



Andreas Frodl

Finanzierung und Investitionen im Gesundheitsbetrieb

Betriebswirtschaft
für das Gesundheitswesen



Andreas Frodl

Finanzierung und Investitionen im Gesundheitsbetrieb

Andreas Frodl

Finanzierung und Investitionen im Gesundheitsbetrieb

Betriebswirtschaft
für das Gesundheitswesen



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über
<<http://dnb.d-nb.de>> abrufbar.

1. Auflage 2012

Alle Rechte vorbehalten

© Gabler Verlag | Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH 2012

Lektorat: Guido Notthoff

Gabler Verlag ist eine Marke von Springer Fachmedien.

Springer Fachmedien ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media.

www.gabler.de



Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Umschlaggestaltung: KünkelLopka Medienentwicklung, Heidelberg

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Printed in Germany

ISBN 978-3-8349-3078-1

Vorwort

Investitionen und ihre Finanzierungen sind Themen, mit denen jeder Gesundheitsbetrieb im Laufe seiner Existenz konfrontiert wird. So ist von Zeit zu Zeit in die Erneuerung von Klinikgebäuden zu investieren, die Behandlungs- und Pflegeeinrichtungen sind zu modernisieren oder eine ärztliche Niederlassung ist finanziell zu stemmen. Gerade bei der Inanspruchnahme von Fremdkapital kann aufgrund mangelhafter Gestaltung der Finanzierung viel Geld verloren gehen. Investitionsalternativen werden häufig auch unzureichend bewertet, sodass Eigen- oder Fremdkapital unvorteilhaft investiert wird. Auch ist das Thema Liquidität nicht zu unterschätzen, denn bei Finanzierungsengpässen und drohender Zahlungsunfähigkeit steht rasch die wirtschaftliche Existenz auf dem Spiel.

Das vorliegende Buch zeigt Verfahren zur Bewertung von Investitionsalternativen auf, weist auf zahlreiche Finanzierungsmöglichkeiten und deren Gestaltungsaspekte hin und stellt wichtige Methoden zum Liquiditätsmanagement dar. Anhand von Rechenbeispielen wird die Funktionsweise verschiedener Methoden erläutert. Für die Vertiefung des einen oder anderen Verfahrens stehen am Ende des Buches Literaturhinweise zur Verfügung.

Die Quellenangaben und Literaturhinweise wurden am Ende des Buches zusammengefasst, sodass zugunsten eines vereinfachten Lesens dadurch auf zahlreiche Fußnoten verzichtet werden konnte.

Nicht immer lässt sich das im Buch Dargestellte vollständig auf eine bestimmte Situation in einer Arztpraxis oder Klinik übertragen, denn die mangelnde Vergleichbarkeit von Dienstleistungsunternehmen, Werkstattribetrieben oder Industriekonzerne selbst innerhalb einer Branche trifft im Grundsatz natürlich auch auf Gesundheitsbetriebe zu. Mit über 90 Beispielen, Abbildungen, Tabellen wurde dennoch versucht, die jeweilige Relevanz zu belegen.

Die Leserinnen mögen mir nachsehen, dass aufgrund der einfacheren Lesbarkeit durchgängig maskuline Berufsbezeichnungen verwendet wurden.

Erding, im Mai 2011

Andreas Frodl

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	5
Abkürzungsverzeichnis.....	9
1 Grundlagen	11
1.1 Einordnung von Finanzierungen und Investitionen in die Gesundheitsbetriebslehre	11
1.2 Gegenstand des gesundheitsbetrieblichen Finanzierungs- und Investitionsbedarfs	16
1.3 Definition und Bedeutung von Finanzierungen und Investitionen in Gesundheitsbetrieben	21
2 Liquiditätssicherung des Gesundheitsbetriebs.....	25
2.1 Liquiditätsformen	25
2.2 Liquiditätsmangel	28
2.3 Liquiditätsmanagement	33
2.4 Liquiditätsprognosen	41
2.5 Liquiditätsverbesserung	46
3 Finanzierung des Gesundheitsbetriebs.....	49
3.1 Finanzierungsbedarf und Finanzierungsregeln	49
3.2 Arten der gesundheitsbetrieblichen Finanzierung	56
3.3 Interne Finanzierung	58
3.4 Externe Finanzierung	61
3.5 Factoring, Leasing und Venture Capital	75
3.6 Öffentliche Fördermittel	88

4	Kreditmanagement des Gesundheitsbetriebs	95
4.1	Kreditfähigkeit und Kreditwürdigkeit	95
4.2	Kreditabsicherung.....	98
4.3	Kreditrückzahlung.....	113
5	Investitionen im Gesundheitsbetrieb	125
5.1	Betriebswirtschaftliche Aspekte von Klinik- und Praxisinvestitionen	125
5.2	Statische Bewertung von Investitionen	130
5.3	Dynamische Bewertung von Investitionen.....	135
5.4	Investitionen als Kapitalanlage.....	140
5.5	Betriebsbewertung.....	146
	Glossar.....	155
	Abbildungsverzeichnis.....	171
	Tabellenverzeichnis.....	173
	Literaturhinweise	177
	Stichwortverzeichnis.....	181

Abkürzungsverzeichnis

ÄVN	Ärzteversorgung Niedersachsen
AG	Aktiengesellschaft
AGB	Allgemeine Geschäftsbedingungen
bdvb	Bundesverband Deutscher Volks- und Betriebswirte e. V.
BFS	Bank für Sozialwirtschaft
DKI	Deutsches Krankenhausinstitut e. V.
DPWV	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband
EU	Europäische Union
GBO	Grundbuchordnung
GbR	Gesellschaft bürgerlichen Rechts
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
InsO	Insolvenzordnung
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KfW	Kreditanstalt für Wiederaufbau

KHRG	Krankenhausfinanzierungsreformgesetz
KMU	Kleine und mittlere Unternehmen
KVen	Kassenärztliche Vereinigungen
MAPI	Machinery Allied Products Institute
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
RoI	Return on Investment
RWI	Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung e. V.
SGB	Sozialgesetzbuch
SRK	Sozialrendite-Kapital
VC	Venture Capital
WCM	Working Capital Management
ZI	Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland

1 Grundlagen

1.1 Einordnung von Finanzierungen und Investitionen in die Gesundheitsbetriebslehre

Die **Gesundheitsbetriebslehre** ist vergleichbar mit der Industriebetriebslehre, Handelsbetriebslehre oder Bankbetriebslehre: Sie befasst sich mit einer speziellen Betriebsart, den Gesundheitsbetrieben. Sie geht davon aus, dass die Ressourcen für einen Gesundheitsbetrieb begrenzt sind und daher einen ökonomischen Umgang mit den knappen Mitteln erfordern: Finanzielle Ressourcen, Kapital, Finanzierungsmöglichkeiten aber auch Personal oder Behandlungseinrichtungen stehen in jeder medizinischen Einrichtung nicht in beliebiger Menge zur Verfügung. Es gilt sie so einzusetzen, dass sie den größtmöglichen Nutzen stiften.

Der **Gesundheitsbetrieb** lässt sich dabei als in sich geschlossene Leistungseinheit zur Erstellung von Behandlungs- oder Pflegeleistungen an Patienten oder Pflegebedürftigen ansehen, die dazu eine Kombination von Behandlungseinrichtungen, medizinischen Produkten und Arbeitskräften einsetzt. Zum Einsatz können auch Betriebsmittel, Stoffe und sonstige Ressourcen gelangen, die nur mittelbar zur Erstellung der Behandlungs- oder Pflegeleistungen beitragen.

Arztpraxen, Zahnarztpraxen, Pflegeeinrichtungen, heilpraktische Einrichtungen, Krankenhäuser etc. lassen sich somit eindeutig als Gesundheitsbetriebe identifizieren. Sonstige Einrichtungen des Gesundheitswesens wie Krankenkassen, kassenärztliche Vereinigungen oder pharmazeutische Unternehmen zählen hingegen nicht dazu. Als Grenzfälle können beispielsweise Apotheken angesehen werden, da sie eher in der Arzneimitteldistribution anzusiedeln sind und selten Leistungen direkt am Patienten erbringen. Eine Krankenhausapotheke kann hingegen durch die Herstellung individueller medizinischer Produkte genauso wie eine orthopädische Werkstatt direkt in einen Krankenhausbetrieb

integriert sein. Das gilt beispielsweise auch für ein in einer Zahnarztpraxis befindliches Dentallabor.

Als Beispiel für eine Auflistung von Gesundheitsbetrieben kann der Geltungsbereich der *Richtlinie über die ordnungsgemäße Entsorgung von Abfällen aus Einrichtungen des Gesundheitsdienstes* (Stand: Januar 2002) des Robert-Koch-Instituts (RKI), Berlin, angesehen werden, in der folgende Einrichtungen genannt sind:

- Krankenhäuser einschließlich entsprechender Einrichtungen in Justizvollzugsanstalten und Sonderkrankenhäuser,
- Dialysestationen und -zentren außerhalb von Krankenhäusern und Arztpraxen einschließlich der Heimdialyseplätze,
- Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Sanatorien und Kurheime,
- Pflege- und Krankenhäuser bzw. -stationen, einschließlich Gemeinde- und Krankenpflegestationen,
- Einrichtungen für das ambulante Operieren,
- Arztpraxen und Zahnarztpraxen,
- Praxen der Heilpraktiker und physikalischen Therapie.

Die Gesundheitsbetriebe lassen sich ferner nach unterschiedlichen Merkmalen in folgende Arten einteilen (siehe **Tabelle 1.1**):

Tabelle 1.1 Typologie von Gesundheitsbetrieben.

Merkmale	Betriebsarten	Beispiele
Größe	Kleinbetriebe, Großbetriebe	Arztpraxis, Polyklinik
Rechtsform	Betriebe in öffentlicher Rechtsform, als Personen- oder Kapitalgesellschaft	Landkreisklinik als Eigenbetrieb, Gemeinschaftspraxis, Klinikum AG
Leistungsumfang	Betriebe mit ambulanter Versorgung, Betriebe mit stationärer Versorgung	Tagesklinik, Tagespflege, Krankenhaus mit verschiedenen Abteilungen bzw. Stationen
Leistungsart	Betriebe für medizinische Grundversorgung, Vollversorgung	Hausarztpraxis, Pflegedienst, stationäre Pflegeeinrichtung
Spezialisierungsgrad	Betriebe für allgemeine Behandlungsleistungen; Betriebe für spezielle Behandlungsleistungen	Allgemeinarztpraxis, HNO-Praxis, Kieferorthopädische Praxis, Augenklinik
Einsatzfaktoren	Arbeitsintensive Betriebe, anlagenintensive Betriebe	Pflegeeinrichtung, Diagnosezentrum, Röntgenpraxis

Die einzelnen Betriebsarten oder -typologien sind nicht immer eindeutig voneinander abgrenzbar: Häufig bieten beispielsweise Spezialkliniken ambulante und stationäre Behandlungsleistungen gleichzeitig an und ein städtisches Klinikum der Vollversorgung wird in der Regel sowohl arbeits- als auch anlagenintensiv betrieben. Ein Blick auf die Anzahl ausgewählter Gesundheitsbetriebe macht deutlich, welche Bedeutung sie für die betriebliche Landschaft Deutschlands haben (siehe **Tabelle 1.2**).

Tabelle 1.2 Anzahl ausgewählter Gesundheitsbetriebe in Deutschland im Jahre 2007.

Betriebe	Anzahl	Mitarbeiter
Krankenhäuser	2.087	1.075.000
Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen	1.239	159.000
Arztpraxen	125.745	662.000
Zahnarztpraxen	46.178	336.000
Pflegedienste ambulant	11.529	236.162
Pflegeeinrichtungen stationär	11.029	573.545

Quelle: Statistisches Bundesamt

Zählt man die statistisch kaum erfassten und daher in **Tabelle 1.2** nicht aufgeführten Betriebe von Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten, Hebammen/Geburtshelfern, Heilpraktikern Masseurinnen, Medizinische Bademeistern, Krankengymnasten, Psychotherapeuten etc. hinzu, kommt man auf über 200.000 Einrichtungen mit mehr als 3.000.000 Mitarbeitern.

Der Gesamtumsatz aller Gesundheitsbetriebe lässt sich am ehesten anhand der Gesundheitsausgaben aller Ausgabenträger (öffentliche Haushalte, private Haushalte, gesetzliche und private Kranken- und Pflegeversicherung usw.) ermitteln, die nach Angaben des *Statistischen Bundesamtes* 2008 über 263 Milliarden Euro betragen haben.

Die Gesundheitsbetriebslehre nimmt die Perspektive eines einzelnen Gesundheitsbetriebes ein. Ihre Ziele liegen dabei nicht nur die Beschreibung und Erklärung betriebswirtschaftlicher Sachverhalte und Phänomene, sondern auch in der konkreten Unterstützung der betrieblichen Entscheidungsprozesse. Sie versucht dabei, betriebliche Sachverhalte zu erläutern, Zusammen-

menhänge zu erklären und aufgrund des Aufzeigens von Handlungsalternativen und deren Bewertung Gestaltungsempfehlungen zu geben.

Berücksichtigt werden dabei verschiedene Einsatzfaktoren, die unmittelbar oder mittelbar zum Erstellungsprozess von Gesundheitsleistungen beitragen, wie beispielsweise:

- die menschliche Arbeitsleistung am Patienten,
- der Einsatz von medizintechnischen und sonstigen Betriebsmitteln,
- die Verwendung von medikamentösen, medizinischen, pharmazeutischen Heilmitteln und sonstigen Stoffen.

Neben diesen Elementarfaktoren gibt es *dispositive* Faktoren (Arbeitsleistungen im Bereich von Leitung, Planung, Organisation Kontrolle usw.) oder weitere Faktoren, die beispielsweise in folgender Form in den Leistungserstellungsprozess eingehen:

- als Leistungen von Dritten,
- als immaterielle Leistungen (Rechte, Informationen usw.),
- als Zusatzleistungen.

Insofern muss die Gesundheitsbetriebslehre versuchen, auch in ihrer Bandbreite das betriebswirtschaftliche Geschehen möglichst vollständig zu erfassen. Sie erstreckt sich daher neben Teilgebieten wie beispielsweise Planung, Personal, Kostenmanagement, Absatz, Organisation, Information, Steuerung und Kontrolle auch auf das gesundheitsbetriebliche Finanzmanagement. Ihre Aufgabe ist es, über Handlungen und Eigenschaften von Gesundheitsbetrieben als reale Objekte oder über deren reale betriebliche Sachverhalte zu informieren und dabei auch Finanzierungen und Investitionen in Gesundheitsbetrieben zu analysieren, da sie zur Werterhaltung und -steigerung und damit zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit des Gesundheitsbetriebes maßgeblich beitragen.

1.2 Gegenstand des gesundheitsbetrieblichen Finanzierungs- und Investitionsbedarfs

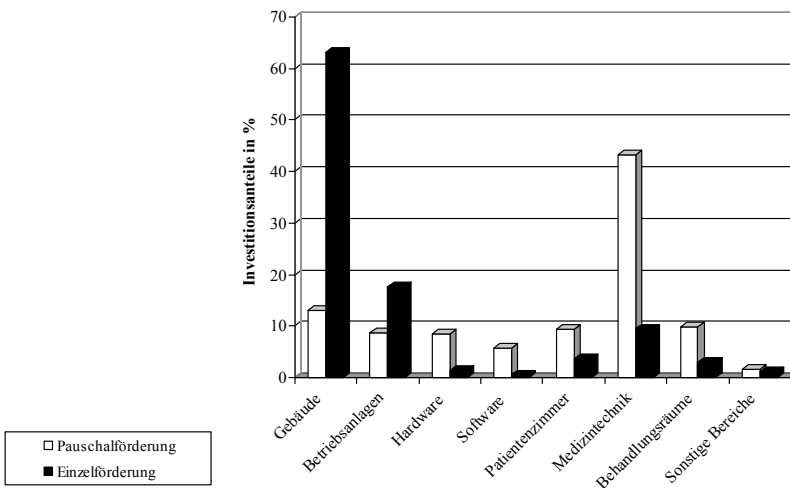
Kaum ein anderer Markt ist von derartigen Umwälzungen betroffen wie der Gesundheitsmarkt. Steigende Ausgaben und die desolate Situation der öffentlichen Haushalte erhöhen den Druck, öffentliche Einrichtungen profitabel zu machen oder gar als „Tafelsilber“ zu veräußern. Gleichzeitig wachsen durch die demografische Entwicklung in Deutschland, das vermehrte Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung und die steigenden Herausforderungen an die medizinische Versorgung jedoch auch Umsatz und Ertrag in der Gesundheitsbranche an. Alten- und Pflegeheime, Medizintechnik, Gesundheitseinrichtungen und -unternehmen bieten insofern Wertsteigerungs- und Konsolidierungspotenziale. Von ihnen können die Gesundheitsbetriebe nachhaltig profitieren, wenn die notwendigen Investitionen für Wachstum und Innovationen zur Verfügung gestellt werden, die es ermöglichen, langfristig erfolgreich am Markt zu bestehen.

Während sich die Zahl der Krankenhäuser reduziert, steigt durch die Übernahme großer Kliniken dabei der Anteil privater Träger. Die Zahl der Krankenhausbetten verringert sich tendenziell, bei gleichzeitiger Erhöhung der Fallzahlen. Diese Erhöhung der Auslastung ist das Ergebnis geschickter Verträge mit den Kostenträgern, von Marketingmaßnahmen, aber auch eines professionellen und oft renditeorientierten Vorgehens, bei dem oft die finanziell angeschlagenen öffentlichen Krankenhäuser auch von Finanzinvestoren übernommen werden.

Nach Angaben von M. Offermann, Deutsches Krankenhausinstitut e. V., Düsseldorf, ergab sich für alle Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten im Jahre 2009 ein Investitionsbedarf in Höhe von 7,38 Milliarden Euro (3,26 Milliarden Euro an Investitionen aus Pauschalfördermitteln, 4,12 Milliarden Euro an Investitionen aus Einzelfördermitteln). Die höchsten Investitionen je Bett ergaben sich bei den Krankenhäusern ab 600 Betten (rund 16.700 Euro je Bett, 9.273 Euro an Pauschalfördermitteln sowie 7.426 Euro an Einzelfördermitteln je Bett). Den höchsten Bedarf an Ein-

zelfördermitteln je Bett hatten die Krankenhäuser mit 50 bis 299 Betten. Dieser lag mit 9.213 Euro deutlich über dem entsprechenden Wert für die großen Krankenhäuser ab 600 Betten. Bei der Finanzierung aus Pauschalfördermitteln wären 43 Prozent oder 1,41 Milliarden Euro in den Bereich Medizintechnik investiert worden. Mit weitem Abstand wären die Bereiche Gebäude mit Umbaumaßnahmen (13,1 Prozent), die Einrichtung und Ausstattung der Behandlungsräume (9,9 Prozent) sowie die Einrichtung und Ausstattung der Krankenzimmer (9,3 Prozent) gefolgt. Fast zwei Drittel aller Einzelfördermittel wären für Bau- bzw. Umbaumaßnahmen verwendet worden. Investitionen in technische Betriebsanlagen wie Aufzüge oder Klimaanlage hätten 0,72 Milliarden Euro (= 17,6 Prozent der Einzelfördermittel) gekostet. Die Krankenhäuser hätten 0,25 Milliarden Euro aus Einzelfördermitteln für diesen Bereich eingesetzt (siehe **Abbildung 1.1**).

Abbildung 1.1 Investitionsplanungen in Krankenhäusern.



Quelle: Deutsches Krankenhausinstitut 2009

Da der derzeit am schnellsten wachsende Markt in der Gesundheitsbranche die Altenbetreuung ist und die demografische Entwicklung, die steigende Lebenserwartung und die Vereinzelung in der Gesellschaft bei der Anzahl der Pflegeheime und Pflegebetten zu einer beachtlichen Steigerungsrate führt, zeichnet sich diese Entwicklung auch für den Bereich der Alten- und Pflegeheime ab. Gleichzeitig besteht die Gefahr, dass das Angebot stärker als die Nachfrage wächst und Überkapazitäten am Markt entstehen können, was ebenfalls zu Lasten freier, gemeinnütziger Träger ginge, insbesondere wenn deren Häuser in den Bilanzen überbewertet und die Reserven aufgebraucht wären und somit kaum finanzielle Möglichkeiten bestünden, um den Konkurrenzkampf aufzunehmen.

Nach Angaben des vom *Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung e. V. (RWI)* erstellten *Pflegeheim Rating Reports 2009* wird sich aufgrund des unverminderten Anstiegs der Zahl der Pflegefälle ab 2013 ein Bedarf an neuen Pflegeplätzen einstellen. Bis 2020 wird gegenüber 2010 mit einem Mehrbedarf von rund 155.000 Plätzen gerechnet, bis 2030 von 312.000. Bis 2030 dürfte sich der hierzu erforderliche Kapitalbedarf (in Preisen von 2008) auf fast 23 Milliarden Euro summieren. Geht man davon aus, dass außerdem jährlich zwei Prozent des Bestands erneuert werden müssen, fallen bis 2030 weitere 32 Milliarden Euro an, in der Summe ab 2014 jährlich etwa drei Milliarden Euro.

Im Hinblick auf die **Pflegeheimfinanzierung** stellt sich die wirtschaftliche Lage nach Angaben des *RWI* gegenwärtig folgendermaßen dar: Die durchschnittliche Ausfallwahrscheinlichkeit von Pflegeheimen liegt niedriger als bei Krankenhäusern und Reha-Kliniken und ist vergleichbar mit Unternehmen anderer Branchen Westdeutschlands. In Bezug auf die Ertragslage schneiden Pflegeheime ebenfalls besser ab als Krankenhäuser oder Reha-Kliniken. Der überwiegende Teil weist zumindest einen ausgeglichenen Jahresüberschuss aus.

Zudem ergibt sich ein enormer Investitionsbedarf in die Medizintechnik, denn wachsende Versorgungs- und Ausgabenniveaus in den Gesundheitssystemen erhöhen in den Gesundheitsbetrieben den Druck zu Investitionen. Die Finanzierung der Teilhabe am medizinisch-technischen Fortschritt oder des Wachstums ist oft allein nicht zu schaffen, nicht zuletzt aufgrund des häufig enormen Kapitalbedarfs, der durch den technologischen Wan-

del und die Notwendigkeit, sich im Wettbewerb zu behaupten, weiter ansteigt. Schlüsseltechnologien wie die Bio- oder die Nanotechnologie müssen erfolgreich integriert und Innovationspotenziale in medizinische Verfahren umgesetzt werden.

Für den Bereich von Arzt- und Zahnarztpraxen lassen sich konkrete Investitionsvolumina für die **Praxisfinanzierung** ermitteln: In einer von der *Deutschen Apotheker- und Ärztebank* und dem *Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI)* in den Jahren 2005/2006 durchgeführten Existenzgründungsanalyse von Ärzten wurde das Investitionsverhalten der Ärzte bei Einzelpraxisneugründungen, Einzelpraxisübernahmen, Gemeinschaftspraxisneugründungen, Praxisgemeinschaftsneugründungen, Überführungen einer bestehenden Einzelpraxis in eine Gemeinschaftspraxis, Überführungen einer bestehenden Einzelpraxis in eine Praxisgemeinschaft, Gemeinschaftspraxisbeitritte, Praxisgemeinschaftsbeitritte, Gemeinschaftspraxisübernahmen und Praxisgemeinschaftsübernahmen untersucht. Dabei wurden das Gesamtfinanzierungsvolumen, sowie die Finanzierung von Betriebsmittelkrediten, Praxis- und Geräteausstattungen, Bau- und Umbaukosten, Pkw-Kosten sowie ideeller Wert und Substanzwert erfasst. Das mittlere Finanzierungsvolumen einer Einzelpraxis, das sich aus Praxisneugründungen und Praxisübernahmen errechnet, lag dabei in Westdeutschland bei 181.581 Euro und in Ostdeutschland bei 104.896 Euro und weist eine erhebliche Spannweite im Hinblick auf die einzelnen Facharztgebiete aus (siehe **Abbildung 1.2**).