

TRENDWATCH

KRANKENHAUSFINANZIERUNG AUF DEM PRÜFSTAND

Auswirkungen aktueller Entwicklungen auf die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser

INHALT

1. Vorbemerkungen	3
2. Struktur und Wesen der Krankenhausfinanzierung in Deutschland	5
2.1. Zahlen und Fakten	5
2.2. Duale Finanzierung	8
2.3. Trägervielfalt und Unterschiede bei der Finanzierung	10
3. Ausgewählte Aspekte und Herausforderungen der Krankenhausfinanzierung	13
3.1. Aktuelle wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser	13
3.2. Unzureichende Berücksichtigung der Inflation	17
3.3. Mögliche Auswirkungen auf Abschluss und Lagebericht der Krankenhäuser	19
4. Weitere wesentliche Herausforderungen	23
5. Fazit und Ausblick	24



1. VORBEMERKUNGEN

Die internationale Berichterstattung in der COVID-19-Pandemie hat gezeigt, dass das deutsche Krankenhausystem traditionell anerkannt ist.¹ Mit seiner Effizienz, Qualität und Fähigkeit zur Resilienz in Krisensituationen galt es vielen Ländern als Vorbild. Das Gesundheitswesen sichert nicht nur die medizinische Versorgung der Bevölkerung, sondern hat auch eine große volkswirtschaftliche Bedeutung für Deutschland.

Aufgrund des kontinuierlichen Anstiegs der Gesundheitskosten, des Mangels an Fachpersonal, der immer komplexer werdenden Regulatorik, sowie des steigenden Modernisie-

rungsstaus steht das deutsche Gesundheitssystem dieser Tage vor bedeutenden Herausforderungen. Die Zustimmungswerte zum deutschen Gesundheitswesen sind nach der Pandemie wieder spürbar gesunken: Im Jahr 2024 zählen nur noch 52 % der Deutschen ihr Gesundheitswesen zu den Top-3-Systemen der Welt, während es im ersten Pandemiejahr 2020 noch 72 % waren.²

Finanzierung und Liquidität sind von entscheidender Bedeutung im Gesundheitswesen, insbesondere für die Sicherstellung von medizinischer Versorgung im ländlichen Raum. Die aktuell finanzielle Lage jedoch ist prekär. Sie

spiegelt sich in der seit Jahren rückläufigen Anzahl an Krankenhäusern wider. Im Jahr 1991 gab es noch rund 2.400 Kliniken in Deutschland, 2022 verzeichnete das Statistische Bundesamt nur noch rund 1.900 Kliniken.³ Dies entspricht einem Rückgang von rund 500 Krankenhäusern beziehungsweise 21 % in rund 30 Jahren.

Und Besserung ist nicht in Sicht: Im Jahr 2023 drohte 18 % der deutschen Krankenhäuser die Insolvenz. Nach Berechnungen des RWI Krankenhaus Rating Reports 2023 wird der Anteil an insolvenzbedrohten Krankenhäusern bis 2030 sogar auf 44 % steigen. 2023 erzielten 47 % der Häuser einen Jahresverlust.⁴

Dabei ist die umfassende Darstellung der aktuellen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen im Jahresabschluss und Lagebericht eines Krankenhauses unabdingbar, um die finanzielle Lage richtig einzuordnen. Dazu gehören vor allem Aspekte wie die Vorfinanzierung von Betriebskosten (Stichwort „Pflegebudget“), die Eigenmittelfinanzierung von Investitionen und die aktuelle Vergütungsentwicklung im Vergleich zu anderen Branchen.

Der Wirtschaftsprüfer nimmt bei der Bewertung der finanziellen Lage eine wichtige Rolle ein. Er bestätigt die Verlässlichkeit der in Jahresabschluss und Lagebericht enthaltenen Informationen eines Krankenhauses und erhöht so deren Glaubhaftigkeit. Sein Prüfungsurteil muss der Abschlussprüfer mit hinreichender Sicherheit dazu abgeben, ob Jahresabschluss und Lagebericht in allen wesentlichen Belangen in Übereinstimmung mit den gesetzlichen Vorschriften aufgestellt worden sind und sie ein den tatsächlichen Verhältnissen entsprechendes Bild der Vermögens, Finanz- und Ertragslage vermitteln.

Im vorliegenden Positionspapier analysiert das IDW im Schwerpunkt die gegenwärtig prekäre finanzielle Situation im Krankenhaussektor und die Auswirkungen der stark gestiegenen Inflation. Ebenfalls werden mögliche Auswirkungen auf den Jahresabschluss und den Lagebericht der Krankenhäuser dargestellt. Abschließend werden weitere wesentliche Herausforderungen skizziert, die mittel- und langfristig auf die Krankenhauslandschaft zukommen.



2. STRUKTUR UND WESEN DER KRANKENHAUSFINANZIERUNG IN DEUTSCHLAND

2.1. Zahlen und Fakten

Das zentrale Regelwerk zur Definition eines Krankenhauses, dessen Strukturen und Leistungsbereiche sowie dessen Finanzierung regelt das 1972 gefasste Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG). Dort heißt es in § 1 KHG, dass

Zweck des Gesetzes die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser ist, um eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen digital ausgestatteten, qualitativ hochwertig und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen.

Weiter heißt es in § 1 KHG, dass bei der Durchführung des Gesetzes die Vielfalt der Krankenhausträger zu beachten ist. Dabei ist nach Maßgabe des Landesrechts insbesondere die wirtschaftliche Sicherung freigemeinnütziger und privater Krankenhäuser zu gewährleisten. Die Gewährung von

Fördermitteln nach diesem Gesetz darf nicht mit Auflagen verbunden werden, durch die die Selbständigkeit und Unabhängigkeit von Krankenhäusern über die Erfordernisse der Krankenhausplanung und der wirtschaftlichen Betriebsführung hinaus beeinträchtigt werden.

In Deutschland gibt es nach den Angaben des Statistischen Bundesamtes Ende 2022 (Stand 13. Dezember 2023) insgesamt 1.893 Krankenhäuser mit insgesamt 480.382 aufgestellten Betten. Von den 1.893 Krankenhäusern sind:

- Öffentlich: 539 Krankenhäuser mit 226.622 Betten
- Freigemeinnützig/kirchlich: 598 Krankenhäuser mit 155.653 Betten
- Privat: 756 Krankenhäuser mit 98.107 Betten

Die meisten Krankenhäuser, nämlich 353, befinden sich in Bayern. Danach folgen Nordrhein-Westfalen mit 333, Baden-Württemberg mit 249 und Niedersachsen mit 173 Krankenhäusern⁵.

Die deutsche Gesundheitswirtschaft wird von unterschiedlichen Akteuren getragen. Neben der klassischen Gesundheitsversorgung in den Einrichtungen der ambulanten und stationären Krankenversorgung umfasst der sogenannte zweite Gesundheitsmarkt eine Reihe von Dienstleistungen und Produkten wie Arzneimittel, Fitness, Wellness, Gesundheitstourismus, aber auch Sport, Freizeit, Ernährung, Wohnen und weitere.

Insgesamt betrug im Jahr 2021 die Bruttowertschöpfung im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft rund 392 Milliarden Euro. Das entsprach einem Anteil von 12,1 % am Bruttoinlandsprodukt. Das Wachstum des Sektors lag in den vergangenen zehn Jahren über dem Wachstum des gesamten Bruttoinlandsproduktes.⁶

Aktuell erzielen in Deutschland rund 1.890 Krankenhäuser einen Gesamtumsatz von 127 Milliarden Euro für die Behandlung von 17 Millionen stationären und 21 Millionen ambulanten Patienten. An vielen Orten sind die Krankenhäuser die größten Arbeitgeber und ganz wesentliche Wirtschaftsfaktoren, da sie regional einen großen Bedarf an Gütern und Dienstleistungen für die eigene Leistungserbringung beziehen.⁷


Der Gesundheitsmarkt trägt mit einem großen Volumen zum Export bei. 2021 betrug der Export der deutschen Gesundheitswirtschaft 158 Milliarden Euro, was einen Anteil von 9,4 Prozent der Gesamtexporte ergab.⁸

Im Fokus der volkswirtschaftlichen Sicht auf die Gesundheitswirtschaft stehen aber in der Regel die Gesundheitsausgaben. Für das Jahr 2021 meldete das statistische Bundesamt Ausgaben in Höhe von

474,1 Mrd.⁹ EUR. Dabei ist zu beachten, dass eine gute Gesundheitsversorgung eine wesentliche Voraussetzung für eine stabile Wirtschaft ist.


Die Finanzierung dieser Ausgaben erfolgt in Deutschland mit rund 54 % über die gesetzlichen Krankenkassen.¹⁰

Aufgrund des hohen Mitteleinsatzes für das Gesundheitswesen ist der Zugang zur Gesundheitsversorgung in Deutschland gut. Die Kennzahlen „Ärzte und Pflegekräfte pro tausend Einwohner“ lagen noch 2017 mit 20 % bei den Ärzten und 50 % bei den Pflegekräften deutlich über den Vergleichsländern der OECD. Auch die Anzahl der Pflegebetten / 1.000 Einwohner liegt im internationalen Vergleich sehr hoch.¹¹ Im internationalen Vergleich wird hier regelmäßig auf Überkapazitäten im deutschen Gesundheitsmarkt verwiesen; zumindest nimmt die Bevölkerung in Deutschland viele Leistungen des Gesundheitswesens in Anspruch.



In den kommenden Jahren ist mit einem deutlichen Abbau der Krankenhausstandorte in Deutschland zu rechnen, der sich bei weiterhin schwierigen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen zusätzlich beschleunigen dürfte.

Als Wachstumstreiber des innerdeutschen Gesundheitsmarktes gilt unter anderem die demographische Entwicklung mit einer steigenden Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen und -produkten. Gleichzeitig hemmt die demographische Entwicklung aber auch die Erbringung insbesondere von Dienstleistungen in der Gesundheitsversorgung, in Pflege und Betreuung aufgrund des Kapazitäts- und Fachkräftemangels. Prognosen zeigen, dass dem Gesundheitswesen im Jahr 2035 etwa 1,8 Millionen Fachkräfte fehlen werden. Bereits 2022 beklagen 72 % des medizinischen Personals die körperliche Belastung, nur 30 % können sich vorstellen, ihren Beruf bis zur Rente auszuüben.¹²



Effizientere Prozesse, Digitalisierung, Robotik und insgesamt hohe medizinische Standards müssen sowohl zur Steigerung der Qualität als auch zur Beseitigung von Kapazitätsengpässen in der Zukunft dienen.

Die Gesundheitswirtschaft wird als Branche mit hohen Chancen auf Wachstum, Beschäftigung und Innovationen wahrgenommen; sie ist auch eine High-Tech-Branche, in die weltweit sehr intensiv in Forschung und Entwicklung für Biotechnologie, Pharmazie und Medizintechnik investiert wird.

2.2. Duale Finanzierung

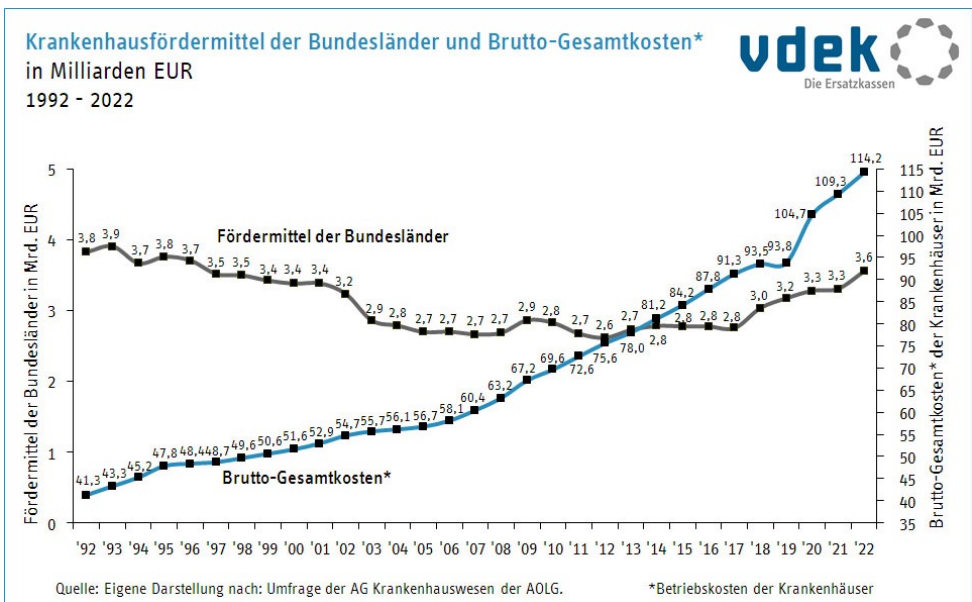
Die im Krankenhaussystem bestehende duale Finanzierung ist ebenfalls im KHG geregelt. Danach sollen

- **Investitionskosten**, wie etwa Neubauten oder neue Geräte durch die Bundesländer finanziert (Fördermittel) und
- **Betriebskosten**, also alle Kosten, die für die Behandlung von Patientinnen und Patienten entstehen, von den Krankenkassen bezahlt werden.

Investitionskosten: Voraussetzung für den Anspruch auf Fördermittel zur Finanzierung von Investitionskosten ist, dass das jeweilige Kran-

kenhaus im Krankenhausplan des Bundeslandes aufgenommen wird. Liegt ein Plankrankenhaus vor, dann soll das betroffene Bundesland grundsätzlich den Bau, die Erweiterung, die Anschaffung neuer Geräte aber auch die Schließung eines Krankenhauses oder einer Abteilung durch Gewährung von Fördermitteln finanzieren.

Betrachtet man jedoch die Entwicklung der Fördermittel im Zeitablauf, so kann festgestellt werden, dass die Fördermittel seit 1992 stagnieren, während sich die Betriebskosten der Krankenhäuser zwischen 1992 und 2022 nahezu verdreifacht haben, wie die folgende Darstellung zeigt.



Die Förderquoten nehmen also im Zeitablauf permanent ab und zwingen die Krankenhäuser verstärkt Eigenmittel einzusetzen, um zumindest den Status Quo bei der technischen und baulichen Ausstattung zu erhalten.

Die Bundesländer sind über die Investitionsfinanzierung auch für die Sicherstellung einer flächendeckenden stationären Versorgung zuständig. Diese hoheitliche Aufgabe besteht auch dann weiter, wenn Krankenhausschließungen oder -insolvenzen zu Lücken in der stationären Versorgung führen. In dem Fall hat das betroffene Bundesland entsprechende Gegenmaßnahmen zu ergreifen.

Betriebskosten: Die Finanzierung der laufenden Kosten für die medizinische und pflegerische Behandlung von Patienten ist hingegen von den Krankenkassen sicherzustellen. Seit dem Jahr 2020 werden diese über eine Kombination von Fallpauschalen für bestimmte Diagnosen und einer Pflegepersonalkostenvergütung (Pflegebudget) finanziert.

- Dabei werden die Preise von Krankenhausleistungen, sprich wie viel die Krankenkassen für eine stationäre Behandlung der Patienten in Deutschland bezahlen, auf Basis von Verhandlungen zwischen den Krankenkassen und den Landeskrankenhausgesellschaften auf Landesebene jedes Jahr vereinbart. Festgesetzt wird dabei für jedes Bundesland ein einheitlicher Landesbasisfallwert, der für alle Krankenhäuser mit einem Versorgungsauftrag gilt. Ob öffentlich, freigemeinnützig oder privat, spielt keine Rolle. Die Verhandlungen zum Landes-

basisfallwert (LBFW) berücksichtigen unter anderem allgemeine Kostensteigerungen bei den Personal- und Sachkosten, allerdings immer zeitlich versetzt. Hohe inflationsbedingte Steigerungen der Personal- und Sachkosten zwingen Krankenhäuser, diese bis zu einer Berücksichtigung der Kostensteigerungen im Landesbasisfallwert vorzufinanzieren (vgl. hierzu ausführlicher „3.2 Unzureichende Berücksichtigung der Inflation“). Hinzu kommt, dass viele Krankenhäuser wesentliche Liquiditätszuflüsse aufgrund noch nicht abgeschlossener Entgeltvereinbarungen erst deutlich verspätet und nur ratierlich über Zuschläge auf den Landesbasisfallwert erhalten. Die aktuelle Situation einer Vielzahl noch nicht abgeschlossener Budgetvereinbarungen für Vorjahre widerspricht insbesondere der gesetzlichen Regelung einer prospektiven Entgeltvereinbarung (vgl. bspw. § 18 Abs. 3 Satz 1 KHG).

- Seit 2020 werden die Kosten der Pflege am Bett über das Pflegebudget separat in Höhe der entstehenden Kosten vergütet. Ziel ist es dabei, den Beruf der Pflege zu stärken.

Aufgrund der aktuell hohen Inflation bei den Sachkosten, insbesondere den Energiekosten, hat die Bundesregierung den Krankenhäusern weitere Gelder zur Verfügung gestellt, um einen Teil der bisher nicht refinanzierten Kostensteigerungen abzudecken (z.B. § 26f KHG). Kalkulatorische Grundlagen für die Bemessung der Behandlungskosten betreffen insbesondere die Personal- und Sachkosten, aber aufgrund des Systems der dualen Finanzierung keine Abschreibungen. Dies bedeutet, dass bei rückläufi-

gen Förderquoten und der Notwendigkeit der verstärkten Eigenmittelfinanzierung bei den Investitionen, die Krankenhäuser gezwungen sind, aus dem Behandlungsbereich oder anderen angrenzenden Bereichen (ambulante Leistungen, Wahlleistungen, Nebenbetriebe) Überschüsse zu erwirtschaften.

Die Krankenhäuser sind derzeit bei ihrer Finanzierung gezwungen, aus dem Behandlungsbereich Überschüsse zu erwirtschaften, um Investitionen zu tätigen. Dies widerspricht grundsätzlich den gesetzlichen Regelungen zur dualen Finanzierung



2.3. Trägervielfalt und Unterschiede bei der Finanzierung


Die im KHG vorgeschriebene Trägervielfalt ist gegeben (siehe hierzu auch 2.1.). Strukturelle Unterschiede ergeben sich beim Vergleich der Anzahl und der durchschnittlichen Bettengröße der Häuser. Zwar haben private Krankenhausträger die meisten Krankenhäuser, aber im Vergleich zu den beiden anderen Trägergruppen deutlich weniger Betten. Die öffentlichen Krankenhäuser sind häufig deutlich größer als die Krankenhäuser der privaten und freigemeinnützigen Krankenhausträger. Diese strukturellen Unterschiede sollen bei der anstehenden Krankenhausstrukturreform eine besondere Rolle spielen.

Auf eine kleine Anfrage der Linksfraktion im Jahr 2021 erklärte die Bundesregierung, dass in der Trägervielfalt bei Krankenhäusern ein Versorgungsvorteil gesehen wird. Der historisch gewachsene Trägerpluralismus habe sich für die Leistungserbringung im deutschen Gesundheitssystem grundsätzlich bewährt.

Weiter heißt es in der Antwort der Bundesregierung, dass die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Krankenhausversorgung Verantwortung der Länder sei, die dabei das Gebot der Trägervielfalt zu beachten hätten. Sie müssten also in ihrer Planung Krankenhäuser in öffentlicher, freigemeinnütziger und privater Trägerschaft berücksichtigen. Der Pluralismus trage dazu bei, Anreize zur Verbesserung von Wirtschaftlichkeit und Qualität der Krankenhausversorgung zu schaffen.¹³

Nach Angaben des Ärzteblattes vom 21. September 2021 wird die Bedeutung des Wettbewerbs zwischen Krankenhäusern auch durch das Bundeskartellamt betont. „Der Wettbewerb im Krankenhauswesen bewirkt eine flächendeckende und allgegenwärtige Qualitätskontrolle für die Krankenhäuser“, sagte Andreas Mundt, Präsident des Bundeskartellamtes, bei der Vorstellung eines Abschlussberichtes zur sogenannten „Sektoruntersuchung Krankenhäuser“.¹⁴

Gehörten alle Kliniken vor Ort zum selben Träger, gehe der Qualitätswettbewerb verloren, weil man Abwanderungen zur Konkurrenz nicht mehr befürchten müsse. Stattdessen rücke der finanzielle Anreiz in den Vordergrund, auf Kosten der Behandlungsqualität zu sparen, etwa beim Personal oder bei der Ausstattung. „Wettbewerb ist also auch im Krankenhauswesen eine unverzichtbare Kontrollinstanz“, so Mundt.¹⁵



Vor dem Hintergrund der beschriebenen Defizite bei der Finanzierung der Investitions- und Betriebskosten müssen Krankenhäuser zusätzliche Finanzierungsquellen erschließen, um die Fortführung des laufenden Betriebes einschließlich hierfür notwendiger Investitionen sicherzustellen.

Bei der Frage nach zusätzlichen Finanzierungsquellen für die Krankenhäuser spielt die Zuordnung der Krankenhausträger zu öffentlich, freigemeinnützig oder privat eine wesentliche Rolle.

Häufig ist die Zuführung von (Betriebsmittel-)Liquidität durch Dritte (insbesondere mittels Bank oder Bankdarlehen) erschwert, da sich viele Banken aufgrund der aktuell besonderen Risikolage mit potenziellen Auswirkungen auf die Kapitaldienstfähigkeit von Krankenhäusern zurückhalten. Viele Krankenhäuser in kommunaler Trägerschaft erhalten in diesen Fällen von den Kommunen einen Defizitausgleich etwa in Form von Investitions- und Betriebskostenzuschüssen, Bürgschaften und zinsvergünstigten Darlehen.¹⁶

Dabei sind sowohl Regelungen des Europäischen Beihilferechts als auch nationale Vorschriften (insbesondere UWG, KHG sowie kommunalwirtschaftsrechtliche Vorgaben) zu beachten¹⁷. Freigemeinnützige und private Krankenhäuser haben demgegenüber (derzeit) einen Wettbewerbsnachteil. „Soweit Defizitausgleiche diskutiert werden, wird die Möglichkeit der Unterstützung regelmäßig mit Hinweis auf ein Urteil des BGH vom 24. März 2016 – I ZR 263/14 („Kreiskliniken Calw“) abgelehnt.“¹⁸

Im Jahr 2023 hat ein Klinikbündnis gegen das Land Berlin Klage vor dem Verwaltungsgericht Berlin eingereicht mit dem Ziel prüfen zu lassen, „inwiefern die zusätzlichen Sonderleistungen an den landeseigenen Klinikkonzern Vivantes in Hinblick auf das Grundgesetz (Berufsfreiheit und Gleichbehandlungsgrundsatz), das EU-Beihilferecht, das Krankenhausfinanzierungsgesetz und die Vorgaben zur Haushaltsplanung rechtmäßig sind.“¹⁹

Ein Rechtsgutachten aus November 2023, welches vom Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V., vom Deutschen Evangelischen Krankenhausverband e.V., vom deutschen Roten Kreuz e.V. und vom katholischen Krankenhausverband Deutschland e.V. in Auftrag gegeben wurde, kommt zu dem Ergebnis, dass der nur für staatliche Krankenhäuser angewandte Defizitausgleich eines Landes gegen das gesetzlich und verfassungsrechtliche Gebot der Gleichbehandlung der Plankrankenhäuser (Prinzip der Trägervielfalt) verstößt. Insofern müssten nach Einschätzung des Gutachtens auch die freigemeinnützigen und privaten Plankrankenhäuser die gleiche Förderung erhalten. Andernfalls müsste die selektive Förderung der kommunalen Krankenhäuser unterlassen oder aufgehoben werden.²⁰

Festzuhalten ist, dass in der aktuellen Praxis Krankenhäuser in kommunaler Trägerschaft häufig von ihren Gesellschaftern (Städte, Kommunen und Landkreise) mit Betriebs- und oder Investitionszuschüssen ausgestattet werden. Inwieweit die oben genannte Klage und das angesprochene Gutachten hier zukünftig eine Veränderung in der Finanzierungstätigkeit durch die Gesellschafter hervorbringen, bleibt abzuwarten.

Jedenfalls können sich angesichts der beschränkten Finanzmittel für die Kommunen, insbesondere auch vor dem Hintergrund der aktuellen wirtschaftlichen Entwicklung, zunehmend Zielkonflikte ergeben, wenn es um die Entscheidung geht, kommunale Krankenhäuser zu unterstützen. Dazu zählen beispielsweise ebenfalls notwendige Investitionen in den Bildungssektor (Kindergärten, Schulen und weitere).



3. AUSGEWÄHLTE ASPEKTE UND HERAUSFORDERUNGEN DER KRANKENHAUSFINANZIERUNG

3.1. Aktuelle wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser

Eine zunehmende Anzahl von Krankenhäusern in Deutschland weist in den Jahresabschlüssen der Jahre 2021 und 2022 Jahresfehlbeträge aus, die teilweise sehr deutlich ausfallen. Gründe sind eine im Vergleich zum Vor-Corona-Jahr 2019 zurückbleibende, unzureichende Belegungssituation, tarifbedingte Personalkostensteigerungen, mehr krankheitsbedingte Personalausfälle, die entweder Neueinstellungen von Personal erfordern oder anderenfalls die Belegungssituation beeinträchtigen und nicht ausgeglichene inflationsbedingte Preissteigerungen.

Sofern in der Vergangenheit erwirtschaftete (kumulierte) Jahresfehlbeträge auch mit einem

Rückgang des Finanzmittelfonds einhergehen, und – ausweislich einer Erfolgs- und Finanzplanung – künftig (in den nächsten zwölf bis 18 Monaten) erwartete, weitere Verluste zu einem Liquiditätsengpass oder Zahlungsschwierigkeiten führen können, ist seitens der gesetzlichen Vertreter des Krankenhauses zu untersuchen, ob die Einleitung von Sanierungsmaßnahmen (zur Ertragsteigerung oder Kostensenkung) möglich ist und/oder Kapital oder Liquidität von Dritten oder dem Gesellschafter zugeführt werden kann. Zudem sind natürlich die Pflichten der gesetzlichen Vertreter nach der InsO zu beachten.



Die gesetzlichen Vertreter eines Krankenhauses müssen die Zahlungsfähigkeit jederzeit sicherstellen. Falls die gesetzlichen Vertreter zu der Auffassung gelangen, dass das Krankenhaus zur Sicherung des Fortbestands (weitere) finanzielle Mittel (Liquidität) benötigt, muss der Anspruch darauf spätestens bis zur Aufstellung des Jahresabschlusses gesichert sein, damit die gesetzlichen Vertreter den Jahresabschluss unter der Annahme der Fortführung der Unternehmenstätigkeit aufstellen können.

Ausweislich der im Dezember 2023 veröffentlichten jährlich durchgeführten, schriftlichen Befragung²¹ des DKI erwarten die Krankenhäuser, dass der Anteil der Häuser mit negativen Jahresergebnis von 54 % im Jahr 2022, also von knapp der Hälfte aller Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten, 2023 auf voraussichtlich 78 % ansteigen wird. Auch der Anteil der Häuser mit einem Jahresüberschuss wird von 35 % auf voraussichtlich 7 % sinken.²²

Zum Erhebungszeitpunkt im Frühjahr 2023 beurteilten 78 % der Krankenhäuser ihre wirtschaftliche Lage als eher unbefriedigend, 5 % der Krankenhäuser schätzten ihre wirtschaftliche Lage als eher gut ein und 18 % waren in dieser Hinsicht unentschieden.²³

Auch unabhängig von der Krankenhausgröße wird die aktuelle wirtschaftliche Lage insgesamt kritisch gesehen. In den kleinen Krankenhäusern bis 299 Betten und in großen Krankenhäusern ab 600 Betten beurteilen 80 % und 85 % der

Krankenhäuser ihre aktuelle wirtschaftliche Situation als eher unbefriedigend; dies sei laut DKI-Krankenhaus-Barometer eine besonders dramatische Situation.²⁴

Für 2024 erwarten 71 %, und somit fast drei Viertel der Krankenhäuser, eine Verschlechterung der wirtschaftlichen Situation, während nur 4 % der Krankenhäuser eine Verbesserung der wirtschaftlichen Situation erwarten; 25 % der befragten Krankenhäuser sind in dieser Hinsicht indifferent.²⁵

Ein Indikator für die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser ist die Entwicklung der Unternehmensinsolvenzen. Ausweislich einer Auswertung von Insolvenzfällen größerer Unternehmen mit einem Umsatz von mehr als 10 Millionen Euro (durchgeführt von der Restrukturierungsberatung Falkensteg) waren im Jahr 2023 mit 38 Fällen die meisten Großinsolvenzen im Gesundheitswesen zu beklagen, gefolgt von der Autoindustrie mit 32 und der Modebranche mit 30 Insolvenzen.²⁶

Für das Jahr 2024 bestehe der DGK-Pressemitteilung vom 27.12.2023 zufolge die Gefahr, dass sich die Zahl der Krankenhaus-Insolvenzen „...wegen der absehbar starken Personalkostenentwicklung noch verdoppelt“.²⁷

Ob und in welchem Umfang eine zunehmende Anzahl von Krankenhaus-Insolvenzen eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung beeinträchtigt oder gefährdet, hängt grundsätzlich von der regionalen und räumlichen Verteilung und dem dadurch möglicherweise wegfallenden Leistungsspektrum ab.

Analyse der wirtschaftlichen Entwicklung der Krankenhäuser auf Basis ausgewählter Kennzahlen

Auf Basis des Krankenhaus-Betriebsvergleiches der Solidaris Unternehmensgruppe²⁸, in den weit überwiegend die Kennzahlen konfessioneller, aber auch kommunaler Krankenhäuser eingeflossen sind, sowie der beruflichen Erfahrungen des Berufsstands der Wirtschaftsprüfer können einige Trendaussagen zur wirtschaftlichen Entwicklung der Krankenhäuser in Deutschland in den Jahren 2020 bis 2022 getroffen werden:

Im Geschäftsjahr 2020 hatten die Krankenhäuser durch den Corona-Schutzschirm genug „Luft“ zum Atmen. In den Geschäftsjahren 2021 und 2022 wurden die vorhandenen Geldmittelbestände aber weit überwiegend wieder aufgebraucht. Der Anteil der Freihaltepauschalen einschließlich Versorgungszuschlägen an den Erlösen aus Krankenhausleistungen lag 2022 bei 5%, während er 2021 noch bei knapp 7 % und 2020 bei rund 12 % lag. Die Leistung gemessen an der Fallzahl konnte im Jahr 2021 – nach einem Rückgang von 8 % im Jahr 2020 – wieder um 4 % und im Jahr 2022 um weitere 1 % gesteigert werden.

Die Jahresergebnisse 2022 lagen erneut unter dem Vorjahresniveau. Die operativen Ergebnisse fielen weit überwiegend defizitär aus: Die in den Jahresabschlüssen 2022 ausgewiesenen nahezu ausgeglichenen Jahresergebnisse sind also nicht durch die eigentliche Geschäftstätigkeit der Krankenhäuser begründet, sondern durch periodenfremde oder einmalige, nicht wiederkehrende Geschäftsvorfälle getragen.

Auch die Innenfinanzierungskraft (gemessen am EBITDA und an der EBITDA-Marge) der Krankenhäuser ist für das Geschäftsjahr 2022 begrenzt. Die EBITDA-Marge liegt für alle in den Krankenhaus-Betriebsvergleich der Solidaris Unternehmensgruppe einbezogenen Krankenhäuser bei durchschnittlich lediglich 1,2 % nach 2,3 % im Jahr 2021. Bei einer durchschnittlichen EBITDA-Marge von 1,2 % liegt es auf der Hand, dass ein nicht unerheblicher Anteil der in den Betriebsvergleich eingeflossenen Krankenhäuser für das Jahr 2022 eine negative EBITDA-Marge ausweist. Diese Krankenhäuser haben folglich ihre frei verfügbaren Geldmittelbestände mittlerweile deutlich reduziert oder sogar vollständig aufgebraucht.

Im Krankenhaus Rating Report 2023 wird auf Basis der Bilanzstruktur eines Krankenhauses eine Mindest-EBITDA-Marge errechnet, um Abschreibungen und Kapitalkosten finanzieren zu können. Diese beläuft sich für das Beispiel eines freigemeinnützigen Krankenhauses auf 6,4 %.²⁹

Die Gegenüberstellung dieser Mindest-EBITDA-Marge (6,4%) und der erhobenen durchschnittlichen EBITDA-Marge (1,2%) verdeutlicht eindrucksvoll, warum die Krankenhäuser derzeit nur begrenzt in der Lage sind, die notwendigen (Zukunfts-) Investitionen zu refinanzieren.

Bestätigt wird durch den Krankenhaus Rating Report 2023 auch die negative Entwicklung der Ertragslage der deutschen Krankenhäuser.³⁰ Im

dort entwickelten Szenario „Fortschreibung“, welches die aktuellen finanziellen Rahmenbedingungen in die Zukunft projiziert, zeigt sich für die überwiegende Mehrheit aller Krankenhäuser ab 2024 ein negatives Jahresergebnis mit einer sukzessiven Verschlechterung der wirtschaftlichen Situation. Hinzu kommt, dass der Anteil der KHG-Fördermittel an den Erlösen aus Krankenhausleistungen seit dem Jahr 1991 (über 10 % der Erlöse aus Krankenhausleistungen) kontinuierlich abgesunken ist (2021: 3,2 % der Erlöse aus Krankenhausleistungen).³¹

Eine PwC-Studie unterstreicht, dass die Digitalisierung nicht nur in der Investitionsphase, sondern auch im laufenden Betrieb hohe Kosten verursacht. Öffentliche Förderprogramme unterstützen Digitalisierungsprojekte, dennoch besteht eine erhebliche Unterdeckung der Finanzierung der Betriebskosten. In den Fallpauschalen selbst, mit denen nach dem KHG die Betriebskosten der Krankenhäuser zu finanzieren sind, finden sich derzeit nahezu überhaupt keine Mittel für eine entsprechende Finanzierung der Digitalisierung.³²




3.2. Unzureichende Berücksichtigung der Inflation

Anders als in anderen Branchen können Krankenhäuser die inflationsbedingt gestiegenen Kosten nicht über den Preis an die Kunden (Patienten und Sozialleistungsträger) weitergeben. Vielmehr sind die Krankenhäuser preislich an die Entwicklung des Bundesbasisfallwertes bzw. der Landesbasisfallwerte gebunden.

Die Preisentwicklung bzw. Fortschreibung des jährlich festzulegenden Bundesbasisfallwertes ergibt sich grundsätzlich auf Grundlage folgender komplexer gesetzlicher Regelungen:

- Das Bundesministerium für Gesundheit stellt nach § 71 Abs. 3 Sozialgesetzbuch V (SGB V) bis zum 15. September eines jeden Jahres für die Vereinbarungen der Vergütungen des jeweils folgenden Kalenderjahres die durchschnittliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen fest, und zwar je Mitglied für den gesamten Zeitraum der zweiten Hälfte des Vorjahres und der ersten Hälfte des laufenden Jahres gegenüber dem entsprechenden Zeitraum der jeweiligen Vorjahre. Am 8. September 2023 gab das Bundesministerium für Gesundheit auf Grundlage der vierteljährlichen Rechnungsergebnisse der Krankenkassen und des Gesundheitsfonds die durchschnittliche Veränderungsrate mit + 4,22 % bekannt.
- Das Statistische Bundesamt veröffentlicht auf Grundlage des § 10 Abs. 6 KHEntgG den sogenannten Orientierungswert für Krankenhäuser. Der Orientierungswert gibt die durchschnittliche jährliche prozentuale Veränderung der Krankenhauskosten wieder, die ausschließlich auf Preis- und Verdienständerungen zurückzuführen ist. Das Statistische Bundesamt hat diesen Orientierungswert bis spätestens zum 30. September jeden Jahres zu veröffentlichen. Für den Zeitraum des 2. Halbjahres 2022 und des 1. Halbjahres 2023 beträgt der Orientierungswert im Vergleich zum entsprechenden Vorjahreszeitraum 6,95 %. Der Teilorientierungswert für Personalkosten liegt bei 3,94 % und für Sachkosten bei 10,42 %.
- Überschreitet der Orientierungswert die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V, so wie es derzeit der Fall ist, so wird die Veränderungsrate nach § 9 Abs. 1b Satz 12. HS KHEntgG um bis zu einem Drittel dieser Differenz erhöht (Drittel-Regelung).
- Für das Jahr 2024 ergibt sich daher de lege lata eine (maximal mögliche) Steigerung des Bundesbasisfallwertes in Höhe von 5,13 % ($= 4,22 \% + 1/3 \times (6,95 \% - 4,22 \%)$).
- Die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der GKV-Spitzenverband und der Verband der Privaten Krankenversicherung haben gemäß § 10 Absatz 9 KHEntgG auf Basis des Berechnungsergebnisses des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus den Bundesbasisfallwert für das Jahr 2024 bis zum 31. März 2024 zu vereinbaren.




Die Bundesbasisfallwerte 2022 bis 2024, die Kostensteigerungen kompensieren sollen, bilden aufgrund der gesetzimmanenten zeitlichen Verzögerung der Berücksichtigung der Inflation und wegen der sogenannten „Drittel-Regelung“, die Preissteigerungen der Jahre 2022 bis 2024 folglich bisher unzureichend ab.

Auch wenn sich im Laufe des Jahres 2023 die jahresdurchschnittliche Inflation abgeschwächt hat, so zeigt sich in einer, von dem gesetzlichen Anpassungsmechanismus abweichenden, vereinfachenden Gegenüberstellung der Bundesbasisfallwert-Erhöhrungen für die Jahre 2022 bis 2024 (2022: 2,3 %; 2023: 4,4 %; 2024 (geschätzt): 5,1 %; vereinfachend in Summe 11,8 %) und der Inflation für die Jahre 2022 bis 2024 (laut statistischem Bundesamt; 2022: 6,9 %; 2023: 5,9 %; 2024 (geschätzt): 3,0 %; vereinfachend in Summe 15,8 %) eine deutliche, preisbedingte Finanzierungslücke. Dabei ist insbesondere zu beachten, dass die preisbedingte Finanzierungslücke des Jahres 2022 in Höhe von ca. 4,6 % (Inflation 2022 in Höhe von 6,9 % abzüglich Erhöhung des Landesbasisfallwertes 2022 in Höhe von 2,3 %) sich im Jahr 2023 um ca. 1,5 Prozentpunkte (Inflation 2023 in Höhe von 5,9 % abzüglich Erhöhung des Landesbasisfallwertes 2023 in Höhe von 4,4 %) auf ca. 6,1 % erhöht und sich im Jahr 2024 voraussichtlich um lediglich ca. 2,1 Prozentpunkte (Erhöhung des geschätzten Landesbasisfallwertes 2024 in Höhe von 5,1 % abzüglich geschätzte Inflation 2024 in Höhe von ca. 3,0 %) auf ca. 4,0 % vermindert.

Mithin ergibt sich für die Jahre 2022 bis 2024 eine kumulative, preisbedingte Finanzierungslücke in Höhe von ca. 14,7 % (= 4,6 % + 6,1 % + 4,0 %). Diese wird durch die Energiehilfen für den Zeitraum 1. Oktober 2022 bis 30. April 2024, die sich auf ca. 5 % der Erlöse aus Krankenhausleistungen belaufen, sowie die vollständige Refinanzierung der Pflegepersonalkosten, die bei einem ca. 20 %-igen Anteil an den Gesamtbudgets ca. 3 % der kumulativen, preisbedingten Finanzierungslücke in Höhe von gerundet 15 % beträgt (= 15 % x 0,2), nicht geschlossen. Überschlägig ermittelt ergibt sich vielmehr eine kumulative, preisbedingte Finanzierungslücke für die Jahre 2022 bis 2024 in Höhe von ca. 7 % (= ca. 15 % - ca. 8 %).

Die aktuelle wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser verschärft sich in diesem Kontext zudem, weil – bei nicht kurzfristig anpassbaren Kostenstrukturen – spürbar weniger Patienten als noch vor der Corona-Pandemie behandelt werden.



Für die Jahre 2022 bis 2024 ergibt sich eine überschlägig ermittelte Finanzierungslücke von 7 %. Um zumindest die preisbedingte Finanzierungslücke, die allein in den Jahren 2022 und 2023 entstanden ist, für die Zukunft zu schließen, wäre – bei Vernachlässigung der Energiehilfen, die ohnehin zum 30. April 2024 auslaufen – ein dauerhafter Inflationsausgleich von rund 4 % auf den Bundesbasisfallwert bzw. die Landesbasisfallwerte angezeigt.



3.3. Mögliche Auswirkungen auf Abschluss und Lagebericht der Krankenhäuser

Die negative wirtschaftliche Entwicklung der Krankenhäuser in Deutschland hat zu einem nachhaltigen Abbau der vorhandenen, frei verfügbaren Geldmittelbestände geführt.

Der Abschlussprüfer beurteilt im Rahmen der Jahresabschlussprüfung, ob die Einschätzung der gesetzlichen Vertreter über die Anwendung des Rechnungslegungsgrundsatzes der Fortführung der Unternehmenstätigkeit bei der Aufstellung des Abschlusses angemessen ist. Dies schlägt sich auch im Bestätigungsvermerk des Abschlussprüfers nieder. So hat der Abschlussprüfer nach § 322 Abs. 2 Satz 3 HGB auf Risiken, die den Fortbestand des Krankenhauses gefährden, hinzuweisen. Solche Hinweise im Bestätigungsvermerk dürften für viele Stakeholder der geprüften Krankenhäuser, unter anderem Banken, von Bedeutung sein.

Im Rahmen der durchzuführenden Jahresabschlussprüfungen in der Prüfungssaison 2024 wird vermehrt die Frage zu stellen sein, wie lange die Fortführung der Unternehmenstätigkeit des jeweils geprüften Krankenhauses noch auf absehbare Zeit gegeben ist.

Aber nicht nur im Bestätigungsvermerk, sondern auch im Anhang und Lagebericht eines Krankenhauses selbst müssen Hinweise auf bestandsgefährdende Risiken enthalten sein:

Rechnungslegungsgrundsatz der Fortführung der Unternehmenstätigkeit (Going-Concern-Annahme)

Nach § 252 Abs. 1 Nr. 2 HGB ist bei der Bewertung der Bilanzposten grundsätzlich von de-

Fortführung der Unternehmenstätigkeit auszugehen, es sei denn, dem stehen tatsächliche oder rechtliche Gegebenheiten entgegen.

Die Going-Concern-Annahme stellt einen zentralen Grundsatz ordnungsmäßiger Buchführung und Bilanzierung für handelsrechtliche Abschlüsse dar. Nach dem Rechnungslegungsgrundsatz der Fortführung der Unternehmenstätigkeit wird der Abschluss unter der Annahme aufgestellt, dass das Krankenhaus für die absehbare Zukunft seine Geschäftstätigkeit fortführt. Tritt die Ursache für eine Abkehr von der Going-Concern-Prämisse erst nach dem Bilanzstichtag ein, darf der Abschluss dennoch nicht mehr unter der Annahme der Unternehmensfortführung aufgestellt werden.

Die aktuellen Rahmenbedingungen können dazu führen, dass eine wesentliche Unsicherheit darüber besteht, ob ein Krankenhaus seine Unternehmenstätigkeit fortführen kann. Zu den wesentlichen krisenhaften Entwicklungen eines Krankenhauses zählen, in Anlehnung an den IDW Prüfungsstandard: Die Beurteilung der Fortführung der Unternehmenstätigkeit im Rahmen der Abschlussprüfung (IDW PS 270 n. F.) (10.2021), und in Ergänzung um krankenhausspezifische Sachverhalte beispielsweise:

- Vergangenheits- oder zukunftsorientierte Finanzaufstellungen deuten auf negative betriebliche Cashflows hin,
- Darlehensverbindlichkeiten mit fester Laufzeit, die fällig werden, ohne dass eine realistische Aussicht auf Verlängerung oder auf Rückzahlung besteht,

- erhebliche betriebliche Verluste oder erhebliche Wertbeeinträchtigung bei Vermögenswerten, die zur Erwirtschaftung von Cashflows dienen,
- Unfähigkeit, Verbindlichkeiten bei ihrer Fälligkeit zu begleichen,
- hohe Ausgleichsforderungen aufgrund noch nicht mit den Kostenträgern abgeschlossenen Entgeltvereinbarungen,
- Personalmangel insbesondere im ärztlichen und pflegerischen Bereich, der nicht durch Neueinstellungen beseitigt werden kann,
- Fachabteilungen bzw. Leistungsbereiche mit hohen Defiziten.

Besteht eine wesentliche Unsicherheit im Zusammenhang mit Ereignissen oder Gegebenheiten, die einzeln oder insgesamt bedeutsame Zweifel an der Fähigkeit des Krankenhauses zur Fortführung der Unternehmenstätigkeit aufwerfen können, müssen die gesetzlichen Vertreter im Abschluss u.a. die wichtigsten Ereignisse und Gegebenheiten, die bedeutsame Zweifel an der Fortführung der Unternehmenstätigkeit aufwerfen können, und die Pläne der gesetzlichen Vertreter zum Umgang mit diesen Ereignissen oder Gegebenheiten angeben.

Lagebericht

Jeder Lagebericht nach § 289 HGB ist zum einen vergangenheitsorientiert (Darstellung und Analyse des Geschäftsverlaufs und der Lage) und zum anderen zukunftsorientiert (Beurteilung und Erläuterung der voraussichtlichen Entwicklung mit ihren wesentlichen Chancen und Risiken). Die zukunftsorientierte Bericht-

erstattung muss auf Basis der wesentlichen Annahmen über die zukünftige Entwicklung plausibel und folgerichtig sein.

Anzugeben ist insbesondere auch, ob die gesetzlichen Vertreter bestandsgefährdende Risiken oder Risiken erkennen, die sich wesentlich auf die Vermögens-, Finanz- und Ertragslage auswirken können. Erkannte bestandsgefährdende Risiken sind als solche zu benennen.

Perspektivisch müssen sich die Krankenhäuser bei unzureichender Preisentwicklung, sinkenden Patientenzahlen, Verdrängungs- und Effizienzettbewerb mit anderen Krankenhäusern und ambulanten Leistungserbringern, zunehmender Leistungsregulierung durch die Krankenhausplanung und Strukturvorgaben behaupten. Unsicherheiten ergeben sich auch insbesondere hinsichtlich der zukünftigen Tarifeffekte, die die Personalaufwandsentwicklung prägen werden. Mittlerweile erstreckt sich auch der Fachkräftemangel im Krankenhaus über alle Berufsgruppen und Qualifikationsniveaus. Aufgrund der hohen Personalintensität stellt dies ein besonderes Risiko dar.

Die Krankenhausreform soll die Krankenhauslandschaft grundlegend umstrukturieren. Vorrangig geht es darum, die Patientenversorgung zu verbessern, die Leistungsangebote zu bündeln und die stationäre Krankenhausversorgung durch ambulante Angebote zu ergänzen oder zu ersetzen. Viele Krankenhäuser über-

prüfen im Zuge der zu erwartenden Krankenhausreform ihre medizinstrategische Ausrichtung. Die wirtschaftlichen Auswirkungen sind derzeit noch nicht absehbar. Für das abgeschlossene Geschäftsjahr 2023 war von besonderer Bedeutung, dass der sogenannte Ganzjahresausgleich als finanzielle Unterstützung der Krankenhäuser nicht mehr vorgesehen ist. Darüber hinaus zeichnet sich für das Geschäftsjahr 2023 bei vielen Krankenhäusern eine unverändert unzureichende Leistungsentwicklung auf dem Niveau des Jahres 2022 ab.

Sollte sich die Leistungsentwicklung auf diesem niedrigen Niveau fortsetzen, muss damit gerechnet werden, dass ein signifikanter und damit für die Versorgung der Patienten relevanter Anteil der Krankenhäuser die Zahlungsfähigkeit im Jahr 2024 aus eigener Kraft nicht mehr aufrechterhalten kann.

In welchem Umfang dann die Gesellschafter (Städte, Kommunen, Bistümer, Stiftungen, Kirchengemeinden, Orden etc.) in der Lage und bereit sind, diesen Krankenhäusern die notwendigen, liquiden Mittel zur Aufrechterhaltung der Zahlungsfähigkeit zur Verfügung zu stellen, ist im jeweiligen Einzelfall zu beurteilen. Folglich ist derzeit auch nicht prognostizierbar, in welchem Umfang es im Jahr 2024 zu Krankenhaus-Insolvenzen kommen wird.



4. WEITERE WESENTLICHE HERAUSFORDERUNGEN

Neben der für viele Krankenhäuser existenzbedrohenden Finanzierungslage und deren Folgen kommen auf die Krankenhäuser in den nächsten Jahren weitere große Veränderungen und ein damit einhergehender immenser Anpassungsbedarf zu:


Auf regulatorischer Seite ist hier insbesondere die geplante Krankenhausstrukturreform zu nennen. Die konkreten Auswirkungen dieser Reform auf einzelne Krankenhäuser sind derzeit noch nicht vollständig absehbar. Eine erfolgreiche Umstrukturierung erfordert eine Neuausrichtung der Krankenhausleistungen und Versorgungsstrukturen.



Finanzielle Anreize bei einer Krankenhausstrukturreform sollten dabei die erforderlichen Investitionen in Infrastruktur und Prozesse wirtschaftlich attraktiv gestalten.


So einigte sich etwa zwischenzeitlich der Vermittlungsausschuss aus Vertretern von Bundestag und Bundesrat hinsichtlich des Transparenzgesetzes. Danach sollen die Krankenhäuser mit Blick auf die geplante Krankenhausreform einen "Transformationsfonds" bekommen. Für diesen Fonds sollen ab dem Jahr 2025 für zehn Jahre 50 Milliarden Euro aufgebracht werden, die Finanzierung soll je zur Hälfte vom Bund und den Ländern aufgebracht werden.³³ Hier werden auch politische Leitplanken benötigt, um ein Zielbild für die intersektorale Gesundheitsversorgung in Deutschland auf lokaler, regionaler und überregionaler Ebene zu definieren und den Unternehmen damit Planungssicherheit für ihre Investitionsentscheidungen zu geben.

Es wird deutlich, dass sich die Dynamik von Angebot und Nachfrage im Gesundheitswesen auf verschiedenen Ebenen geändert hat: Die Leistungsmengen und Bettenbelegung sind nicht auf das vorpandemische Niveau zurückgekehrt, was potenziell zu einer Überversorgung führt. Gleichzeitig erschwert der demografische Wandel einerseits die Gewinnung und Bindung von qualifiziertem medizinischen Personal und andererseits führt die Alterung der Bevölkerung zu einem weiter steigenden Bedarf an medizinischen und pflegerischen Leistungen.




Um der Veränderung der Dynamik von Angebot und Nachfrage gerecht zu werden, sollten Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität der Branche als Arbeitgeber (Arbeitsmodelle, Vergütung, Ausbildungswege) ergriffen werden.

Digitalisierung und künstliche Intelligenz bieten ein großes Potenzial für das Gesundheitswesen, die Umsetzung jedoch stellt eine große Herausforderung dar. Des Weiteren besteht eine erhebliche Unterdeckung der Finanzierung von Betriebskosten, Instandsetzung und Investitionen bei Digitalisierungsvorhaben.



Es sollte über eine Fortsetzung des Krankenhauszukunftsgesetzes (KHZG) ebenso nachgedacht werden, wie über die Nutzung von KI zur Entlastung der Pflegekräfte insbesondere im Bereich der Dokumentation.

Die durch den Klimawandel verursachten Gesundheitsrisiken können das Gesundheitssystem belasten und werden weitere Anpassungen der Versorgung und Versorgungslandschaft bedingen. Kurzfristig steigen zudem die Erwartungen von Kapitalgebern und der Bevölkerung sowie die Reportingpflichten; insbesondere vor dem Hintergrund der Corporate Sustainability Reporting Directive (CSRD), die Krankenhäuser unter anderem dazu verpflichtet, über Emissionen zu berichten. Wie insbesondere aus dem Bundesklimaschutzgesetz hervorgeht, sind die Krankenhäuser bis 2045 zu klimaneutralen Gebäuden und Betriebsabläufen verpflichtet. Die aktuelle Infrastruktur ist noch weit von diesem Ziel entfernt.



Zur Bewältigung des Klimawandels werden umfangreiche finanzielle Förderungen der Investitionen durch die Länder oder auch Kommunen ebenso nötig sein wie beispielsweise beschleunigte steuerliche Abschreibungsfristen für eigenmittelfinanzierte Investitionen.



5. FAZIT UND AUSBLICK

Die Krankenhäuser agieren derzeit in wirtschaftlich sehr schwierigen Zeiten: Die unzureichende Berücksichtigung der Inflation in den Bundesbasisfallwerten 2022 bis 2024, das unverändert geringere Leistungsvolumen gegenüber 2019 und die hohen Forderungen an die Kostenträger aus fehlenden Budgetabschlüssen für vergangene Jahre treiben aktuell viele Krankenhäuser in erhebliche Liquiditätsschwierigkeiten. Für das Geschäftsjahr 2024 weisen die Wirtschaftspläne vieler Krankenhäuser erneut hohe operative Fehlbeträge und folglich wesentliche Liquiditätsabflüsse aus.

Es existiert indes keine Analyse über die vorhandenen, frei verfügbaren Geldmittelbestände der derzeit rund 1.900 Krankenhäuser in Deutschland. In welchem Umfang die Gesellschafter bereit und fähig sind, die von ihnen betriebenen Krankenhäuser finanziell zu unterstützen, ist nicht bekannt. Mithin sind fundierte Aussagen dazu, in welchem Umfang in den beiden kommenden Jahren 2024 und 2025 Krankenhaus-Insolvenzen zu erwarten sind, nicht verlässlich möglich.

Dies könnte dazu führen, dass sogar Krankenhäuser mit essenzieller Bedeutung für die regionale Versorgung aufgrund drohender Zahlungsunfähigkeit in Insolvenz geraten. Ein solches Szenario kann die Sicherstellung des Versorgungsauftrages bedrohen.

Die Zukunft der Krankenhauslandschaft in Deutschland erfordert eine ganzheitliche Strategie, um die bestehenden Herausforderungen anzugehen und eine nachhaltige, effiziente und patientenorientierte Versorgung zu gewährleisten. Um die Refinanzierung der hohen Kos-

tensteigerungen zu erreichen und nötige Investitionen in Infrastruktur, Digitalisierung und weitere Themen zu ermöglichen, sind sowohl ein kurzfristiger Inflationsausgleich als auch verlässliche Investitionskostenförderungen notwendig. Die Krankenhausbetreiber und Krankenkassen benötigen Planungssicherheit. Alle relevanten Betroffenen sollten in die weiteren Reformüberlegungen einbezogen werden, denn nur durch eine enge Zusammenarbeit können wirksame und nachhaltige Lösungen für das deutsche Krankenhaussystem gefunden werden.

- ²¹ Die Ergebnisse des Krankenhaus Barometers 2023 beruhen auf der schriftlichen Befragung einer repräsentativen Stichprobe von zugelassenen Allgemeinkrankenhäusern ab 100 Betten in Deutschland, welche von Mitte April bis Ende Juni 2023 durchgeführt worden ist. Beteiligt haben sich insgesamt 388 Krankenhäuser, vgl. Krankenhaus Barometer Umfrage 2023, Deutsches Krankenhausinstitut e. V., Düsseldorf, Dezember 2023, S. 4.
- ²² Vgl. ebenda, S. 9.
- ²³ Vgl. ebenda, S. 10.
- ²⁴ Vgl. ebenda, S. 10.
- ²⁵ Vgl. ebenda, S. 11.
- ²⁶ Vgl. Kliniken und Pflegeanbieter traurige Insolvenz-Spitzenreiter, Mark Fehr, FAZ vom 8.1.2024, (<https://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/unternehmen/insolvenzen-bei-kliniken-und-pflege-welche-schieflagen-2024-zu-erwarten-sind-19433017.html#void>), (Abruf vom 15.1.2024).
- ²⁷ Pressemitteilung DKG zum DKI-Krankenhaus-Barometer vom 27.12.2023.
- ²⁸ Vgl. Solidaris-Information, Jahrgang 26, Ausgabe 4, November 2023, S. 22-24.
- ²⁹ Vgl. Augurzky et al., Krankenhaus Rating Report 2023 – Die Revolution?!, S. 137 f.
- ³⁰ Vgl. ebenda, S. 109 f.
- ³¹ Vgl. ebenda, S. 61ff.
- ³² Vgl. Digitalisierung im Krankenhaus: Kosten und Nutzen in Theorie und Praxis, <https://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/krankenhaeuser/studie-digitalisierung-im-krankenhaus.html>.
- ³³ Vgl. MDR Aktuell, [Pressemitteilung vom 21.02.2024. Vermittlungsausschuss schafft Einigung bei Transparenzgesetz für Kliniken | MDR.DE](#). Abgerufen am 06.03.2024.

Dieses Positionspapier wurde vom Ausschuss Trendwatch in Zusammenarbeit mit dem Krankenhausfachausschuss des IDW erarbeitet.

Wir freuen uns über Ihre Anmerkungen. Sie können diese direkt an das Institut der Wirtschaftsprüfer in Deutschland e.V., Postfach 320580, 20420 Düsseldorf, oder an nati@idw.de senden.

Copyright © Institut der Wirtschaftsprüfer in Deutschland e.V., Düsseldorf 2023.

Bildrechte: Seite 13,22,24: ©Adobe-Stock.com/SkyLine

Seite 3: ©Adobe-Stock.com/sudok1

Seite 5: ©Adobe-Stock.com/Mumtaaz D/peopleimages.com

Seite 10: ©Adobe-Stock.com/beerhoff

Seite 13: ©Adobe-Stock.com/N Felix/peopleimages.com

Seite 16: ©Adobe-Stock.com/MQ-Illustrations

Seite 19: ©Adobe-Stock.com/Halfpoint

Seite 24: ©Adobe-Stock.com/Monster Zstudio

INSTITUT DER WIRTSCHAFTSPRÜFER IN DEUTSCHLAND E.V.
WIRTSCHAFTSPRÜFERHAUS

Tersteegenstr. 14
40474 Düsseldorf

Postfach 32 05 80
40420 Düsseldorf

Telefon: +49 (0) 211/4561-0
Telefax: +49 (0) 211/4561097

E-Mail: info@idw.de
Web: www.idw.de