

*Krankenhäuser im
Vergleich*
Finanz- und
Leistungskennzahlen

Mai 2017

Hintergrund und Untersuchungsansatz

1

Hintergrund und Untersuchungsansatz

Hintergrund

Der Berichtsband stellt die Ergebnisse einer **Finanz- und Kennzahlenanalyse** deutscher Krankenhäuser vor, die im Auftrag PricewaterhouseCoopers GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft durchgeführt wurde.

Untersuchungsansatz

- Sammlung aller Abschlüsse, die PwC betreut und/oder die veröffentlicht sind (Voraussetzung ist, dass die Teilnahmeerklärung vorliegt)
- Eingabe in eine Datenbank und Vergleich mit bis zu drei Peergroups (die Datenbank enthält z.Z. deutschlandweit über 100 Krankenhäuser)
- Datenschutzregeln werden strengstens eingehalten
- Erhebung krankenhausspezifischer Finanz- und Leistungskennzahlen
- Berücksichtigung aller Krankenhäuser (außer Unikliniken) in öffentlicher, privater und freigemeinnütziger/kirchlicher Trägerschaft

Legende: 2014 ■ 2015 ■ UK: Unikliniken *Freigem.: freigemeinnützig/kirchlich

*Krankenhäuser mit freigemeinnützigen Trägern sind Einrichtungen, die von Trägern der kirchlichen und freien Wohlfahrtspflege, Kirchengemeinden, Stiftungen oder Vereinen unterhalten werden.

Management Summary

2

Management Summary

Private und kirchliche Krankenhäuser schneiden besser ab

Negative Eigenkapitalquote

Während die privaten Krankenhäuser eine Eigenkapitalrendite von 14,6 Prozent erwirtschafteten, kamen die kirchlichen immerhin auf 6,4 Prozent. Dagegen schrieben die öffentlichen abermals Verluste, was sich in einer negativen Rendite von minus 0,9 Prozent niederschlug.

Forderungen werden spät realisiert

Ein Grund für Liquiditätsprobleme bei den verschiedenen Trägern ist, dass Forderungen spät realisiert werden. Gründe könnten durch immer noch manuell und langsam ausgeführte Prozesse hausgemachte sein.

Zentrale Ergebnisse

Private Kliniken mit Investitionsspielraum

Die Personal- und Materialaufwandsquote ist in öffentlichen Kliniken höher als bei privaten und kirchlichen. Von 1000 € bleiben den Kliniken nach Abzug der Kosten gerade einmal 50 € für Instandhaltung oder sonstige Aufwendungen. Privaten und kirchlichen Krankenhäusern steht ca. der doppelte Betrag zur Verfügung.

Mehr Personal in öffentlichen Kliniken

In öffentlichen Krankenhäusern kommen 4 Vollzeitkräfte auf 1000 Behandlungen. In privater und kirchlicher Trägerschaft nur 3,8.

Höchste Auslastung in öffentlichen Kliniken

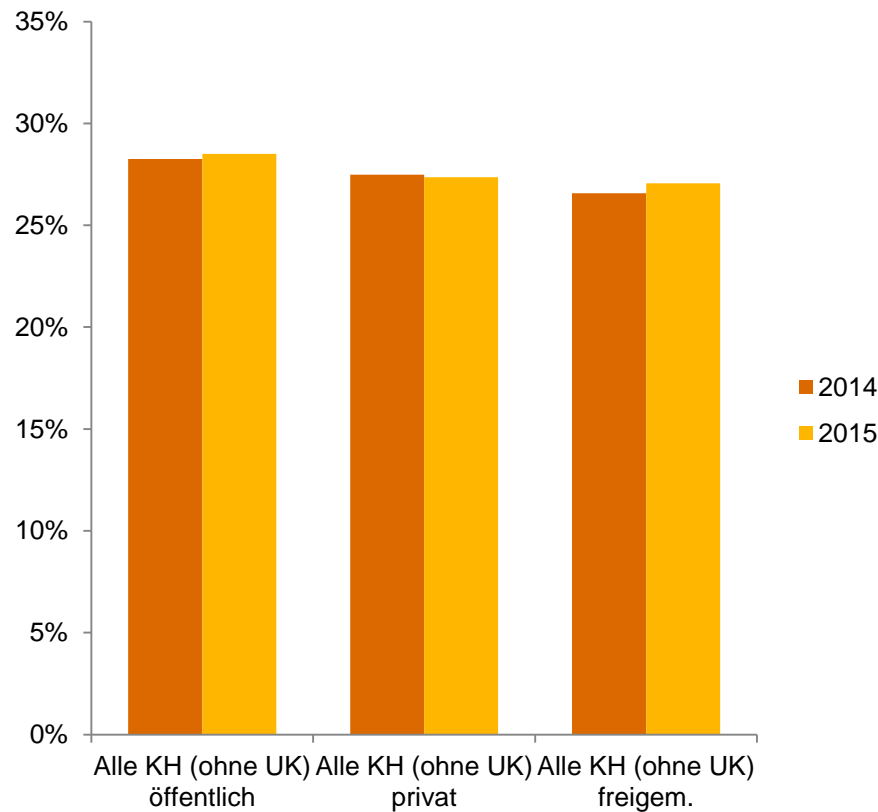
Mit einer Belegung von etwa 80 Prozent ist die Auslastung in den öffentlichen Krankenhäusern am höchsten. Die privaten Kliniken verbesserten sich im Vergleich zu 2014 von rund 74 Prozent auf rund 77 Prozent, die Auslastung der kirchlichen Häuser fiel von knapp 79 Prozent auf rund 74 Prozent.

Finanz- und Leistungskennzahlen

3

Öffentliche Kliniken mit dem höchsten Materialaufwand

Materialaufwandsquote



Die Materialaufwandsquote sagt aus, wie hoch der entsprechende Aufwand gemessen am Umsatz ist.*

Hoher Personalaufwand in öffentlichen Krankenhäusern

Personalaufwandsquote

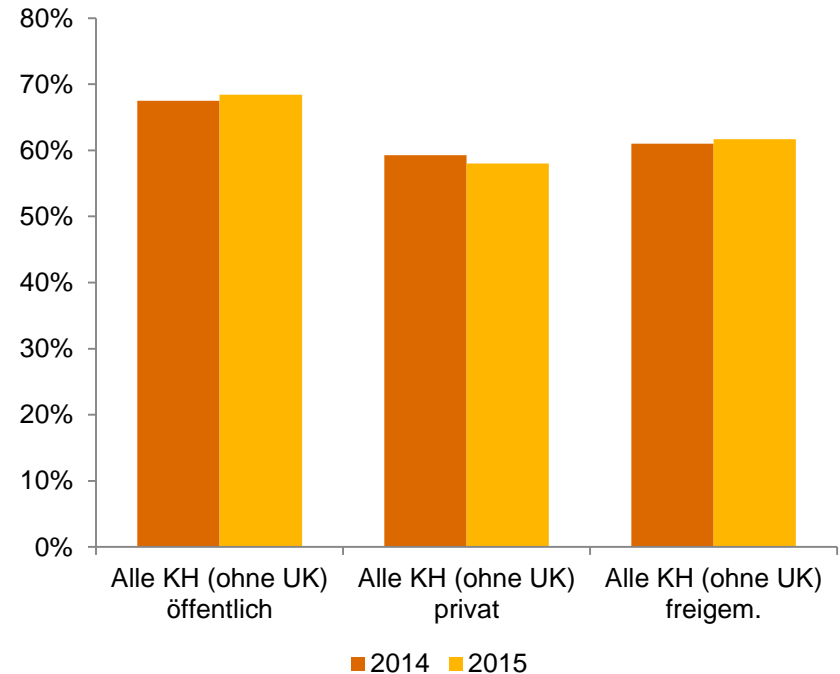


Die Personalaufwandsquote sagt aus, wie hoch der entsprechende Aufwand gemessen am Umsatz ist.



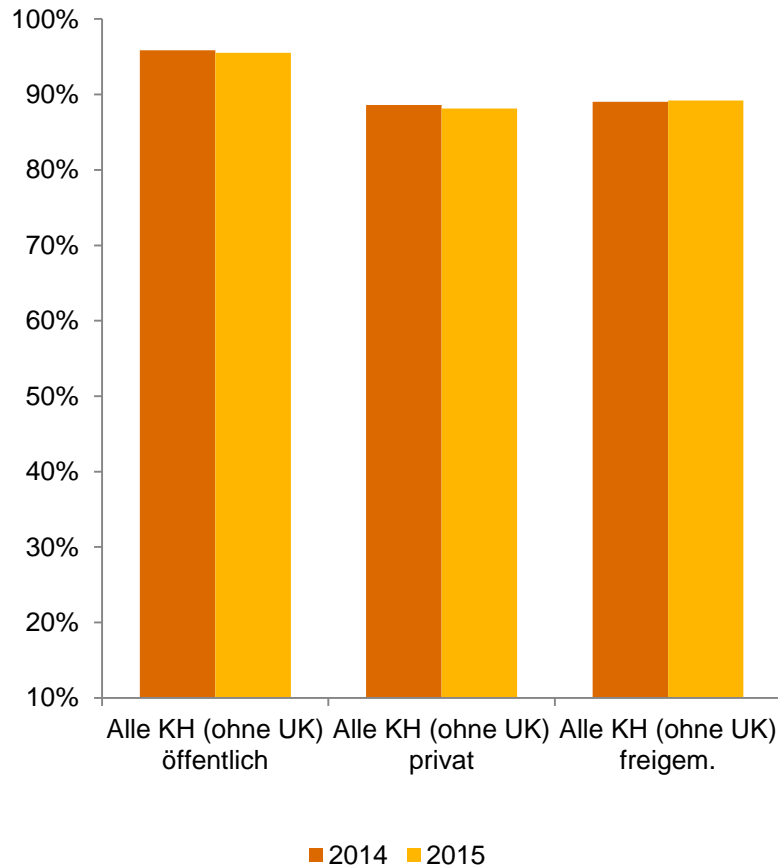
Für einen Euro Erlös gibt ein Krankenhaus im öffentlichen Bereich ca. 0,7 Euro für Personal aus.

Die privaten Häuser liegen 0,1 Euro (ca. 10%-Punkte) und die freigemeinnützigen ca. 0,07 Euro (7%-Punkte) darunter.



Öffentliche Krankenhäuser nicht effizient

Material- und Personalaufwandsquote



Um Effekte wie Outsourcing (z. B. Reinigungsleistung) einzubeziehen, werden die Aufwandsquoten oftmals addiert.

In öffentlichen Kliniken lagen die summierten Kosten bei durchschnittlich 95% – von jedem erhaltenen Euro der Krankenkassen blieben also gerade mal 5 Cent übrig. Bei privaten und kirchlichen Kliniken lag die Quote bei 88% bzw. 89%.

Öffentliche Krankenhäuser mit mehr Personal Vollzeitkraft pro Fall

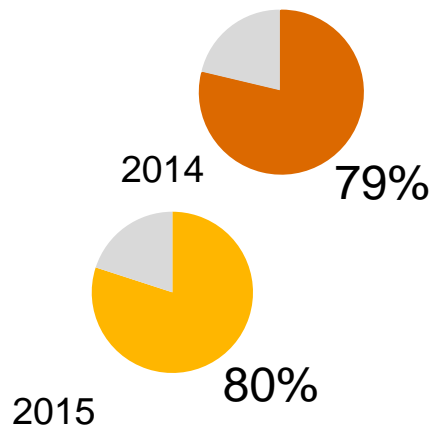


Öffentliche Häuser setzen mit 4 Vollzeitkräften je 1000 Behandlungsfälle mehr Personal ein als die privat und freigemeinnützig geführten Krankenhäuser (jeweils 3,8).

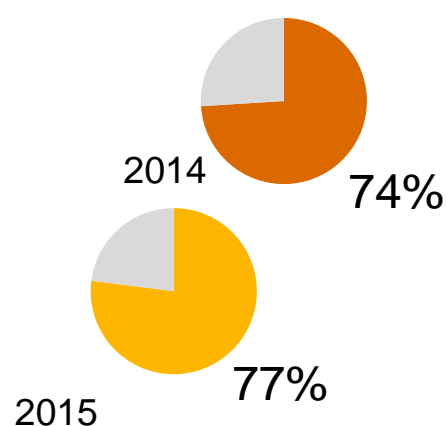
Höchste Auslastung in öffentlichen Krankenhäusern

Auslastungsentwicklung

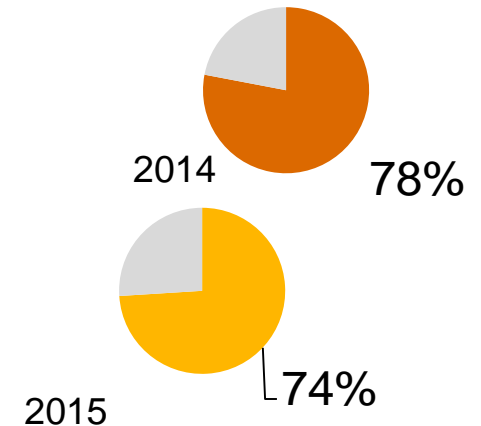
Alle KH (ohne UK) öffentlich



Alle KH (ohne UK) privat



Alle KH (ohne UK) freigem.



Für eine nachhaltige Wirtschaftlichkeit ist eine Auslastung von mehr als 80% notwendig. Allerdings ist zu bedenken, dass ein steigender Nutzungsgrad auch bedeutet, dass es hier „am engsten“ wird und der Druck auf Ärzte und Pflegekräfte steigt, um alle Patienten zu versorgen.

Öffentliche Krankenhäuser Schlusslicht bei Forderungen

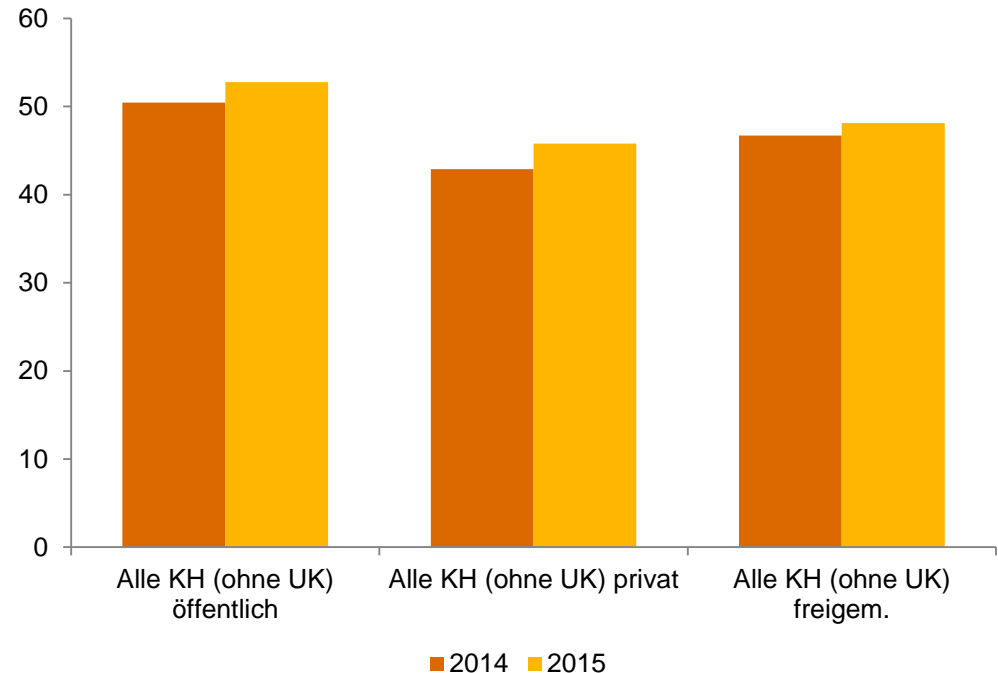
Forderungsreichweite (DSO)



Die Forderungsreichweite, auch „Days Sales Outstanding“ (DSO) genannt, ist eine wesentliche Kennzahl im Benchmark. Sie besagt, wie viele Tage ein Krankenhaus benötigt, um seine Forderungen zu realisieren.



Die öffentlichen Krankenhäuser bilden erneut das Schlusslicht – in Zeiten geringer Liquidität stellt sich die Frage, warum die Krankenhäuser nicht mehr Gewicht auf eine zeitnahe Vereinnahmung ihrer Erlöse legen.

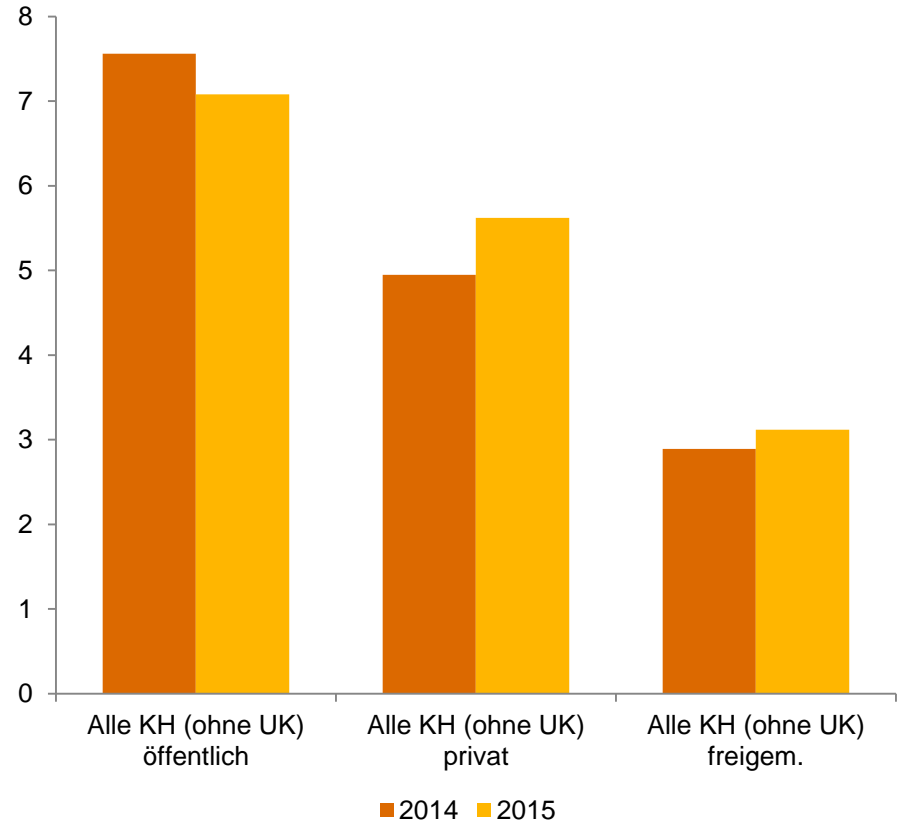


Hohe Lagerhaltungsdauer bei öffentlichen Kliniken

Days Inventory Outstanding (DIO)

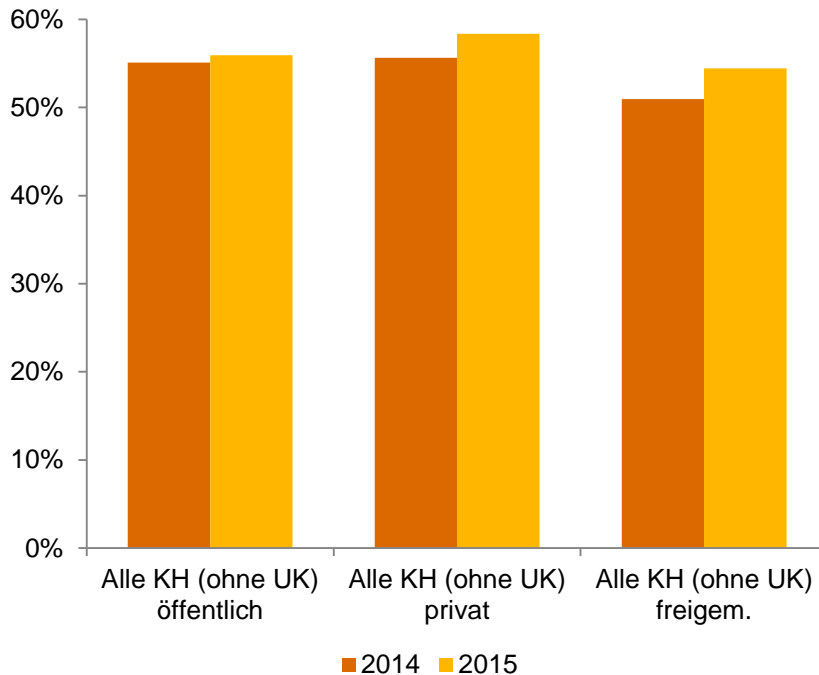


Auch die Lagerhaltungsdauer bzw. DIO (Days Inventory Outstanding), die die durchschnittliche Kapitalbindung im Vorratsvermögen misst, ist bei den öffentlichen Krankenhäusern schlechter als bei den privaten und freigemeinnützigen.



Sinkende Abnutzung dank Investition und Instandhaltung

Anlagenabnutzungsgrad



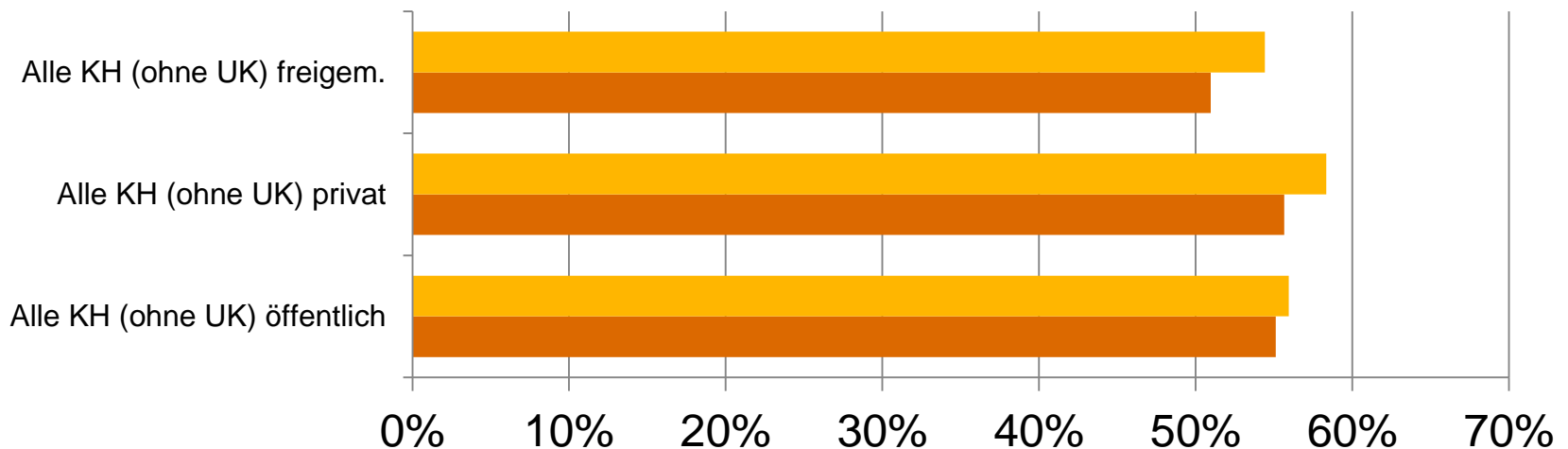
Der Anlagenabnutzungsgrad ist in 2015 bei den öffentlichen Häusern besser als bei den privaten Kliniken.

Öffentliche und freigemeinnützige Kliniken liegen etwa gleich auf.



Eine Erklärung dafür ist, dass die öffentlichen Krankenhäuser in den zurückliegenden Jahren viel in neue Gebäude investiert haben.

Private Krankenhäuser investieren am meisten Investitionsquote



Die Investitionsquote misst das Investitionsvolumen am gegenwärtigen Anlagenbestand (Periodenbeginn) und drückt aus, wie sich letzterer durch Neuzugänge verändert hat. Das Investitionsvolumen gibt dabei Aufschluss über Wachstumsbestrebungen des Krankenhauses, weil die Nettoinvestitionen den Umfang zukünftiger Leistungserstellung bestimmen.

Verluste in öffentlichen Kliniken

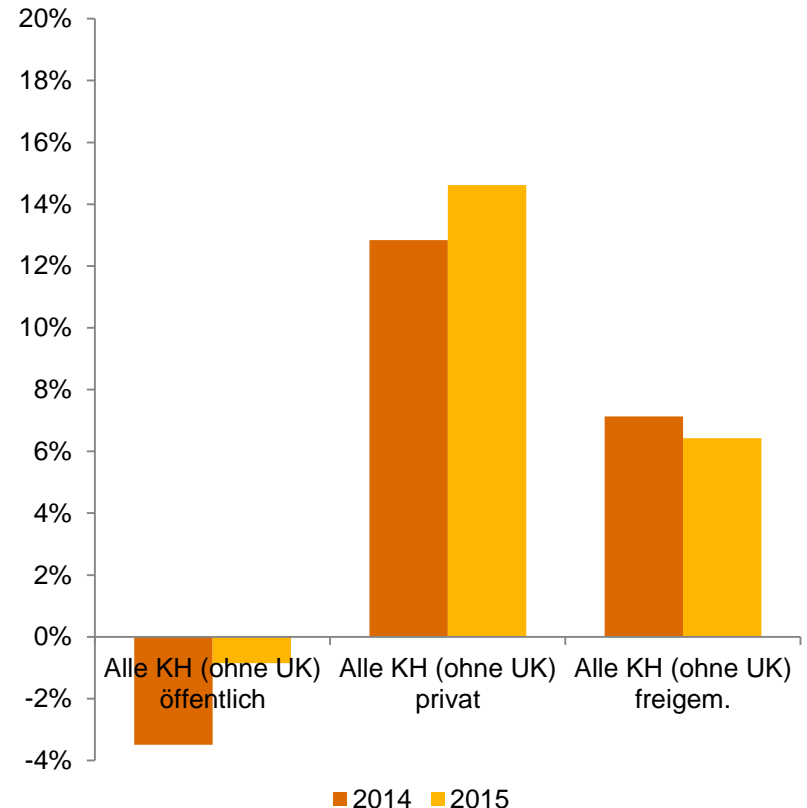
Eigenkapitalrentabilität



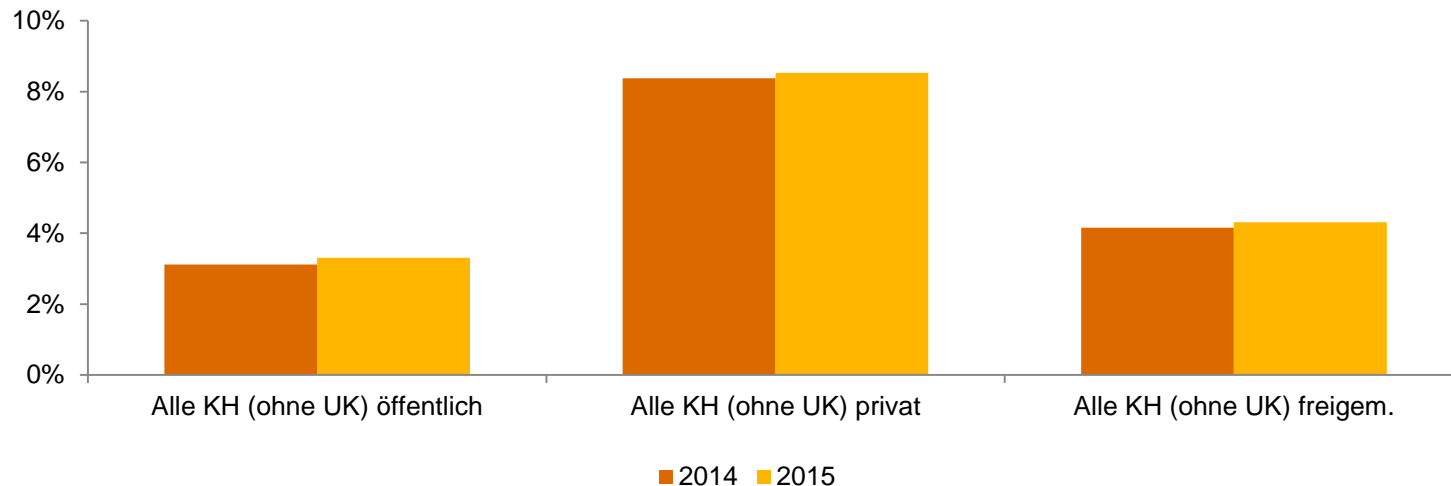
Die Eigenkapitalrentabilität als weitere wirtschaftliche Kenngröße verdeutlicht erneut, dass öffentliche Kliniken den beiden anderen Trägermodellen deutlich hinterherhinken.



Die privaten Häuser erwirtschafteten 2015 eine Eigenkapitalrendite von 14,6 Prozent, während die kirchlichen zumindest auf 6,4 Prozent kamen. Dagegen schrieben die öffentlichen Krankenhäuser abermals Verluste.



EBITDA in privaten Kliniken am höchsten EBITDA-Quote

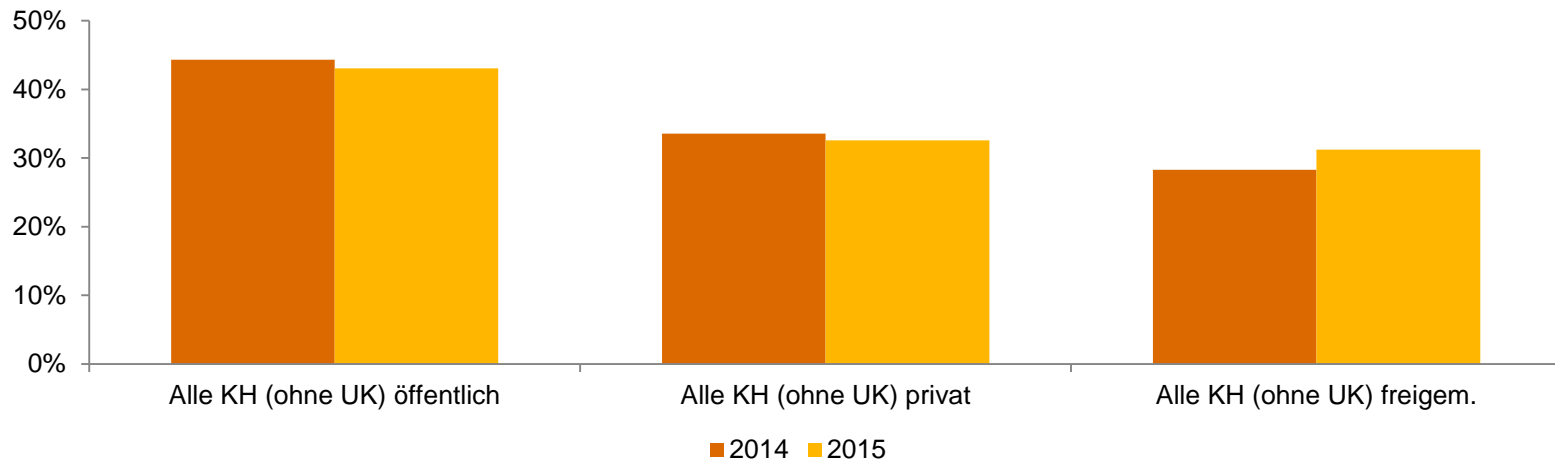


Eine weitere betriebswirtschaftliche Kennzahl, bei der die öffentlichen Häuser schlechter abschneiden als die Konkurrenz ist die sog. EBITDA-Quote.

Bei dieser wird der Jahresüberschuss vor Zinsaufwand, außerordentlichem Ergebnis, Steuern und Abschreibungen mit den Umsatzerlösen ins Verhältnis gesetzt.

Öffentliche Krankenhäuser mit hohen Kapitalkosten

Fremdkapitalquote



Eine höhere Fremdkapitalquote zieht in der Regel höhere Kapitalkosten nach sich. Die privaten und freigemeinnützigen Krankenhäuser liegen hier deutlich unter den öffentlichen – letztere stehen durch die Subventionierung ihrer Anteilseigner und günstigen Kreditmöglichkeiten auf kommunaler Ebene insgesamt weniger unter Druck.

Vielen Dank

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt.

Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung der PricewaterhouseCoopers GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft.

Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischer Form.

Eine Weitergabe an Dritte ist nicht gestattet.

Kontakt:

Julia Wollschläger
Communications
Moskauer Straße 19
40227 Düsseldorf
Telefon: +49 211-9815095
Fax: +49 69 / 9585-970234
E-Mail: julia.wollschlaeger@pwc.com