In das Rating fließen Jahresabschluss- und extern zugängliche, krankenhausspezifische Daten ein. Unter Berücksichtigung der krankenhausspezifischen Entwicklungen werden die Jahresabschlüsse der einzelnen Kliniken bis zum Jahr 2008 fortgeschrieben. Zur Bestimmung des Ratings und der Ermittlung der individuellen Insolvenzrisikowahrscheinlichkeiten verwenden wir *Moody's RiskCalc*TM, ergänzt um krankenhausspezifische Faktoren. Hierzu zählen ins-

¹ Die Untersuchungen dieser Studie basieren auf dem Stand September 2004.

² Darunter befinden sich einige wenige Krankenhausketten, die wie ein einzelnes Krankenhaus behandelt werden.

besondere die krankenhausindividuelle Auswirkung der DRG-Konvergenzphase sowie die Konsequenzen des weiter zu erwartenden Rückzugs der öffentlichen Hand aus der Investitionsfinanzierung und Maßnahmen zum Abbau des bestehenden Investitionsstaus. Bürgschaften seitens der Krankenhausträger bleiben unberücksichtigt, da wir davon ausgehen, dass sich insbesondere die öffentliche Hand – wie bislang bereits erkennbar – aus eigener finanzieller Not immer stärker zurückzieht und die Privatisierung von Kliniken weiter voranschreitet.

Die Untersuchungen dieser Studie ergeben, dass die durchschnittliche Insolvenzwahrscheinlichkeit im Krankenhaussektor gegenwärtig etwa 1,7 % beträgt. Der Durchschnitt für alle Unternehmen liegt in Westdeutschland bei 1,1 %, in Ostdeutschland bei 2,1 % (Bindewald et al. 2004). 21 % der Kliniken befinden sich im so genannten „roten“ Bereich, d.h. diese Häuser werden erhebliche Schwierigkeiten bei der Kreditaufnahme haben. In der Fachwelt spricht man von hoch spekulativen Anlagen³, die *Financial Times Deutschland* spricht gar von „Ramsch-Status“ (FTD vom 21. Oktober 2004). Bis 2008 ist von einem Ansteigen der Insolvenzwahrscheinlichkeit auf 2,2 % und einer Zunahme des roten Bereichs auf 26 % auszugehen.

Es zeigen sich deutliche Unterschiede für einzelne Gruppen von Krankenhäusern. Ein starkes Gefälle besteht vor allem zwischen Ost- und Westdeutschland. Kliniken im Osten weisen eine signifikant niedrigere Insolvenzwahrscheinlichkeit auf als Kliniken im Westen. Ein Nord-Süd-Gefälle lässt sich indessen nicht erkennen. Das Rating öffentlich-rechtlicher Kliniken fällt deutlich schlechter aus als das der privaten und der freigemeinnützigen Krankenhäuser mit aktuellen Jahresabschlussdaten, d.h. hoher Transparenz ihrer wirtschaftlichen Aktivitäten, befinden sich in einer substanziell besseren Lage als solche mit geringer Transparenz.

Schließlich zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der relativen Höhe des Krankenhausbudgets, dem so genannten DRG-Basisfallwert, der das individuelle Preisniveau aller Leistungen eines Krankenhauses darstellt, und dem Rating. Je höher der heutige Basisfallwert liegt, umso besser das aktuelle Rating. Nur etwa 21 % der Kliniken mit einem hohen Basisfallwert befinden sich im roten Bereich, aber 26 % der Kliniken mit niedrigem Basisfallwert. Im Zuge der Angleichung der Basisfallwerte (DRG-Konvergenzphase) auf ein bundeslandeinheitliches Niveau bis 2008 wird sich diese Relation jedoch vollständig umkehren. Krankenhäuser mit hohem Basisfallwert verlieren an Umsatz, während die anderen gewinnen. Ohne weit reichende Anpas-

³ Häufig unterscheidet man zwischen so genannten Investment-Grade-Anlagen mit einer Insolvenzwahrscheinlichkeit bis 1 % und Non-Investment-Grade- bzw. spekulative Anlagen ab 1 % Insolvenzwahrscheinlichkeit. Der rote Bereich in dieser Studie beginnt sogar erst ab 2,6 % und enthält somit hochspekulative Anlagen.

sungsmaßnahmen des einzelnen Krankenhauses fallen schließlich 31 % der Häuser mit einem heute überdurchschnittlichen Basisfallwert in den roten Bereich. Im Gegenzug werden davon nur noch 11 % der Häuser mit derzeit niedrigem Basisfallwert betroffen sein.

Falls es den betroffenen Krankenhäusern nicht gelingt, der Verschlechterung ihres Ratings entgegenzuwirken, werden sie entweder sehr teure Kreditkonditionen in Kauf nehmen müssen oder sogar überhaupt keine Kredite bzw. Mittel am Kapitalmarkt mehr erhalten. Betroffene Häuser sind damit zum Teil in ihrer Existenz bedroht. Ein schlechtes Rating ist jedoch nicht naturgegeben. Die Kennzahlen, die das Rating bestimmen, können durch die Unternehmenspolitik beeinflusst werden.

Diese Studie thematisiert den Stellenwert der berücksichtigten Kennzahlen für das Rating und quantifiziert die Wirkung von Änderungen dieser Kennzahlen auf das Rating. Ein schlechtes Rating führt zu hohen Risikoaufschlägen und damit zu hohen Finanzierungskosten. Für ein gutes Rating gilt das Gegenteil. Wir stellen einige Maßnahmen zur Verbesserung des Ratings exemplarisch vor. Es wird deutlich, welche Maßnahmen in welchem Ausmaß zu einer Reduktion der Finanzierungskosten führen. Damit lassen sich betriebswirtschaftliche Maßnahmen zur Verbesserung des Ratings im Rahmen einer Kosten-Nutzen-Analyse vergleichen und priorisieren. Nichtsdestoweniger muss in der Gesamtsicht neben der Optimierung der Finanzierungskosten auch die der Betriebskosten berücksichtigt werden.