

Vortrag

Health 2003

Berlin
25. November 2002

Strukturwandel im Krankenhaus-Markt
„Investitionsfinanzierung im Umbruch“

E. Münch
Rhön-Klinikum AG

Die Veränderung der Versorgung durch medizinischen Fortschritt und steigender Investitionsbedarf – bezogen auf den Krankenhausbereich

Versucht man den Stand der Leistung des Gesundheitswesens zu erfassen und die Entwicklungsdimension zu bestimmen, so lautet die erste Frage: Welche Leistung im Verhältnis zu was? Bei der Präzisierung wird sehr schnell deutlich, dass die Leistungen immer im Verhältnis zu den Anforderungen der Bevölkerung - den gewünschten oder definierten - gemessen werden. In jedem Fall ist für die Art und Menge der angeforderten Leistungen der demografische Aufbau und die demografische Entwicklung der Gesellschaft die alles entscheidende Größe.

Wenn wir also fragen: Verändert sich die Versorgung durch den medizinischen Fortschritt und in seinem Gefolge die Investition?, muss zuerst geklärt werden, was die Antriebskräfte für medizinischen Fortschritt sind und inwieweit daraus Investitionsbedarf für den Krankenhausbereich resultiert.

Die Menschen werden älter, werden im Alter häufiger krank und insbesondere die Abnutzungskrankheiten nehmen zu. So wie in der Jugend die Insignien des Alters (erreichter Konsum) angestrebt werden, wird im Alter (was man nicht hat, wird gewünscht) die Jugend angestrebt. Die Medizin entspricht diesem Bedürfnis, indem sie - beginnend mit - Ersatzteilen bis zur Schönheitsoperation den nennen wir es „aktiven Konsum“ bedient und mit den häufigeren, schicksalhaften Erkrankungen routinierter umgeht.

Es wäre allerdings zu kurz gesprungen, würde man davon ausgehen, dass die Medizin passiv auf die Nachfrage nach ihren Leistungen reagiert. In jedem Mediziner, in jedem Medizinforscher steckt ein Stück des Heilers; damit ist der gemeint, der das Heil bringt. „Heil bringen“ wird also mit „Helfen zu körperlichem Wohlbefinden“ und mit „Schmerzen verschwinden lassen“ nahezu gleichgesetzt. Der Schmerz, der beispielsweise mit einem nützlichen Eingriff verbunden ist, wird in diesem Sinne als kontraproduktiv gesehen und jeder versucht, ihn zu minimieren. Indem das gelingt – Beispiel: minimalinvasive Eingriffe –, entsteht unter Marketinggesichtspunkten ein Türöffner.

Gesundheitsdienstleistungen und ihre Inanspruchnahme sind von einem imaginären Schwellenwert abhängig. Dies basiert letztendlich auch auf dem Phänomen – ohne hier näher darauf einzugehen –, dass in unserer „aktiven Gesellschaft“ Alter oder Krankheit, noch schlimmer die Kombination Alter **und** Krankheit, ein Ausgrenzungskriterium bedeuten und keiner will abseits stehen. Weitere Entscheidungsfaktoren sind die individuelle Schmerzgrenze, die Verfügbarkeit der Heildienstleistung und die Bezahlbarkeit dieser Leistung.

Jeder kennt also den Leidensdruck, der individuell unterschiedlich ansteigen muss, bis man sich entschließt, sich „schneiden oder stechen“ zu lassen. Mit der Maßnahme „kleinerer Schnitt ist gleich weniger Schmerzen“, umschrieben als Nebenwirkung, wird somit die Hemmschwelle gesenkt und die Nachfrage erhöht. In einem System, in dem der Preis keine Rolle spielt, weil die Solidargemeinschaft diesen ersetzt, ist der einzig limitierende Faktor die individuelle Erwartung der Nebenwirkung, der Schmerzen. Ein Mittel zur Verzögerung der Alterung ohne jede Nebenwirkung hätte fast grenzenlose Nachfrage zur Folge. Ein Mittel zur Minderung von Beschwerden (Schmerzen), das bei zwei von Dreien schmerzfrei zum Erfolg

führt, bei dem aber ein Dritter unter Schmerzen stirbt, würde vermutlich nur noch diejenigen in das System bringen, die sowieso unter ebensolchen Schmerzen und Todesrisiko leiden.

Fakt ist, die Mitglieder unserer Gesellschaft werden immer älter. Wenn man nun untersucht, was wir für diese zukünftige Gesellschaft mit medizinischem Fortschritt umschreiben, so stünde am Anfang sicherlich die Forderung, überhaupt eine Lösung für die Befreiung von Tod und Leiden zu bieten und da dies bekanntermaßen nicht funktioniert gilt es, die Konzentration auf die schrittweise Absenkung der Hemmschwellen zu lenken.

Da es uns - nicht zuletzt durch die Inanspruchnahme der niederschweligen Medizin - tatsächlich gelingt, diejenigen, die eine gute genetische Disposition haben, älter werden zu lassen, kommen auch immer mehr Menschen an neue genetische Grenzen und bekommen Krankheiten, die sie früher nicht erlebt hätten. Das, was wir Fortschritt der Medizin nennen, ist somit überwiegend die Abtreppung gefährlicher und/oder schmerzhafter Einstiegsschwellen, die, wenn der Zugang geschaffen ist und Erfahrung entsteht, neue Dimensionen der Wirksamkeit eröffnet. Die Wertigkeit für den Einzelnen - eben manchmal das SEIN oder NICHTSEIN - verändert die Gesellschaft real, indem sie ihr zur Alterung verhilft, und sie schafft ob ihrer bloßen Existenz Wünsche und Erwartungen, welche die politischen Rahmenbedingungen bis zum Wahlverhalten entscheidend bestimmen. Dies wird in der alternden Gesellschaft um so prägender, je mehr Informationen über die Medien transportiert werden.

Ein zusätzlicher Aufschwung dieser Bewegung wird durch die Stärkung der Patientenrechte, die Kommunikation über Verfahrenshäufigkeiten etc. entstehen, weil der informierte Bürger die Information nutzen wird, um nicht nur die qualifizierteste Leistung, sondern die Leistung überhaupt nachzufragen.

Die Erfüllung der so geweckten Wünsche benötigt Investitionen, die entweder über staatliche Intervention oder durch Privatinitiative getätigt werden können. Durch das staatliche Versorgungssystem werden diese zunehmend eher unzureichend erfüllt. Die Folge sind Nachfrageüberhänge, die in Wartelisten kanalisiert werden. Die Wartelisten führen zu einer Selektion der Wartenden nach Kaufkraft und die Kaufkräftigen ermöglichen eine Kanalisation durch private Investitionen. Diese Investitionen, wenn sie erfolgreich sind, dienen dazu, den Bedarf für diejenigen zu decken, die entsprechend zahlungskräftig sind. Dabei entsteht allerdings bei den in der Warteliste Verbliebenen das Gefühl einer Benachteiligung, aus der politischer Druck und damit erneute Investitionen durch solidarische Mittelbereitstellung entstehen können.

Die Analyse der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen durch die ältere Generation zeigt überdeutlich, dass es bei der Befriedung der Leistungsbedürfnisse in der Gesellschaft der Alten in bedeutendem Umfang um konsumtives Verhalten geht. So wie der Erwerb eines Label-Kleidungsstücks in der Jugend die soziale Zugehörigkeit verbessert, so schafft die neue Hüfte die Voraussetzung für die weitere Zugehörigkeit der Alten zur jungen Gesellschaft überhaupt. Die aktuelle Form der Finanzierung durch 100% Solidarleistung enthemmt und schafft grenzenlose Nachfrage.

Eine Kanalisierung der Mengenspirale wäre möglich, indem ein Teil der Leistung mit einer Gegenleistung (Preisanteil) gekoppelt wird. Damit dieser Preis nicht zum k.o.-Instrument (Patient kann sich Behandlung nicht leisten) wird, wäre eine Selbstbeteiligung nötig, die so austariert ist, dass jeder entsprechend seinem Leistungsvermögen belastet wird. Möglich wäre dies, indem jeder mit einem Basispreis (z. B. 10%) belastet wird und dieser Preis entsprechend einer Spiegelung der Beitragsseite relativiert wird. Dieser Teil würde einerseits das Beitragsniveau, d. h. die Lohnnebenkosten, entlasten und andererseits zu einem besseren Abgleich der Generationen beitragen. Die Alten, für die medizinische Leistungen in weit höherem Maß Konsum und nicht der den sozialen Ausgleich bedürftige „Notfall Krankheit“ sind, zahlen abhängig von ihrer Inanspruchnahme mehr. Damit gleichen sie einen Teil ihrer natürlichen, aufgrund von Sättigung entstandenen, Kaufkraftzurückhaltung aus und fügen diese als Wachstum dem Wirtschaftskreislauf bei.

Eine unter Verantwortung und Konsequenz des Einzelnen gestellte, aber nicht eliminierte Nachfrage und die Erwartung der Leistungserbringer darauf bringt Bereitstellung, die nach den Gesichtspunkten der Volksgesundheit erwünscht sind. Beispielsweise wäre für die jährlich nötige Forschung nach Grippemitteln die erhöhte Absatzerwartung aufgrund von Selbstbeteiligung anstatt vollständiger Selbstzahlung ein förderlicher Anreiz.

Eine weitere prägende Ausrichtung der Medizinentwicklung und der Investitionen im Krankenhaussektor wird die zunehmende Gestaltung medizinischer Dienstleistung als rationeller Prozess sein. Prozessorientierung bedeutet zwangsläufig Mengenverdichtung und die Schaffung der notwendigen Produktionsinfrastruktur mit Hardware disponierten Prozessmodellen. Diese bedeuten Investitionen im Krankenhaus als infrastrukturelle Voraussetzung, welche zukünftig auch die Medizinforschung verstärkt als Verfahrens- und Prozessentwicklung ausrichten wird.

Ein eklatantes Beispiel könnte die Entwicklung der Schwerionentherapie in ihrer Ausrichtung als das, was wir unter nichtinvasiver Chirurgie oder Strahlenchirurgie verstehen, sein. Wir arbeiten in diesem Bereich an Modellen, die sowohl therapeutisch wie prozesstechnisch enorme Veränderungen bewirken können.

Aus der Analyse folgt die Erkenntnis, dass nicht nur die Frage der Investitionsfinanzierung (Gebäude und Ausstattung), sondern auch die davor liegende Verfahrensentwicklung zum existenziell notwendigen Finanzierungsbedarf gehört, weil nur die Kenntnis der Prozesse das Know-how für effiziente Investitionen verschafft. Da die medizinischen Fakultäten genau an dieser Stelle als Niemandsland betrachtet werden müssen und es nicht einmal den Anschein von Verbindungen zur universitären industriellen Verfahrensforschung gibt, werden Krankenhäuser an dieser Stelle auf Dauer oder noch lange auf sich selbst gestellt sein.

Leasing oder Einheit von Eigentum und Betrieb

Krankenhäuser und deren Einrichtung sind hochspezialisierte Produktionsstätten für die Herstellung von Gesundheitsdienstleistungen, die in extremen Maße von Spezialausrüstung geprägt sind. Der Erfolg im Wettbewerb um Patienten bestimmt

sich zu großen Teilen aus der Qualität und permanenten Entwicklung der Investition. Denn der Erfolg selber und seine Nachhaltigkeit basieren auf dem vergleichsweise qualitativ höchsten Leistungsangebot, der kostengünstigsten und produktivsten Struktur und der optimalen Umsetzung des medizinischen Fortschritts. Damit wird die Frage der Disposition der Investition ausschließlich aus der Kompetenz des Betriebes von entscheidender Bedeutung.

Für den Erfolg einer Unternehmung - und daran, dass ein Krankenhaus ein solches ist, sollte kein Zweifel mehr bestehen - ist die einheitliche Fokussierung aller Ressourcen von entscheidender Bedeutung. Dazu gehört die Kongruenz des im Krankenhaus eingesetzten Kapitals. Wohin mangelnde Kongruenz - gemeint ist gleichartige Zielsetzung - führt, hat die jüngere Geschichte des Krankenhauses mit Finanzierung der Investitionen nach staatlichen und politischen, aber nicht betriebswirtschaftlichen Grundsätzen gezeigt. Die finanzierungstechnische Trennung von Betrieb und Mobilien mittels Veräußerung derselben und Rückanmietung führt automatisch zu einer dem Immobilienanleger gemäßen statischen Gestaltung und einer stark gebremsten Veränderungsfähigkeit. Die statische Ausrichtung hat zwar meist günstige Zinssätze zur Folge, diese aber sind Ausdruck der vollständigen Risikoverlagerung auf den Betrieb (statische Miete gegen variable Erträge). Das bedeutet, dass die Pufferfunktion des Eigentums, die gerade bei unsteten technischen Anpassungsprozessen von Bedeutung ist, entfällt und damit fehlt oft der Freiraum im Betrieb, solche Anpassungen gemäß den gegebenen Wettbewerbsbedingungen im erforderlichen Umfang vorzunehmen.

Deshalb halte ich derartige Modelle für zweite Wahl. Abzulehnen sind sie, wenn die Trennung von Besitz und Betrieb nichts anderes bewirkt, als dass damit, wie das manchmal heißt, ein neues Immobilienprodukt geschaffen wird, bei dem ein im Grunde qualifizierter Betreiber seinen Namen gibt, indem er Mieten im Grenzbereich zusagt, um vor allem die Zwischenvertreiber mit überhöhten Verkaufsprovisionen oder Bauträger mit vorgezogenen Baugewinnen zu versorgen. Zu viele solcher Objekte haben die erzeugten Erwartungen der Immobilienanleger einerseits und andererseits die vom Wettbewerb bestimmten Bedingungen der zumeist ehrbaren Betreiber, welche die Wechsel in der Zukunft einlösen sollten, nicht erfüllt.

In die Nähe von - vorsichtig ausgedrückt - „Perversion“ geraten Konzepte, die allein aufgrund ausländischer Steuergesetze Festlegungen für bestimmte Gebäudenutzungen über 30 bis 99 Jahre vorsehen. Ich vermute, dass diejenigen, die sich in 20 Jahren mit solchen Hinterlassenschaften auseinandersetzen müssen, Mordgelüste gegen die Initiatoren entwickeln.

Fremdkapital, Eigenkapital, Rating und die Folgen

Kapital ist, so profan es klingt, vorgetane Arbeit: Es ist somit Lebensarbeitszeit, bzw. deren in Form von Kapital gespeichertes Ergebnis. Aus diesem Speicher möchte jeder mit möglichst geringem Aufwand durch Verleihung oder Anlage mehr machen, aber ihn gleichzeitig nicht verlieren. Eigenkapital und Fremdkapital unterscheiden sich lediglich nach der Fristigkeit. Da die Fristigkeit von Eigenkapital immer länger ist als die von Fremdkapital, hat das Fremdkapital vor dem Eigenkapital bei auftretendem Risiko eine schnellere Fluchtperspektive und deshalb ist Fremdkapital

langfristig niedriger verzinst, oder umgekehrt: erwartet Eigenkapital eine höhere Rendite.

Auch wenn die Eigenkapitalfinanzierung über Aktien den Eindruck macht, als könne das Eigenkapital schneller als Fremdkapital flüchten, so handelt es sich doch nur um eine Variante, wenn Eigentümer untereinander über den Preis der Aktie ausgleichen, wer der Letzte ist; in solchen Fällen kauft nämlich keiner mehr die Aktien des Unternehmens ab.

Die aktuelle Aktienbaisse bedeutet somit nichts anderes, als dass die anlagebereiten Kapitalgeber deutlich in der Minderzahl sind. Das heißt, dass sie glauben, dass ihr Kapital einem zu hohen Risiko ausgesetzt ist oder/ und dass ihre Gewinnchance den Einsatz nicht lohnt. Aus der Sicht der Unternehmen bedeutet diese Situation, dass Eigenkapital sogar für sehr gute Unternehmen innerhalb von wenigen Jahren 2 – 3 mal so teuer geworden ist und viele Unternehmen, die sich im Grenzbereich bewegen, kein Eigenkapital mehr bekommen. Betrachtet man die Entwicklung im langjährigen Vergleich, so muss man konstatieren, dass zwar aktuell eine Übertreibung nach unten besteht, letztlich aber Erwartungen, dass Eigenkapital sich mit deutlich über 10 % Gewinn aus dem realen Geschäft rentieren sollte, nicht durchaus angemessen sind. Auch die eingefleischten Sozialisten werden ihr Geld - das heißt ihre vorgetane Arbeit - nicht anders einsetzen. Die Gesetze, denen das Kapital generell folgt, werden mit dem Schwinden der Subventionsfinanzierung für Krankenhäuser Gültigkeit erlangen.

Fremdkapital ist die risikotechnisch abgestufte Verlängerung des Eigenkapitals von Anlegern, welche die konkret eingesetzten Mittel mit Zinsen zurückhaben wollen. Die Banken als normsetzende Kreditgeber von Fremdkapital haben nicht zuletzt durch den Druck des Shareholder value unter den nicht von ungefähr entstandenen Bedingungen die mit dem Schlagwort Basel II umschrieben werden, die Risikoqualifizierung zur alles bestimmenden Größe gemacht. Zur Bestimmung des Risikos werden Ratings gemacht, die ausgehend von Benchmarkansätzen relative Stärken und Schwächen ermitteln. Auch hier spielt die Wettbewerbsposition eine wichtige Rolle. Dabei gibt es jedoch auch einige technisch gesetzte Bedingungen, die darauf hinauslaufen, dass ein Unternehmen mit hohem Cashflow, der auf hohe **Umlaufgeschwindigkeit** der eingesetzten Mittel hinweist und damit auf eine geringe Fixierung des Kapitals im Hinblick auf seine bessere Entnahmekance im Ernstfall, im Rating besser beurteilt wird als kapitalfixierende Bedingungen. Da das Rating zukünftig auch bei Krankenhäusern die Eintrittskarte für Kredite sein wird und sich die Bedingungen für Eigenkapital ähnlich ermitteln werden, werden Krankenhäuser eine zweite Ebene des Wettbewerbs um das Kapital erleben.

Krankenhäuser der Öffentlichen Hand sind nicht ausgenommen, da Investitionsfördermittel nur noch spärlich fließen und die Verbesserung der Kreditwürdigkeit durch ihren Eigentümer kaum möglich sein wird, wenn es gilt, Verlustabdeckungen infolge der jetzt bekannt gewordenen Arbeiten der Universität Ilmenau zur Relevanz solcher Verlustübernahmen als Wettbewerbsverstöße zu charakterisieren.

DRG und ihre Finanzierungsfolgen

Mit der Einführung der DRG`s entsteht im Gegensatz zum bisherigen immer noch stark an Selbstkosten orientierten Vergütungssystem für Krankenhäuser ein Preissystem, bei dem Gewinne und Verluste die Regel und nicht die Ausnahme sind. Da es eine Reihe von Krankenhäusern gibt, die geringe oder keine Fördermittel im Rahmen ihrer Tätigkeit verwenden, ist der Beweis erbracht, dass es im Prinzip einer Finanzierung der Investitionen durch Subventionen nicht mehr bedarf. Diese Erkenntnis wird einerseits zu einem Privatisierungsboom und andererseits dazu führen, dass Gewinn und Cashflow die Basis der Kapitalbildung, der Kapitaleinwerbung und Investition sein werden. Ein schweres Handicap wird derjenige haben, der seine Investitionen aus alten Fördermittelbeständen finanziert hat, denn er kann die damit finanzierten Wirtschaftsgüter auch nicht abschreiben. Damit fehlt ihm in seiner Erfolgsrechnung der Cashflow als Reinvestitionsmittel. Macht er statt der Abschreibungen in dieser Höhe Gewinn (was unwahrscheinlich ist), so müsste er ihn versteuern und die Fördermittel würden rückwirkend verzehrt, ohne dem permanenten Wandel zur Wettbewerbssteigerung zugute zu kommen. Der Umstieg von der Subventionsfinanzierung auf die Selbstfinanzierung kann deshalb nur mit der Zuführung von Fremd- oder Eigenkapital ermöglicht werden.

Regionale Krankenhausaktien: Chancen und Risiken

Betrachtet man die aktuelle Krise der Eigenkapital- und Fremdkapitalmärkte, so sind diese nicht nur desolat, weil es eine Blase gegeben hat, die geplatzt ist, sondern auch - und nicht zuletzt -, weil durch die Globalisierung der Kapitalanlagen eine geringe Identifikation mit der Art der Anlage bestand. Damit wurde das Kapital sehr flüchtig, weil es ohne mentale Bindung schnell abgezogen und angelegt wird. Die Kapitalanleger haben allerdings das Bedürfnis zu sehen, WO und WAS ihr Geld macht. Dieses Bedürfnis wird sichtbar, wenn man die Käufer von Immobilien betrachtet. Die Frage ist also, ob sich ein Krankenhaus als regionale Kapitalanlage, z. B. als regionale AG refinanzieren könnte und gleichzeitig damit zu einem Teil der Bevölkerung im Einzugsgebiet eine Verbindung eingehen könnte, die den Bindungsverlust, der mit der Privatisierung entsteht, ersetzt. Die Kapitalanlage könnte über regional aufgestellte Banken und Sparkassen erreicht werden. Die Koppelung beispielsweise mit Gesundheitschecks als Dividenden-Sachleistung oder ähnliches könnte einen zusätzlichen Anreiz darstellen. Neben der Privatisierung durch Integration in Konzerne könnte auch ein aufgelegter Fonds, der regional zusammenliegende Häuser oder überregionale Häuser ähnlicher Art zusammenfasst, für kommunal oder kirchlich strukturierte Häuser von Bedeutung sein.

Jede Lösung für Fremd- oder Eigenkapitaleinwerbung bedeutet eine Ausrichtung auf wirtschaftliche und nachhaltige Strukturen, d. h. eine völlige Abkehr von staatswirtschaftlichen Verhaltensweisen. Das Versorgungsverständnis muss in ein langfristiges Marktbetreuungsverständnis übergehen. Es wird allerdings sichtbar werden, dass im Ergebnis die marktgerechte Betreuung eines Einzugsgebietes gleichermaßen Erfüllung einer Versorgungsaufgabe, wie auch langfristige Markt- und Unternehmenssicherung ist.

Fazit

Zusammenfassend kann festgestellt werden:

1. Die staatliche Subventionsfinanzierung wird auslaufen und in eine Unternehmensfinanzierung einmünden.
2. Investitionen müssen in starkem Maße Verfahrens- und Prozess-Investitionen sein, weil nur diese der Rentabilität und Marktsicherung dienen und den Bedingungen der Eigen- und Fremdkapitalgeber gerecht werden.
3. Investitionen werden nur dann im Sinne einer langfristigen Rentabilität einen Mehrwert bringen, wenn sie optimiert werden, das heißt durch Verfahrens- und Prozessentwicklung entstehen.
4. Die Ausrichtung auf die Einwerbung und den Erhalt von Fremd- und Eigenkapital anstatt auf die von Subventionen, wird eine veränderte Ausrichtung der Krankenhäuser bewirken, die alle Ebenen umfasst.