

DISSERTATION

-zur Erlangung des akademischen Grades Dr. oec.-

BONITÄTSBEURTEILUNG VON KRANKENHÄUSERN



eingereicht an der

UNIVERSITÄT HOHENHEIM

FAKULTÄT FÜR WIRTSCHAFTS- UND SOZIALWISSENSCHAFTEN

INSTITUT FÜR FINANCIAL MANAGEMENT

LEHRSTUHL FÜR RECHNUNGSWESEN UND FINANZIERUNG

bei

HERRN PROFESSOR DR. DIRK HACHMEISTER

von

DIPLOM-KAUFFRAU MANJA RAUSENDORF

WILHELM-LEIBL-STRASSE 10

74321 BIETIGHEIM-BISSINGEN

2013

Dekan der Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften:

Herr Professor Dr. Dirk Hachmeister

Erstbericht:

Herr Professor Dr. Dirk Hachmeister

Mitbericht:

Herr Professor Dr. Christian Ernst

Mündliche Prüfung unter Vorsitz von Herrn Professor Dr. Holger Kahle:

31. Juli 2013 in Stuttgart-Hohenheim

INHALTSVERZEICHNIS

	SEITE
INHALTSVERZEICHNIS	I
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	V
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	VIII
TABELLENVERZEICHNIS	XI
FORMELVERZEICHNIS	XIII
ANLAGENVERZEICHNIS	XIV
VORWORT	XV
1. PROBLEMSTELLUNG	1
2. DER KRANKENHAUSBETRIEB	8
2.1. Differenzierung von Krankenhäusern	8
2.1.1. Krankenhaustypen	8
2.1.2. Trägerschaft	11
2.1.3. Art der Zulassung	13
2.1.4. Rechtsform	16
2.2. Der zweistufige Krankenhausbetriebsprozess	17
2.3. Das Zielsystem von Krankenhäusern	19
3. FINANZIERUNG UND RECHNUNGSLEGUNG VON KRANKENHÄUSERN	22
3.1. Finanzierung der Krankenhäuser	22
3.1.1. Grundlagen der Dualen Finanzierung	22
3.1.2. Abgrenzung von Wirtschaftsgütern	25

II

3.1.3.	Finanzierung der Investitionskosten	28
3.1.3.1	Investitionsprogramme der Länder	28
3.1.3.2	Einzelförderung der Länder	28
3.1.3.3	Pauschalförderung der Länder	31
3.1.3.4	Sonstige Finanzierungsmöglichkeiten von Investitionen	32
3.1.4.	Finanzierung der Betriebskosten	33
3.2.	Rechtliche Grundlagen zur Rechnungslegung	37
3.3.	Der Jahresabschluss	40
4.	BILANZANALYSE ALS INSTRUMENT ZUR BONITÄTSBEURTEILUNG VON KRANKENHÄUSERN	42
4.1.	Begriffsbestimmung und Zielsetzung	42
4.2.	Bildung von Kennzahlen und Kennzahlensystemen	46
4.3.	Ablauf der externen Bilanzanalyse	48
4.4.	Analyse der Vermögenslage von Krankenhäusern	51
4.4.1.	Grundlagen	51
4.4.2.	Anlagevermögen	57
4.4.2.1	Anlagenintensität	57
4.4.2.2	Anlagenabnutzungsgrad	60
4.4.2.3	Investitionsquote	62
4.4.2.4	Abschreibungsquote	64
4.4.3.	Umlaufvermögen	66
4.4.3.1	Umschlagdauer des Vorratsvermögens	66
4.4.3.2	Forderungsreichweite	68
4.4.3.3	Forderungen nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz	72
4.4.3.4	Liquiditätskennzahlen	75
4.5.	Analyse der Finanzlage von Krankenhäusern	80
4.5.1.	Grundlagen	80
4.5.2.	Eigenkapital	84
4.5.3.	Rückstellungen	86
4.5.4.	Analyse der Verbindlichkeitsstruktur	87
4.5.4.1	Verbindlichkeiten	87
4.5.4.2	Verbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten	89
4.5.4.3	Verbindlichkeiten nach dem Krankenhausfinanzierungsrecht	90
4.5.5.	Horizontalstrukturanalyse	92
4.5.6.	Kapitalflussrechnung	95

4.6. Analyse der Erfolgslage	101
4.6.1. Grundlagen	101
4.6.2. Analyse der Erfolgsstruktur von Krankenhäusern	102
4.6.3. Darstellung des Fördermittelbereichs in der GuV-Rechnung	108
4.6.4. Ergebnisanalyse	115
4.6.4.1. Betragsmäßige Ergebnisanalyse	115
4.6.4.2. Ergebnisquellenanalyse	115
4.6.4.3. Ergebnisstrukturanalyse	119
4.6.5. Rentabilitätsanalyse	127
4.6.6. Wertschöpfungsanalyse	129
4.6.7. Break-even-Analyse	131
5. QUALITATIVE BILANZANALYSE	133
5.1. Grundlagen	133
5.2. Anhang	133
5.3. Lagebericht	136
5.3.1. Lagebericht als eigenständiges Rechnungslegungsinstrument	136
5.3.2. Planbetten	138
5.3.3. Fallzahl	138
5.3.4. Berechnungstage / Belegungstage	139
5.3.5. Nutzungsgrad	140
5.3.6. Durchschnittliche Verweildauer	141
5.3.7. Case Mix Index	142
5.3.8. Weitere Kenngrößen	144
5.4. Fragenkatalog nach § 53 Haushaltsgrundsätzegesetz	144
5.5. Strukturierter Qualitätsbericht der Krankenhäuser	145
6. ANALYSE DER JAHRESABSCHLÜSSE	148
6.1. Vorgehensweise	148
6.2. Datenquellen	153

6.3. Kennzahlenauswahl	154
6.3.1. Krankenhausinformationssystem	154
6.3.2. Kennzahl zum Sachanlagevermögen	155
6.3.3. Kennzahlen zur Liquiditätslage	156
6.3.4. Kennzahl zur Kapitalstruktur	157
6.3.5. Kennzahlen zur Erfolgsstruktur	158
6.3.6. Kennzahl zur Rentabilität	159
6.3.7. Kennzahlen zur Leistungsentwicklung	159
6.4. Datenauswertung	161
6.4.1. Auswertung der Grundgesamtheit auf Landesebene	161
6.4.2. Kennzahlenauswertung	171
6.4.3. Ergebnis der Datenauswertung	207
7. THESENFÖRMIGE ZUSAMMENFASSUNG	209
ANHANG	215
LITERATURVERZEICHNIS	VII

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AAEL	andere aktivierte Eigenleistungen
AbgrV	Abgrenzungsverordnung
Abs.	Absatz
abzgl.	abzüglich
AEUV	Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union
AfA	Absetzung für Abnutzung
AG	Aktiengesellschaft
AHK	Anschaffungs- und Herstellungskosten
AktG	Aktiengesetz
AO	Abgabenordnung
Art.	Artikel
AV	Anlagevermögen
BayUniKlinG	Bayerisches Universitätsklinikagesetz
BGBI	Bundesgesetzblatt
BGH	Bundesgerichtshof
BilMoG	Bilanzrechtsmodernisierungsgesetz
BPfIV	Bundespfllegesatzverordnung
bzw.	beziehungsweise
CM	Case Mix
CMI	Case Mix Index
DGVS	Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoff- wechselkrankheiten
d. h.	das heißt
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.
D&O	Directors and Officers
DRG	Diagnosis Related Groups
DRS	Deutscher Rechnungslegungs Standard
DSO	Days Sales Outstanding
DSR	Deutscher Standardisierungsrat
e	am Ende der Periode
EGHGB	Einführungsgesetz zum Handelsgesetzbuch

Et al.	und andere
€	Euro
FPV	Fallpauschalenvereinbarung
e.V.	eingetragener Verein
gAG	gemeinnützige Aktiengesellschaft
GewStG	Gewerbsteuergesetz
ggf.	gegebenenfalls
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GmbHG	Gesetz betreffend die Gesellschaften mit beschränkter Haftung
gGmbH	gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung
HGrG	Haushaltsgrundsätzegesetz
HFA	Hauptfachausschuss
Hrsg.	Herausgeber
IDW	Institut der Wirtschaftsprüfer
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH
InsO	Insolvenzordnung
KapGes	Kapitalgesellschaft
KHBV	Krankenhaus-Buchführungsverordnung
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHFA	Krankenhausfachausschuss
KHG	Gesetz zur Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhaus- finanzierungsgesetz)
KHGG NRW	Krankenhausgestaltungsgesetz Nordrhein-Westfalen
KHPauschV BW	Krankenhauspauschalförderverordnung Baden-Württemberg
KHStatV	Krankenhausstatistik-Verordnung
KStG	Körperschaftsteuergesetz
Kto.	Konto
MDC	Major Diagnostic Kategorie
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
Mio €	Millionen Euro
Nr.	Nummer

VII

NRW	Nordrhein-Westfalen
o.V.	ohne Verfasser
PS	Prüfungsstandard
Psych-PV	Psychiatrie - Personalverordnung
PublG	Publizitätsgesetz
RS	Rechnungslegungsstandard
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
SGB XI	Sozialgesetzbuch Elftes Buch
t	Zeitpunkt
T€	Tausend Euro
Tz.	Textziffer
u.a.	unter anderem
UKG	Gesetz über die Universitätsklinika Freiburg, Heidelberg, Tübingen und Ulm (Universitätsklinika-Gesetz - UKG)
u. U.	unter Umständen
vgl.	vergleiche
WPG	Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
z. B.	zum Beispiel
zzgl.	zuzüglich

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

	SEITE
Abbildung 1: Entwicklung der KHG-Investitionsfördermittel	2
Abbildung 2: Typisierung der Einrichtungen zur stationären Versorgung	8
Abbildung 3: Strukturentwicklung der Krankenhausträger	12
Abbildung 4: Art der Zulassung von Allgemeinen Krankenhäusern	14
Abbildung 5: Rechtsformen nach Krankenhausträgern 2007	16
Abbildung 6: Zweistufiger Krankenhausbetriebsprozess	18
Abbildung 7: Prinzip der dualen Finanzierung	25
Abbildung 8: Kategorisierung und Finanzierung von Wirtschaftsgütern nach der AbgrV	27
Abbildung 9: Entwicklung der Einzelfördermittel von 1995-2010	30
Abbildung 10: Entwicklung der Pauschalfördermittel von 1995-2010	32
Abbildung 11: Exemplarische Zusammensetzung eines DRGs mit äußerst schweren Komorbiditäten und Komplikationen	35
Abbildung 12: Exemplarische Zusammensetzung eines DRGs ohne äußerst schwere Komorbiditäten und Komplikationen	35
Abbildung 13: Einteilung von Kennzahlen	47
Abbildung 14: Ablaufschema zur externen Bilanzanalyse	50
Abbildung 15: Systematik der Liquiditätsbegriffe	44
Abbildung 16: Finanzierung der Behandlungskosten	68
Abbildung 17: Optimierungsquellen zur Reduzierung der DSO	71
Abbildung 18: Bestandteile der Forderungen nach dem KHG	74
Abbildung 19: Erfolgswirtschaftliche Bilanzanalyse	101
Abbildung 20: Bereiche der Ergebnisanalyse	102
Abbildung 21: Zusammenhang von Relativgewicht und CMI	143
Abbildung 22: Eingrenzung der analysierten Krankenhäuser	149
Abbildung 23: Entwicklung des Anlagenabnutzungsgrades	172
Abbildung 24: Entwicklung der Liquidität 3. Grades	174
Abbildung 25: Entwicklung der Forderungsreichweite in Schleswig-Holstein in Tagen	180
Abbildung 26: Entwicklung der Forderungsreichweite in Hamburg in Tagen	180

IX

Abbildung 27: Entwicklung der Forderungsreichweite in Niedersachsen in Tagen	181
Abbildung 28: Entwicklung der Forderungsreichweite in Bremen in Tagen	182
Abbildung 29: Entwicklung der Forderungsreichweite in Nordrhein-Westfalen in Tagen	183
Abbildung 30: Entwicklung der Forderungsreichweite in Hessen in Tagen	183
Abbildung 31: Entwicklung der Forderungsreichweite in Rheinland-Pfalz in Tagen	184
Abbildung 32: Entwicklung der Forderungsreichweite in Baden-Württemberg in Tagen	185
Abbildung 33: Entwicklung der Forderungsreichweite in Bayern in Tagen	185
Abbildung 34: Entwicklung der Forderungsreichweite im Saarland in Tagen	186
Abbildung 35: Entwicklung der Forderungsreichweite in Berlin in Tagen	186
Abbildung 36: Entwicklung der Forderungsreichweite in Brandenburg in Tagen	187
Abbildung 37: Entwicklung der Forderungsreichweite in Mecklenburg-Vorpommern in Tagen	188
Abbildung 38: Entwicklung der Forderungsreichweite in Sachsen in Tagen	189
Abbildung 39: Entwicklung der Forderungsreichweite in Sachsen-Anhalt in Tagen	190
Abbildung 40: Entwicklung der Forderungsreichweite in Thüringen in Tagen	191
Abbildung 41: Entwicklung der modifizierten Eigenkapitalquote	192
Abbildung 42: Entwicklung der Eigenkapitalquote	193
Abbildung 43: Entwicklung der Personalintensität	194
Abbildung 44: Entwicklung der Materialintensität	195
Abbildung 45: Entwicklung des Erlösanteils Krankenhausleistungen	198
Abbildung 46: Entwicklung der modifizierten betriebsbezogenen Umsatzrentabilität	200
Abbildung 47: Angabe des Case Mix Index im veröffentlichten Lagebericht	202
Abbildung 48: Entwicklung des Case Mix Index	203
Abbildung 49: Angabe der durchschnittlichen Verweildauer im veröffentlichten Lagebericht	203
Abbildung 50: Entwicklung der durchschnittlichen Verweildauer in Tagen	204

Abbildung 51: Angaben der Nutzungsgrade im veröffentlichten Jahresabschluss	205
Abbildung 52: Entwicklung des Nutzungsgrades	206

TABELLENVERZEICHNIS

	SEITE
Tabelle 1: Zielsystem im Krankenhausbetrieb	20
Tabelle 2: Abgrenzung der rechnungslegungsrelevanten Vorschriften für Kapitalgesellschaften gegenüber sonstigen Rechtsformen	39
Tabelle 3: Berechnungsschema des Ausgleichspostens aus Darlehensförderung	56
Tabelle 4: Berechnungsschema der Nettoinvestitionen	62
Tabelle 5: Zahlungsfristen der Krankenkassen gemäß § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V	69
Tabelle 6: Vergleich der Liquidität 3. Grades und des Working Capitals	79
Tabelle 7: Gegenüberstellung von Forderungen und Verbindlichkeiten nach KHG	91
Tabelle 8: Kapitalflussrechnung für Krankenhäuser	100
Tabelle 9: Berufsgruppen nach dem KHBV Musterkontenplan	105
Tabelle 10: Fördermittelbereich in der GuV-Rechnung	108
Tabelle 11: Darstellung des neutralen Ergebnisses von Krankenhäusern	117
Tabelle 12: Ergebnisquellen nach der GuV- Gliederung gemäß Anlage 2 KHBV	117
Tabelle 13: Ermittlung der Wertschöpfung nach der Entstehungsrechnung	130
Tabelle 14: Ermittlung der Wertschöpfung nach der Verteilungsrechnung	130
Tabelle 15: Übersicht der Datenauswertung Schleswig-Holstein	161
Tabelle 16: Übersicht der Datenauswertung Hamburg	162
Tabelle 17: Übersicht der Datenauswertung Niedersachsen	163
Tabelle 18: Übersicht der Datenauswertung Bremen	163
Tabelle 19: Übersicht der Datenauswertung Nordrhein-Westfalen	164
Tabelle 20: Übersicht der Datenauswertung Hessen	165
Tabelle 21: Übersicht der Datenauswertung Rheinland-Pfalz	165
Tabelle 22: Übersicht der Datenauswertung Baden-Württemberg	166
Tabelle 23: Übersicht der Datenauswertung Bayern	167
Tabelle 24: Übersicht der Datenauswertung Saarland	167
Tabelle 25: Übersicht der Datenauswertung Berlin	168
Tabelle 26: Übersicht der Datenauswertung Brandenburg	168
Tabelle 27: Übersicht der Datenauswertung Mecklenburg-Vorpommern	169

Tabelle 28: Übersicht der Datenauswertung Sachsen	170
Tabelle 29: Übersicht der Datenauswertung Sachsen-Anhalt	170
Tabelle 30: Übersicht der Datenauswertung Thüringen	171
Tabelle 31: Entwicklung des durchschnittlichen Anlagenabnutzungsgrades nach Bundesländern	173
Tabelle 32: Entwicklung des Working Capitals	175
Tabelle 33: Korrelation der Forderungsreichweite und der Liquidität 3. Grades 2008	177
Tabelle 34: Korrelation der Forderungsreichweite und der Liquidität 3. Grades 2009	178
Tabelle 35: Korrelation der Forderungsreichweite und der Liquidität 3. Grades 2010	179
Tabelle 36: Entwicklung des Erlösanteils Krankenhausleistungen nach Bundesländern	197
Tabelle 37: Entwicklung der modifizierten betriebsbezogenen Umsatzrentabilität nach Bundesländern	201

FORMELVERZEICHNIS

	SEITE
Formel 1: Anlagenintensität	58
Formel 2: modifizierte Anlagenintensität	59
Formel 3: Anlagenabnutzungsgrad	61
Formel 4: Investitionsquote	63
Formel 5: Abschreibungsquote	65
Formel 6: Umschlagdauer des Umlaufvermögens	67
Formel 7: Forderungsreichweite	72
Formel 8: Liquidität 1. Grades	78
Formel 9: Liquidität 2. Grades	78
Formel 10: Liquidität 3. Grades	78
Formel 11: Working Capital	79
Formel 12: Eigenkapitalquote	85
Formel 13: modifizierte Eigenkapitalquote	85
Formel 14: Goldene Finanzierungsregel	94
Formel 15: modifizierte Goldene Finanzierungsregel	94
Formel 16: Personalintensität	121
Formel 17: modifizierte Personalintensität	121
Formel 18: Materialintensität	122
Formel 19: modifizierte Materialintensität	122
Formel 20: Erlösanteil Krankenhausleistungen	123
Formel 21: Erlösanteil Wahlleistungen	125
Formel 22: Erlösanteil ambulanter Leistungen	125
Formel 23: Erlösanteil Nutzungsentgelte	126
Formel 24: betriebsbezogene Umsatzrentabilität	129
Formel 25: modifizierte betriebsbezogene Umsatzrentabilität	129
Formel 26: Fallzahl	138
Formel 27: Nutzungsgrad	141
Formel 28: durchschnittliche Verweildauer	142

ANLAGENVERZEICHNIS

	SEITE
Anlage 1: Wahlrecht zur Jahresabschlusserstellung von Krankenhäusern in der Rechtsform einer Kapitalgesellschaft	215
Anlage 2: Gliederungsschema der Bilanz nach der KHBV	216
Anlage 3: Gliederungsschema der GuV-Rechnung nach der KHBV	221
Anlage 4: Anlagennachweis nach der KHBV	223
Anlage 5: Beispiel Krankenhausbilanz und GuV-Rechnung	225
Anlage 6: Anlagennachweis nach Finanzierungsschlüsseln	230
Anlage 7: Verbindlichkeitspiegel	231
Anlage 8: Beispiel Kapitalflussrechnung	233
Anlage 9: Fragenkatalog zur Prüfung nach § 53 HGrG (nach IDW PS 720)	235
Anlage 10: Auswertung des Anlagenabnutzungsgrades	243
Anlage 11: Auswertung der Liquidität 3. Grades	244
Anlage 12: Auswertung des Working Capitals	245
Anlage 13: Auswertung der Forderungsreichweite (DSO)	248
Anlage 14: Auswertung der modifizierten Eigenkapitalquote	249
Anlage 15: Auswertung der Eigenkapitalquote	250
Anlage 16: Auswertung der Personalintensität	251
Anlage 17: Auswertung der Materialintensität	252
Anlage 18: Auswertung des Erlösanteils Krankenhausleistungen	253
Anlage 19: Auswertung der modifizierten betriebsbezogenen Umsatzrentabilität	254
Anlage 20: Auswertung des CMI	255
Anlage 21: Auswertung der durchschnittlichen Verweildauer	256
Anlage 22: Auswertung des Nutzungsgrades	257

Vorwort

Die vorliegende Dissertation entstand während meiner Zeit als externe Doktorandin bei Herrn Professor Dr. Dirk Hachmeister am Lehrstuhl für Betriebswirtschaftslehre, insbesondere für Rechnungswesen und Finanzierung, an der Universität Hohenheim. Durch mein duales Studium an der Berufsakademie Stuttgart und bei den Kliniken Ludwigsburg-Bietigheim gGmbH sowie dem weiterführenden Studium an der Universität Trier kam ich mit dem Krankenhaussektor in Berührung. Während meiner anschließenden beruflichen Tätigkeit bei der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft PricewaterhouseCoopers AG im Bereich Audit habe ich mich auf die Jahresabschlussprüfungen und prüfungsnahe Beratungen von Krankenhäusern und Einrichtungen im Health-Care Bereich spezialisiert. Dabei wurde ich durch wiederkehrende Fragestellungen seitens der Mandanten, der Aufsichtsorgane und Ministerien auf das Defizit von allgemein zugänglichen, modifizierten Kennzahlen und Vergleichswerten zur Bonitätsanalyse von Krankenhäusern aufmerksam und zu diesem Forschungsvorhaben motiviert.

Bei der Realisierung der Dissertation war es mir ein großes Anliegen, dieses Thema möglichst praxisnah, praktikabel und auf einer soliden wissenschaftlichen Basis zu bearbeiten.

Mein besonderer Dank gilt meinem Doktorvater, Herrn Professor Dr. Dirk Hachmeister für die Förderung des Vorhabens, die persönliche Betreuung, die zahlreichen Anregungen und die stets sehr kurzfristigen Unterstützungen. Besonders danke ich ihm, dass er mir die Chance der externen Promotion gegeben hat und mir dabei sämtliche organisatorische Freiheiten eingeräumt hat. Zugleich danke ich Herrn Professor Dr. Christian Ernst für die freundliche Übernahme des Korreferates.

Außerdem danke ich Frau Hannelore Alberti und Frau Gabriele Rosenstingl für die logistische Betreuung der Arbeit.

Ganz herzlich danken möchte ich meinen Eltern, für die zahlreichen, bedingungslosen Unterstützungen und die Liebe, die ich mein ganzes Leben erfahren durfte und natürlich für das unermüdliche Korrekturlesen dieser Arbeit.

Meinem Freund Markus Marzina möchte ich für seine unendliche Geduld, sein Einfühlungsvermögen, seine Wärme und sein Verständnis für die zahlreichen emotionalen Durchhänger und den Zeitbedarf bei meiner Doktorarbeit danken. Er hat maßgeblich zum Gelingen der Arbeit beigetragen und war stets mein Fels in der Brandung.

Ein besonderer Dank gilt auch meinen Freundinnen Julia Ewald und Andrea Ruopp, die mich in allen Phasen dieser Arbeit emotional unterstützt haben und immer ein offenes Ohr für fachliche Diskussionen hatten. Julia hat mir besonders viel ihrer kostenbaren Freizeit geschenkt und war für mich immer ein Ruhepol in den stürmischen Zeiten.

Schließlich und nicht zuletzt bin ich auch meinem Mentor Herrn WP/StB Alexander Ecker, der mich seit meinem Berufseinstieg bei der PricewaterhouseCoopers AG begleitet und mein Promotionsvorhaben immer gefördert hat, dankbar. Er stand immer für konstruktive Diskussionen, Anregungen und als Korrekturleser zur Verfügung.

Manja Rausendorf

1. Problemstellung

Die Krankenhausbranche wird durch den demographischen Wandel, den medizinisch-technischen Fortschritt, den zunehmenden Wettbewerb und die Leistungsverlagerung in den ambulanten Bereich seit Ende der 80-iger Jahre beinahe jährlich mit Gesetzesänderungen konfrontiert. Ziel aller Reformen ist es, die Kostenexplosion im Krankenhauswesen einzudämmen, um die Beiträge zu den Krankenversicherungen sowie die Zuwendungen und Zuschüsse der öffentlichen Hand stabil halten zu können. Die Erlöse können, im Verhältnis zu den wachsenden Kosten, in vielen Kliniken nur noch unterproportional gesteigert werden. Der wachsende Fachkräftemangel¹ führt zudem sowohl im ärztlichen als auch im pflegerischen und medizinisch-technischen Bereich zu einer immer stärkeren Verhandlungsposition der Arbeitnehmer bei Tarifstreitigkeiten und im Personalbeschaffungsprozess. Die Personalkosten werden dadurch tendenziell weiter steigen und können nur schwer vollumfänglich gesteuert werden.

Infolgedessen sind kontinuierliche Investitionen der Krankenhäuser erforderlich, um effiziente, moderne und zielorientierte Prozessabläufe zu sichern, den Qualitätsansprüchen der Patienten, Einweiser² und Mitarbeiter gerecht zu werden und dadurch eine attraktive Stellung als Leistungserbringer und Arbeitgeber zu gewährleisten.

Prinzipiell soll die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser gemäß § 4 KHG durch öffentliche Förderungen der Investitionskosten und leistungsgerechte Erlöse zur Finanzierung der Betriebskosten erfolgen. Die von den Ländern bereitgestellten Investitionsfördermittel sind jedoch seit einigen Jahren nicht mehr ausreichend, um den Investitionsbedarf zu decken³, was die nachfolgende Abbildung veranschaulichen soll.

¹ Vgl. Ostwald, Dennis A. / Ehrhard, Tobias / Brunsch, Friedrich / Schmidt, Harald / Friedl, Corinna (2010), S. 35 ff.

² Als Einweiser werden die niedergelassenen Ärzte bezeichnet, die ihre Patienten in das Krankenhaus einweisen.

³ Vgl. Augurzky, Boris (2011), S. 162.

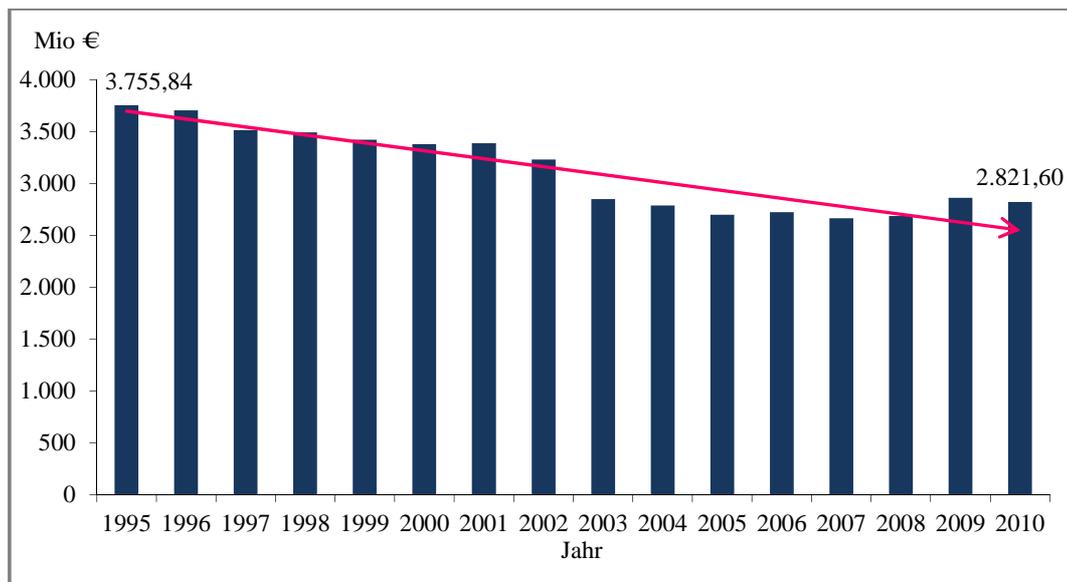


Abbildung 1: Entwicklung der KHG-Investitionsfördermittel⁴

Die Krankenhäuser sind infolge der nicht ausreichenden öffentlichen Investitionsförderung⁵, u.a. durch die angespannte und knappe Haushalts- und Kassenlage des Bundes und der Länder⁶ gezwungen, neue Wege in der Investitionsfinanzierung zu gehen. Zur Finanzierung, also der Beschaffung und Rückzahlung von finanziellen Mitteln⁷, stehen den Unternehmen neben der Investitionsförderung verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung.

Im Bereich der Außenfinanzierung kann die Kapitalbeschaffung durch die Aufnahme neuer Gesellschafter oder die Erhöhung von Gesellschaftereinlagen, sonstiger Subventionen und Zuschüsse erfolgen. Im Fremdkapitalbereich steht hierbei insbesondere die Kreditaufnahme zur Verfügung.⁸

Alternativ können die Investitionen auch durch Eigenmittel finanziert werden. Voraussetzung hierfür ist, dass es in den Vorjahren möglich war, Gewinne zu realisieren und zu thesaurieren. Eine vollständige Eigenmittelfinanzierung von größeren Investitionen, wie Neu- und Umbauten oder die Anschaffung von medizi-

⁴ Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (2008), S. 95 f., Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (2010), S. 64 f., Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (2012), S. 6.

⁵ Vgl. Mörsch, Michael / Derix, Frank (2010), S. 731.

⁶ Vgl. o.V. (2010), S. 819.

⁷ Vgl. Ermschel, Ulrich / Möbius, Christian / Wengert, Holger (2011), S. 91.

⁸ Vgl. Frodl, Andreas (2012 a), S. 57.

nisch-technischen Großgeräten, ist in der Praxis kaum möglich, da die Investitionskosten nicht Bestandteil einer leistungsgerechten Pflegesatzkalkulation sind.

Die bei öffentlichen Krankenhäusern in der Vergangenheit ergänzend gewährten Betriebskostenzuschüsse oder auch die zinsgünstigen Darlehen der Träger, kommen in Zeiten knapper kommunaler Kassen und durch die Beihilfeproblematik immer seltener zum Einsatz.⁹

Die aktuellen Rahmenbedingungen erfordern eine Neuausrichtung der Investitionsfinanzierung und stellen damit sowohl die Krankenhäuser als auch die potenziellen Kapitalgeber vor neue Herausforderungen. Egal, ob es sich um künftige Anteilseigner, Zuschuss- oder Fremdkapitalgeber handelt, alle benötigen zur Entscheidungsfindung Informationen über das Unternehmen und dessen aktuelle und künftige Bonität.

Zur Beseitigung dieses Informationsdefizites ist es im ersten Schritt erforderlich den betreffenden Krankenhausjahresabschluss mit den Besonderheiten, die sich aus der Krankenhausbuchführungsverordnung und der dualen Finanzierung ergeben, zu verstehen. Des Weiteren bedarf es Indikatoren, anhand derer die aktuelle Vermögens-, Finanz- und Erfolgslage der Kliniken beurteilt werden kann, um anschließend die künftige Entwicklung sowie Chancen und Risiken insbesondere im Hinblick auf die Liquiditätslage abzuleiten.¹⁰ Um dabei eine Informationsüberflutung der Entscheidungsträger zu vermeiden, sollte die Auswahl der Indikatoren zielorientiert erfolgen, Korrelationen aufzeigen und an der speziellen Struktur des Krankenhausjahresabschlusses sowie an den relevanten Kriterien zur Bonitätsbeurteilung orientiert sein. Damit letztlich die wirtschaftliche Lage des einzelnen Krankenhauses beurteilt werden kann, bedarf es Vergleichsgrößen.

Aus Sicht der Krankenhäuser, die aufgrund der nicht ausreichenden öffentlichen Investitionsförderung¹¹ immer mehr auf externe Kapitalgeber angewiesen sein werden, ist es wichtig, die entscheidungsrelevanten Indikatoren und deren Wechselbeziehungen zu kennen, um diese zielorientiert steuern zu können.

⁹ Unter Beihilfe werden sämtliche öffentliche oder aus öffentlichen Mitteln gewährten direkten oder indirekten Vorteile zusammengefasst, die durch die Begünstigung bestimmter Unternehmen den Wettbewerb verfälschen oder zu verfälschen drohen.

¹⁰ Vgl. Gräfer, Horst / Schiller, Bettina / Rösner, Sabrina (2008), S. 121 f.

¹¹ Vgl. Frodl, Andreas (2012 a), S. 16 f.

Das Ergebnis der Bonitätsanalyse der externen Gutachter wirkt sich nicht nur auf die Höhe der Kapitalüberlassung aus, sondern auch auf deren Preis in Form einer Verzinsung.¹² Um im Vorfeld der externen Analyse zu wissen, wie die quantitative und qualitative Lage des eigenen Krankenhauses im Vergleich zu anderen Kliniken ist, sind auch an dieser Stelle Vergleichsgrößen in Form von Benchmarks notwendig.

Benchmarking ist eine besondere Art des Betriebsvergleiches, bei dem sich das Unternehmen an den besten Konkurrenten oder an den besten innerbetrieblichen Prozessen orientiert und versucht, deren Leistungsniveau zu erreichen.¹³

Doch nicht nur die potenziellen Kapitalgeber und die Krankenhäuser sind Interessenten und Adressaten dieser Vergleichsgrößen, auch Fördermittelbehörden, die über die Investitionsförderung entscheiden, gehören dazu. Ebenso die Kontrollorgane der Unternehmen, denen im Rahmen der Unternehmensverfassung zunehmend Verantwortung hinsichtlich einer Kontrollfunktion zukommt. So hat gemäß § 52 GmbHG und § 111 AktG der Aufsichtsrat die Aufgabe, die Geschäftsführung zu überwachen. Dazu ist es nicht nur notwendig die wirtschaftliche Lage des Unternehmens zu kennen, sondern diese auch insbesondere im Vergleich zu anderen Unternehmen einschätzen zu können.

Für alle Beteiligten, seien es Banken, Investoren, Fördermittelbehörden, Aufsichtsorgane oder die Krankenhäuser selbst, ist es oft nur schwer möglich, auf Kennzahlenvergleiche zur Bonitätsbeurteilung zurückzugreifen und diese entsprechend den individuellen Bedürfnissen zu ergänzen, fortzuführen und Zusammenhänge von verschiedenen Kennzahlen, beispielsweise aufgrund länderspezifischer Besonderheiten, zu erkennen.

Von einigen Wirtschaftsprüfungsgesellschaften und Landeskrankenhausesellschaften werden zwar Benchmarks angeboten, zudem veröffentlicht das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung jährlich den Krankenhaus-Rating Report zur Verbesserung der Transparenz am Krankenhausmarkt.¹⁴ Weitere Ausarbeitungen beschäftigen sich mit Kennzahlen im Krankenhaus¹⁵ oder dem

¹² Vgl. Neubauer, Günter / Minartz, Christof (2008), S. 79.

¹³ Vgl. Frodl, Andreas (2012 b), S. 51.

¹⁴ Vgl. Augurzky, Boris et al. (2011), S. 3.

¹⁵ Vgl. Zapp, Winfried (2010) oder Frodl, Andreas (2012).

Rating im Health-Care-Sektor.¹⁶ Es werden aber bei den bestehenden Ausarbeitungen die Kennzahlen von Krankenhäusern vorwiegend in Abhängigkeit ihrer Trägerschaft, Rechtsform oder der Bettenanzahl untersucht.¹⁷

Eine Aufbereitung der allgemein gebräuchlichen Kennzahlen zur Bilanzanalyse, unter Berücksichtigung der Besonderheiten von Krankenhäusern sowie deren Jahresabschlüssen, besteht aber nicht. Merkmalsausprägungen aufgrund länderspezifischer Regelungen oder Wechselbeziehungen von Kennzahlen werden nicht hervorgehoben.

Die Zielsetzung der vorliegenden Arbeit ist es, diese Defizite aufzugreifen. Dabei wird die Vermögens-, Finanz- und Ertragslage von Krankenhäusern im Hinblick auf deren Besonderheiten untersucht und dargestellt. Ebenso werden relevante quantitative und qualitative Kennzahlen zur Bonitätsbeurteilung von Kliniken ausgearbeitet und gegebenenfalls modifiziert. Für ausgewählte Kennzahlen werden für die Jahre 2008, 2009 und 2010 Vergleichswerte auf der Basis der veröffentlichten und frei zugänglichen Jahresabschlussdaten berechnet.

Den Empfängern dieser Arbeit soll damit die Möglichkeit gegeben werden, relevante Kennzahlen bei der Bonitätsanalyse von Krankenhäusern auszuwählen, mögliche Korrelationen zu erkennen und Redundanzen zu vermeiden. Die durchgeführten Berechnungen sollen jederzeit fortgeführt und entsprechend den individuellen Zielsetzungen und Informationsbedürfnissen angepasst werden können.

¹⁶ Vgl. Everling, Oliver / Kampe, Dieter M. (Hrsg.) (2008).

¹⁷ Vgl. Augurzky, Boris et al. (2011), S. 51 ff., Vgl. Deutsches Krankenhausinstitut (2001), S. 5 ff.

Ausgehend von den ermittelten Werten wird geprüft, ob Wechselbeziehungen zwischen einzelnen Kennzahlen erkennbar sind, länderspezifische Ausprägungen bestehen, Entwicklungstendenzen im Zeitverlauf erkennbar sind und somit folgende Hypothesen Gültigkeit besitzen:

1. Aufgrund der rückläufigen KHG-Investitionsfördermittelquote steigt der Anlagenabnutzungsgrad der Krankenhäuser im Zeitverlauf.

Die Untersuchung dieser Hypothese soll den zunehmenden Investitionsstau in deutschen Krankenhäusern belegen und damit zeigen, dass Krankenhäuser künftig verstärkt auf externe Finanzierungsquellen angewiesen sein werden und damit auch die Notwendigkeit dieser Arbeit untermauern.

2. Der durchschnittliche Anlagenabnutzungsgrad in den neuen Bundesländern ist aufgrund der Generalsanierungen der Einrichtungen in den 90-iger Jahren geringer als in den alten Bundesländern.

Das Analyseziel dieser Annahme ist es, auf die künftige volkswirtschaftliche Belastung aufmerksam zu machen, die sich aus dem nahezu zeitgleichen Investitionsbedarf von Krankenhäusern in den neuen Bundesländern ergeben wird. Aufgrund des vermuteten geringeren durchschnittlichen Anlagenabnutzungsgrad in den neuen Bundesländern ist der potenzielle Investitionsbedarf unter Umständen derzeit nicht so präsent, wie in den alten Bundesländern.

3. Liegt die Forderungsreichweite eines Krankenhauses über dem arithmetischen Mittel des Bundeslandes, bedingt diese eine Liquidität 3. Grades unter 100%.

Mit dieser Hypothese wird untersucht, ob ein Zusammenhang zwischen der Forderungsreichweite als Kennzahl zur Beurteilung des Codierungs- und Fakturierungsprozesses und damit des Managements einerseits und der stichtagsbezogenen Liquidität andererseits erkennbar ist.

4. Der Erlösanteil aus Krankenhausleistungen ist in den neuen Bundesländern historisch bedingt höher, als in den alten Bundesländern.

Diese These wird als Untersuchungsobjekt herangezogen, um zu erforschen, ob in den neuen Bundesländern Erlössteigerungspotenzial im Bereich der Wahlleistungen und ambulanten Leistungen besteht. Diese Erlösarten können einen Beitrag zur Finanzierung künftiger Investitionen und Instandhaltungsmaßnahmen leisten.

5. In den neuen Bundesländern ist das arithmetische Mittel der modifizierten betriebsbezogenen Umsatzrentabilität aufgrund geringer Instandhaltungsaufwendungen höher, als in den alten Bundesländern.

Die Hypothese zur bundeslandbezogenen modifizierten Umsatzrentabilität wird untersucht, um einerseits eine Rentabilitätskennzahl in den Analysebereich dieser Arbeit zu integrieren. Andererseits soll aufgrund der heterogenen Zielsysteme der Krankenhausträger nicht auf die Kapitalrentabilität abgezielt werden.

2. Der Krankenhausbetrieb

2.1. Differenzierung von Krankenhäusern

Der Krankenhaussektor ist trotz der Fusionierungs- und Privatisierungswellen¹⁸ der letzten Jahre ein noch immer vielschichtiger Markt, der nach verschiedenen Kriterien differenziert werden kann. Als Differenzierungsmerkmale bieten sich insbesondere die Krankenhaustypen, die Trägerschaft, die Art der Zulassung und die Rechtsformen an.¹⁹

2.1.1. Krankhaustypen

Hinsichtlich der Einrichtungen, die zur stationären Versorgung zur Verfügung stehen, kann folgende Unterteilung vorgenommen werden, die sich an der Typisierung des statistischen Bundesamtes orientiert:

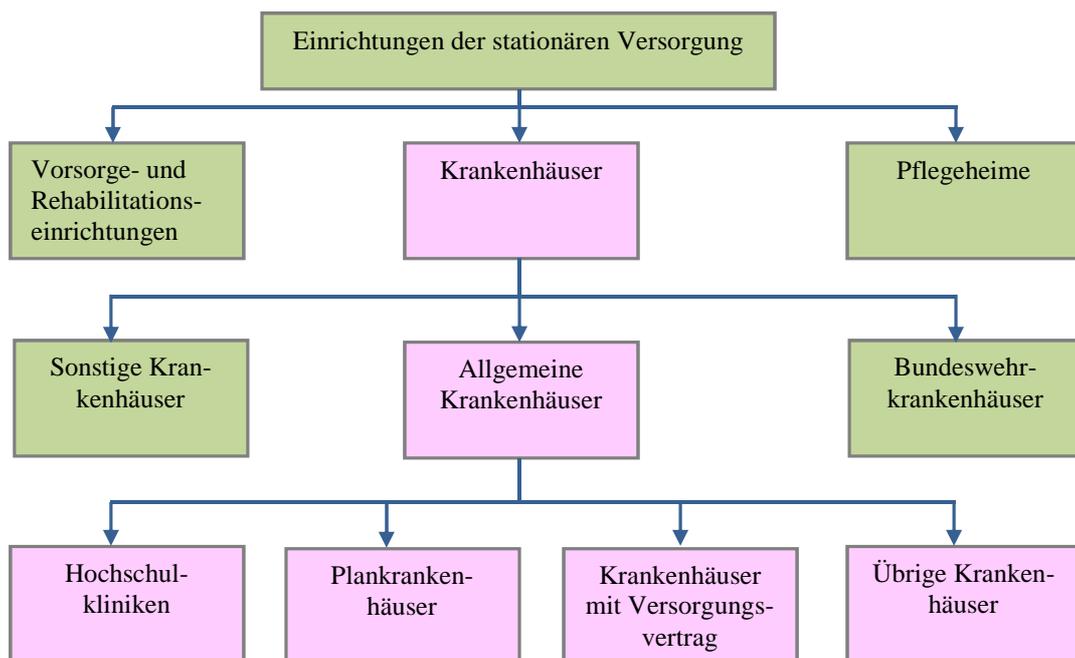


Abbildung 2: Typisierung der Einrichtungen zur stationären Versorgung

¹⁸ Vgl. Frodl, Andreas (2012 a), S. 16.

¹⁹ Vgl. Rühle, Jörg, (2000), S. 21.

Vorsorge- und Rehabilitationskliniken im Sinne des § 107 Abs. 2 SGB V sind Einrichtungen, „...die der stationären Behandlung der Patienten dienen, um eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken oder eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern oder im Anschluss an Krankenhausbehandlungen den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen, auch mit dem Ziel, eine drohende Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern....

Es sind Einrichtungen, die fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal darauf eingerichtet sind, den Gesundheitszustand der Patienten nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder Arbeits- und Beschäftigungstherapie, ferner durch andere geeignete Hilfen, auch durch geistige und seelische Einwirkungen, zu verbessern und den Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte zu helfen....“

Pflegeheime werden gemäß § 71 Abs. 2 SGB XI als selbstständig wirtschaftende Einrichtungen definiert, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt und ganztägig oder auch nur tagsüber oder nur nachts untergebracht und versorgt werden können.

Krankenhäuser sind gemäß § 2 Abs. 1 KHG „Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistungen Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden können.“

Ergänzend werden in die Erhebungen des Statistischen Bundesamtes Einrichtungen nach §§ 3, 5 KHG²⁰ einbezogen sofern sie zum Kreis der Krankenhäuser nach § 107 Abs. 1 SGB V gehören.²¹ Krankenhäuser im Sinne des SGB V sind „...Einrichtungen, die der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen, fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsvertrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten und die mit Hilfe von jederzeit verfügbarem Personal darauf eingerichtet sind Krankheiten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Beschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten...“ Hierunter fallen u.a. auch die Universitätskliniken.

Entsprechend der Typisierungsmerkmale des statistischen Bundesamtes können Krankenhäuser untergliedert werden in:²²

- ♦ Allgemeine Krankenhäuser (Einrichtungen mit Betten im vollstationären Bereich, die nicht ausschließlich für psychiatrische, psychotherapeutische und neurologische Patienten vorgehalten werden.)
- ♦ Sonstige Krankenhäuser (Einrichtungen mit ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen und neurologischen Betten sowie reine Tages- und Nachtkliniken.)
- ♦ Bundeswehrkrankenhäuser (Erscheinen nur nachrichtlich in den Statistiken, sofern Leistungen an Zivilpersonen erbracht werden.)

²⁰ Hierunter fallen Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug, Polizeikrankenhäuser, Krankenhäuser der Renten- und Unfallversicherung sowie nicht nach dem KHG förderfähige Krankenhäuser.

²¹ Vgl. Statistisches Bundesamt (2012 a), Erläuterungen.

²² Vgl. Statistisches Bundesamt (2011 a), Erläuterungen.

Im Jahr 2010 standen der Bevölkerung in Deutschland 2.064 Krankenhäuser zur Verfügung, das sind im Vergleich zu den 2.045 Krankenhäusern in 2011 noch 19 Krankenhäuser mehr.²³

Von den 2.064 Krankenhäusern in Deutschland entfielen im Jahr 2010:

- ♦ 1.758 auf Allgemeine Krankenhäuser
- ♦ 306 auf Sonstige Krankenhäuser
- ♦ 5 auf Bundeswehrkrankenhäuser (Erscheinen nur nachrichtlich in den Statistiken und sind nicht in der Grundgesamtheit enthalten.)

Die Grundlage der Datenerhebung und Analyse der vorliegenden Arbeit bildet das Krankenhausverzeichnis 2010, weshalb aus Gründen der konsistenten Darstellung im Folgenden auch mit dem Datenbestand für das Jahr 2010 gearbeitet wird. Im Mittelpunkt der Arbeit stehen dabei die allgemeinen Krankenhäuser.

2.1.2. Trägerschaft

Der Krankenhausträger ist die für den Betrieb des Krankenhauses nach innen und außen verantwortliche natürliche oder juristische Person.²⁴ Meist ist der Träger auch der Eigentümer oder Anteilseigner des Krankenhauses.²⁵

Nach der Art des Trägers lassen sich Krankenhäuser in drei Trägertypen untergliedern:²⁶

- ♦ Öffentliche Krankenhäuser
- ♦ Freigemeinnützige Krankenhäuser
- ♦ Private Krankenhäuser

Von einem öffentlichen Krankenhaus wird gesprochen, wenn der Träger eine kommunale Gebietskörperschaft, ein Bundesland, die Bundesrepublik Deutschland oder eine sonstige Körperschaft des öffentlichen Rechts ist.²⁷

²³ Vgl. Statistisches Bundesamt (2012 a), S. 11.

²⁴ Vgl. Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein (2012), S. 1.

²⁵ Vgl. Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein (2012), S. 1.

²⁶ Vgl. Greiling, Dorothea, (2000), S. 91 f.

²⁷ Vgl. Graumann, Mathias / Schmidt-Graumann, Anke (2011), S. 18.

Den Status freigemeinnütziges Krankenhaus erlangen Einrichtungen, die von einem religiösen, kirchlichen, humanitären oder sozialen Träger geführt werden. Im Vordergrund dieser Einrichtungen steht der ideelle und karitative Gedanke.²⁸

Private Krankenhäuser werden nach erwerbswirtschaftlichen Grundsätzen geführt und bedürfen hierzu einer Konzession nach § 30 Gewerbeordnung.²⁹ Sofern an einem Krankenhaus mehrere unterschiedliche Träger beteiligt sind, erfolgt die Klassifizierung nach dem Träger mit der Mehrheitsbeteiligung.³⁰

Die unten stehende Abbildung zeigt die Entwicklung der Trägerstruktur von deutschen Krankenhäusern:

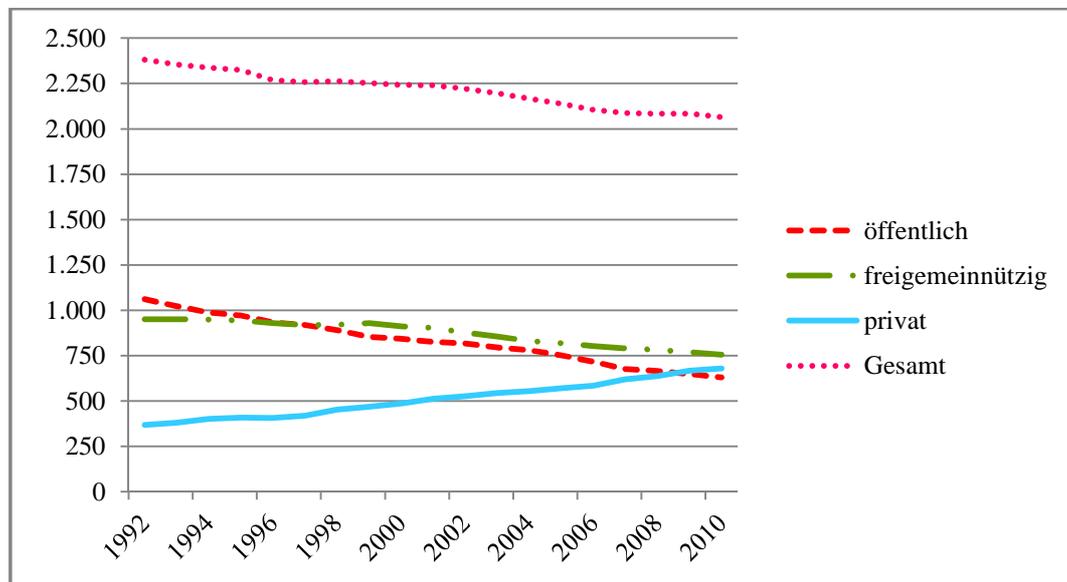


Abbildung 3: Strukturentwicklung der Krankenhausträger³¹

²⁸ Vgl. Löwenstein, Karl Prinz zu (2012), S. 1. und Vgl. Graumann, Mathias / Schmidt-Graumann, Anke (2011), S. 20.

²⁹ Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (2011), S. 11.

³⁰ Vgl. Statistisches Bundesamt (2011 a), Erläuterungen.

³¹ Eigene Darstellung, Datenbasis: Statistisches Bundesamt (2011 a), S. 14.

2.1.3. Art der Zulassung

Bei der Differenzierung nach der Art der Zulassung orientiert sich das Statistische Bundesamt an den Merkmalen von § 108 SGB V, wonach geregelt ist, welche Krankenhäuser zu Krankenhausbehandlungen durch die gesetzlichen Krankenkassen zugelassen werden. Die gesetzlichen Krankenkassen müssen mit Krankenhäusern, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind sowie mit den Hochschulkliniken einen Versorgungsvertrag abschließen. Der Versorgungsvertrag gilt aufgrund des Kontrahierungszwangs jedoch bereits mit Aufnahme in den Krankenhausplan als geschlossen.³²

Nach der Art der Zulassung werden die Allgemeinen Krankenhäuser unterschieden in:

- ♦ Hochschulkliniken (Universitätskliniken)
- ♦ Plankrankenhäuser (nach den jeweiligen Landeskrankhausplänen geförderte Krankenhäuser)
- ♦ Krankenhäuser mit Versorgungsvertrag nach § 108 Abs. 3 SGB V (Abschluss eines Versorgungsvertrages mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen zur Behandlung versicherter Patienten)
- ♦ Übrige Krankenhäuser (Krankenhäuser ohne Versorgungsvertrag und die in keine der obigen Kategorien fallen)

³² Vgl. Busse, Reinhard / Schreyögg, Jonas / Tiemann, Oliver (2010), S. 237.

Bei den 1.758 Allgemeinen Krankenhäusern ergab sich 2010 folgende Verteilung entsprechend der Zulassung:

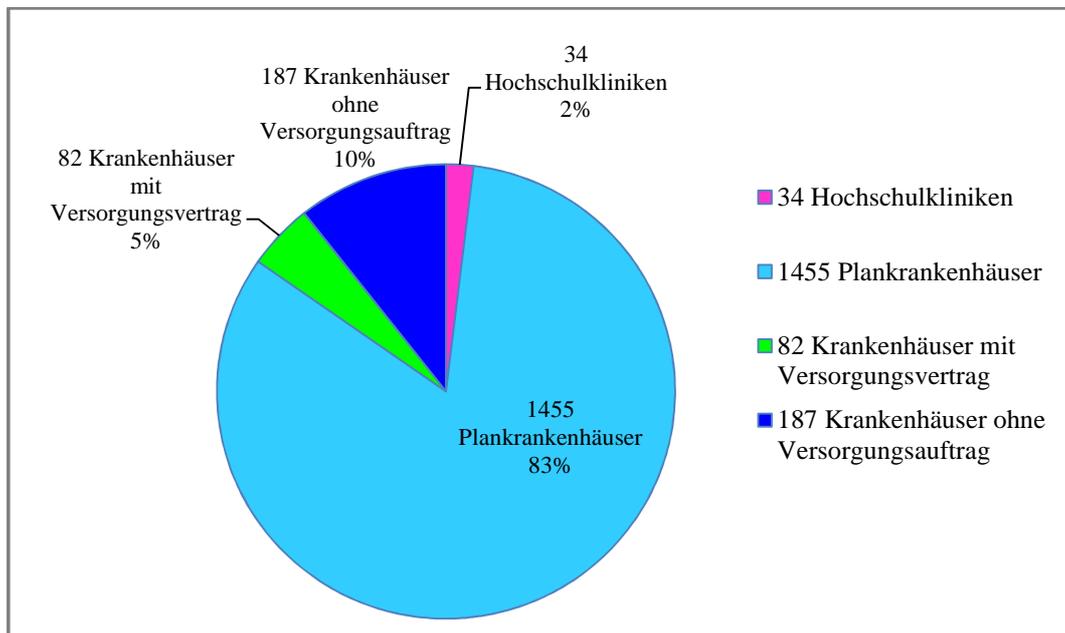


Abbildung 4: Art der Zulassung von Allgemeinen Krankenhäusern³³

Hochschulkliniken (Universitätskliniken) sind generell in der Trägerschaft der Länder.³⁴ Die gesetzlichen Rahmenbedingungen und die Finanzierung werden durch die Universitätsklinika-Gesetze der jeweiligen Bundesländer festgeschrieben.³⁵

Krankenhäuser, die in einem Landeskrankenhausplan aufgenommen sind, werden als Plankrankenhäuser bezeichnet. Die Krankenhausplanung obliegt den Bundesländern.³⁶ Sie sind für die bedarfsgerechte Dimensionierung und regionale Verteilung der Angebotskapazitäten verantwortlich.³⁷ Die Landeskrankenhausplanung umfasst nicht nur die Anzahl der Krankenhäuser und Betten, sondern auch die Schwerpunktaufgaben, Fachabteilungen und Ausbildungsstätten.³⁸

³³ Eigene Darstellung, Datenbasis: Statistisches Bundesamt (2011 a), S. 15.

³⁴ Eine Ausnahme hiervon ist u. a. das Universitätsklinikum Gießen und Marburg, das zu 95% von der Rhön-Klinikum AG und zu 5% vom Land Hessen gehalten wird.

³⁵ Exemplarisch sei an dieser Stelle das Gesetz über die Universitätsklinika Freiburg, Heidelberg, Tübingen und Ulm genannt.

³⁶ Vgl. 6 Abs. 1 KHG.

³⁷ Vgl. Graumann, Mathias / Schmidt-Graumann, Anke (2011), S. 16.

³⁸ Vgl. Eichhorn, Siegfried (Hrsg.) (2008), S. 381.

Krankenhäuser mit einem Versorgungsvertrag nach § 108 Abs. 3 SGB V haben diesen nach § 109 Abs. 1 SGB V durch gemeinsame Einigung zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen vereinbart. Die Versorgungsverträge sind für alle Krankenkassen im Inland unmittelbar verbindlich.³⁹

Eine Differenzierung der zugelassenen Krankenhäuser nach den Leistungsstufen Grundversorgung, Regelversorgung, Zentralversorgung und Maximalversorgung hat sich im Rahmen der Landeskrankenhausplanung aufgrund der Ausdehnung von Versorgungsgebieten als hinfällig erwiesen.⁴⁰ Die Stufen Grund- und Regelversorgung umfassen nur Versorgungseinheiten zur wohnortnahen Behandlung der häufigsten Krankheiten, während die Zentral- und Maximalversorger ein breites Leistungsvolumen für große Einzugsgebiete abdecken konnten.⁴¹

Zur weiteren Differenzierung der Allgemeinen Krankenhäuser kann die Anzahl der vorgehaltenen Abteilungen herangezogen werden, hierbei werden die Fachkrankenhäuser separat betrachtet.⁴²

Auch die Art der ärztlichen Besetzung kommt zur weiteren Unterteilung in Frage. So sind beispielsweise Einrichtungen, die ausschließlich über Belegbetten verfügen, d.h. über Betten, die von niedergelassenen Ärzten für die stationäre Behandlung ihrer Patienten genutzt werden, bei den Allgemeinen Krankenhäusern zu differenzieren.⁴³

³⁹ Vgl. Eichhorn, Siegfried (Hrsg.) (2008), S. 382.

⁴⁰ Vgl. Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren Baden-Württemberg (2010), S. 6.

⁴¹ Vgl. Weber, Lars (2007), S. 40 f.

⁴² Vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2012 a), S. 1.

⁴³ Vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2012 b), S. 1.

2.1.4. Rechtsform

Als weiteres Differenzierungsmerkmal von Krankenhäusern kann die Rechtsform herangezogen werden, was insbesondere für die vorliegende Arbeit von Bedeutung sein wird. Die Rechtsform eines Krankenhauses steht in enger Verbindung zum Krankenhausträger, wie auch aus nachfolgender Abbildung ersichtlich wird:⁴⁴

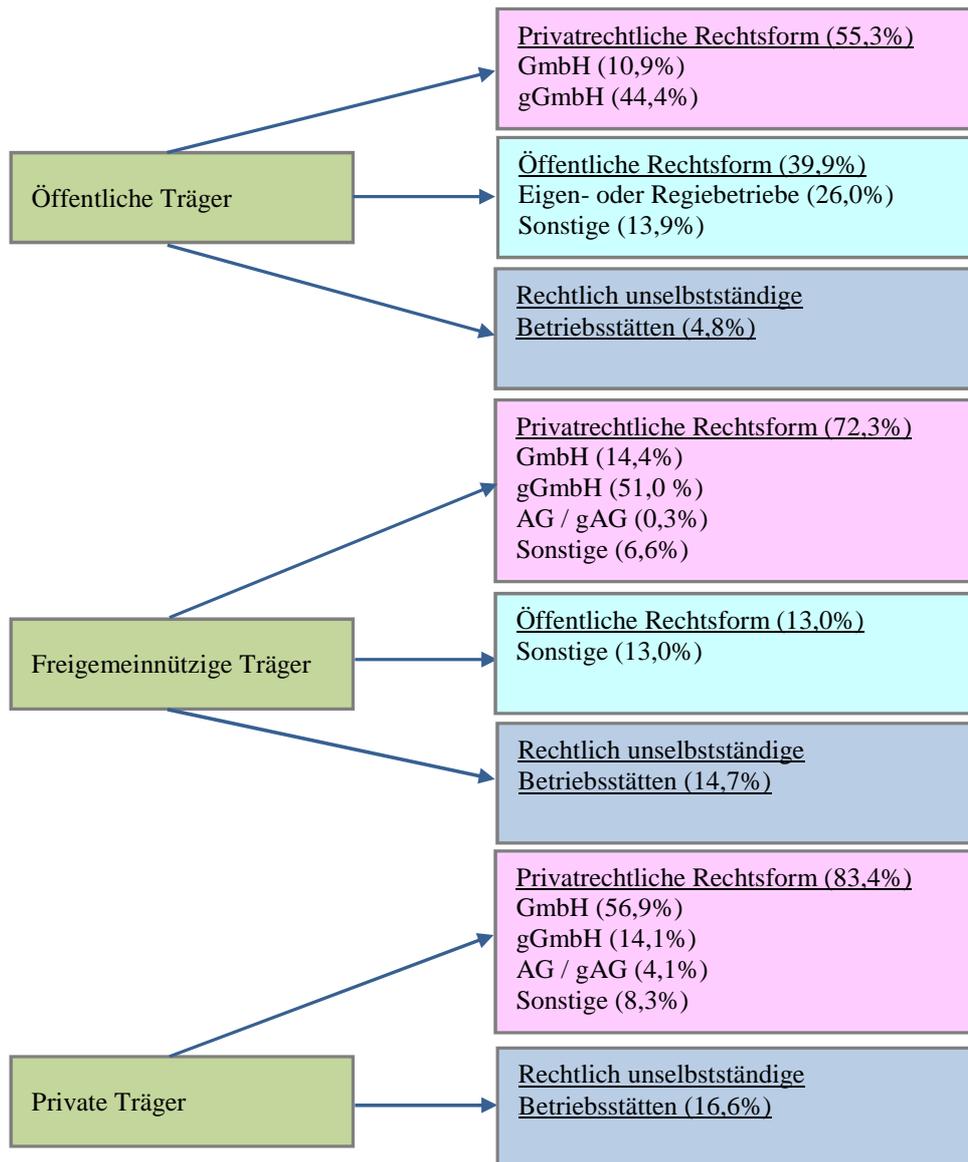


Abbildung 5: Rechtsformen nach Krankenhausträgern 2007⁴⁵

⁴⁴ Vgl. Deutsches Krankenhausinstitut e.V. (2007), S. 34.

⁴⁵ Vgl. Deutsches Krankenhausinstitut e.V. (2007), S. 35.

Die Abbildung zeigt, dass Krankenhäuser am Häufigsten in der privatrechtlichen Rechtsform einer GmbH oder gGmbH geführt werden. Bei den öffentlichen Rechtsformen dominieren die Regie- und Eigenbetriebe. Während die Regiebetriebe rechtlich und wirtschaftlich unselbstständige Organisationseinheiten einer Kommune sind, stellen Eigenbetriebe wirtschaftlich selbstständige, aber ebenso ohne eigene Rechtspersönlichkeit betriebene Krankenhäuser einer Kommune dar.⁴⁶

Die öffentlichen Rechtsformen, wie Eigen- oder Regiebetriebe sowie die Anstalten, Stiftungen und Körperschaften des öffentlichen Rechts werden häufig von den öffentlichen Trägern eingesetzt. Der Trend geht aber generell zu privatrechtlichen Rechtsformen⁴⁷, wodurch die Krankenhäuser zu wirtschaftlich und rechtlich selbstständigen Gesellschaften unabhängig von ihrer Trägerschaft werden.⁴⁸

Die Universitätskliniken der Länder werden, bedingt durch die jeweiligen Universitätsklinika-Gesetze, normalerweise als Anstalten des öffentlichen Rechts geführt.⁴⁹

Gesellschaften in einer öffentlichen Rechtsform sind nicht verpflichtet, die Jahresabschlüsse beim Betreiber des elektronischen Bundesanzeigers einzureichen, zu veröffentlichen und damit für jedermann zugänglich zu machen. In die empirische Analyse dieser Arbeit werden deshalb ausschließlich Krankenhäuser einbezogen, die als gGmbH, GmbH, gAG oder AG betrieben werden.

2.2. Der zweistufige Krankenhausbetriebsprozess

Der Krankenhausbetriebsprozess lässt sich in zwei Ebenen gliedern.

Die Potenzial- und Repetierfaktoren Arbeitsleistung, Betriebsmittel und Sachgüter stellen dabei den Sekundärinput dar, der im Betriebsprozess zu den Leistungen Diagnostik, Pflege, Therapie und Versorgung transformiert wird und den Sekundäroutput ergibt.⁵⁰

⁴⁶ Vgl. Haubrock, Manfred / Schär, Walter. (Hrsg.) (2007), S. 150 f.

⁴⁷ Vgl. Deutsches Krankenhausinstitut e.V. (2007), S. 35.

⁴⁸ Vgl. Weidmann, Christina / Kohlhepp, Ralf (2011), S. 80 ff.

⁴⁹ Vgl. § 1 UKG, § 1 BayUniKlinG, Das Universitätsklinikum Gießen und Marburg beispielsweise, wird aufgrund der privaten Trägerschaft als GmbH geführt.

⁵⁰ Vgl. Eichhorn, Siegfried (Hrsg.) (2008), S. 91.

Dieser wird im Primärbereich zum Primärinput. Durch Kombination von Primärinput und dem externen Einsatzfaktor Patient, der wesentlich den Primäroutput determiniert, wird die Statusveränderung des Patienten herbeigeführt.

Als Statusveränderung ist der Unterschied des Gesundheitszustandes von der Aufnahmediagnose zur Entlassungsdiagnose zu verstehen.⁵¹

Der externe Faktor Patient bestimmt dabei maßgeblich die Nachfrage nach dem Primärinput, also nach medizinischen und pflegerischen Leistungen.⁵² Der gesamte Betriebsprozess ist vom Uno-actu-Prinzip geprägt, d.h. von der zeitlich-räumlichen Synchronisation der Leistungserbringung und der Inanspruchnahme und damit der Nichtlagerfähigkeit.⁵³ Die nächste Abbildung zeigt die Faktorenkombinationen im zweistufigen Krankenhausbetriebsprozess:

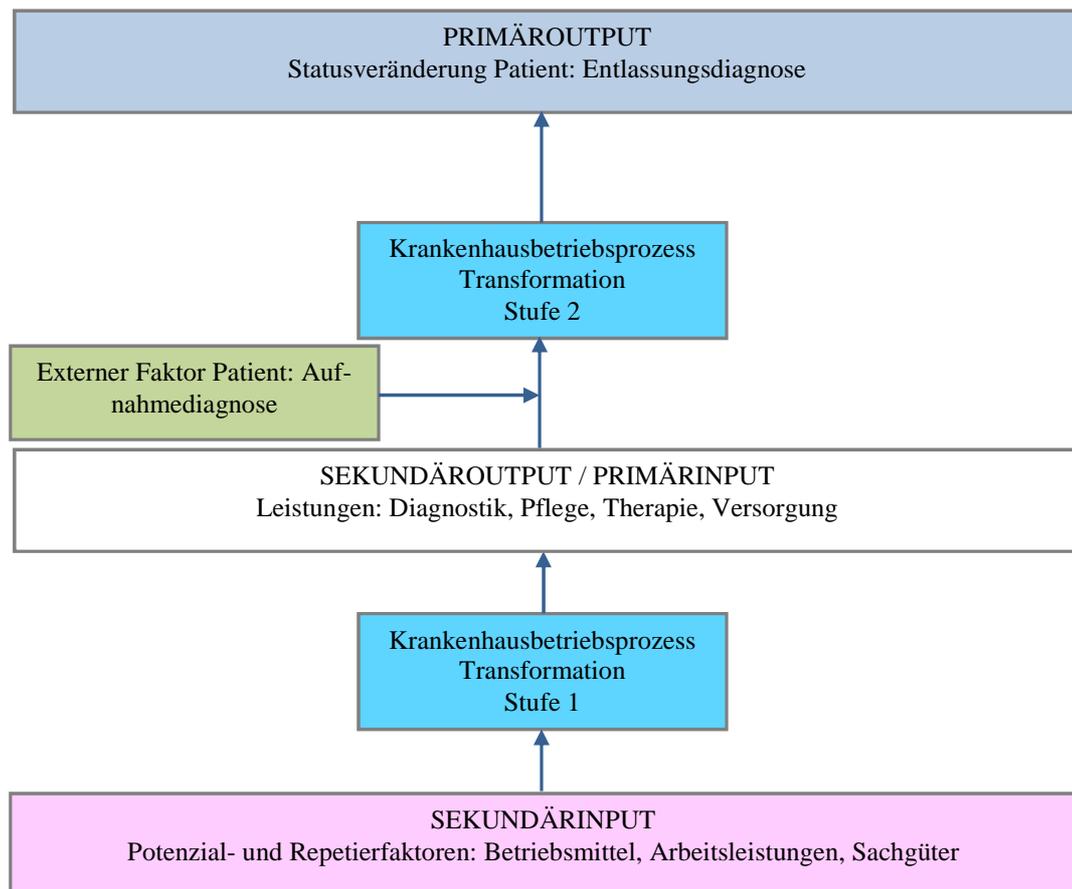


Abbildung 6: Zweistufiger Krankenhausbetriebsprozess⁵⁴

⁵¹ Vgl. Eichhorn, Siegfried (1975), S. 16.

⁵² Vgl. Frodl, Andreas (2010), S. 165.

⁵³ Vgl. Eichhorn, Siegfried (Hrsg.) (2008), S. 191.

⁵⁴ Vgl. Eichhorn, Siegfried (1975), S. 16.

2.3. Das Zielsystem von Krankenhäusern

Das Zielsystem von Krankenhäusern wird maßgeblich von den Krankenhausträgern und deren Grundanliegen bestimmt und ist bei der Kennzahlenauswahl zur Bonitätsbeurteilung grundsätzlich zu berücksichtigen. Es leitet sich zudem aus dem institutionellen Sinn, dem die Krankenhäuser ihre Existenz zu verdanken haben, ab.⁵⁵ Der Gesetzgeber geht bei der Fixierung der Zielvorstellungen, beispielsweise nach § 1 KHG davon aus, dass das gesamte Handeln primär auf die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung ausgerichtet ist.⁵⁶

Das im Grundgesetz verankerte Sozialstaatsprinzip sieht die Krankenhausversorgung als öffentliche Aufgabe, deren Erfüllung im Verantwortungsbereich der Länder liegt und durch die länderspezifischen Krankenhausgesetze zur öffentlichen, kommunalen Aufgabe gemacht wird. Durch die subsidiäre Aufgabe sind die Kommunen allerdings erst in der Verantwortung, wenn kein anderer Träger, wie private oder freigemeinnützige, die bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung sicherstellen.⁵⁷ Hieraus abgeleitet ergibt sich das Hauptziel öffentlicher Krankenhäuser, nämlich die bedarfsgerechte voll- und teilstationäre Krankenhausversorgung der Bevölkerung.⁵⁸ Deshalb ist der Dienst am Konsumenten, dem Patienten, in der Regel nicht erwerbswirtschaftlich-privatwirtschaftlich, sondern bedarfswirtschaftlich-gemeinnützig orientiert.^{59 60}

Die Nebenziele betreffen u.a. die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter, die Zufriedenheit von Patienten, Einweisern und Angehörigen, die Forschung, die Aus- und Weiterbildung und die Erzielung von Einkünften.⁶¹

Zur nachhaltigen Erreichung der Haupt- und Nebenziele sind Zwischen- und Unterziele zu definieren und anzustreben. Diese sind exemplarisch in der nachfolgenden Abbildung aufgeführt. Sie betreffen u. a. die Leistungserstellungs-, Be-

⁵⁵ Vgl. Haubrock, Manfred / Schär, Walter. (Hrsg.) (2007), S. 155.

⁵⁶ Vgl. Haubrock, Manfred / Schär, Walter. (Hrsg.) (2007), S. 155.

⁵⁷ Vgl. Quaas, Michael (2001), S. 40 ff.

⁵⁸ Vgl. Haubrock, Manfred / Schär, Walter. (Hrsg.) (2007), S. 157.

⁵⁹ Vgl. Haubrock, Manfred / Schär, Walter. (Hrsg.) (2007), S. 155.

⁶⁰ Auch die freigemeinnützigen Krankenhäuser sind in der Regel nicht erwerbswirtschaftlich-privatwirtschaftlich orientiert.

⁶¹ Vgl. Eichhorn, Siegfried (Hrsg.) (2008), S. 98.

darfsdeckungs-, Personalwirtschafts-, Finanzwirtschafts- und Angebotsziele sowie Autonomie- und Integrationsziele.⁶²

Im Hinblick auf die Relevanz für die vorliegende Arbeit werden anschließend das Leistungserstellungsziel sowie das Finanzwirtschaftsziel von Krankenhäusern beschrieben.

Hauptziel	Bedarfsgerechte voll- und teilstationäre Krankenhausversorgung der Bevölkerung
Nebenziele	Mitarbeiterzufriedenheit, Zufriedenheit der Patienten, Einweiser und Angehörigen, Aus- und Weiterbildung, Forschung, Erzielung von Einkünften
Zwischen- und Unterziele	
Leistungserstellungsziel	Betriebswirtschaftliche und leistungsfähige Führung
Bedarfsdeckungsziel	Ressourcenverteilung in Abhängigkeit der Dringlichkeit
Personalwirtschaftsziel	Sicherung der personellen Ressourcen und deren Arbeitszufriedenheit
Finanzwirtschaftsziel	Liquiditätssicherung, Sicherung der Eigenwirtschaftlichkeit und der funktionellen Kapitalerhaltung
Angebotswirtschaftsziel	Optimale Kodierung, externe Kontakte und Informationen
Autonomie- und Integrationsziel	Entscheidungs- und Handlungsautonomie, Kooperationen

Tabelle 1: Zielsystem im Krankenhausbetrieb⁶³

Mit dem Leistungserstellungsziel wird festgelegt, welche Art an Leistungen in welcher Anzahl und Qualität erbracht werden sollen.⁶⁴ Aufgrund des zweistufigen Betriebsprozesses sind dabei Primär- und Sekundärleistungen zu definieren, die unter Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden Ressourcen kostenwirtschaftlich zu erbringen sind. Die Kostenwirtschaftlichkeit zielt darauf ab, dass nicht mehr Mittel eingesetzt werden, als für die Leistungserstellung erforderlich sind.⁶⁵

⁶² Vgl. Haubrock, Manfred / Schär, Walter (Hrsg.) (2007), S. 157.

⁶³ Vgl. Haubrock, Manfred / Schär, Walter (Hrsg.) (2007), S. 157.

⁶⁴ Vgl. Eichhorn, Siegfried (Hrsg.), (2008), S. 97.

⁶⁵ Vgl. Haubrock, Manfred / Schär, Walter. (Hrsg.) (2007), S. 157.

Das Finanzwirtschaftsziel definiert die Bedingungen der kurz-, mittel- und langfristigen Finanzierung. Es umfasst die Unterziele Liquiditätssicherung, Eigenwirtschaftlichkeit und die Sicherung der funktionellen Kapitalerhaltung sowie bei gewinnorientierten Krankenhäusern die Überschusserzielung.⁶⁶

Die Liquiditätssicherung ist in Krankenhäusern, wie in anderen Unternehmen auch, ein zentrales Ziel. Durch tatsächliche oder auch vermeintliche Zahlungsschwierigkeiten verschlechtert sich die Bonität. Zudem wächst die Insolvenzgefahr und die Finanzierungskosten erhöhen sich.⁶⁷

Mit der Sicherung der Eigenwirtschaftlichkeit ist insbesondere gemeint, dass die Preise der Krankenhausleistungen die Kosten decken sollen, um nicht nur finanziell sondern auch strategisch unabhängig zu sein.

Das Ziel der funktionellen Kapitalerhaltung ist darauf ausgerichtet, dass dem Krankenhausbetrieb langfristig die notwendige Investitionskraft zur Verfügung steht.⁶⁸

⁶⁶ Vgl. Eichhorn, Siegfried (Hrsg.), (2008), S. 98.

⁶⁷ Vgl. Frodl, Andreas (2011 b), S. 117.

⁶⁸ Vgl. Haubrock, Manfred / Schär, Walter. (Hrsg.), (2007), S. 158.

3. Finanzierung und Rechnungslegung von Krankenhäusern

3.1. Finanzierung der Krankenhäuser

3.1.1. Grundlagen der Dualen Finanzierung

Die Finanzierung der deutschen Krankenhäuser erfolgt, seit der Einführung des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Pflegesätze, dem so genannten Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), im Jahr 1972, nach dem System der dualen Finanzierung. Für die neuen Bundesländer wurde das duale Finanzierungssystem im Jahr 1992 übernommen.

Gesetzliche Grundlagen zur Krankenhausfinanzierung sind neben dem KHG, auch das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und die Bundespflegesatzverordnung (BPflV).⁶⁹

Vor Einführung der dualen Finanzierung waren die Krankenhäuser monistisch durch die Krankenversicherungen finanziert.⁷⁰ Die Veranlassung zur Etablierung eines dualistischen Systems der Krankenhausfinanzierung resultierten einerseits aus dem Investitionsstau in den Kliniken, andererseits aus der Annahme, dass die Krankenversicherer aufgrund der bruttolohnbezogenen Einnahmeentwicklung die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser allein nur bedingt garantieren können.⁷¹ Als Zielsetzung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ergibt sich in Folge dessen nach § 1 KHG die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, wodurch eine „...bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu sozial tragbaren Preisen gewährleistet...“ werden soll.

⁶⁹ Vgl. Hentze, Joachim / Huch, Burkhard / Kehres, Erich (Hrsg.) (2005), S. 137.

⁷⁰ Vgl. Fleßa, Steffen (2010), S. 132 f.

⁷¹ Vgl. Haubrock, Manfred / Schär, Walter. (Hrsg.) (2007), S. 426.

Ausgenommen aus dem Anwendungsbereich des KHG sind folgende Einrichtungen:⁷²

- ♦ Krankenhäuser des Straf- und Maßregelvollzuges
- ♦ Polizeikrankenhäuser
- ♦ Krankenhäuser der Träger der allgemeinen Rentenversicherung und soweit die gesetzliche Unfallversicherung die Kosten trägt, Krankenhäuser der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und ihrer Vereinigungen. Das gilt nicht für Fachkliniken zur Behandlung von Erkrankungen der Atmungsorgane, soweit sie der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern dienen.

Hiervon sind die nicht förderfähigen Einrichtungen nach § 5 KHG abzugrenzen. Dazu zählen:

- ♦ Krankenhäuser, die nach den landesrechtlichen Vorschriften für den Hochschulbau gefördert werden
- ♦ Krankenhäuser, die nicht die in § 67 AO bezeichneten Voraussetzungen erfüllen⁷³
- ♦ Einrichtungen in Krankenhäusern, die nicht die Voraussetzungen des § 2 Abs. 1 KHG erfüllen, insbesondere Einrichtungen zur Behandlung von Personen, die als Pflegefälle klassifiziert werden
- ♦ Einrichtungen in Krankenhäusern, die der Unterbringung von Personen dienen, die aufgrund strafrechtlicher Bestimmungen im Maßregelvollzug untergebracht sind
- ♦ Tuberkulosekrankenhäuser
- ♦ Krankenhäuser der Sozialversicherungsträger, sofern sie nicht bereits aufgrund der Bestimmungen des § 3 Abs. 4 KHG außerhalb des Anwendungsbereiches des KHG liegen, es sei denn, sie sind in den Landeskrankenhausplan aufgenommen
- ♦ Versorgungskrankenhäuser
- ♦ Vorsorge- oder Rehabilitationskliniken nach § 107 Abs. 2 SGB V

⁷² Vgl. § 3 KHG.

⁷³ Hier sind Krankenhäuser gemeint, die kein Zweckbetrieb in Sinne der Abgabenordnung sind.

- ♦ Einrichtungen in Krankenhäusern, die nicht unmittelbar der stationären Versorgung dienen
- ♦ Einrichtungen aufgrund bundesrechtlicher Vorschriften⁷⁴
- ♦ Einrichtungen, soweit sie durch die besonderen Bedürfnisse des Zivilschutzes bedingt sind
- ♦ Krankenhäuser der Träger der gesetzlichen Unfallversicherungen und ihrer Vereinigungen

Zur Realisierung der in § 1 KHG definierten Ziele stellen die Bundesländer auf der Grundlage des KHG und der ergänzenden länderspezifischen Krankenhausgesetze Krankenhauspläne auf.⁷⁵ Mittels der Krankenhausplanung wird der Bedarf an stationären Krankenhauskapazitäten fixiert. Es werden sowohl die Krankenhäuser als auch die Bettenanzahl je Fachabteilung festgelegt, die zu einer bedarfsgerechten stationären Versorgung der Bevölkerung mit allgemeinen Krankenhausleistungen beitragen. Aufgrund der Aufnahme in den Krankenhausplan sind die Kliniken zur Krankenhausversorgung zugelassen und damit auch potenzieller Bestandteil der Investitionsprogramme der Länder.

Die wirtschaftliche Sicherung der sogenannten Plankrankenhäuser soll im Rahmen der dualen Finanzierung, einerseits durch die öffentliche Förderung von Investitionskosten und andererseits mittels leistungsgerechter Erlöse aus den Pflegefällen, sowie aus den Vergütungen für vor- und nachstationäre Behandlungen und für ambulantes Operieren bewirkt werden.⁷⁶

⁷⁴ Der Ausschluss aus der Förderung gemäß KHG gilt an dieser Stelle nicht für Einrichtungen, die aufgrund § 30 des Infektionsschutzgesetzes vorgehalten werden.

⁷⁵ Vgl. Graumann, Mathias / Schmidt-Graumann, Anke (2002), S. 39.

⁷⁶ Vgl. § 4 KHG.

Diese im Rahmen der dualen Finanzierung vorgenommene Trennung der Finanzierungsquellen von steuerfinanzierten Investitionskosten und beitragsfinanzierten Betriebskosten zeigt die Abbildung.

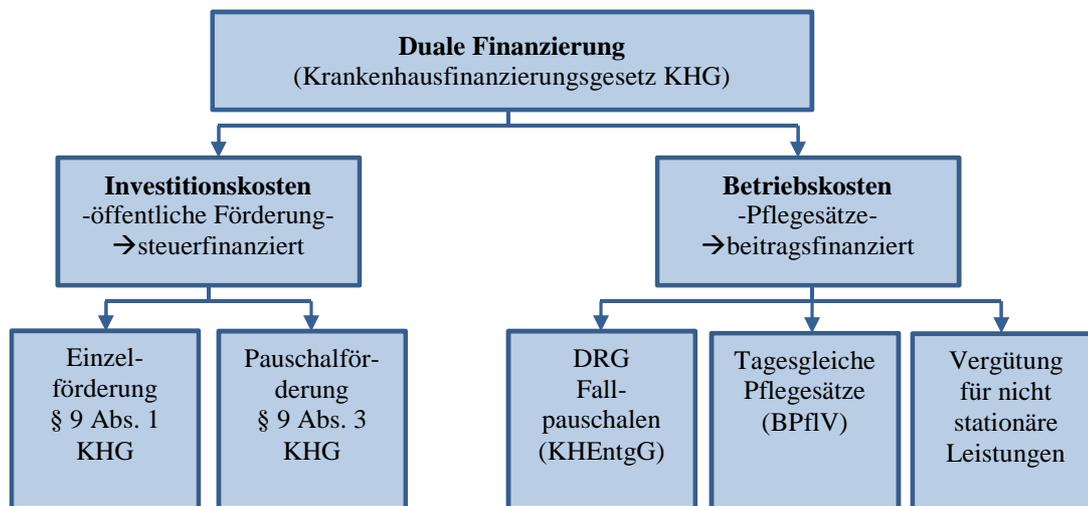


Abbildung 7: Prinzip der dualen Finanzierung⁷⁷

3.1.2. Abgrenzung von Wirtschaftsgütern⁷⁸

Im Hinblick auf die Finanzierung von Wirtschaftsgütern wurde bereits gezeigt, dass diese nach den beiden Kostenarten, Investitionskosten und Betriebskosten, abzugrenzen sind.

Die Grundlage zur Kategorisierung der in den Pflugesätzen zu berücksichtigenden Betriebskosten und den öffentlich finanzierten Investitionskosten bildet § 17 Abs. 4 KHG, wonach Investitionskosten, mit Ausnahme der Kosten, für wiederbeschaffte Wirtschaftsgüter mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von bis zu 3 Jahren, als nicht pflegesatzfähige Kosten definiert werden. Des Weiteren gelten Grundstückskosten und Kosten des Grundstückserwerbs, der Erschließung und Finanzierung, Anlauf- und Umstellungskosten, Kosten, die nicht direkt der allgemeinen stationären Versorgung zurechenbar sind und Kosten für die eine sonstige öffentliche Förderung gewährt wird, als nicht pflegesatzfähig.

Eine genauere Abgrenzung der nach § 17 Abs. 4 KHG im Pflugesatz nicht zu berücksichtigenden Investitionskosten von den pflegesatzfähigen Betriebskosten erfolgt durch die Abgrenzungsverordnung.

⁷⁷ Vgl. PricewaterhouseCoopers (Hrsg.) (2010), S. 92.

⁷⁸ Wirtschaftsgüter im Sinne der AbgrV sind die immateriellen und materiellen Anlagegüter, Gebrauchsgüter und Verbrauchsgüter eines Krankenhauses.

Zunächst werden dort die Wirtschaftsgüter kategorisiert, um anschließend nach den Zuordnungsgrundsätzen die Finanzierungsquellen ableiten zu können.

Die Abgrenzungsverordnung kennt dabei die folgenden drei Arten von Wirtschaftsgütern:

- ♦ Anlagegüter
- ♦ Gebrauchsgüter
- ♦ Verbrauchsgüter⁷⁹

Anlagegüter, d.h. Wirtschaftsgüter die zum Anlagevermögen des Krankenhauses gehören, sind ebenso wie die Wiederbeschaffung von Anlagevermögen mit einer Nutzungsdauer von mehr als 3 Jahren über die Investitionsförderung zu finanzieren. Instandhaltungskosten, die für das Anlagevermögen auflaufen, sind aus den laufenden Pflegesätzen zu begleichen.

Als Gebrauchsgüter werden Anlagegüter entsprechend des Verzeichnisses I der AbgrV mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von bis zu 3 Jahren bezeichnet.⁸⁰ Die Erstausrüstung ist förderfähig, die Wiederbeschaffung ist aus den Pflegesätzen zu bezahlen.

Die Verbrauchsgüter umfassen nicht nur Wirtschaftsgüter, die durch die Nutzung verbraucht werden oder beim Patienten verbleiben⁸¹, sondern auch Anlagevermögen mit Anschaffungs- und Herstellungskosten bis 150,00 € netto.⁸²

⁷⁹ Vgl. § 2 AbgrV.

⁸⁰ Hierunter fallen etwa die Dienst- und Schutzkleidung, Geschirr und Matratzen.

⁸¹ z. B. Herzschrittmacher.

⁸² Vgl. § 2 Abs. 3 AbgrV.

Anhand der nachfolgenden Abbildung ist die Kategorisierung von Wirtschaftsgütern entsprechend der Abgrenzungsverordnung sowie die daraus abgeleitete Finanzierung zusammengefasst:

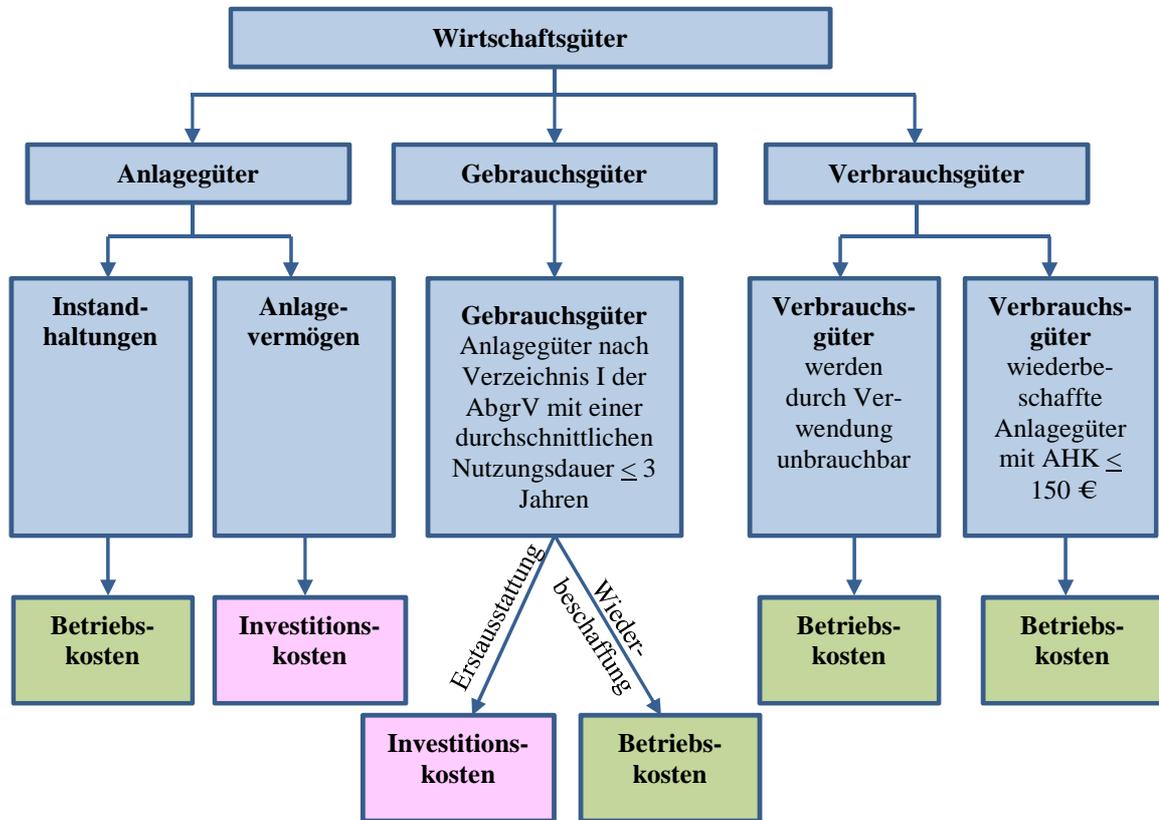


Abbildung 8: Kategorisierung und Finanzierung von Wirtschaftsgütern nach der AbgrV

3.1.3. Finanzierung der Investitionskosten

3.1.3.1 Investitionsprogramme der Länder

Die Bundesländer sind gemäß § 6 Abs. 1 KHG in Verbindung mit den länderspezifischen Krankenhausvorschriften verpflichtet, Investitionsprogramme zur Finanzierung der Investitionskosten von geförderten Krankenhäusern aufzustellen. Mittels der Investitionsprogramme wird das Investitionsvolumen determiniert sowie in Abhängigkeit der Notwendigkeit und Dringlichkeit die Auswahlentscheidung hinsichtlich der Verteilung der bereitgestellten Mittel getroffen.⁸³ Krankenhäuser haben gemäß § 8 KHG Anspruch auf Förderung, wenn sie in den Krankenhausplan eines Landes und bei Investitionen nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 KHG, in das Investitionsprogramm aufgenommen sind.⁸⁴ Die Investitionsförderung kann vollständig oder mit einem prozentualen Anteil am Gesamtvolumen erfolgen.⁸⁵ Bei einer nur anteiligen Förderung durch das Land erfolgt die Restfinanzierung entweder durch Eigenmittel des Krankenhauses,⁸⁶ durch sonstige Zuweisungen und Zuschüsse der öffentlichen Hand oder aus Zuwendungen Dritter.⁸⁷

3.1.3.2 Einzelförderung der Länder

Einzelfördermittel werden von den Ländern gemäß § 9 Abs. 1 KHG auf Antrag der Krankenhausträger gewährt.⁸⁸ Sie sind generell zweckgebunden für die im Zuwendungsbescheid genannten Maßnahmen zu verwenden. Die Details zur Einzelförderung von Investitionen werden nach § 11 KHG durch die jeweiligen Landeskrankenhausesetze festgelegt.

⁸³ Vgl. Haubrock, Manfred / Schär, Walter (Hrsg.), (2007), S. 423.

⁸⁴ Vgl. Greiling, Dorothea, (2000), S. 77.

⁸⁵ Vgl. Haubrock, Manfred / Schär, Walter. (Hrsg.), (2007), S. 423.

⁸⁶ Eigenmittelfinanzierung ist nicht zu verwechseln mit der Eigenfinanzierung. Die Eigenmittelfinanzierung kann auch aus Darlehen erfolgen.
⁸⁷ z. B. Spenden.

⁸⁸ Immer unter der Voraussetzung, dass das Krankenhaus in das jeweilige Investitionsprogramm des Landes aufgenommen wurde.

Gemäß § 9 Abs. 1 und 2 KHG fördern die Länder insbesondere Investitionskosten:

- ♦ „...für die Errichtung von Krankenhäusern einschließlich der Erstausrüstung mit den für den Krankenhausbetrieb notwendigen Anlagegütern,
- ♦ für die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als drei Jahren,
- ♦ für die Nutzung von Anlagegütern, soweit sie mit Zustimmung der zuständigen Landesbehörde erfolgt,
- ♦ für Anlaufkosten, für Umstellungskosten bei innerbetrieblichen Änderungen sowie für den Erwerb, die Erschließung, die Miete und Pacht von Grundstücken, soweit ohne die Förderung die Aufnahme oder Fortführung des Krankenhausbetriebs gefährdet wäre,
- ♦ für Lasten aus Darlehen, die vor der Aufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan für förderungsfähige Investitionskosten aufgenommen worden sind,
- ♦ als Ausgleich für die Abnutzung von Anlagegütern, soweit sie aus Eigenmitteln des Krankenhausträgers beschafft worden sind...[sowie]
- ♦ zur Erleichterung der Schließung von Krankenhäusern [und]
- ♦ zur Umstellung von Krankenhäusern oder einzelnen Krankenhausabteilungen, insbesondere zur Umwidmung in Pflegeeinrichtungen....“

Eine Ausnahme im Bereich der Einzelförderung ist in Nordrhein-Westfalen seit dem im Jahr 2007 verabschiedeten Krankenhausgestaltungsgesetz (KHGG NRW) zu finden. Die Einzelförderung wurde hier durch die sogenannte Baupauschale abgelöst. Diese sieht insbesondere vor, dass an die Stelle der Einzelförderung von wenigen Krankenhäusern eine an der Leistungskraft der Krankenhäuser orientierte jährliche Pauschale für alle Häuser tritt. Maßstab für die Höhe der Baupauschale sind die Fallzahlen und die Schweregrade der Erkrankungen von den behandelten Patienten.⁸⁹

Wesentliches Ziel des KHGG NRW ist es, den Krankenhausträgern größere Gestaltungsspielräume im Investitionsbereich zu schaffen und dadurch mehr unter-

⁸⁹ Vgl. Flintrop, Jens (2008), S. 7.

nehmerische Freiheit zu bieten, aber auch mehr Verantwortung einzufordern.⁹⁰ Die Entscheidungsträger der Kliniken legen eigenständig und flexibel fest, wann in welche Maßnahmen investiert wird. Nicht verwendete Fördermittel eines Jahres können angespart und in den Folgejahren eingesetzt werden.

Die nachfolgende Abbildung zeigt die bereits angesprochene rückläufige Entwicklung der Einzelförderungen für Krankenhäuser im Zeitverlauf von 1995 bis 2010.

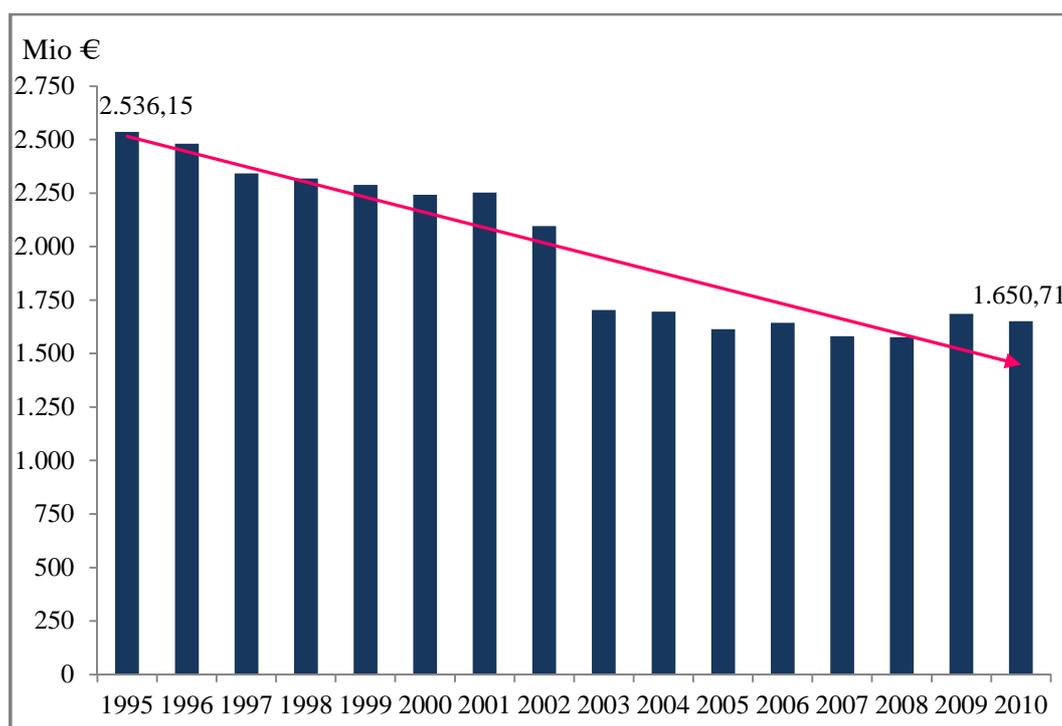


Abbildung 9: Entwicklung der Einzelfördermittel von 1995-2010^{91 92}

⁹⁰ Vgl. Winterer, Arndt (2009), S. 150.

⁹¹ Die Werte beinhalten auch die Baupauschale.

⁹² Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (2008), S. 97., Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (2010), S. 64 f.

3.1.3.3 Pauschalförderung der Länder

Nach § 9 Abs. 3 KHG fördern die Länder kleine Baumaßnahmen und die Wiederbeschaffung von kurzfristigen Anlagegütern⁹³ in Form von Pauschalfördermitteln.⁹⁴ Diese werden ohne Antrag zur Jahresmitte ausbezahlt. Im Rahmen der Zweckbindung können die Krankenhäuser mit den Pauschalfördermitteln grundsätzlich frei wirtschaften.⁹⁵ Die Höhe soll gemäß dem Krankenhausfinanzierungsgesetz nicht ausschließlich an der Bettenzahl bemessen werden. Explizite Determinanten zur Berechnung des krankenhausesindividuellen Pauschalförderbetrages sind gemäß § 11 KHG durch die jeweiligen Landeskrankenhausgesetze festzulegen und durch länderspezifische Verordnungen zu ergänzen.

In Baden-Württemberg wird die Höhe der jährlichen Pauschalförderleistung beispielsweise durch die Komponenten Grundpauschale, Fallmengenpauschale und Sonderpauschale bestimmt.

Die Grundpauschale beträgt nach § 4 KHPauschV BW für jedes Krankenhaus konstant 95% der Grundpauschale des Jahres 2004, zuzüglich der für das Jahr 2004 gewährten Großgerätepauschale.⁹⁶ Eine Anpassung erfolgt nur bei Erhöhung bzw. Reduzierung der Planbetten um mehr als 20% oder bei Aufnahme bzw. Ausscheiden einer bettenführenden Abteilung aus dem Krankenhausplan.

Die Fallmengenpauschale errechnet sich gemäß § 5 Abs. 3 KHPauschV BW aus der Fallzahl des Vorjahres je Fachabteilung multipliziert mit den Fallwerten der Fachabteilung.⁹⁷

Betreiben Krankenhäuser eine nach dem KHG geförderte Ausbildungsstätte, erhöht sich die jährliche Pauschalförderung aufgrund der Sonderpauschale nach § 7 Abs. 1 KHPauschV BW um 75 € je besetztem Ausbildungsplatz.⁹⁸

Außerdem erhalten Krankenhäuser für jeden teilstationären Planplatz eine jährliche Sonderförderpauschale in Höhe von 770 €.⁹⁹

⁹³ Der Begriff des kurzfristigen Anlagegutes ist im KHG nicht definiert, dies ist durch die Länder zu regeln, wobei sie als Abgrenzungskriterium nicht die Fristigkeit wählen müssen.

⁹⁴ Vgl. Cording, Frauke (2007), S. 54.

⁹⁵ Vgl. Graumann, Mathias / Schmidt-Graumann, Anke (2011), S. 74.

⁹⁶ Vgl. Graumann, Mathias / Schmidt-Graumann, Anke (2011), S. 75.

⁹⁷ Die Fachabteilungen werden einer der 3 hinterlegten Gruppen zugeordnet, für die jeweils ein Gewichtungsfaktor (Fallwert) hinterlegt ist.

⁹⁸ Zur Berechnung der Sonderpauschale ist die amtliche Schulstatistik des Vorjahres maßgeblich.

⁹⁹ Vgl. § 7 Abs. 2 KHPauschV BW.

Die Abbildung zeigt, dass auch bei den Pauschalfördermitteln ein leichter und unter Berücksichtigung der Inflation ein deutlicher Rückgang, zu verzeichnen ist.

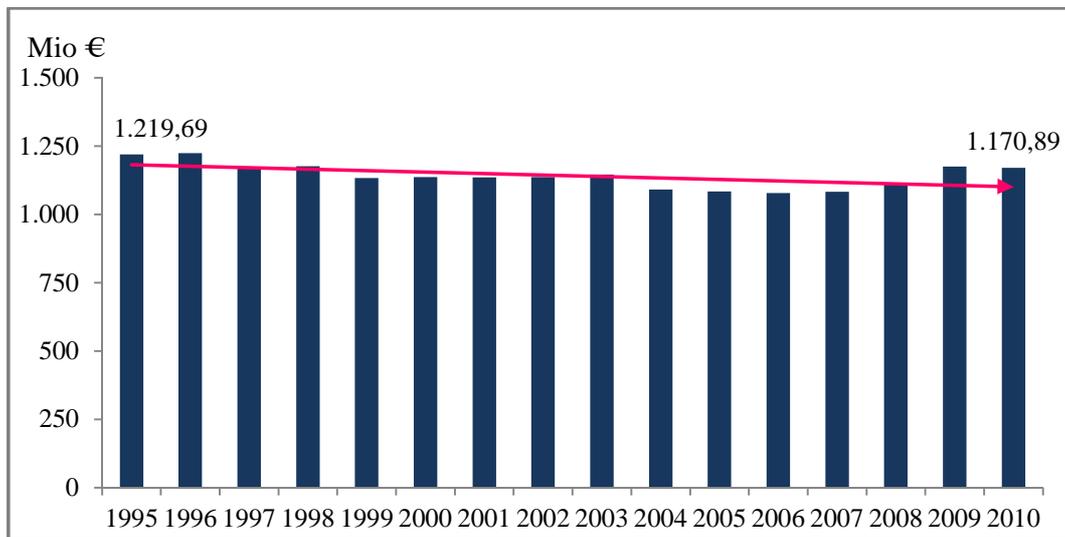


Abbildung 10: Entwicklung der Pauschalfördermittel von 1995-2010 ¹⁰⁰

3.1.3.4 Sonstige Finanzierungsmöglichkeiten von Investitionen

Krankenhäuser können neben den Einzel- und Pauschalfördermitteln auch weitere Zuweisungen und Zuschüsse der öffentlichen Hand oder Zuwendungen Dritter zur Finanzierung des Anlagevermögens erhalten. Hierbei kann es sich um Baukostenzuschüsse des Trägers, Mittel aus den Konjunkturförderprogrammen oder Spenden handeln. Auch bei der Verwendung dieser Mittel ist darauf zu achten, ob sie zweckgebunden übertragen oder frei zur Verfügung gestellt wurden.¹⁰¹ Sofern eine Zweckbestimmung vorliegt, ist es zwingend erforderlich, die Investitionsmaßnahme und deren Finanzierung entsprechend dieser Bestimmung durchzuführen.

Neben der Finanzierung des Anlagevermögens über Fördermittel oder sonstige Zuwendungen kommt die Möglichkeit der Eigenmittelfinanzierung in Frage. In der Praxis, insbesondere auch in den Systemsteuerungen zur Anlagenbuchhaltung, ist unter Eigenmittelfinanzierung die gesamte Finanzierung des Anlagevermögens zu verstehen, die nicht aus Fördermitteln oder sonstigen Zuwendungen erfolgt ist. Folglich werden in Krankenhäusern unter dem Finanzierungsschlüssel „Eigenmit-

¹⁰⁰ Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (2008), S. 97., Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (2010), S.64 f.

¹⁰¹ Vgl. Purzer, Karl / Haertle, Renate (1978), S. A3 111.

tel" nicht nur die Anlagegüter ausgewiesen, die eigen-, sondern auch die fremdfinanziert wurden.

Der Hintergrund der Terminologie ist die Notwendigkeit der Abgrenzung des Anlagevermögens nach Finanzierungsarten, um eine korrekte Entwicklung der korrespondierenden Sonderposten bei gefördertem Anlagevermögen sicherzustellen. Eigenmittelfinanziert bedeutet im Kontext, dass zu diesem Anlagevermögen kein Sonderposten gebildet wird und die künftige Abschreibung erfolgswirksam ist.

3.1.4. Finanzierung der Betriebskosten

Die Finanzierung der Betriebskosten erfolgt über die Pflegesätze.¹⁰² Der weitgefasste Pflegesatzbegriff des KHG umfasst jedes Entgelt der Benutzer oder deren Kostenträger für stationäre und teilstationäre Leistungen.¹⁰³ Darunter fallen die Erlöse aus dem pauschalierten Entgeltsystem gemäß § 17b KHG und die tagesgleichen Pflegesätze nach der BPflV.

Die tagesgleichen Pflegesätze können gemäß § 17b Abs. 1 KHG in Verbindung mit § 1 Abs. 1. Nr. 2 Psych-PV nur noch von Psychiatrien und psychosomatischen, psychotherapeutischen sowie selbstständigen psychiatrischen Abteilungen in somatischen Krankenhäusern abgerechnet werden. Sie setzen sich aus dem Basis- und dem Abteilungspflegesatz je Berechnungstag zusammen.¹⁰⁴ Mit dem Basispflegesatz werden die Unterkunft sowie die Verpflegung und mit dem Abteilungspflegesatz die medizinischen und pflegerischen Leistungen vergütet.^{105 106}

Die Vergütung der nicht psychiatrischen oder psychosomatischen allgemeinen Krankenhausleistungen erfolgt seit dem 1. Januar 2004 in Form eines durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalierten Entgeltsystems.¹⁰⁷ Die allgemeinen voll- oder teilstationären Krankenhausleistungen werden in Abhängigkeit der

¹⁰² Vgl. § 2 Abs. 4 KHG.

¹⁰³ Vgl. Graumann, Mathias / Schmidt-Graumann, Anke (2011), S. 85.

¹⁰⁴ Vgl. § 14 Abs. 2 BPflV.

¹⁰⁵ Vgl. Graumann, Mathias / Schmidt-Graumann, Anke (2011), S. 88.

¹⁰⁶ Zukünftig wird die Vergütung nach der BPflV für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen durch ein ebenfalls durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschaliertes Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten abgelöst. Der freiwillige budgetneutrale Umstieg kann ab 2013 erfolgen, ab 2015 sind alle Einrichtungen verpflichtet, nach dem neuen Entgeltsystem abzurechnen.

¹⁰⁷ Vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2012 c), S. 1.

Haupt- und Nebendiagnosen der Patienten mittels Fallpauschalen, auch als Diagnosis Related Groups (DRG) bezeichnet, vergütet.

Die diagnosebezogenen Fallgruppen (DRG) stellen eine Methode dar, stationäre Behandlungsepisoden in Kategorien einzuteilen.¹⁰⁸ Auf der klinischen Seite werden, ausgehend von den Problemen bei der Behandlung und den Behandlungszielen ähnliche Fälle zusammengefasst, auf der ökonomischen Seite die Fälle mit ähnlichen Kosten.¹⁰⁹

Als Hauptdiagnose ist der Zustand des Patienten zu verstehen, der am Ende des Klinikaufenthaltes als Diagnose feststeht und der Hauptanlass für die Behandlung im Krankenhaus war.¹¹⁰ Im Fall, dass mehr als ein Zustand aufgeführt wird, ist der kostenintensivere Zustand als Hauptdiagnose zu definieren.¹¹¹ Jeder DRG ist nach der Fallpauschalenvereinbarung ein individuelles Relativgewicht zugewiesen. Zur Ermittlung der abrechenbaren Fallpauschale wird jeder Krankenhausfall gemäß einem Algorithmus genau einer DRG zugeordnet.^{112 113}

Für die Gruppierung sind zunächst demographische Merkmale, wie etwa das Alter, Geschlecht und klinische Merkmale, die der Überprüfung und Plausibilisierung der Diagnose und Prozedurencodes dienen, relevant. Anschließend wird die Hauptdiagnose einer der 23, im Wesentlichen organgebietsspezifischen, Major Diagnostic Categories (MDC) zugeordnet. In Abhängigkeit der MDC werden die Prozeduren nach chirurgischen, medizinischen und nicht-operativen Partitionen differenziert. Innerhalb der Partition wird der Behandlungsfall unter Berücksichtigung von Grunderkrankungen und Haupteingriff einer Basis-DRG zugeordnet.¹¹⁴ Im Anschluss werden, ausgehend von der Basis-DRG, die Komorbiditäten und Komplikationen mittels Schweregraden dargestellt. Unter Beachtung der erfassten Kriterien ermittelt der Grouper¹¹⁵ die abrechenbare DRG. Die Zusammensetzung

¹⁰⁸ Vgl. InEK (2011), S. 1.

¹⁰⁹ Vgl. Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (2012), S. 13.

¹¹⁰ Vgl. InEK (2011), S. 1.

¹¹¹ Vgl. InEK (2011), S. 1.

¹¹² Nach der Fallpauschalenvereinbarung 2012 sind genau 1.193 abrechenbar.

¹¹³ Vgl. Cording, Frauke (2007), S. 60.

¹¹⁴ Vgl. InEK (2011), S. 3 ff.

¹¹⁵ Der Grouper ist eine Software zur Zuordnung von Hauptdiagnosen, Prozeduren, Komorbiditäten und Komplikationen zu den MDCs und DRGs.

einer DRG wird im folgenden Beispiel zunächst für einen Fall mit äußerst schweren Komorbiditäten und Komplikationen darstellt, im Anschluss für die identische Diagnose und die gleichen Prozeduren, aber ohne äußerst schwere Komorbiditäten und Komplikationen.

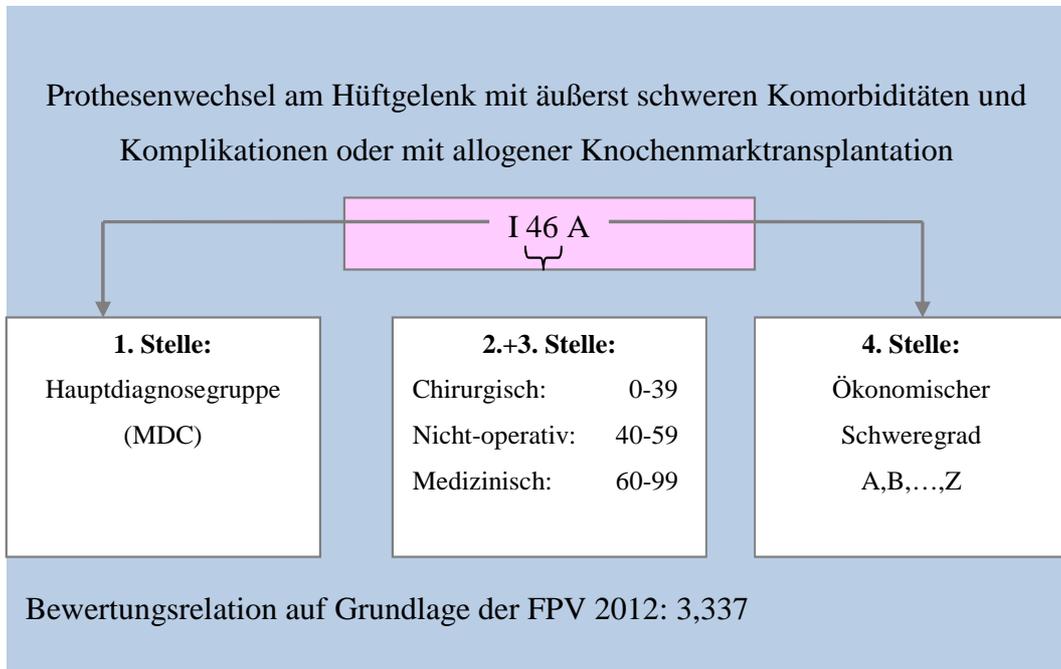


Abbildung 11: Exemplarische Zusammensetzung eines DRGs mit äußerst schweren Komorbiditäten und Komplikationen

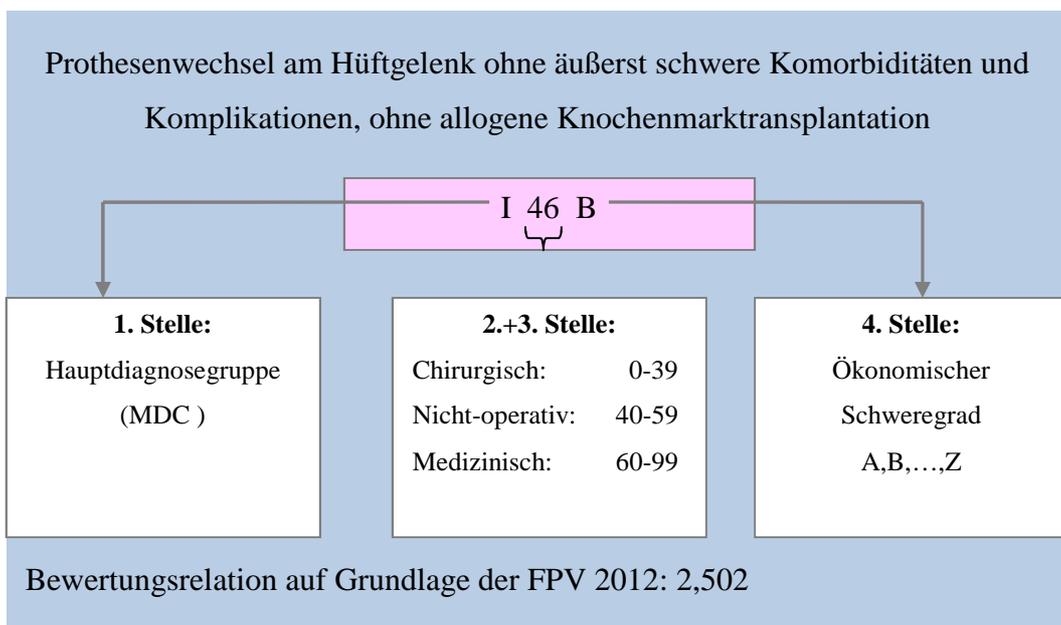


Abbildung 12: Exemplarische Zusammensetzung eines DRGs ohne äußerst schwere Komorbiditäten und Komplikationen

Nachdem die abrechenbare DRG feststeht, kann die Vergütung rechnerisch ermittelt werden. Sie ergibt sich aus der Multiplikation der Bewertungsrelation der DRG mit einem einheitlichen Preis je Bundesland, dem sogenannten Landesbasisfallwert.¹¹⁶

Der Landesbasisfallwert ist der Preis für den Fall, der mit dem Relativgewicht von eins bewertet ist. In Baden-Württemberg ist für das Jahr 2012 ein landeseinheitlicher Basisfallwert von 3.050,12 € vereinbart worden¹¹⁷ Bezugnehmend auf das oben dargestellte Beispiel erhält ein Krankenhaus unter Anwendung der Fallpauschalenvereinbarung 2012 und des Landesbasisfallwertes 2012 ohne Zu- und Abschläge für einen Prothesenwechsel am Hüftgelenk, bei einem Patienten mit äußerst schweren Komorbiditäten und Komplikationen, eine Vergütung in Höhe von 10.178,25 €.

Die gleiche Leistung, allerdings an einem Patienten ohne äußerst schwere Komorbiditäten und Komplikationen, ist mit 7.631,40 € bewertet.

Entgeltrelevant sind im Wesentlichen die Hauptdiagnose, die erbrachten Prozeduren und die Nebendiagnosen, mit deren Hilfe die Komplikationen und Komorbiditäten abgebildet werden. Die Verweildauer der Patienten bleibt bei der Entgeltbemessung weitgehend unberücksichtigt, wodurch ein ökonomischer Anreiz zur Reduzierung der Verweildauer geschaffen worden ist. Um sogenannte „blutige Entlassungen“ zu vermeiden und auf der anderen Seite die Krankenhäuser zu entlasten, die schwerkranke Patienten behandeln wurden untere- und obere Grenzverweildauern je DRG definiert. Bei Über- oder Unterschreitung der Grenzverweildauern werden zusätzlich zur DRG Zuschläge bzw. Abschläge gemäß § 1 Abs. 2 und 3 FPV berechnet.

Neben den Erlösen aus DRGs können gemäß § 7 Abs. 1 KHEntgG bei den allgemeinen Krankenhausleistungen beispielsweise auch noch Erlöse aus Zusatzentgelten für Leistungen, die nicht im DRG-Fallpauschalen-Katalog enthalten sind, Ent-

¹¹⁶ Die bundesweit unterschiedlichen Landesbasisfallwerte werden auf Basis des Bundesbasisfallwertes und des vereinbarten Basisfallwertkorridors in fünf gleichen Konvergenzschritten in der Konvergenzphase von 2010-2014 angeglichen.

¹¹⁷ Vgl. AOK-Gesundheitspartner (2013), S. 1.

gelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und sonstige Zu- und Abschläge erzielt werden.¹¹⁸

Es stehen zur Finanzierung der Betriebskosten auch die anteiligen Erlöse aus den Wahlleistungen, ambulanten Leistungen und den Nutzungsentgelten der Ärzte zur Verfügung. Da die Erlöse aus den Fallpauschalen und tagesgleichen Pflegesätzen häufig nicht ausreichen, um die Personal- und Sachkosten zu finanzieren, versuchen Krankenhäuser zunehmend sonstige Erträge zu generieren, wie etwa durch die Vermietung von Räumen an niedergelassene Ärzte, die Übernahme der Speisenversorgung umliegender Schulen, Altenpflegeheime und sonstiger öffentlicher Einrichtungen oder die Belieferung anderer Kliniken mit Medikamenten.

3.2. Rechtliche Grundlagen zur Rechnungslegung

Aufgrund der dualen Finanzierung sind besondere Rechnungslegungs- und Buchführungsvorschriften für Krankenhäuser notwendig, die in der Krankenhaus-Buchführungsverordnung (KHBV) und den dazugehörigen verbindlich anzuwendenden Anlagen geregelt sind.

Gemäß § 1 KHBV sind die Vorschriften von allen Krankenhäusern, die in den Anwendungsbereich des KHG fallen, unabhängig von ihrer Rechtsform und der Erfüllung der Kaufmannseigenschaften im Sinne des HGB, anzuwenden.

Keine Anwendung findet die KHBV folglich bei Krankenhäusern, für die das KHG¹¹⁹ und das KHEntgG¹²⁰ nicht zutrifft sowie bei Bundeswehrkrankenhäusern und Krankenhäusern, deren Träger die gesetzliche Unfallversicherung ist.

Inhaltlich werden durch die KHBV u.a. das Kalenderjahr als Geschäftsjahr festgelegt, die gesetzlichen Regelungen zur Buchführung¹²¹ und zum Inventar definiert¹²² und die Bestandteile sowie Einzelvorschriften zum Jahresabschluss fixiert.¹²³ Es wird zudem die verbindliche Anwendung des Kontenrahmens nach

¹¹⁸ Vgl. Graumann, Mathias / Schmidt-Graumann, Anke (2011), S. 85.

¹¹⁹ Vgl. § 3 KHG.

¹²⁰ Vgl. § 5 Abs. 1 Nr. 2, 4 und 7 KHG.

¹²¹ Hieraus folgt die Verpflichtung zur doppelten Buchführung.

¹²² Vgl. § 3 KHBV.

¹²³ Vgl. §§ 4 f. KHBV.

Anlage 4 KHBV verlangt, der nach dem Abschlussgliederungsprinzip aufgebaut ist.¹²⁴

Für Krankenhäuser in der Rechtsform einer Kapitalgesellschaft gelten, neben der Krankenhausbuchführungsverordnung, die Regelungen des HGB. Hinsichtlich der Gliederungsvorschriften von Bilanz, GuV-Rechnung und Anlagennachweis haben sie jedoch nach § 1 Abs. 3 KHBV für Zwecke der Aufstellung, Feststellung und Offenlegung des handelsrechtlichen Jahresabschlusses das Wahlrecht, die handelsrechtlichen Gliederungsvorschriften, mit Ausnahme der Einschränkungen gemäß § 1 Abs. 4 KHBV, nicht anzuwenden.

Sie erstellen dann nur einen Jahresabschluss nach den Vorschriften der KHBV unter Beachtung einzelner HGB Vorschriften.¹²⁵ Andernfalls müssen bei Nichtausübung des Wahlrechts zwei Jahresabschlüsse erstellt und gegebenenfalls auch geprüft werden, einer nach Handelsrecht und einer nach den Vorschriften der KHBV.^{126 127}

Die verbindlichen handelsrechtlichen Vorschriften zur Erstellung des einheitlichen Jahresabschlusses für Kapitalgesellschaften nach KHBV und HGB sowie die rechnungslegungsrelevanten Vorschriften für Krankenhäuser in sonstigen Rechtsformen sind in der folgenden Tabelle zusammengefasst.

¹²⁴ Vgl. § 3 KHBV.

¹²⁵ Vgl. Graumann, Mathias / Schmidt-Graumann, Anke (2011), S. 221.

¹²⁶ Vgl. Graumann, Mathias / Schmidt-Graumann, Anke (2011), S. 221.

¹²⁷ Vgl. Anlage 1.

Überblick	Krankenhäuser in der Rechtsform einer Kapitalgesellschaft	Krankenhäuser in sonstigen Rechtsformen
Jahresabschluss	♦ Gliederung nach KHBV und nach HGB (Vgl. § 1 Abs. 3 KHBV)	♦ Gliederung nach KHBV
Bilanzierungs- und Bewertungsmethoden	♦ gesamte HGB-Vorschriften für KapGes (Vgl. § 1 Abs. 1 Satz 2 KHBV)	♦ HGB-Vorschriften für Kaufleute ♦ bestimmte HGB-Vorschriften, die für KapGes gelten (Vgl. § 4 Abs. 3 KHBV)
Anhang	♦ vollständiger HGB Anhang (Vgl. § 1 Abs. 1 Satz 2 KHBV)	♦ Verkürzter Anhang, nur Bilanzierungs- und Bewertungsmethoden (Vgl. § 4 Abs. 3 KHBV)
Lagebericht	♦ vollständiger HGB Lagebericht (Vgl. § 1 Abs. 1 Satz 2 KHBV)	♦ Entfällt § 4 KHBV
Anlagennachweis	♦ erweitert um immaterielle Vermögensgegenstände und Finanzanlagevermögen (Vgl. § 1 Abs. 3 Satz 3 KHBV)	♦ Nur Sachanlagevermögen entsprechend Anlage 3 KHBV
Jahresabschlussprüfung	♦ Prüfungspflicht entsprechend der Einstufung in die Größenkriterien	♦ Abhängig vom jeweiligem Landeskrankenhausgesetz und ggf. der Satzung
Offenlegungspflicht	♦ Ja	♦ entfällt

Tabelle 2: Abgrenzung der rechnungslegungsrelevanten Vorschriften für Kapitalgesellschaften gegenüber sonstigen Rechtsformen¹²⁸

Neben der KHBV und dem HGB sind auch Vorschriften zur Rechnungslegung zu beachten, die sich aufgrund der konkurrierenden Gesetzgebung aus den Landeskrankenhausgesetzen ergeben.¹²⁹ So lässt sich beispielsweise die Verpflichtung einer Jahresabschlussprüfung bei Nichtkapitalgesellschaften aus den jeweiligen Landeskrankenhausgesetzen ableiten.

¹²⁸ Vgl. PricewaterhouseCoopers (Hrsg.) (2010), S. 23.

¹²⁹ Auf die Darstellung der steuerrechtlichen Vorschriften, wie etwa §§ 140 ff. AO wird an dieser Stelle verzichtet.

3.3. Der Jahresabschluss

Der Jahresabschluss von Krankenhäusern besteht gemäß § 4 Abs. 1 KHBV aus der Bilanz¹³⁰, GuV-Rechnung¹³¹ und dem Anhang, inklusive dem Anlagennachweis¹³². Der Anlagennachweis übernimmt die Funktion des Anlagespiegels gemäß § 268 Abs. 2 HGB in Bezug auf das Sachanlagevermögen.¹³³ Exemplarisch ist eine Krankenhausbilanz und Gewinn- und Verlustrechnung zum 31. Dezember 2010, die im elektronischen Bundesanzeiger veröffentlicht wurde, in der Anlage 5 aufgeführt.

Wie auch nach den handelsrechtlichen Vorschriften ist zu jedem Posten des KHBV-Jahresabschlusses, der in deutscher Sprache und in Euro aufzustellen ist, der entsprechende Vorjahresbetrag anzugeben.

Die Gliederung der Bilanz erfolgt in Kontoform und ergibt sich aus Anlage 1 der KHBV. Abweichungen zum Gliederungsschema gemäß § 266 Abs. 2 HGB sind beim Sachanlagevermögen zu finden, dass sechs statt wie im HGB vier Positionen umfasst. Ferner werden in der Krankenhausbilanz die Forderungen bzw. Verbindlichkeiten an Gesellschafter oder Träger gesondert ausgewiesen. Außerdem sind die Forderungen bzw. Verbindlichkeiten nach dem KHG separat zu zeigen und mit einem „davon-Vermerk“ zu versehen. Aus dem „davon-Vermerk“ ist der Anteil gemäß KHEntgG / BPflV aufgrund der Ausgleichsberechnungen für das vereinbarte Budget ersichtlich ist.

Auf der Passivseite werden zwischen dem Eigenkapital und den Rückstellungen die Sonderposten aus Zuwendungen zur Finanzierung des Anlagevermögens gezeigt, die mit den Restbuchwerten des geförderten Anlagevermögens korrespondieren und die künftigen Abschreibungsaufwendungen neutralisieren.

Bei einigen Krankenhäusern sind nach den aktiven und vor den passiven Rechnungsabgrenzungsposten zudem sogenannte Ausgleichsposten, die sich auf die Finanzierung von Anlagevermögen vor Einführung des KHG beziehen, zu finden.

¹³⁰ Vgl. Anlage 2.

¹³¹ Vgl. Anlage 3.

¹³² Vgl. Anlage 4.

¹³³ Vgl. Graumann, Mathias / Schmidt-Graumann, Anke (2011), S. 249.

Die Gewinn- und Verlustrechnung gemäß Anlage 2 KHBV ist besonders im Erlösbereich tiefer gegliedert als nach den handelsrechtlichen Vorschriften. Zudem sind zusätzliche Ertrags- und Aufwandspositionen enthalten, die vornehmlich mit der geförderten Finanzierung des Anlagevermögens und den korrespondierenden Sonderposten im Zusammenhang stehen. Die GuV-Rechnung ist in Staffelform zu erstellen.

Der Anhang umfasst Angaben zu den angewandten Bilanzierungs- und Bewertungsmethoden sowie deren Änderungen gegenüber dem Vorjahr und den Anlagennachweis.¹³⁴

Der Jahresabschluss soll gemäß § 4 Abs. 2 KHBV in den ersten vier Monaten nach Ablauf des Geschäftsjahres aufgestellt werden. Hinsichtlich der anzuwendenden Bilanzierungs- und Bewertungsmethoden verweist die KHBV auf die Ansatz- und Bewertungsvorschriften des HGB. Die Einzelvorschriften zu den krankenhausspezifischen Positionen sind in § 5 KHBV definiert.

Die exemplarisch dargestellten Besonderheiten des Jahresabschlusses nach der KHBV werden im Hinblick auf die Bonitätsbeurteilung von Krankenhäusern in den folgenden Kapiteln übersetzt, analysiert und zur Kennzahlenberechnung aufbereitet.

¹³⁴ Vgl. Hentze, Joachim / Kehres, Erich (2005), S. 147.

4. Bilanzanalyse als Instrument zur Bonitätsbeurteilung von Krankenhäusern

4.1. Begriffsbestimmung und Zielsetzung

Im Rahmen der Bilanzanalyse werden die Informationen des Jahresabschlusses und des Lageberichtes erkenntniszielorientiert mittels Kennzahlen, Kennzahlensystemen oder sonstigen Methoden aufbereitet, verdichtet und untersucht.¹³⁵ Der Begriff Bilanzanalyse umfasst die Betrachtung des gesamten Jahresabschlusses, zuzüglich des Lageberichtes und beschränkt sich nicht ausschließlich auf die Bilanz.

Traditionell wird unter der Bilanzanalyse, neben der Bildung, auch der Vergleich von Kennzahlen verstanden, um wichtige Informationen gegenüberzustellen. Die Vergleiche können im Zeitablauf, als Soll-Ist-Vergleich oder mit anderen Unternehmen, im Rahmen des sogenannten Unternehmensvergleichs, erfolgen.¹³⁶

Auslöser der Bilanzanalyse ist das Informationsbedürfnis einzelner Personen und Personengruppen, die sich in interne und externe Bilanzanalytiker unterteilen lassen.¹³⁷ Den externen Analytikern stehen in der Regel nur der veröffentlichte Jahresabschluss¹³⁸, gegebenenfalls der Lagebericht und Informationen aus den Medien zur Verfügung, während die internen Analytiker zusätzliche und vor allem aktuelle Datenquellen, wie die Kosten- und Leistungsrechnung und das betriebliche Berichtswesen nutzen können. Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass Unternehmen, die Kapital benötigen, durchaus bereit sein werden, die Informationsbasis der externen Analysten zu erweitern.¹³⁹

Im Folgenden ist das Augenmerk dieser Arbeit auf die externe Bilanzanalyse gerichtet.

¹³⁵ Vgl. Küting, Karlheinz / Weber, Claus-Peter (2009), S. 1., Vgl. Petersen, Karl / Zwirner, Christina / Künkele, Kai P. (2010), S. 6.

¹³⁶ Vgl. Petersen, Karl / Zwirner, Christina / Künkele, Kai P. (2010), S. 6 f.

¹³⁷ Vgl. Wehrheim, Michael / Schmitz, Thorsten (2009), S. 148 f.

¹³⁸ Sofern die Krankenhäuser in einer öffentlichen Rechtsform geführt werden, kann nicht auf einen veröffentlichten Jahresabschluss zurückgegriffen werden.

¹³⁹ Vgl. Wehrheim, Michael / Schmitz, Thorsten (2009), S. 149 f., Vgl. Perridon, Louis / Steiner, Manfred / Rathgeber, Andreas (2012), S. 594.

Das Erkenntnisziel hierbei ist die Erlangung eines den tatsächlichen Verhältnissen entsprechendes Bild der Vermögens-, Finanz- und Ertragslage zur Beurteilung der aktuellen und künftigen Unternehmenssituation in seiner Gesamtheit. Im Vordergrund der Betrachtung stehen die Bonität und die Weiterentwicklung des Unternehmens, die über die Liquidität und Rentabilität erfasst werden soll.¹⁴⁰

Mit Hilfe dieser Informationen können Kapitalgeber die notwendigen Vergleiche durchführen, Abweichungen feststellen, analysieren und Handlungsalternativen ableiten. Es wird bestimmt, ob das zur Verfügung gestellte Kapital aus dem Unternehmen abgezogen oder weiteres Kapital zu einem bestimmten Preis bereitgestellt wird.¹⁴¹

Entsprechend der Bestandteile des Jahresabschlusses gliedert sich die Untersuchung in die Teilbereiche vermögens- und finanzwirtschaftliche Analyse der Bilanz und erfolgswirtschaftliche Analyse der Gewinn- und Verlustrechnung.

Im Mittelpunkt der Bilanzanalyse steht, unabhängig der Stellung des Analytikers, die Beurteilung der Liquiditätslage, da die Aufrechterhaltung der Liquidität die zentrale Voraussetzung für den Fortbestand des Unternehmens ist.¹⁴²

Gemäß §§ 16 ff. InsO kann ein Insolvenzeröffnungsgrund bei juristischen Personen, nichtrechtsfähigen Vereinen und Gesellschaften ohne Rechtspersönlichkeit bereits bei drohender Zahlungsunfähigkeit und nicht erst bei Zahlungsunfähigkeit oder Überschuldung vorliegen. Daher ist die Liquiditätssicherung eine unabdingbare Nebenbedingung zur langfristigen Gewinnmaximierung sowie zum Unternehmensfortbestand.

¹⁴⁰ Perridon, Louis / Steiner, Manfred / Rahtgeber, Andreas (2012), S. 594.

¹⁴¹ Vgl. Wehrheim, Michael / Schmitz, Thorsten (2009), S. 149 f.

¹⁴² Vgl. Küting, Karlheinz / Weber, Claus-Peter (2009), S. 113.

Der Liquiditätsbegriff wird in den Wirtschaftswissenschaften in Abhängigkeit des Bezugsobjektes und des Analyseziels vielfältig eingesetzt. Die Abbildung illustriert die Mannigfaltigkeit des Liquiditätsbegriffes:

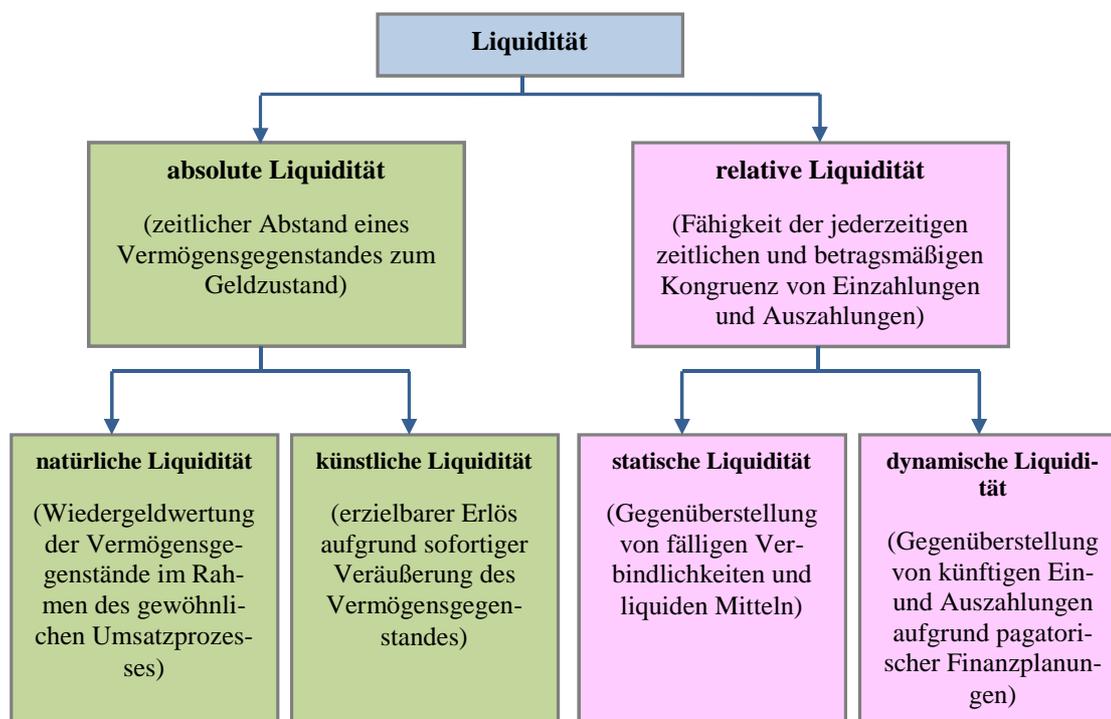


Abbildung 13: Systematik der Liquiditätsbegriffe¹⁴³

Während die Fähigkeit, den Zahlungsverpflichtungen jederzeit uneingeschränkt nachkommen zu können, als absolute Liquidität bezeichnet wird, stellt die relative Liquidität die Eigenschaft eines Wirtschaftsgutes zur Begleichung von Verbindlichkeiten dar.¹⁴⁴

Damit im Rahmen der externen Bilanzanalyse Erkenntnisse hinsichtlich der potenziellen Liquidität von Unternehmen gewonnen werden können, ist es erforderlich, Bestimmungsfaktoren zu identifizieren, die das Liquiditätssicherungsvermögen determinieren. Im Wesentlichen sind das die Vermögensbindungsdauer, der Umfang, in dem Vermögensgegenstände veräußert werden können, ohne dabei den betrieblichen Umsatzprozess zu gefährden sowie die Möglichkeit liquide Mittel von externen Kapitalgebern zu beschaffen. Dies wiederum wird maßgeblich

¹⁴³ Vgl. Küting, Karlheinz / Weber, Claus-Peter (2009), S. 114.

¹⁴⁴ Vgl. Frodl, Andreas (2012 a), S. 25.

davon beeinflusst, wie der Kapitalgeber die Fähigkeit des Unternehmens beurteilt, die temporär überlassenen Mittel fristgerecht und vollständig zurückzuzahlen.¹⁴⁵ Von Interesse sind dabei u.a. die Verlustabsorptionsfähigkeit des Unternehmens sowie das Vermögen, durch das die langfristige Erfolgsgenerierung gesichert werden kann.¹⁴⁶

Die Aufgabe der Bilanzstrukturanalyse, mit den Sektionen Vermögens-, Finanz- und Ertragsstrukturanalyse, ist es nun, mittels Kennzahlen Aussagen zu den oben aufgeführten Analysezielen zu treffen.¹⁴⁷

Ergänzend wird der qualitative Aspekt durch Betrachtung des Anhangs, des Lageberichtes, den Ausführungen zur Ordnungsmäßigkeit der Geschäftsführung im Fragenkatalog nach § 53 HGrG und den Angaben im strukturierten Qualitätsbericht beurteilt. Die qualitative Analyse ist Bestandteil des 5. Kapitels.

¹⁴⁵ Vgl. Perridon, Louis / Steiner, Manfred / Rahtgeber, Andreas (2012), S. 12.

¹⁴⁶ Vgl. Küting, Karlheinz / Weber, Claus-Peter (2009), S. 122.

¹⁴⁷ Vgl. Küting, Karlheinz / Weber, Claus-Peter (2009), S. 122.

4.2. Bildung von Kennzahlen und Kennzahlensystemen

Die Kennzahlenanalyse stützt sich bei der externen Bilanzanalyse nahezu ausschließlich auf Daten, die dem Jahresabschluss zu entnehmen sind.¹⁴⁸ Die Positionen der Bilanz und GuV-Rechnung sind aufzubereiten und zusammenzufassen, damit sie zur Kennzahlenberechnung eingesetzt werden können. Kennzahlen eignen sich dazu, komplexe Sachverhalte auf die wesentlichen Dimensionen zu reduzieren, ohne dabei wichtige Informationen zu verlieren.¹⁴⁹ Sofern zwei oder mehrere betriebswirtschaftliche Kennzahlen rechentechnisch verknüpft werden oder in einem Systematisierungszusammenhang zu einander stehen, wird von Kennzahlensystemen gesprochen.¹⁵⁰

Nach statistisch-methodischen Gesichtspunkten wird in der betriebswirtschaftlichen Literatur in absolute und relative Kennzahlen unterschieden.

Absolute Kennzahlen können sowohl zeitpunkt- als auch zeitraumbezogen sein. Eine zeitpunktbezogene absolute Kennzahl ist beispielsweise das Working Capital zum Bilanzstichtag, eine Zeitraumbezogene die stationäre Fallzahl innerhalb der Betrachtungsperiode. Die absoluten Kennzahlen können aus Einzelzahlen, Summen, Differenzen oder Mittelwerten gebildet werden.¹⁵¹

Relative Kennzahlen, auch Verhältniszahlen genannt, sind Quotienten zweier Zahlen, die angeben, wie oft die Beobachtungszahl im Zähler in der Beziehungsgrundlage im Nenner enthalten ist.¹⁵² Sie können in Gliederungszahlen, Beziehungszahlen und Indexzahlen ausgedrückt werden:

- ♦ Gliederungszahlen, z. B.: Erlösanteil der Krankenhausleistungen an den Gesamtleistungen
- ♦ Beziehungszahlen, z. B.: Verhältnis der Ärzte zur Anzahl der stationären Fälle
- ♦ Indexzahlen, z. B.: Sachkosten je Fall im Basisjahr zu den Sachkosten je Fall im Berichtsjahr

¹⁴⁸ Perridon, Louis / Steiner, Manfred / Rahtgeber, Andreas (2012), S. 594.

¹⁴⁹ Vgl. Brüggemann, Nils (2005), S. 45.

¹⁵⁰ Vgl. Meyer, Claus (2008), S. 25.

¹⁵¹ Vgl. Meyer, Claus (2008) S. 23.

¹⁵² Vgl. Brüggemann, Nils (2005), S. 45.

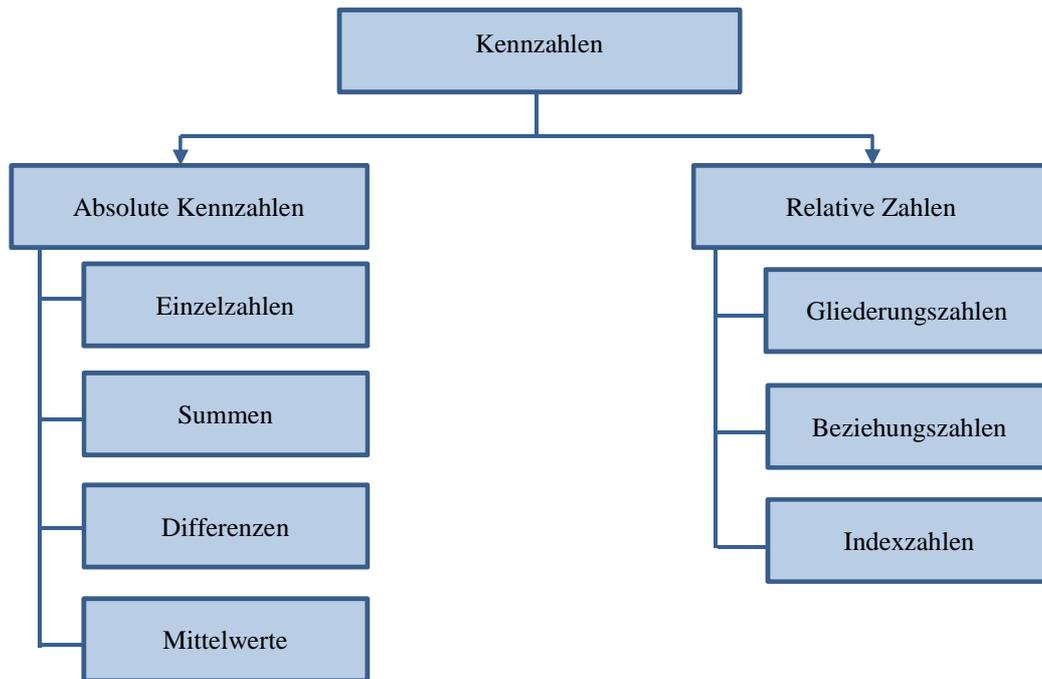


Abbildung 14: Einteilung von Kennzahlen¹⁵³

Ein Kennzahlenwert erlangt erst durch die Gegenüberstellung mit normativen oder empirischen Kenngrößen, in Form von Zeit-, Betriebs- oder Soll-Ist-Vergleichen eine Aussagekraft.¹⁵⁴

Im Rahmen des Zeitvergleichs werden die in periodischer Abfolge ermittelten Kennzahlen eines Unternehmens miteinander verglichen, um hierbei insbesondere Trendentwicklungen zu erkennen.¹⁵⁵ Der Soll-Ist-Vergleich kommt vor allem bei unternehmensinternen Analysen zum Einsatz, indem die Planwerte mit den tatsächlich erreichten Größen verglichen werden.¹⁵⁶ Beim Betriebsvergleich werden die berechneten Kennzahlen mit den Durchschnitts der Branche oder den Werten vergleichbarer Unternehmen gegenübergestellt.¹⁵⁷

Aufgabe dieser Arbeit ist es, die Durchschnittswerte ausgewählter Kennzahlen für Krankenhäuser zu berechnen, um diese dann für Betriebsvergleiche bereitzustellen.

¹⁵³ Vgl. Küting, Karlheinz / Weber, Claus-Peter (2009), S. 54.

¹⁵⁴ Vgl. Perridon, Louis / Steiner, Manfred / Rahtgeber, Andreas (2012), S. 595.

¹⁵⁵ Vgl. Perridon, Louis / Steiner, Manfred / Rahtgeber, Andreas (2012), S. 595.

¹⁵⁶ Vgl. Weber, Manfred (2001), S. 28 f.

¹⁵⁷ Vgl. Weber, Manfred (2001), S. 31.

4.3. Ablauf der externen Bilanzanalyse

Die Bilanzanalyse ist ein dynamischer Prozess,¹⁵⁸ der entsprechend der Zielsetzung und den zugänglichen Datenquellen individuell zu strukturieren ist. Im Rahmen der Bonitätsbeurteilung von Krankenhäusern durch externe Analysten wird folgendes Vorgehen empfohlen:

- ♦ Verschaffung eines allgemeinen Überblicks über das untersuchte Unternehmen, dessen Management und die Branche.
- ♦ Definition der Analyseziele, wie etwa eine reine Liquiditäts- oder eine vollumfängliche Bilanzanalyse.
- ♦ Festlegung, ob ein Zeitvergleich, Soll-Ist-Vergleich und / oder ein Krankenhausbetriebsvergleich durchgeführt werden soll. Für den Krankenhausbetriebsvergleich sind die Vergleichskrankenhäuser nach regionalen Kriterien, der Bettenanzahl, Rechtsform oder den vorgehaltenen Fachabteilungen auszuwählen.
- ♦ Bestimmung von Indikatoren, anhand derer die Analyseziele gemessen werden sollen und Festlegung von zielführenden Kennzahlen und dem Analysezeitraum.
- ♦ Sammlung und Sichtung von veröffentlichten Jahresabschlüssen und sonstigem relevanten Datenmaterial.
- ♦ Aufbereitung der gesammelten Daten.

Hier bietet sich die Erstellung einer Strukturbilanz, sowie die Erfolgsspaltung in der Gewinn- und Verlustrechnung an. Dabei wird die Originalbilanz entsprechend den Zielsetzungen und Aufgaben der Bilanzanalyse aufbereitet und umgestaltet.¹⁵⁹ Das ist empfehlenswert, wenn rechtsformspezifische Merkmale eliminiert werden müssen, Zahlenmaterial verdichtet, nach der Fristigkeit gegliedert oder bilanzpolitische Maßnahmen¹⁶⁰ ausgeblendet werden sollen.

¹⁵⁸ Vgl. Wehrheim, Michael / Schmitz, Thorsten (2009), S. 150 f.

¹⁵⁹ Vgl. Küting, Karlheinz / Weber, Claus-Peter (2009), S. 83.

¹⁶⁰ Bilanzpolitische Maßnahmen sind durch den externen Analysten oft nicht quantitativ feststellbar.

Die Erstellung einer Strukturbilanz ist bei einer großen Anzahl von extern zu analysierenden Jahresabschlüssen nicht praktikabel. Sie eignet sich eher für den Zeitvergleich eines Krankenhauses.¹⁶¹

Alternativ können zur Datenerfassung die Positionen des Originaljahresabschlusses um kennzahlenrelevante Positionen bzw. Summen ergänzt werden, beispielsweise um das kurzfristige Umlaufvermögen oder das kurzfristige Fremdkapital.¹⁶²

- ♦ Datenerfassung, indem die für die Kennzahlenberechnung erforderlichen Daten in einem Berechnungstool erfasst werden.
- ♦ Auswertung der erhobenen Daten mit Hilfe von Zeit, Soll-Ist- oder Krankenhausbetriebsvergleichen.
- ♦ Ursachenanalyse, in dem die berechneten Ergebnisse untersucht und mittels Abweichungsanalysen diskutiert werden.
- ♦ Ableitung von Zukunftsprognosen aus der Entwicklung der vergangenheitsorientierten Daten und unter Berücksichtigung der Informationen über die künftige Entwicklung der Branche und der regionalen Entwicklung des Krankenhausmarktes.
- ♦ Präsentation der Ergebnisse gegenüber den Entscheidungsträgern.

Wie bereits eingangs dargestellt, ist die Bilanzanalyse ein Prozess, der in jeder Phase an die sich ändernden Rahmenbedingungen, Fragestellungen, bisher gewonnenen Erkenntnisse und Zielsetzungen anzupassen ist. In Abhängigkeit der Komplexität der durchgeführten Bilanzanalyse bietet es sich auch an, Zwischenergebnisse den Entscheidungsträgern zu präsentieren und das weitere Vorgehen abzustimmen.

Die Abbildung fasst den beschriebenen Prozess der Bilanzanalyse zusammen und zeigt exemplarisch geeignete Phasen zur Überprüfung der Rahmenbedingungen und zur Abstimmung mit den Entscheidungsträgern:

¹⁶¹ Für die Datenauswertung im Rahmen dieser Arbeit, ist insbesondere das Fristigkeitskriterium der Bilanzpositionen relevant. Die erforderlichen Informationen werden aus den „davon-Vermerken“ der Bilanz oder dem Anhang gewonnen. Aufgrund der Datenmenge wird keine Strukturbilanz für die einzelnen Krankenhäuser erstellt, sondern für die Kennzahlenauswertung im Berechnungstool zusätzliche Positionen, wie z. B. das kurzfristige Umlaufvermögen eingefügt.

¹⁶² Vgl. Perridon, Louis / Steiner, Manfred / Rahtgeber, Andreas (2012), S. 594.

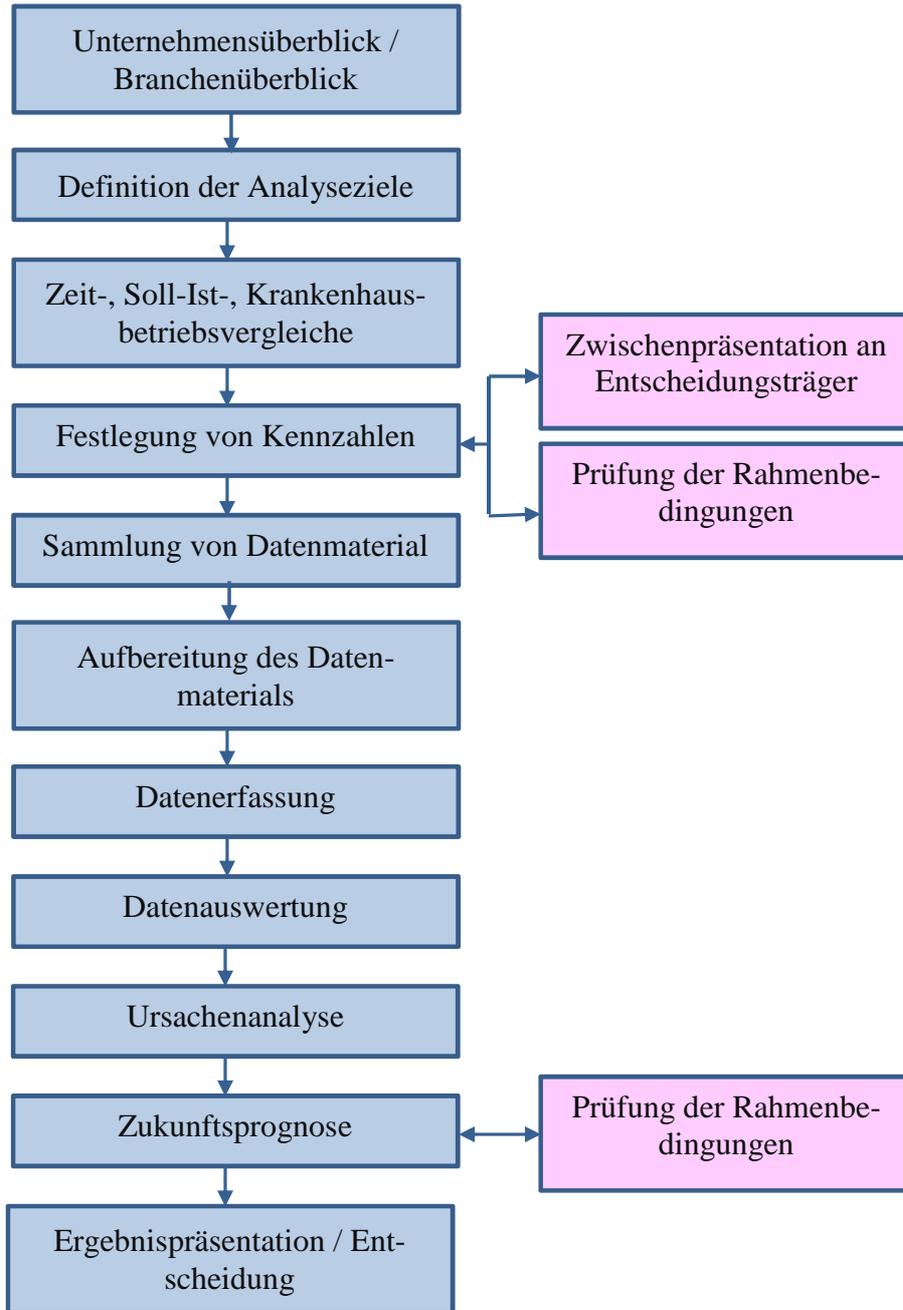


Abbildung 15: Ablaufschema zur externen Bilanzanalyse

4.4. Analyse der Vermögenslage von Krankenhäusern

4.4.1. Grundlagen

Untersuchungsgegenstand der Vermögensanalyse sind die auf der Aktivseite der Bilanz ausgewiesenen Positionen, die die Verwendung der eingesetzten Mittel zeigen.¹⁶³ Die Zielsetzung ist die Gewinnung von Informationen hinsichtlich der Struktur, Zusammensetzung und Bindungsdauer des Vermögens.¹⁶⁴

Dabei ist zunächst eine Grobstrukturierung des Vermögens nach der Bindungsdauer erforderlich, um anschließend Erkenntnisse darüber zu erlangen, ob das Unternehmen über das erforderliche Vermögen zur nachhaltigen Leistungserstellung verfügt, die Struktur der Gegenstände den Bedürfnissen der Branche entspricht, die Substanzerhaltung gesichert ist und ob die mit der Vermögensbindung verbundene Kapitalbindung und Nutzung der Branche entspricht.¹⁶⁵

Der Aufbau der Vermögensseite einer Krankenhausbilanz entsprechend der Anlage 1 zur KHBV erfolgt analog zum Gliederungsschema von § 266 Abs. 2 HGB, ergänzt um die krankenhausspezifischen Positionen.¹⁶⁶

Das Anlagevermögen umfasst die immateriellen Vermögensgegenstände, das Sachanlagevermögen und die Finanzanlagen. Im Anlagennachweis nach der KHBV sind, anders als im Anlagenspiegel nach § 268 Abs. 1 HGB, nur die Gegenstände des Sachanlagevermögens aufzuführen. Das Sachanlagevermögen ist in Krankenhäusern von zentraler Bedeutung, während die immateriellen Vermögensgegenstände zum Großteil nur die Softwarelizenzen umfassen.¹⁶⁷ Das im Rahmen des Bilanzrechtsmodernisierungsgesetzes eingeführte Aktivierungswahlrecht von selbstgeschaffenen immateriellen Vermögensgegenständen gemäß § 248 Abs. 2 HGB wird aufgrund der primären Geschäftstätigkeit eines Krankenhauses auch künftig voraussichtlich nicht zu einem signifikanten Anstieg der immateriellen Vermögensgegenstände führen.

¹⁶³ Vgl. Bachert, Robert (2004), S. 20.

¹⁶⁴ Vgl. Küting, Karlheinz / Weber, Claus-Peter (2009), S. 123.

¹⁶⁵ Vgl. Küting, Karlheinz / Weber, Claus-Peter (2009), S. 122 f.

¹⁶⁶ Vgl. Anlage 2 und 5.

¹⁶⁷ Vgl. Hentze, Joachim / Kehres, Erich (2005), S. 60., Vgl. Graumann, Mathias / Schmidt-Graumann, Anke (2011), S. 230.

Sofern vorhanden, sind bei den Finanzanlagen nach der KHBV, wie im HGB Abschluss auch, die Anteile und Ausleihungen an verbundene Unternehmen, Beteiligungen und Ausleihungen an diese, Wertpapiere des Anlagevermögens sowie sonstige Finanzanlagen auszuweisen. Das Finanzanlagevermögen beinhaltet im Klinikbereich zum größten Teil die Anteile an verbundenen Unternehmen sowie die Beteiligungen. Meistens betreffen diese die Servicegesellschaften und medizinischen Versorgungszentren.

Zur Informationsgewinnung und Beurteilung von Art, Umfang und Zusammensetzung der Finanzanlagen eignen sich bei Krankenhäusern, die in der Rechtsform einer Kapitalgesellschaft geführt werden, die Anhangangaben nach § 285 Nr. 11 und Nr. 18 HGB¹⁶⁸. Der verkürzte KHBV Anhang gemäß § 4 Abs. 1 und 3 KHBV enthält diese Angaben allerdings nicht, sodass ein externer Analytiker keine genauen Informationen zur Zusammensetzung des Finanzanlagevermögens auf Basis des Jahresabschlusses generieren kann.

Die Analyseziele im Bereich des in der Regel abnutzbaren Sachanlagevermögens¹⁶⁹ einerseits und der Finanzanlagen andererseits weichen naturgemäß voneinander ab. Bei den nachfolgenden Ausführungen zu den Kennzahlen im Anlagebereich von Krankenhäusern wird deshalb, wegen der Bedeutung im Verhältnis zur Bilanzsumme, das Sachanlagevermögen betrachtet.

Informationen zum Finanzanlagevermögen sind idealerweise, mangels der Vergleichbarkeit mit anderen Kliniken, individuell aus den Anhangangaben zu generieren und anschließend zu beurteilen.

Das Vorratsvermögen von Krankenhäusern wird unterteilt in Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe, unfertige Erzeugnisse und Leistungen, fertige Erzeugnisse und Waren sowie geleistete Anzahlungen. Die Positionen unfertige Erzeugnisse, fertige Erzeugnisse und Waren sowie geleistete Anzahlungen sind aufgrund des Unternehmenszwecks von Krankenhäusern meistens nicht bilanziert oder von untergeordneter Bedeutung.

Die bilanzierten Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe beinhalten hauptsächlich Vorräte an Lebensmitteln, Vorräte des medizinischen Bedarfs, des Wirtschaftsbedarfs

¹⁶⁸ Vgl. Petersen, Karl / Zwirner, Christian / Künkele, Kai Peter (2009), S. 43.

¹⁶⁹ Das betriebsnotwendige Sachanlagevermögen von Krankenhäusern ist mit Ausnahme der Grundstücke abnutzbar.

sowie den Verwaltungsbedarf.¹⁷⁰ Von materieller Bedeutung ist primär der medizinische Bedarf mit dem Apothekenbestand, der vor allem bei der Zytostatika-Herstellung¹⁷¹ in der eigenen Apotheke ins Gewicht fällt.

Die zum Bilanzstichtag noch nicht abgeschlossenen Dienstleistungen sind gemäß § 266 HGB unter der Bilanzposition „unfertige Leistungen“ auszuweisen.¹⁷² Die unfertigen Leistungen umfassen bei Krankenhäusern die sogenannten Überlieger, bei denen aufgrund der Fallpauschalenvergütung noch keine bilanzierungsfähige Forderung entstanden ist. Die Höhe der unfertigen Leistungen wird einerseits von der Anzahl der Patienten die über einen Jahreswechsel im Krankenhaus liegen, determiniert. Andererseits bestimmen die auf Basis der Kosten ermittelten abrechenbaren Fallpauschalen die unfertigen Leistungen. Abweichungen bei dieser Bilanzposition können sowohl im Zeit- als auch im Betriebsvergleich aus der Anzahl der Patienten, die sich über den Jahreswechsel in der Klinik befanden, dem Schweregrad der Krankheiten und dem Basisfallwert ergeben. Schwankungen bei den unfertigen Leistungen können auch ganz banale Gründe haben, beispielsweise ein frühzeitig vor den Weihnachtsfeiertagen vereinbarter Aufnahmestopp von geplanten Aufenthalten oder witterungsbedingte Glatteisunfälle um den Jahreswechsel. Anderes als bei Industrieunternehmen können aus der Veränderung der unfertigen Leistungen keine validen Rückschlüsse auf die Situation am Absatzmarkt gezogen werden.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Analyse des Vorratsvermögens wegen der insgesamt untergeordneten Bedeutung durch die Nichtlagerfähigkeit von Krankenhausleistungen im Verhältnis zur Bilanzsumme keine nennenswerten Erkenntnisziele zur Entwicklung und Lage des Krankenhauses geben kann.

Aus der Höhe und Zusammensetzung der Forderungen und sonstigen Vermögensgegenstände können Analysten hingegen zentrale Informationen sowohl über die Lage als auch über das Management von Krankenhäusern ableiten.¹⁷³

¹⁷⁰ Vgl. Purzer, Karl / Haertle, Renate (1995), A 2 S. 5.

¹⁷¹ Zytostatika sind natürliche oder chemische Substanzen, die vor allem zur Behandlung von Krebserkrankungen bei der Chemotherapie eingesetzt werden.

¹⁷² Vgl. Adler, Hans / Düring, Walther / Schmaltz, Kurt (2007), § 266 HGB Tz. 107.

¹⁷³ Vgl. Küting, Karlheinz / Weber, Claus-Peter (2009), S. 130 f.

Sie umfassen die:

- ♦ Forderungen aus Lieferungen und Leistungen
- ♦ Forderungen an Gesellschafter bzw. den Krankenhausträger
- ♦ Forderungen nach dem Krankenhausfinanzierungsrecht
- ♦ Forderungen gegen verbundene Unternehmen
- ♦ Forderungen gegen Unternehmen, mit denen ein Beteiligungsverhältnis besteht
- ♦ Forderungen für eingefordertes, noch nicht eingezahltes Kapital
- ♦ Sonstigen Vermögensgegenstände ¹⁷⁴

Die Forderungen aus Lieferungen und Leistungen beinhalten primär die Forderungen an die Kostenträger. Die Kostenträger der Krankenhausleistungen sind die Krankenkassen, sonstige öffentlich-rechtliche Leistungsträger¹⁷⁵ oder die Selbstzahler.

Forderungen an Gesellschafter können Zuwendungen und Zuschüsse oder Forderungen aus Liefer- und Leistungsbeziehungen betreffen, die in der Regel weder mit anderen Krankenhäusern noch im Zeitablauf vergleichbar sind. Daher wird in der vorliegenden Arbeit in diesem Kontext keine spezielle Kennzahl vorgestellt, sondern die Betrachtung der absoluten Zahl empfohlen. Unternehmensindividuelle Informationen können gegebenenfalls gemäß § 285 Abs. 2 Nr. 21 HGB aus dem Anhang gewonnen werden.

Die Forderungen nach dem KHG werden differenziert in Forderungen aus bewilligten Investitionszuschüssen, Forderungen aus Ausbildungskosten nach § 17a KHG und in Budgetausgleichsforderungen nach dem KHEntgG und der BPflV.¹⁷⁶ Informationen zur Zusammensetzung der Forderungen können den „davon-Vermerken“ der Bilanz entnommen werden. Die im „davon-Vermerk“ ausgewiesenen Forderungen betreffen die Ausgleichsforderungen aus dem vereinbarten Budget des Analysejahres und gegebenenfalls aus den fortgeführten Erlösausgleichs der Vorjahre, vgl. Kapitel 4.4.3.3.

¹⁷⁴ Vgl. KHBV, Anlage 1.

¹⁷⁵ z. B. der örtliche Sozialhilfeträger, also die Kommune oder Stadt.

¹⁷⁶ Vgl. Graumann, Mathias / Schmidt-Graumann, Anke (2011), S. 232.

Bei den Forderungen gegen verbundene Unternehmen und den Forderungen gegen Unternehmen mit, denen ein Beteiligungsverhältnis besteht, sowie den sonstigen Vermögensgegenständen werden keine nennenswerten krankenhausspezifischen Sachverhalte abgebildet.

Wertpapiere des Umlaufvermögens sind, zumindest in Bilanzen von öffentlichen Krankenhausträgern, selten zu finden. Sie umfassen generell, wie auch nach dem Handelsrecht, die Anteile an verbundenen Unternehmen, Aktien, festverzinsliche und sonstige Wertpapiere und Wechsel.¹⁷⁷

Bei den flüssigen Mitteln ergeben sich aus der KHBV keine Abweichungen oder sonstige Besonderheiten.

Der nächste Gliederungspunkt der Bilanz nach KHBV beinhaltet die Ausgleichsposten nach KHG. Die Ausgleichsposten für Eigenmittelförderung dienen gemäß § 5 Abs. 5 KHBV als Bilanzierungshilfe und zur Neutralisierung der Abschreibungsaufwendungen auf Anlagevermögen, welches vor Inkrafttreten des KHG mit Eigenmitteln finanziert wurde.

Wurde ein Investitionsgut vor Aufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan oder vor Inkrafttreten des KHG angeschafft und über Fremdkapital finanziert, können rückwirkend Fördermittel für diese Anschaffung beantragt werden, sofern das Investitionsgut nach KHG förderfähig ist.¹⁷⁸

Erhält das Krankenhaus Fördermittel für Lasten aus Darlehen bewilligt, so ist gemäß § 5 Abs. 4 Satz 1 KHBV in Höhe der Differenz zwischen den seit Beginn der Förderung bis zum Bilanzstichtag aufgelaufenen Abschreibung auf die mit geförderten Darlehen¹⁷⁹ finanzierten Vermögensgegenstände einerseits und den niedrigeren Tilgungen der geförderten Darlehen andererseits ein Ausgleichsposten aus Darlehensförderung zu aktivieren.¹⁸⁰

Übersteigen die Abschreibungen die geförderte Tilgung, wird in Höhe der Differenz, der aktive Ausgleichsposten aus Darlehensförderung zu Gunsten der Erträge erhöht und der Abschreibungsaufwand neutralisiert. Der Ausgleichsposten wird in

¹⁷⁷ Vgl. Purzer, Karl / Haertle, Renate (1995), A 2 S. 6.

¹⁷⁸ PricewaterhouseCoopers (2010), S. 96 f.

¹⁷⁹ Die Buchung der geförderten Tilgung erfolgt ertragswirksam.

¹⁸⁰ Vgl. PricewaterhouseCoopers (2010), S. 96.

dem Zeitraum aufgelöst, in dem die Abschreibungen geringer sind als die geförderte Tilgung. Damit hat dieser Ausgleichsposten den Charakter eines Rechnungsabgrenzungspostens.

Zu jedem Bilanzstichtag ergibt sich folgende Berechnung:

Buchwerte der mit Darlehen finanzierten Anlagegüter
+ Ausgleichsposten aus Darlehensförderung
= gefördertes Darlehen ¹⁸¹

Tabelle 3: Berechnungsschema des Ausgleichspostens aus Darlehensförderung

Der Ausgleichsposten für Eigenmittelförderung hingegen beinhaltet die Abschreibungen auf Vermögensgegenstände, die vor der Einführung des KHG mit Eigenmitteln finanziert wurden. Es handelt sich hierbei nicht um einen Vermögensgegenstand¹⁸² sondern um eine reine Bilanzierungshilfe, die den Abschreibungsaufwand ab Beginn der Förderfähigkeit durch die entsprechende Ertragsbuchung kompensiert. Der Ansatz dieser Bilanzierungshilfe in einem handelsrechtlichen Jahresabschluss ist, soweit das Wahlrecht nach § 1 Abs. 3 KHBV nicht in Anspruch genommen wird, nicht möglich.¹⁸³

In diesem Fall und bei der Aufstellung eines Konzernabschlusses ist der Ausgleichsposten für Eigenmittelförderung vom Eigenkapital abzusetzen.¹⁸⁴

Die aktiven Rechnungsabgrenzungsposten dienen auch in Krankenhäusern der Periodenabgrenzung. Sie beinhalten u.a. Zeitschriftenabonnements und Mieten. In den meisten Fällen sind sie betragsmäßig von untergeordneter Bedeutung. Die nachfolgenden Bilanzgliederungspunkte, die aktiven latenten Steuern und der aktive Unterschiedsbetrag aus der Vermögensverrechnung sind in Krankenhausbilanzen ebenfalls kaum zu finden. Im Zuge des BilMoG werden durch den Wegfall der umgekehrten Maßgeblichkeit und der wachsenden Differenzen zwischen Handels- und Steuerbilanz, die latenten Steuern auch im gemeinnützigen Krankenhaussektor an Bedeutung gewinnen.¹⁸⁵

¹⁸¹ PricewaterhouseCoopers (2010), S. 96.

¹⁸² Vgl. IDW RS KHFA (2011), S. 8, Tz. 31.

¹⁸³ Vgl. IDW RS KHFA (2011), S. 8, Tz. 31.

¹⁸⁴ PricewaterhouseCoopers (2010), S. 99.

¹⁸⁵ PricewaterhouseCoopers (2010), S. 49.

Letztlich schließt die Vermögensseite der Bilanz nach § 4 Abs. 1 KHBV, wie auch die klassische Bilanz nach § 266 Abs. 2 HGB i.V.m. § 268 Abs. 3 HGB mit dem nicht durch Eigenkapital gedeckten Fehlbetrag ab.

Die genannten Besonderheiten der Aktiva von Krankenhausbilanzen sind bei der Kennzahlenauswahl und -bildung zu berücksichtigen.

4.4.2. Anlagevermögen

4.4.2.1 Anlagenintensität

Im Rahmen der Vermögensstrukturanalyse ist zu beachten, dass die Bewertung des Umlaufvermögens nach den Bewertungsgrundsätzen gemäß §§ 4 f. KHBV i.V.m. § 253 HGB zum aktuellen Preisniveau erfolgt, während das Anlagevermögen zu fortgeführten Anschaffungs- und Herstellungskosten bewertet wird. Dieses Thema ist insbesondere bei Krankenhäusern zu beachten, die Grundstücke bilanzieren, die nicht betriebsnotwendig sind und potenziell mit Buchgewinnen veräußert werden können.¹⁸⁶

Die Anlagenintensität, als klassische Kennzahl der Vermögensanalyse, zeigt den prozentualen Anteil des Anlagevermögens am Gesamtvermögen.¹⁸⁷ Jedoch bleiben geleaste Vermögensgegenstände, die beim Leasinggeber aktiviert sind, außer Betracht.

Sie kann als Indikator für die Flexibilität sowie die finanz- und erfolgswirtschaftliche Stabilität eines Unternehmens herangezogen werden.¹⁸⁸

Generell steigt bei abnehmender Anlagenintensität das Liquiditätspotenzial, die Anpassungsfähigkeit an Beschäftigungsänderungen nimmt zu und die Fixkostenbelastung sinkt.¹⁸⁹

Eine geringe oder im Zeitverlauf rückläufige Anlagenintensität kann ein Indiz für ein defensives Investitionsverhalten, einen veralteten Anlagenbestand und den künftigen Investitions- und damit auch Kapitalbedarf eines Unternehmens sein.

¹⁸⁶ Bei der Veräußerung von Grundstücken muss jedoch geprüft werden, ob Verwendungsaufgaben vorliegen.

¹⁸⁷ Vgl. Baetge, Jörg (1998), S. 176.,

Vgl. Küting, Karlheinz / Weber, Claus-Peter (2009), S. 124.

¹⁸⁸ Vgl. Perridon, Louis / Steiner, Manfred / Rahtgeber, Andreas (2012), S. 597.

¹⁸⁹ Vgl. Perridon, Louis / Steiner, Manfred / Rahtgeber, Andreas (2012), S. 597.

Für Zwecke des Betriebsvergleichs ist zu beachten, dass es sich um Unternehmen der gleichen Branche handeln muss, damit aussagekräftige Informationen hinsichtlich dieser Kennzahl gewonnen werden können.¹⁹⁰

Bei Einsatz, Analyse und der anschließenden Ableitung von Maßnahmen aufgrund der ermittelten Anlagenintensität, ist im Krankenhausbereich zu beachten, dass die Flexibilität und die Anpassungsfähigkeit an Belegungsschwankungen und der damit verbundene Fixkostenabbau wegen der bestehenden Versorgungsverträge generell begrenzt ist. Ferner belasten die abschreibungsbedingten Fixkosten nur dann den Wirtschaftserfolg, wenn die Vermögensgegenstände mit Eigenmitteln finanziert wurden, da die Abschreibungsaufwendungen von geförderten Anlagegegenständen durch die Auflösung der korrespondierenden Sonderposten neutralisiert werden.

Sofern aus dem Abgang von geförderten Anlagegegenständen Erlöse generiert werden, ist zu beachten, dass diese durch die Zuführung zu den Verbindlichkeiten nach dem KHG oder zu den Verbindlichkeiten aus sonstigen Zuwendungen zur Finanzierung des Anlagevermögens ebenfalls zu neutralisieren sind und damit keine Ergebniswirkung entsteht.¹⁹¹

Die nachfolgend dargestellte allgemeine Formel zur Berechnung der Anlagenintensität,¹⁹² sollte für Analysezwecke bei Krankenhäusern dann modifiziert werden, wenn Erkenntnisse darüber zu gewinnen sind, in welchem Umfang künftige Abschreibungen das Jahresergebnis belasten und in wie weit das Krankenhaus Eigenmittel zur Investitionsfinanzierung aufbringen konnte beziehungsweise aufgrund der rückläufigen Förderquote aufbringen musste.

$$\text{Anlagenintensität} = \frac{\text{Anlagevermögen}}{\text{Gesamtvermögen}} \times 100$$

Formel 1: Anlagenintensität

¹⁹⁰ Vgl. Peemöller, Volker H. (2003), S. 332.

¹⁹¹ Vgl. PricewaterhouseCoopers (2010), S. 101.

¹⁹² Vgl. Coenberg, Adolf G. (2003), S. 948.

Durch Subtraktion der Sonderposten aus Zuwendungen zur Finanzierung von Anlagevermögen vom Restbuchwert des Anlagevermögens wird das mit Eigenmitteln finanzierte Anlagevermögen ermittelt, dessen Abschreibung potenziell das Jahresergebnis belastet und an das bei einer Veräußerung keine Rückzahlungsverpflichtungen gekoppelt sind.¹⁹³

Da der Ausgleichsposten für Eigenmittelförderung kein Vermögensgegenstand sondern gemäß § 5 Abs. 5 KHBV nur eine Bilanzierungshilfe ist, ist er vom Gesamtvermögen abzuziehen.

Unter Berücksichtigung der dargestellten Sachverhalte ergibt sich die modifizierte Berechnungsformel zur Ermittlung der Anlagenintensität:

modifizierte Anlagenintensität =	$\frac{\text{Anlagevermögen - Sonderposten aus Zuwendungen zur Finanzierung von Anlagevermögen}}{\text{Gesamtvermögen - Ausgleichsposten für Eigenmittelförderung}} \times 100$
-------------------------------------	---

Formel 2: modifizierte Anlagenintensität

Alternativ kann das Verhältnis von Anlage- und Umlaufvermögen auch mit Hilfe der Umlaufintensität berechnet werden. Im Grundsatz liefert die Umlaufintensität die gleichen Informationen wie die Anlagenintensität, weshalb die Betrachtung einer dieser Kennzahlen ausreichend ist.^{194,195}

Zur weiteren Vermögensanalyse eignen sich ergänzend Kennzahlen zur Altersstruktur des Anlagevermögens, zur Investitionspolitik und die Umschlagkoeffizienten. Diese Kennzahlen decken den Analysebereich dann redundanzfrei ab.¹⁹⁶ Die Auswahl der Kennzahlen zur Analyse des Anlagevermögens im Rahmen der empirischen Untersuchung, ist in Kapitel 6.3.2. erläutert.

¹⁹³ Es wird der Nettowert ermittelt.

¹⁹⁴ Vgl. Coenenberg, Adolf G. (2003), S. 948.

¹⁹⁵ Es wird anstelle des Anlagevermögens das Umlaufvermögen ins Verhältnis zum Gesamtkapital gesetzt.

¹⁹⁶ Vgl. Peemöller, Volker H. (2003), S. 331.

4.4.2.2 Anlagenabnutzungsgrad

Mit Hilfe des Anlagenabnutzungsgrades kann die Altersstruktur des Anlagevermögens beurteilt werden. Üblicherweise wird der Anlagenabnutzungsgrad lediglich für das Sachanlagevermögen ermittelt.¹⁹⁷ Je höher der Anlagenabnutzungsgrad ist, desto höher ist das Durchschnittsalter des Sachanlagevermögens und somit der künftige Reinvestitionsbedarf.¹⁹⁸ Da der Anlagenabnutzungsgrad den Status quo der Altersstruktur des Anlagevermögens widerspiegelt, eignet sich diese Kennzahl neben der Analyse im Zeit- und Betriebsvergleich auch für einperiodische Betrachtungen.

Wird der Anlagenabnutzungsgrad für Krankenhausbetriebsvergleiche herangezogen, ist zu beachten, dass eine Vergleichbarkeit der Altersstruktur des Sachanlagevermögens infolge unterschiedlicher Lebenszyklusphasen und Generalsanierungszeitpunkte, u.a. auch bedingt durch die Einzelförderungen, nicht immer vollständig gegeben ist.¹⁹⁹ Ebenso können Leasinggüter, die beim Leasinggeber aktiviert sind, die Kennzahl verzerren.

Die gewonnenen Erkenntnisse zur Altersstruktur des Anlagevermögens sind nur dann zutreffend, wenn die tatsächlichen Wertminderungen nicht wesentlich von den kumulierten buchhalterisch erfassten Abschreibungen, beispielsweise durch steuer- oder bilanzpolitisch motivierte Wahlrechtsausübungen zum angewandten Abschreibungsverfahren, abweichen.²⁰⁰

Öffentliche und freigemeinnützige Krankenhäuser sind oftmals infolge des § 51 ff. AO gemeinnützig und deshalb, mit Ausnahme der wirtschaftlichen Geschäftsbetriebe, gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 9 KStG und § 3 Nr. 20 GewStG von der Körperschaftssteuer und Gewerbesteuer befreit. Hieraus ergab sich für die öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäuser auch vor Wegfall der umgekehrten Maßgeblichkeit kein Anreiz für steuerlich motivierte Mehrabschreibungen auf eigenmittelfinanzierte Vermögensgegenstände. Zudem werden Abschreibungs-

¹⁹⁷ Vgl. Peemöller, Volker H. (2003), S. 337., Vgl. Baetge, Jörg (1998), S. 178., Vgl. Küting, Karlheinz / Weber, Claus-Peter (2009), S. 126.

¹⁹⁸ Vgl. Burger, Anton (1995), S. 71.

¹⁹⁹ Aus diesem Grund ist der Abnutzungsgrad in den neuen Bundesländern geringer als in den meisten alten Bundesländern.

²⁰⁰ Vgl. Küting, Karlheinz / Weber, Claus-Peter (2009), S. 126.

aufwendungen auf geförderte Anlagegüter durch die korrespondierende Ertragsbuchung zur Auflösung von Sonderposten neutralisiert.

In der Praxis wird von Krankenhäusern primär das lineare Abschreibungsverfahren angewendet. Die zu Grunde liegenden Nutzungsdauern werden aus den amtlichen AfA-Tabellen, insbesondere aus der speziellen AfA-Tabelle für Einrichtungen im Gesundheitswesen, abgeleitet.²⁰¹ Bei der Analyse des Anlagenabnutzungsgrades wird deshalb keine Eliminierung steuerlicher Mehrabschreibungen erforderlich sein. Es kann vielmehr davon ausgegangen werden, dass die Abschreibung laut Anlagenspiegel im Wesentlichen dem tatsächlichen Werteverzehr entsprechen. Eine Ausnahme stellen gelegentlich die Gebäude dar, die historisch bedingt, entsprechend den steuerlichen AfA-Tabellen manchmal noch über 50 Jahre abgeschrieben werden. Die buchhalterisch erfasste Wertminderung auf Gebäude ist dadurch niedriger als der reale Wertverlust.

Eine Modifizierung der allgemeinen Berechnungsformel des Anlagenabnutzungsgrades ist für Krankenhäuser nicht erforderlich, da sich die spezielle Finanzierung des Sachanlagevermögens nicht auf die Altersstruktur auswirkt. Gemäß § 5 Abs. 1-3 KHBV sind alle geförderten Vermögensgegenstände brutto, ohne Abzug der Zuwendungen zur Finanzierung des Anlagevermögens zu aktivieren, sodass auch an dieser Stelle kein Zurechnungsbedarf zu den historischen Anschaffungs- und Herstellungskosten erforderlich wird.

Die notwendigen Daten zur Berechnung des Anlagenabnutzungsgrades²⁰² sind aus dem Anlagenspiegel ablesbar.

$$\text{Anlagenabnutzungsgrad} = \frac{\text{kumulierte Abschreibungen auf Sachanlagen}_e}{\text{historische AHK der Sachanlagen}_e} \times 100$$

Formel 3: Anlagenabnutzungsgrad²⁰³

Zur Deckung des weiteren Analysebedarfs hinsichtlich des Anlagevermögens bietet es sich an, Kennzahlen einzusetzen, die zusätzlich Aufschluss über die Investitionspolitik geben können.

²⁰¹ Vgl. Hentze, Joachim / Kehres, Erich (2004), S. 137.

²⁰² Vgl. Peemöller, Volker H. (2003), S. 337., Vgl. Baetge, Jörg (1998), S. 178., Vgl. Küting, Karlheinz / Weber, Claus-Peter (2009), S. 126.

²⁰³ Vgl. Wagenhofer, Alfred (2002), S. 241.

4.4.2.3 Investitionsquote

Durch die Gegenüberstellung der Nettoinvestitionen einer Periode und den historischen Anschaffungs- und Herstellungskosten zu Periodenbeginn können Rückschlüsse auf die Investitionsneigung und somit auf Wachstums- oder Schrumpfungsphasen sowie die Zukunftsvorsorge des Unternehmens gezogen werden.²⁰⁴ Von realem Anlagenwachstum ist erst auszugehen, wenn über die jährliche Abschreibung hinaus investiert wird.²⁰⁵

Alternativ kann im Nenner, statt der historischen Anschaffungs- und Herstellungskosten, auch der Endbestand des Sachanlagevermögens zu Restbuchwerten der Vorperiode eingesetzt werden. Allerdings würde dann wegen des abschreibungsbedingten Rückgangs des Anfangsbestandes der Sachanlagen und gleichbleibender Nettoinvestitionen die Investitionsquote steigen.²⁰⁶

Die Nettoinvestitionen sind definiert als die Differenz zwischen den im Anlagepiegel ausgewiesenen Zugängen und den zu Restbuchwerten bewerteten Abgängen, die durch Subtraktion der Abgänge der Anschaffungs- und Herstellungskosten und der Abgänge der Abschreibungen ermittelbar sind.²⁰⁷

Zugänge in das Sachanlagevermögen
- Abgänge aus dem Sachanlagevermögen zu Restbuchwerten
= Nettoinvestition in das Sachanlagevermögen

Tabelle 4: Berechnungsschema der Nettoinvestitionen²⁰⁸

Die Ermittlung der Investitionsquote kann in Abhängigkeit der Zielsetzung separat für Anlagegruppen, Finanzierungsarten oder das immaterielle Anlage-, das Sachanlage-, das Finanzanlagevermögen oder das gesamte Anlagevermögen erfolgen.

Für Analysezwecke im Krankenhausbereich ist aus wertmäßiger Sicht das Sachanlagevermögen von zentraler Bedeutung, weshalb in den weiteren Ausführungen

²⁰⁴ Vgl. Peemöller, Volker H. (2003), S. 336.

²⁰⁵ Vgl. Peemöller, Volker H. (2003), S. 336.

²⁰⁶ Vgl. Coenenberg, Adolf G. (2003), S. 953.

²⁰⁷ Vgl. Küting, Karlheinz / Weber, Claus-Peter (2009), S. 128.

²⁰⁸ Baetge, Jörg (1998), S. 180.

auf die Investitionsquote des gesamten Sachanlagevermögens Bezug genommen wird.

Bei der Analyse der Investitionsquote ist sowohl im Betriebs- als auch im Zeitvergleich zu beachten, dass aufgrund nicht kontinuierlicher und teilweise divergenter Investitionstätigkeiten und Leasingaktivitäten zwar Trends erkennbar sind, aber eine direkte Vergleichbarkeit nicht gegeben sein kann. Zudem erfolgen umfangreiche Investitionen im geförderten Krankenhausbereich in Abhängigkeit von den Investitionsförderprogrammen der Länder, was die Vergleichbarkeit der Investitionsquote im Krankenhaussektor zusätzlich erschwert.

$$\text{Investitionsquote} = \frac{\text{Nettoinvestitionen in das Sachanlagevermögen}}{\text{Sachanlagen zu historischen AHK zu Beginn der Periode}} \times 100$$

Formel 4: Investitionsquote²⁰⁹

Eine Anpassung der Formel zur Berechnung der Investitionsquote aufgrund der partiellen Förderung von Investitionen ist nicht erforderlich, da die Art der Finanzierung nicht unmittelbar mit dem Investitionsvolumen in Verbindung steht.

Es kann aber interessant sein, die Investitionsquote nach Finanzierungsarten zu berechnen. Damit wird sichtbar, wie sich die Förderquote oder auch die Eigenmittelfinanzierungskraft der Einrichtungen entwickelt hat. Die dazu benötigten Daten, wie Anlagenzugänge, Abgänge und historische Anschaffungs- und Herstellungskosten unterteilt nach Finanzierungsarten, können aus dem Anlagespiegel, gegliedert nach Finanzierungsarten,^{210 211} entnommen werden. Dieser steht externen Analysten allerdings gewöhnlich nicht zur Verfügung. Der spezielle Anlagennachweis ist eine Auswertung der Anlagenbuchhaltung, die im Regelfall analog zum Anlagennachweis nach Bilanzpositionen jederzeit in Übereinstimmung zum Hauptbuch generiert werden kann.²¹²

²⁰⁹ Vgl. Peemöller, Volker H. (2003), S. 336, Vgl. Baetge, Jörg (1998), S. 180., Vgl. Küting, Karlheinz / Weber, Claus-Peter (2009), S. 127.

²¹⁰ Vgl. Anlage 6.

²¹¹ Der Begriff Finanzierungsarten oder Finanzierungsschlüssel wird in der Praxis im Bereich der Anlagenbuchhaltung synonym verwendet.

²¹² Vgl. Anlage 6.

Die allgemeingültige Formel zur Berechnung der Investitionsquote kann dann modifiziert werden, um die Investitionsquote je Finanzierungsart zu ermitteln. Es wird dabei jeweils das Verhältnis von den Nettoinvestitionen je Finanzierungsart (z. B. Einzelförderung) zu den historischen Anschaffungs- und Herstellungskosten je Finanzierungsart (z. B. Einzelförderung) ermittelt.

Sofern es aber vordergründig von Interesse ist zu bestimmen, mit welchen Mitteln die getätigten Investitionen finanziert worden sind, eignet sich anstatt der Aufgliederung der Investitionsquote vielmehr die Aufteilung der Anlagenzugänge nach Finanzierungsarten.

Auch dazu ist es erforderlich, dass ein Anlagennachweis²¹³ oder eine Anlagenzugangsliste, unterteilt nach Finanzierungsarten, zur Verfügung steht.

4.4.2.4 Abschreibungsquote

In der betriebswirtschaftlichen Literatur wird zur Beurteilung der Altersstruktur des Anlagevermögens und der Investitions- und Abschreibungspolitik des Unternehmens, ergänzend die Berechnung der Abschreibungsquote empfohlen.²¹⁴

Die Abschreibungsquote stellt den Abschreibungsaufwand der Periode, gegebenenfalls unterteilt nach Bilanzposten, den historischen Anschaffungs- und Herstellungskosten am Periodenende gegenüber.²¹⁵ Sie gibt die prozentuale Abschreibung des Anlagevermögens in der Betrachtungsperiode an und erlaubt Rückschlüsse auf die abschreibungsbedingte Minderung des Anlagevermögens sowie auf die Bildung oder Auflösung stiller Reserven.²¹⁶ Um eine fundierte Aussage zur abschreibungsbedingten Entwicklung stiller Reserven treffen zu können, ist allerdings eine detaillierte Analyse der Abschreibungspolitik erforderlich. Die hierfür erforderlichen Informationen stehen den externen Analysten normalerweise nicht zur Verfügung.

Im Hinblick auf die Bedeutung und Wichtigkeit des Sachanlagevermögens wird vorwiegend die Abschreibungsquote für das gesamte Sachanlagevermögen berechnet. Ähnlich wie bei der Investitionsquote kann dabei alternativ zu den histo-

²¹³ Vgl. Anlage 6.

²¹⁴ Vgl. Küting, Karlheinz / Weber, Claus-Peter (2009), S. 127.,
Vgl. Coenenberg, Adolf G. (2003), S. 954.

²¹⁵ Vgl. Baetge, Jörg (1998), S. 184.

²¹⁶ Vgl. Burger, Anton (1995), S. 71.

rischen Anschaffungs- und Herstellungskosten auch der Buchwert des Sachanlagevermögens im Nenner der Berechnungsformel eingesetzt werden.²¹⁷ Dies führt aber zu Verzerrungen bei der Entwicklung der Abschreibungsquote, sofern weitgehend abgeschriebene Vermögensgegenstände im Bestand sind.²¹⁸

Wie bereits beim Anlagenabnutzungsgrad erläutert, spielen steuerlich und bilanzpolitisch motivierte Abschreibungen im Krankenhausbereich eine untergeordnete Rolle. Es wäre daher nicht effizient, ergänzend zum Anlagenabnutzungsgrad die Abschreibungsquote zu berechnen und zu analysieren. Aus diesem Grund wird die Abschreibungsquote nicht in die empirische Untersuchung der vorliegenden Arbeit einbezogen.

Eine Änderung der Formel zur Berechnung der Kennzahl bei geförderten Krankenhäusern, ist wie beim Anlagenabnutzungsgrad nicht erforderlich, da die Finanzierung der Vermögensgegenstände keine Auswirkung auf die Nutzungsdauer hat. Eine Aufspaltung der Abschreibungsquote nach Finanzierungsarten führt zu keinem weiteren Erkenntnisgewinn.

$\text{Abschreibungsquote} = \frac{\text{Abschreibungen des Geschäftsjahres auf das Sachanlagevermögen}}{\text{Sachanlagevermögen zu historischen AHK}_e} \times 100$

Formel 5: Abschreibungsquote²¹⁹

²¹⁷ Vgl. Perridon, Louis / Steiner, Manfred / Rathgeber, Andreas (2012), S. 622.

²¹⁸ Vgl. Peemöller, Volker H. (2003), S. 338.

²¹⁹ Vgl. Küting, Karlheinz / Weber, Claus-Peter (2009), S. 128.,
Vgl. Baetge, Jörg (1998), S. 184.

4.4.3. Umlaufvermögen

4.4.3.1 Umschlagdauer des Vorratsvermögens

In Kapitel 4.4.1. ist bereits darauf hingewiesen worden, dass das Vorratsvermögen bei der Analyse von Krankenhäusern, speziell im Hinblick auf die Bilanzsumme, von einer untergeordneter Bedeutung ist.

Die in der Literatur aufgeführten Erkenntnisziele der Kennzahlen zur Analyse des Vorratsvermögens, wie Hinweise auf eine veränderte Lagerhaltungspolitik²²⁰ oder die Entwicklungen am Absatzmarkt,²²¹ können nicht direkt auf Krankenhäuser übertragen werden.

Die Vorräte stehen im zweistufigen Betriebsprozess, der nicht lagerfähigen Krankenhausdienstleistungen, als Sekundärinput bereit.²²² Eine Verbindung des Vorratsvermögens zu den Umsatzerlösen und damit zum Absatzmarkt erfolgt erst mittels Transformation zum Primärinput. Hier dienen sie der Sicherung der allgemeinen Leistungsbereitschaft, weshalb ein Sicherheitsbestand an zahlreichen verschiedenen medizinischen Materialien und Arzneimitteln generell im Bestand sein muss.²²³

Sofern speziell für interne Zwecke das Lagerverhalten untersucht und beurteilt werden soll, ist eine Differenzierung der Vorräte beispielsweise nach den Bedarfsgruppen empfehlenswert. Bedarfsgruppen sind entsprechend des Kontenplans beispielsweise die Lebensmittel, der medizinische Bedarf, der Wirtschafts- oder der Verwaltungsbedarf.²²⁴

Wegen der unterschiedlichen Wesensart von Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffen einerseits und den unfertigen Leistungen andererseits, ist es aus Analysegesichtspunkten sinnvoll, die Kennzahlenbildung des Vorratsvermögens auf die Werkstoffe zu begrenzen.

Die Entwicklung der unfertigen Leistungen kann von den Krankenhäusern nur eingeschränkt beeinflusst werden. In vielen Einrichtungen erfolgt die Ermittlung,

²²⁰ Vgl. Baetge, Jörg (1998), S. 189.

²²¹ Vgl. Peemöller, Volker H. (2003), S. 338.

²²² Vgl. Haubrock, Manfred / Schär, Walter (Hrsg.) (2002), S. 115.

²²³ Vgl. Frodl, Andreas, (2010), S. 186.

²²⁴ Vgl. Graumann, Mathias / Schmidt-Graumann, Anke (2011), S. 231.

Bewertung und Anpassungsbuchung zu den Überliegern nur zum Jahresabschluss und nicht unterjährig zum Monatsende.

Aufgrund des geringen Informationsgehaltes der Vorratskennzahlen zur Beurteilung der wirtschaftlichen Lage und Bonität von Krankenhäusern wird auf eine detaillierte Darstellung in dieser Arbeit verzichtet. Exemplarisch wird zur Vollständigkeit die Formel der Umschlagdauer des Vorratsvermögens ausgewählt, die auch ergänzend zur Umlaufintensität eingesetzt werden kann. Mit Hilfe der Umschlagdauer des Vorratsvermögens können im Zusammenhang mit weiteren Untersuchungen und der Unterstellung, dass die Refinanzierung der Vorräte über den Umsatzprozess erfolgt, Rückschlüsse auf die Zeit, in welcher das Vorratsvermögen durch den Umsatzprozess umgeschlagen wird, gezogen werden.²²⁵

Ein Anpassungsbedarf der allgemeinen Formel zur Berechnung der Umschlagdauer ergibt sich aus den krankenhausspezifischen Positionen nicht.

$\text{Umschlagdauer des Vorratsvermögens} = \frac{\text{durchschnittlicher Bestand an Vorräten}^{226}}{\text{Umsatzerlöse (Nr. 1-4)}^{227}} \times 360$
--

Formel 6: Umschlagdauer des Umlaufvermögens²²⁸

²²⁵ Vgl. Peemöller, Volker H. (2003), S. 341.

²²⁶ Der durchschnittliche Bestand an Vorräten ermittelt sich aus dem arithmetischen Mittel des Bestandes am Anfang der Periode und des Bestandes am Ende der Periode.

²²⁷ Die Umsatzerlöse von Krankenhäusern werden entsprechend dem Gliederungsschema der KHBV differenziert in Erlöse aus Krankenhausleistungen (Nr. 1), Erlöse aus Wahlleistungen (Nr. 2), Erlöse aus ambulanten Leistungen (Nr. 3) und Erlöse aus Nutzungsentgelten (Nr. 4).

²²⁸ Vgl. Baetge, Jörg (1998), S. 187.

4.4.3.2 Forderungsreichweite

Zur Analyse der Forderungen werden als Kennzahlen verbreitet die Umschlaghäufigkeit der Forderungen sowie die Forderungsreichweite eingesetzt.²²⁹ Sie dienen dazu, Zahlungsprobleme der eigenen Kunden möglichst frühzeitig zu erkennen.²³⁰

Die Behandlungskosten tragen bei gesetzlich krankenversicherten Patienten allerdings nicht die Kunden sondern deren Krankenversicherungen.²³¹

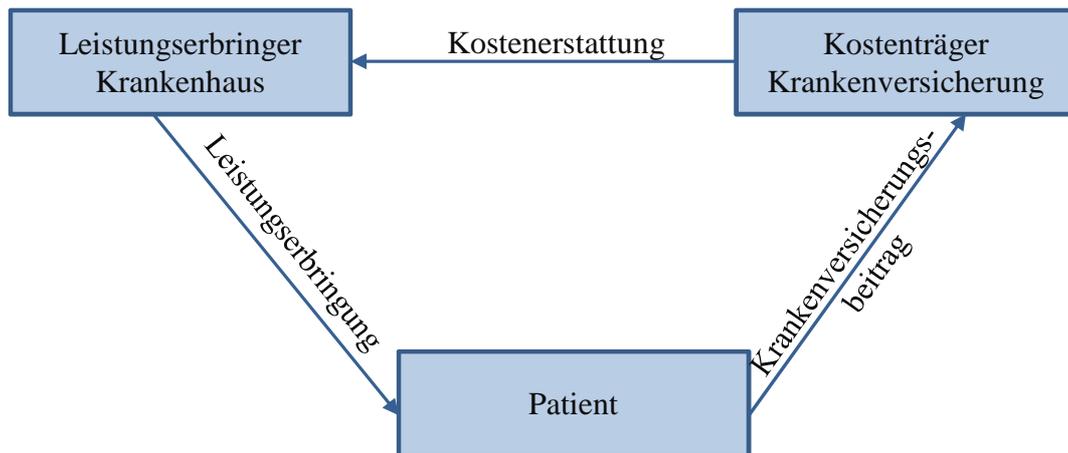


Abbildung 16: Finanzierung der Behandlungskosten

Zahlungsprobleme bei den Krankenversicherungen sind zwar keine Unmöglichkeit, wie die Insolvenzen der City BKK oder der BKK für Heilberufe zeigten,²³² aber selten.

Das Zahlungsziel, das den Krankenkassen für die Erstattung der erbrachten Leistungen eingeräumt wird, ist gemäß § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V durch die jeweiligen Landesverträge zu regeln. Sofern in den Landesverträgen das Zahlungsziel nicht festgelegt wird, können auch individuelle Regelungen, beispielsweise im Rahmen der Budgetvereinbarungen getroffen werden.

²²⁹ Vgl. Baetge, Jörg (1998) S. 190.,
Vgl. Schult, Eberhard (1999) S. 56.,
Vgl. Coenenberg, Adolf G. (2003), S. 952.
Vgl. Küting, Karlheinz / Weber, Claus-Peter (2009), S. 130 f.

²³⁰ Vgl. Baetge, Jörg (1998), S. 190.

²³¹ Vgl. § 11 SGB V.

²³² Vgl. Handelsblatt (2011).

Eine Übersicht der Zahlungsfristen in den einzelnen Bundesländern ist der Tabelle zu entnehmen.

Bundesland	Zahlungsziel in Tagen	Rechtsquelle
Baden-Württemberg	30	§ 19 Abs. 4 Vertrag nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V
Bayern	14	§ 21 Abs. 1 Vertrag gemäß § 112 Abs. 1 SGB V zu § 12 Abs. 2 Nr. 1 SGB V
Berlin	14	§ 12 Abs. 4 Bekanntgabe des Vertrages über Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung (§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V) vom 01.11.1994 inklusive Ergänzungsvereinbarung vom 22.12.1997
Brandenburg	14	§ 18 Abs. 4 Vertrag über Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung
Bremen	ca. 19 Tage	geregelt durch die krankenhausindividuellen Budgetvereinbarungen
Hamburg	15	§ 12 Vertrag Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung (§ 112 Absatz 1 SGB V zu § 112 Absatz 2 Nr. 1 SGB V)
Hessen	30	§ 10 Abs. 4 Vertrag über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung gemäß § 112 Abs. 2 S.1 Nr. 1 SGB V
Mecklenburg-Vorpommern	21	§ 17 Festsetzung des Inhaltes des Vertrages gemäß § 112 Abs. 1, Abs. 2 Satz Nr. 1 SGB V über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung
Niedersachsen	14	§ 13 Abs. 2 Vertrag zu den Bereichen des § 112 Abs. 2 Ziff. 1, 2, 4 und 5 SGB V
Nordrhein-Westfalen	15	§ 15 Abs. 1 Vertrag nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V
Rheinland-Pfalz	14	§ 9 Abs. 6 Vertrag nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V
Saarland	14	§ 14 Abs. 4 Vertrag nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V
Sachsen	18	§ 13 Abs. 1 Vereinbarung zu den allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung gemäß § 112 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGB V
Sachsen-Anhalt		keine Regelung
Schleswig-Holstein	ca. 14 Tage	geregelt durch die krankenhausindividuellen Budgetvereinbarungen
Thüringen	14	§ 14 Abs. 1 Vertrag nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V

Tabelle 5: Zahlungsfristen der Krankenkassen gemäß § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V

Aufgrund dieser Rahmenbedingungen liegt der Analyseschwerpunkt bei den Forderungen von Krankenhäusern im Bereich des internen Fakturierungsprozesses und des Forderungsmanagements einzelner Kliniken. Aus diesem Grund wird im Folgenden zur Analyse der Forderungen aus Lieferungen und Leistungen statt der Umschlaghäufigkeit der Forderungen, die Forderungsreichweite betrachtet. Die Forderungsreichweite ergibt sich aus dem Kehrwert der Umschlaghäufigkeit der Forderungen multipliziert mit 360 Tagen.²³³

Die Forderungsreichweite, auch als Days Sales Outstanding (DSO) oder Kundenziel bezeichnet, beschreibt die durchschnittliche Dauer in Tagen, die zwischen der Fakturierung und der Bezahlung der Rechnung durch die Kostenträger liegt.²³⁴ Eine lange Forderungsreichweite ist oftmals auf außerbetriebliche Faktoren, wie die mangelnde Zahlungsfähigkeit der Kunden zurückzuführen.²³⁵

Anders ist ein hoher Forderungsbestand bei Krankenhäusern zu beurteilen. Hier wird der Forderungsbestand nicht maßgeblich von der Zahlungsfähigkeit der Kostenträger determiniert, sondern vielmehr von den internen organisatorischen Abläufen, speziell im Bereich der DRG-Codierung und Fallfreigabe von erbrachten Leistungen, dem anschließenden Fakturierungsprozess und dem Mahnwesen.²³⁶

Zum Bilanzstichtag ist es infolge des Vollständigkeitsgebotes gemäß § 246 Abs. 1 HGB zwingend erforderlich, dass alle erbrachten Leistungen abgerechnet werden. Sofern die internen Strukturen und Prozesse dahingehend Mängel aufweisen, dass unterjährig nicht zeitnah nach der Entlassung der Patienten die DRG-Codierung, die Freigabe zur Abrechnung²³⁷ und letztlich die Rechnungsstellung erfolgt, steigt der Forderungsbestand und damit auch die Forderungsreichweite zum Bilanzstichtag sprunghaft an.

Eine hohe Forderungsreichweite zum Bilanzstichtag ist also ein Indiz, für Verbesserungspotenzial im DRG-Codierungs- und im Fakturierungsprozess.²³⁸

²³³ Vgl. Baetge, Jörg (1998), S. 191.

²³⁴ Vgl. Baetge, Jörg (1998), S. 191 f.

²³⁵ Vgl. Küting, Karlheinz / Weber, Claus-Peter (2009), S. 130.

²³⁶ Vgl. Penter, Volker / Arnold, Christoph (2009), S. 122.

²³⁷ Das in der Praxis weitgehend etablierte 4-Augen-Prinzip, erfordert nach der Codierung der Fälle durch den behandelnden Arzt, die Freigabe zur Fakturierung durch einen weiteren DRG-Beauftragten Arzt oder durch das Medizincontrolling.

²³⁸ Vgl. Blum, Karl / Offermanns, Matthias (2010), S. 301.

Sind die Prozesse optimal organisiert, kann in Baden-Württemberg bestenfalls innerhalb von ca. 33 Tagen nach Entlassung der Patienten die Rechnung durch die Kostenträger ausgeglichen sein, wodurch den Krankenhäusern die durch die Behandlungskosten abgeflossene Liquidität wieder zugeführt wird.

Die Abbildung zeigt mögliche Schwachstellen hinsichtlich des DRG-Codierungs- und Fakturierungsprozesses, die zu einer langen Forderungsreichweite beitragen und damit die Liquidität belasten. Gleichzeitig wird der zeitlich optimale Ablauf dargestellt. Es wird empfohlen, fällige Forderungen zeitnah, etwa nach 14 Tagen, zu mahnen oder den Grund des Verzuges in Erfahrung zu bringen.

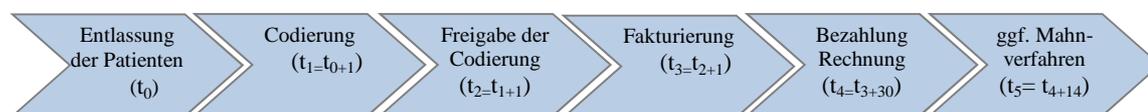


Abbildung 17: Optimierungsquellen zur Reduzierung der DSO

Beim Betriebsvergleich ist zu beachten, dass die Zahlungsfristen der gesetzlichen Krankenversicherer entsprechend der Landesverträge oder der individuellen Vereinbarungen voneinander abweichen, sodass ein Vergleich nur auf Landesebene und nicht für Gesamtdeutschland aussagekräftig ist.

Die Forderungsreichweite berechnet sich aus der Gegenüberstellung der Forderungen aus Lieferungen und Leistungen und der Umsatzerlöse.²³⁹ Eine Modifizierung der allgemeinen Formel ist bei der Bilanzanalyse von Krankenhäusern nicht erforderlich. Lediglich bei den Umsatzerlösen ist es zielführend, die gesamten Erlöse aus den Leistungen des Krankenhauses (Nr. 1-4) einzubeziehen.

Eine gezielte Beeinflussung in Form bilanzpolitischer Maßnahmen ist bei dieser Kennzahl kaum möglich. Allerdings kann der letzte Zahlungszeitpunkt der Hauptkostenträger²⁴⁰ zu einer sprunghaften Veränderung der Forderungsreichweite beitragen.

²³⁹ Vgl. Baetge, Jörg (1998), S. 191.

²⁴⁰ z.B. AOK Baden-Württemberg.

$\text{Forderungsreichweite} = \frac{\text{Forderungen aus Lieferungen und Leistungen}}{\text{Umsatzerlöse (Nr. 1-4)}} \times 360$
--

Formel 7: Forderungsreichweite²⁴¹

4.4.3.3 Forderungen nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz

Die Forderungen nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz eignen sich durch den zeitlich und inhaltlich individuellen Charakter nicht für den Zeit- oder Betriebsvergleich. Analysten können aus dieser Bilanzposition dennoch zentrale krankenhausindividuelle Informationen zur Beurteilung der wirtschaftlichen Lage sowie der künftigen Liquiditätsbelastung gewinnen.

Die Forderungen nach dem KHG beinhalten folgende Sachverhalte:

- ♦ Forderungen aus bewilligten und noch nicht oder noch nicht vollständig ausbezahlten Investitionszuschüssen.²⁴² Diese Forderungen werden mit Eingang des Bewilligungsbescheides gebucht.²⁴³
- ♦ Forderungen aus Ausgleichsansprüchen auf das vereinbarte Budget

Die Forderungen aus bewilligten Investitionszuschüssen weisen darauf hin, dass in der Zukunft Baumaßnahmen oder sonstige umfangreichere Investitionen anstehen und dass in Höhe des Eigenfinanzierungsanteils des Krankenhauses die Liquidität durch den Mittelabfluss aus der Investitionstätigkeit belastet wird.

Die Höhe der aus Investitionszuschüssen resultierenden Forderung ergibt sich aus der Gesamtsumme der Forderung nach KHG, abzüglich der Ausgleichsforderungen, die dem „davon-Vermerk“ entnommen werden können.²⁴⁴

Die Ausgleichsforderungen resultieren aus dem vereinbarten Budget, bei dem prospektiv für den Vereinbarungszeitraum das Erlösbudget verhandelt wird. Das

²⁴¹ Vgl. Baetge, Jörg (1998), S. 191.

²⁴² Diese Forderungen können nur die Einzelförderung betreffen, da die Pauschalfördermittel zur Jahresmitte im Anspruchsjahr, also bei Fälligkeit, ausbezahlt werden.

²⁴³ Vgl. Graumann, Mathias / Schmidt-Graumann, Anke (2011), S. 232.

²⁴⁴ Bei den Forderungen nach KHG (ohne Ausgleichsforderungen) werden neben den Forderungen aus Investitionszuschüssen auch etwaige Forderungen aus der Finanzierung der Ausbildungskosten nach § 17a KHG bilanziert, die aber generell nicht von materieller Bedeutung sind, weshalb an dieser Stelle keine vertiefende Darstellung erfolgt.

Erlösbudget wird dabei entsprechend § 4 Abs. 2 Satz 1 KHEntgG „...leistungsorientiert ermittelt, indem für die voraussichtlich zu erbringenden Leistungen Art und Menge der Entgelte... mit der jeweils maßgeblichen Entgelt-höhe multipliziert werden.“

Kann die Höhe des vereinbarten Budgets nicht erreicht werden, sollen die nicht abbaubaren Fixkosten der Krankenhäuser durch Ausgleichszahlungen, in Form von Zuschlägen im nächsten Budgetzeitraum ausgeglichen werden.²⁴⁵ Der Ausgleichssatz für Mindererlöse beträgt derzeit 20%.²⁴⁶

Aufgrund dieser Ansprüche werden die sogenannten Mindererlösausgleiche zum Bilanzstichtag in Form von Forderungen nach dem KHEntgG oder nach der BpflV im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik, bilanziert.

Werden im Zeitverlauf wiederkehrend wertmäßig hohe Ausgleichsforderungen ausgewiesen, ist dies ein Indiz, dass das Krankenhaus die vereinbarten Leistungen nicht erbringen kann, das Niveau der Umsatzerlöse nicht gesichert ist und sich das Haus in einer schwierigen wirtschaftlichen Lage befindet.

Für die kommenden Budgetverhandlungen besteht das Risiko, dass die Kostenträger das Erlösbudget reduzieren, um Ausgleichszahlungen für Mindererlöse zu vermeiden.

In den letzten Jahren ist zu beobachten, dass einige Kliniken zur Beibehaltung des Erlösvolumens die Strategie eingeschlagen haben, mit den Kostenträgern trotz nachhaltiger Minderleistungen ein Budget auf Vorjahresniveau zu vereinbaren, dann aber auf Mindererlösausgleiche verzichten. Andere Kliniken haben zur Steigerung des Erlösvolumens Mehrleistungen vereinbart, dann aber auf mögliche Mindererlösausgleiche verzichtet.²⁴⁷

Bei Überschreitung des vereinbarten Budgets hingegen sollen den Krankenhäusern nur die Mittel belassen werden, die den auf die Mehrleistungen entfallenden zusätzlichen variablen Kosten entsprechen.²⁴⁸ Liegen die tatsächlich erzielten Erlöse über dem vereinbarten Budget, verbleiben grundsätzlich nur 35 % der Mehr-

²⁴⁵ Vgl. Graumann, Mathias / Schmidt-Graumann, Anke (2011), S. 233.

²⁴⁶ Vgl. § 4 Abs. 3 Satz 3 KHEntgG.

²⁴⁷ Der Verzicht auf einen Mindererlösausgleich wird von den Krankenhäusern individuell in der Budgetverhandlung vereinbart.

²⁴⁸ Vgl. Graumann, Mathias / Schmidt-Graumann, Anke (2011), S. 233.

erlöse beim Krankenhaus und 65% sind in Form von Abschlägen im kommenden Budgetzeitraum zurückzubezahlen.^{249 250}

In diesem Fall wird zum Bilanzstichtag eine Verbindlichkeit nach dem KEntgG / BPfIV bilanziert.

Zur Vollständigkeit ist an dieser Stelle noch anzumerken, dass sich Ausgleichsforderungen auch aus angepassten Ausgleichsberechnungen der Vorjahre ergeben können. Dies ist der Fall, wenn die Ausgleichsrechnungen der Vorjahre in den Budgetverhandlungen infolge nicht abgeschlossener MDK-Prüfungen noch nicht endgültig gestellt wurden. Die MDK-Prüfungen führen häufig zu einer nachträglichen Erlösminderung, was eine retrospektive Anpassung der Budgetausgleiche zur Folge hat, aus der sich dann Ausgleichsforderungen ergeben.²⁵¹ Dieser Bestandteil der Forderungen nach dem KEntgG / BPfIV kann vom externen Analytisten nicht gefiltert werden und ist auch kein unmittelbares Indiz auf eine negative wirtschaftliche Lage des Krankenhauses, sondern vielmehr auf die Prüftätigkeit des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen.²⁵²

Mittels der Abbildung und Beispielrechnung werden die Bestandteile der Forderungen nach KHG visualisiert:

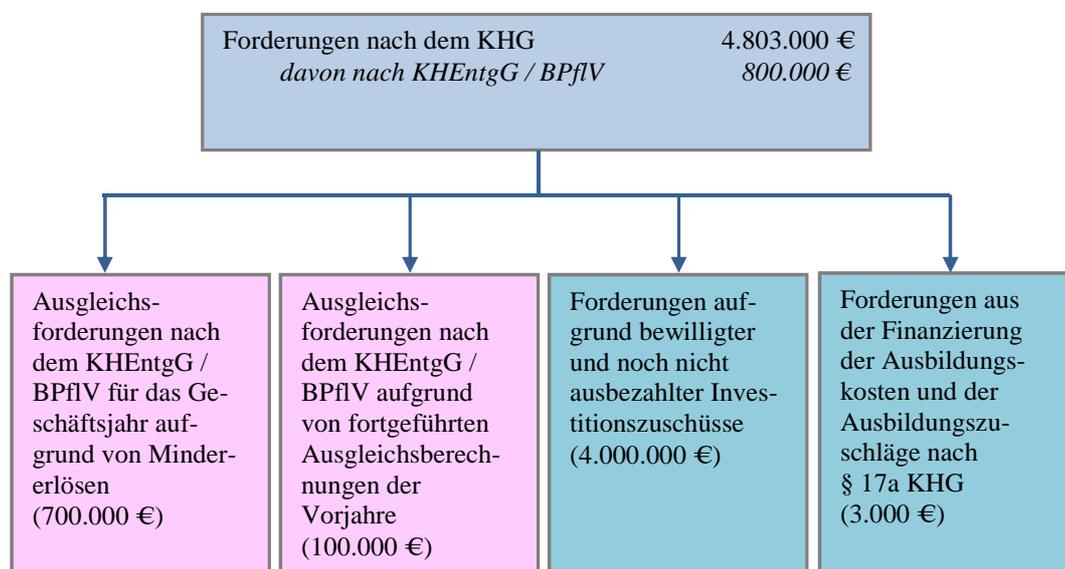


Abbildung 18: Bestandteile der Forderungen nach dem KHG

²⁴⁹ Vgl. § 4 Abs. 3 Satz 4 KEntgG.

²⁵⁰ Im Bereich der tagesgleichen Pflegesätze (BPfIV) sind die Mehrerlösausgleichssätze gemäß § 12 Abs. 2 BPfIV gestaffelt und betragen zwischen 85% und 90%.

²⁵¹ Vgl. Schanbacher, Brent (2010), S. 6 f.

²⁵² Der MDK prüft in Stichproben die Notwendigkeit der stationären Krankenhausbehandlung und die Richtigkeit der Codierung der erbrachten Leistungen.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Bestandteil der Forderungen aus Investitionszuschüssen ein sichereres Anzeichen für laufende oder künftige Investitionen ist und aufgrund der meist nur noch anteiligen Förderquote zu einer Belastung der Liquidität führen wird.

Die Ausgleichsforderungen sind nicht pauschal zu beurteilen. Es sollte versucht werden, Informationen zur Zusammensetzung der Forderungen zu gewinnen. Auf dieser Grundlage kann der Anteil der Forderungen bestimmt werden, der aus Mindererlösen des laufenden Jahres resultiert, um dann Rückschlüsse auf eine mögliche wirtschaftliche Schieflage oder auch eine schlechte Leistungsplanung der Klinik ziehen zu können.

Aufgrund der Komplexität dieser absoluten Kennzahlen wird die Bildung einer Verhältniszahl an dieser Stelle nicht empfohlen.

4.4.3.4 Liquiditätskennzahlen

Krankenhäuser müssen, wie jedes andere Unternehmen auch, die fälligen Verbindlichkeiten möglichst jederzeit, uneingeschränkt und fristgerecht begleichen können. Ein Liquiditätsmangel kann zur Zahlungsunfähigkeit führen und damit eine Ursache für die Insolvenz darstellen.²⁵³

In der einschlägigen Literatur zur Bilanzanalyse werden zur bestandsorientierten Liquiditätsanalyse die kurz- und mittelfristigen Vermögensteile und das Fremdkapital zueinander ins Verhältnis gesetzt und dabei kurzfristige Deckungsgrade, die sogenannten Liquiditätsgrade, bestimmt.²⁵⁴

Bei der Liquidität 1. Grades werden die liquiden Mittel den kurzfristigen Verbindlichkeiten gegenübergestellt, um daraus erkennen zu können, welcher Anteil der kurzfristigen Zahlungsverpflichtungen durch liquide Mittel gedeckt ist.²⁵⁵

Der Zähler wird bei der Liquidität 2. Grades um die Wertpapiere des Umlaufvermögens und die kurzfristigen Forderungen erweitert.²⁵⁶

²⁵³ Vgl. Frodl, Andreas (2012 a), S. 25.

²⁵⁴ Vgl. Perridon, Louis / Steiner, Manfred / Rathgeber, Andreas (2012), S. 603.,
²⁵⁵ Vgl. Küting, Karlheinz / Weber, Claus-Peter (2009), S. 130., Baetge, Jörg (1998), S. 249.
 Vgl. Peemöller, Volker H. (2003), S. 364.,

²⁵⁶ Vgl. Küting, Karlheinz / Weber, Claus-Peter (2009), Vgl. Baetge, Jörg (1998), S. 249.
 Vgl. Präsich, Joachim / Schikorra, Uwe / Ludwig, Eberhard (2001), S. 24.

Letztlich wird bei der Liquidität 3. Grades das Verhältnis des gesamten kurzfristigen Umlaufvermögens zum kurzfristigen Fremdkapital betrachtet.²⁵⁷

Die Interpretation der Liquiditätskennziffern fällt schwer, da ein bestimmtes, im konkreten Fall festgestelltes Deckungsverhältnis nicht an optimalen Werten gemessen werden kann.²⁵⁸ Zudem können die Kennziffern wegen ihrer Stichtagsbezogenheit und Manipulierbarkeit im Rahmen der Bilanzpolitik keine verlässliche Kenngröße zur Beurteilung der Bonität, der aktuellen wirtschaftlichen Lage und des Erfolgserzielungspotenzials von Krankenhäusern sein.²⁵⁹

Der eigentliche Zweck der Liquiditätskennzahlen kann damit nur das Aufdecken von Entwicklungstendenzen der Liquidität im Zeitvergleich sein, sowie mit Hilfe des Betriebsvergleiches die relative Liquiditätslage im Vergleich zu anderen Krankenhäusern sichtbar zu machen.²⁶⁰

Aussagekräftigere Informationen zur bisherigen und künftigen Liquiditätslage von Krankenhäusern können aus der Liquiditätsplanung²⁶¹ und der Kapitalflussrechnung abgeleitet werden. Da externen Analysten jedoch bestenfalls die Kapitalflussrechnung zur Verfügung steht, und nur sofern diese freiwillig oder auf Grundlage von § 297 Abs. 1 Satz 1 HGB veröffentlicht wurde, werden zum Krankenhausbetriebsvergleich die Liquiditätsgrade benötigt. Die Erstellung der Kapitalflussrechnung durch den Analysten ist auf Basis des veröffentlichten Jahresabschlusses bei geförderten Krankenhäusern nicht möglich, da beispielsweise ohne einen Anlagenspiegel nach Finanzierungsarten²⁶² keine Differenzierung der ergebniswirksamen Abschreibungen möglich ist. Aus der GuV-Rechnung sind lediglich die ergebniswirksamen und ergebnisneutralen Abschreibungen in einer Summe ablesbar.

²⁵⁷ Vgl. Peemöller, Volker H. (2003), S. 364.,

Vgl. Küting, Karlheinz / Weber, Claus-Peter (2009), S. 154.

²⁵⁸ Vgl. Küting, Karlheinz / Weber, Claus-Peter (2009), S. 154.

²⁵⁹ Vgl. Küting, Karlheinz / Weber, Claus-Peter (2009), S. 134.

²⁶⁰ Vgl. Küting, Karlheinz / Weber, Claus-Peter (2009), S. 155.

²⁶¹ Vgl. Baetge, Jörg (1998), S. 194.

²⁶² Vgl. Anlage 6.

Bei der Berechnung der Liquiditätsgrade ergibt sich hinsichtlich der speziellen Bilanzpositionen nach der KHBV kein Anpassungsbedarf. Die Forderungen nach dem KHG sind vollständig dem Umlaufvermögen, die Verbindlichkeiten nach dem KHG und die Verbindlichkeiten aus sonstigen Zuwendungen zur Finanzierung des Anlagevermögens sind dem kurzfristigen Fremdkapital zuzuordnen, sofern sie eine Restlaufzeit bis zu einem Jahr haben.

Die Fristigkeitshinweise sind entweder der Bilanz oder dem Anhang zu entnehmen.

Als kurzfristig gelten alle Vermögensgegenstände und Schulden mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr, als mittelfristig diejenigen mit einer Restlaufzeit zwischen einem und fünf Jahren und als langfristig alle mit einer Restlaufzeit über 5 Jahren.²⁶³

Als kurzfristiges Fremdkapital werden, neben den Verbindlichkeiten, auch die kurzfristigen Rückstellungen subsumiert. Für den externen Analytiker ist der Anteil der kurzfristigen Rückstellungen nur durch ergänzende Angaben im Anhang zu erkennen. Falls im Anhang keine Fristigkeitsaufteilung der Rückstellungen erfolgt, werden in der vorliegenden Arbeit die Pensionsrückstellungen als langfristig und die Steuerrückstellungen und sonstigen Rückstellungen als kurzfristig angesehen. Dabei wird die Unschärfe, dass zumindest ein Teil der Jubiläums, Altersteilzeit- und Archivierungsrückstellungen langfristig und zum Teil auch nicht auszahlungswirksam ist, akzeptiert.

In der Literatur werden vereinzelt im Nenner anstelle des kurzfristigen Fremdkapitals nur die kurzfristigen Verbindlichkeiten eingesetzt.²⁶⁴ Da allerdings davon auszugehen ist, dass die kurzfristigen Rückstellungen von Krankenhäusern größtenteils auszahlungswirksam sind, wird in der vorliegenden Arbeit auf die Variante zurückgegriffen, die Liquidität ins Verhältnis zum gesamten kurzfristigen Fremdkapital zu setzen.

²⁶³ Vgl. Frodl, Andreas (2012 a), S. 25.

²⁶⁴ Vgl. Baetge, Jörg (1998), S. 249.

$$\text{Liquidität 1. Grades} = \frac{\text{liquide Mittel}^{265}}{\text{kurzfristiges Fremdkapital}} \times 100$$

Formel 8: Liquidität 1. Grades²⁶⁶

$$\text{Liquidität 2. Grades} = \frac{\text{monetäres Umlaufvermögen}^{267}}{\text{kurzfristiges Fremdkapital}} \times 100$$

Formel 9: Liquidität 2. Grades²⁶⁸

$$\text{Liquidität 3. Grades} = \frac{\text{kurzfristiges Umlaufvermögen}^{269}}{\text{kurzfristiges Fremdkapital}} \times 100$$

Formel 10: Liquidität 3. Grades²⁷⁰

Neben den traditionellen Verhältniszahlen werden auch vielfach absolute Kennzahlen zur Beurteilung der Liquidität herangezogen, so insbesondere das im anglo-amerikanischen Raum beliebte Working Capital.²⁷¹ Es stellt durch die Differenzenbetrachtung von kurzfristigem Vermögen und kurzfristigem Fremdkapital den Liquiditätsüberhang oder die Unterdeckung dar.²⁷² Der Aussagewert ist weitgehend identisch mit der Liquidität 3. Grades.

Das Working Capital bleibt jedoch durch eine gleichmäßige Erhöhung sowohl des Umlaufvermögens als auch des kurzfristigen Fremdkapitals in seiner Höhe unverändert, während der Prozentsatz der Verhältniszahl eine Veränderung erfährt.²⁷³

Ursachen für eine Erhöhung der Bilanzpositionen können in der stichtagsbedingten Entwicklung liegen oder durch bilanzpolitische Maßnahmen herbeigeführt

²⁶⁵ Die liquiden Mittel beinhalten die in Gliederungspunkt IV. der Anlage 1 zur KHBV aufgeführten Positionen.

²⁶⁶ Vgl. Perridon, Louis / Steiner, Manfred / Rathgeber, Andreas (2012), S. 603., Vgl. Küting, Karlheinz / Weber, Claus-Peter (2009), S. 130.

²⁶⁷ Das monetäre Umlaufvermögen umfasst die in Gliederungspunkt II.-IV. der Anlage zur KHBV aufgeführten Positionen.

²⁶⁸ Vgl. Perridon, Louis / Steiner, Manfred / Rathgeber, Andreas (2012), S. 603., Vgl. Küting, Karlheinz / Weber, Claus-Peter (2009), S. 130.

²⁶⁹ Das Umlaufvermögen umfasst die in Gliederungspunkt I.-IV. der Anlage 1 zur KHBV aufgeführten Positionen. Umlaufvermögen mit einer Restlaufzeit von mehr als einem Jahr bleibt bei der Berechnung der Liquidität 3. Grades unberücksichtigt.

²⁷⁰ Vgl. Perridon, Louis / Steiner, Manfred / Rathgeber, Andreas (2012), S. 603., Vgl. Küting, Karlheinz / Weber, Claus-Peter (2009), S. 130.

²⁷¹ Vgl. Perridon, Louis / Steiner, Manfred / Rathgeber, Andreas (2012), S. 604.

²⁷² Vgl. Gladen, Werner (2001), S. 77.

²⁷³ Vgl. Perridon, Louis / Steiner, Manfred / Rathgeber, Andreas (2012), S. 605.

sein. Neben diesem Vorteil hat das Working Capital den Nachteil, dass die Kennzahl im Betriebsvergleich, vor allem bei Krankenhäusern unterschiedlicher Größe, nicht aussagekräftig ist.²⁷⁴

Eine kurzfristige Liquiditätsunterdeckung von T€ 60 kann bei einem 100 Betten Haus bestandsgefährdend sein, während bei einem Maximalversorger mit 800 Betten eine Liquiditätslücke von T€ 60 relativ kurzfristig behoben werden kann. Im Zeitvergleich kann auch mit Hilfe des Working Capitals die Trendentwicklung der Liquiditätssituation dargestellt werden.

Das Beispiel zeigt die Auswirkung einer kurzfristigen Kreditaufnahme zum Bilanzstichtag einerseits auf die Liquidität 3. Grades und andererseits auf das Working Capital:

Vermögen vor Kreditaufnahme	Kurzfristiges Fremdkapital vor Kreditaufnahme	Kennzahl
200 T€	260 T€	Liquidität 3. Grades: 76,9 % Working Capital: -60 T€
Vermögen nach Kreditaufnahme T€ 300	Kurzfristiges Fremdkapital nach Kreditaufnahme T€ 300	Kennzahl
500 T€	560 T€	Liquidität 3. Grades: 89,3 % Working Capital: -60 T€

Tabelle 6: Vergleich der Liquidität 3. Grades und des Working Capitals

Wie bei den Liquiditätsgraden ergibt sich auch beim Working Capital infolge der speziellen Bilanzpositionen nach der KHBV kein Anpassungsbedarf.

kurzfristiges Umlaufvermögen
- kurzfristiges Fremdkapital
= Working Capital

Formel 11: Working Capital²⁷⁵

²⁷⁴ Vgl. Baetge, Jörg (1998), S. 255 f.

²⁷⁵ Vgl. Baetge, Jörg (1998), S. 255.,

Vgl. Perridon, Louis / Steiner, Manfred / Rathgeber, Andreas (2012), S. 604.

4.5. Analyse der Finanzlage von Krankenhäusern

4.5.1. Grundlagen

Die Finanzlage eines Unternehmens wird durch dessen Finanzierung determiniert.²⁷⁶ Zur Analyse der Finanzlage dienen u.a. die Kapitalstruktur-, die Horizontalstrukturanalyse und die Kapitalflussrechnung.

Mit Hilfe der Kapitalstrukturanalyse werden Informationen zur Herkunft und Zusammensetzung sowie zur Fristigkeit des überlassenen Kapitals aufbereitet und zur Verfügung gestellt.

Unter Liquiditätsgesichtspunkten dient die Analyse der Finanzlage einerseits zur Abschätzung von Finanzierungsrisiken, andererseits gibt sie Aufschluss über die Kreditwürdigkeit von Unternehmen.²⁷⁷

Rechnet der externe Analyst beispielsweise aufgrund seiner bisherigen Analyseergebnisse mit einem erhöhten Kapitalbedarf des betrachteten Unternehmens, hängt die Sicherung der Zahlungsbereitschaft maßgeblich von den Möglichkeiten der Kapitalbeschaffung ab.²⁷⁸ Die Beurteilung der Kapitalbeschaffungsmöglichkeiten ist damit als eine zentrale Aufgabe der Finanzanalyse zu fixieren.

Der Aufbau der Passiva gemäß § 4 Abs. 1 KHBV erfolgt, wie bei der Vermögensseite, analog zum Gliederungsschema von § 266 Abs. 2 HGB, ergänzt um die krankenhausspezifischen Positionen.²⁷⁹

Die Gliederung des Eigenkapitals nach der KHBV stimmt weitgehend mit der des HGB überein, nur die detaillierte Unterteilung der Gewinnrücklagen gemäß § 266 HGB sieht die KHBV nicht vor.

Zwischen dem Eigenkapital und den Rückstellungen sind bei Krankenhäusern die Sonderposten, unterteilt nach der Förderquelle, abgebildet.²⁸⁰

²⁷⁶ Vgl. Baetge, Jörg (1998), S. 195.

²⁷⁷ Vgl. Küting, Karlheinz / Weber, Claus-Peter (2009), S. 135.

²⁷⁸ Vgl. Küting, Karlheinz / Weber, Claus-Peter (2009), S. 135.

²⁷⁹ Vgl. Anlage 2.

²⁸⁰ Die Sonderposten korrespondieren betragsmäßig mit dem bilanzierten Restbuchwert des geförderten Anlagevermögens.

Die Darstellung der Rückstellungen gemäß der KHBV ist identisch mit dem handelsrechtlichen Gliederungsschema. Sowohl die Bilanzierung als auch die Bewertung erfolgt analog zu § 249 HGB. Nennenswerte krankenhausspezifische Rückstellungen sind die Rückstellungen für offene MDK-Fälle²⁸¹ und die daraus resultierenden Rückzahlungsrisiken, Rückstellungen für Erlösrisiken aus den Budgetausgleichsberechnungen sowie Rückstellungen für Zeitzuschläge²⁸². Ausgewiesen werden diese unter den sonstigen Rückstellungen.²⁸³

Aus der Struktur der Verbindlichkeiten können Analysten insbesondere Informationen über die Dauer der Kapitalüberlassung gewinnen.²⁸⁴ Sie umfassen die:

- ♦ Verbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten
- ♦ erhaltene Anzahlungen
- ♦ Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen
- ♦ Verbindlichkeiten aus der Annahme gezogener Wechsel und der Ausstellung eigener Wechsel
- ♦ Verbindlichkeiten gegenüber Gesellschaftern bzw. dem Krankenhausträger
- ♦ Verbindlichkeiten nach dem Krankenhausfinanzierungsrecht
- ♦ Verbindlichkeiten aus sonstigen Zuwendungen zur Finanzierung des Anlagevermögens
- ♦ Verbindlichkeiten gegenüber verbundenen Unternehmen
- ♦ Verbindlichkeiten gegenüber Unternehmen, mit denen ein Beteiligungsverhältnis besteht
- ♦ Sonstigen Verbindlichkeiten²⁸⁵

Bei den Verbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten, den erhaltenen Anzahlungen, Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen sowie aus gezogenen

²⁸¹ Das MDK-Prüfverfahren hinsichtlich der Richtigkeit der gestellten Rechnung ist noch nicht abgeschlossen.

²⁸² Sofern Zeitzuschläge und Zuschläge für Ruf- und Bereitschaftsdienste nach den einschlägigen tarifvertraglichen Verträgen zwei Monate zeitversetzt ausbezahlt werden, ist zum Jahresabschluss für die Monate November und Dezember eine sonstige Verbindlichkeit auszuweisen, sofern die Höhe zur Jahresabschlusserstellung noch nicht feststeht, ist alternativ eine Rückstellung zu passivieren.

²⁸³ Vgl. Graumann, Mathias / Schmidt-Graumann, Anke (2011), S. 237.

²⁸⁴ Vgl. Küting, Karlheinz / Weber, Claus-Peter (2009), S. 141.

²⁸⁵ Vgl. KHBV, Anlage 1.

Wechseln werden keine krankenhausspezifischen Sachverhalte abgebildet. Informationen hinsichtlich der Restlaufzeiten der Verbindlichkeiten können aus den „davon-Vermerken“ der Bilanz oder bei Kapitalgesellschaften auch aus dem Anhang abgelesen werden. Der zeitlich strukturierte Verbindlichkeitspiegel nach § 285 Abs. 1 a HGB²⁸⁶ ist im reinen KHBV Anhang nicht vorgesehen.

Die Position erhaltene Anzahlungen ist normalerweise von untergeordneter Bedeutung, da die Krankenversicherer keine Vorauszahlungen leisten. Lediglich von ausländischen Patienten oder sonstigen Selbstzahlern werden gegebenenfalls Vorauszahlungen gefordert.

Die Verbindlichkeiten gegenüber Gesellschaftern bzw. dem Krankenhausträger beinhalten Verbindlichkeiten aus Liefer- und Leistungsbeziehungen, Ergebnisabführungsverträgen und Darlehen.

Analog zu den Forderungen nach dem Krankenhausfinanzierungsrecht werden die Verbindlichkeiten nach KHG differenziert in Verbindlichkeiten aus Fördermitteln und in Budgetausgleichsverbindlichkeiten nach dem KHEntgG / BPfIV.²⁸⁷ Informationen zur Zusammensetzung der Verbindlichkeiten können wieder den „davon-Vermerken“ der Bilanz entnommen werden. Die im „davon-Vermerk“ ausgewiesenen Verbindlichkeiten betreffen die Ausgleichsverbindlichkeiten aus dem vereinbarten Budget des Analysejahres.

Verbindlichkeiten aus sonstigen Zuwendungen zur Finanzierung von Anlagevermögen betreffen Zuschüsse der öffentlichen Hand und sonstiger Dritter, die zum Bilanzstichtag noch nicht zweckentsprechend verwendet wurden.²⁸⁸

Bei den Verbindlichkeiten gegenüber verbundenen Unternehmen und Unternehmen, mit denen ein Beteiligungsverhältnis besteht sowie den sonstigen Verbindlichkeiten ergeben sich auch keine Besonderheiten bei der Rechnungslegung von Krankenhäusern.

²⁸⁶ Vgl. Anlage 7.

²⁸⁷ Vgl. Graumann, Mathias / Schmidt-Graumann, Anke (2011), S. 239.

²⁸⁸ Vgl. Purzer, Karl / Haertle, Renate (1995). A 3 S. 107.

Der passive Ausgleichsposten aus Darlehensförderung resultiert, wie der aktive Ausgleichsposten aus Darlehensförderung, aus der nachträglichen Beantragung von Fördermitteln für die Anschaffung eines Investitionsgutes, das vor Aufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan oder vor Inkrafttreten des KHG angeschafft und über Fremdkapital finanziert wurde.²⁸⁹ Erhält das Krankenhaus Fördermittel für Lasten aus Darlehen bewilligt, so ist gemäß § 5 Abs. 4 Satz 1 KHBV in Höhe der Differenz zwischen den seit Beginn der Förderung nach KHG bis zum Bilanzstichtag aufgelaufenen Abschreibung auf die mit geförderten Darlehen²⁹⁰ finanzierten Vermögensgegenstände einerseits, und den höheren Tilgungen der geförderten Darlehen andererseits, ein Ausgleichsposten aus Darlehensförderung zu passivieren.²⁹¹

Übersteigen die Tilgungen der geförderten Darlehen die anteiligen Abschreibungen, so erhöht sich der passivierte Ausgleichsposten. Der Ausgleichsposten wird in dem Zeitraum aufgelöst, in dem die geförderten Tilgungen geringer sind als die Abschreibungsaufwendungen. Damit hat auch dieser Ausgleichsposten den Charakter eines Rechnungsabgrenzungspostens.

Die passiven Rechnungsabgrenzungsposten sind in Krankenhausabschlüssen meistens betragsmäßig zu vernachlässigen. Überwiegend betreffen sie bei kirchlichen Trägern die Januarrenten der Diakonissen bzw. Ordensfrauen, die bereits im Dezember ausbezahlt wurden.²⁹²

Wie bei den aktiven latenten Steuern, sind die passiven latenten Steuern bei Krankenhäusern bisher von untergeordneter Bedeutung, werden aber durch das BilMoG künftig auch im gemeinnützigen Krankensektor häufiger auftreten. In den nachfolgenden Kapiteln werden ausgewählte Kennzahlen zur Beurteilung der Finanzlage vorgestellt.

²⁸⁹ PricewaterhouseCoopers (2010), S. 103.

²⁹⁰ Die Buchung der geförderten Tilgung erfolgt ertragswirksam.

²⁹¹ Vgl. PricewaterhouseCoopers (2010), S. 103.

²⁹² Die Renten der Diakonissen bzw. Ordensfrauen stehen den Krankenhäusern oder Mutterhäusern zu.

4.5.2. Eigenkapital

Das zentrale Untersuchungsobjekt der Kapitalstrukturanalyse ist die Eigenkapitalausstattung des Unternehmens, zu deren Beurteilung in der Praxis üblicherweise die Eigenkapital- oder Fremdkapitalquote herangezogen wird.²⁹³

Die Kapitalkoeffizienten geben Auskunft darüber, wie solide ein Unternehmen finanziert ist. Das Liquiditätssicherungsvermögen wird dabei umso besser eingeschätzt, je höher die Eigenkapitalquote ist.²⁹⁴ Mit zunehmender Eigenkapitalquote steigt auch die Haftungssubstanz, was wiederum das Risiko der überschuldungsbedingten Insolvenz reduziert und die Beschaffung von Fremdkapital erleichtert.²⁹⁵ Zudem dient das Eigenkapital, im Zusammenhang mit der goldenen Bilanzregel, zur Finanzierung von langfristig gebundenen Vermögensgegenständen.²⁹⁶ Je besser die Eigenkapitalausstattung ist, desto geringer ist die Belastung mit potenziellen Zahlungsmittelabflüssen in Form von Zins- und Tilgungsleistungen, wodurch in Kombination mit der leichteren Fremdkapitalbeschaffung das Risiko der Illiquidität sinkt.²⁹⁷

Dennoch ist festzuhalten, dass eine hohe Eigenkapitalquote unter Rentabilitäts Gesichtspunkten, insbesondere im Hinblick auf den Leverage-Effekt, nicht immer vorteilhaft ist.²⁹⁸ Aufgrund des Zielsystems von Krankenhäusern spielt der Rentabilitätseffekt bei der Zusammensetzung des Kapitals aber keine nennenswerte Rolle, weshalb der Leverage-Effekt an dieser Stelle nicht vertieft wird.

Die Verwendung der Eigenkapitalquote ist im Rahmen der Bilanzanalyse von Krankenhäusern empfehlenswert. Es können Entwicklungen sowohl im Zeit- als auch im Betriebsvergleich erkannt und mit Hilfe der in dieser Arbeit berechneten Vergleichswerte beurteilt werden.

Ergänzend zur Eigenkapitalquote kann zusätzlich noch die Struktur des Eigenkapitals untersucht werden. Bei Konzernstrukturen ist darüber hinaus zu beachten, dass sich die Eigenkapitalquote von Tochtergesellschaften je nach Gestaltung von

²⁹³ Vgl. Küting, Karlheinz / Weber, Claus-Peter (2009), S. 136.

²⁹⁴ Vgl. Schult, Eberhard (1999), S. 127.

²⁹⁵ Vgl. Küting, Karlheinz / Weber, Claus-Peter (2009), S. 137.

²⁹⁶ Vgl. Perridon, Luis / Steiner, Manfred / Rathgeber, Andreas (2012), S. 602.

²⁹⁷ Vgl. Gräfer, Horst / Schiller, Bettina / Rösner, Sabrina (2008), S. 69.

²⁹⁸ Der Leverage-Effekt besagt, dass es für Unternehmen vorteilhaft ist, sich zu verschulden, solange die Gesamtkapitalrentabilität über dem Zinssatz für das Fremdkapital liegt.

Ergebnisabführungsverträgen kurzfristig stark verändern kann. Anhaltspunkte hierfür sind im Anhang und im Lagebericht zu finden.

Die allgemeine Formel zur Berechnung der Eigenkapitalquote sollte bei der Kennzahlenberechnung von Krankenhäusern modifiziert werden, weil das bilanziell ausgewiesene Eigenkapital aufgrund der Bilanzierungshilfe „aktiver Ausgleichsposten für Eigenmittelförderung“ nicht dem reellen Eigenkapital entspricht und die Bilanzsumme durch fördermittelbedingte Sachverhalte verlängert wird.

Der aktive Ausgleichsposten für Eigenmittelförderung stellt eine reine Bilanzierungshilfe und keinen werthaltigen Vermögensgegenstand dar²⁹⁹, weshalb er vom Eigenkapital und der Bilanzsumme abzusetzen ist.

Durch die Bruttobuchung des mit Fördermitteln oder sonstigen Zuwendungen finanzierten Anlagevermögens gemäß § 5 Abs. 2 und 3 KHBV verlängert sich die Bilanzsumme und der Quotient von Eigen- und Gesamtkapital vermindert sich. Bei der Bilanzanalyse ist es daher sinnvoll, die Sonderposten und das damit finanzierte Anlagevermögen zu verrechnen.

Infolge der Verrechnung der Sonderposten mit dem fördermittelfinanziertem Anlagevermögen wird die Bilanzsumme in Höhe der Sonderposten verringert, sodass sich folgende Formeln zur Berechnung der Eigenkapitalquote ergeben:

$$\text{Eigenkapitalquote} = \frac{\text{Eigenkapital}}{\text{Gesamtkapital}} \times 100$$

Formel 12: Eigenkapitalquote³⁰⁰

$$\text{modifizierte Eigenkapitalquote} = \frac{\begin{array}{l} \text{Eigenkapital -} \\ \text{- Ausgleichsposten für Eigenmittelförderung} \end{array}}{\begin{array}{l} \text{Gesamtkapital} \\ \text{- Ausgleichsposten für Eigenmittelförderung} \\ \text{- Sonderposten aus Zuwendungen zur} \\ \text{Finanzierung von Anlagevermögen} \end{array}} \times 100$$

Formel 13: modifizierte Eigenkapitalquote

²⁹⁹ Vgl. IDW RS KHFA (2011), S. 8, Tz. 31.

³⁰⁰ Vgl. Baetge, Jörg (1998), S. 146., Schuldt, Eberhardt (1999), S. 127., Vgl. Küting, Karlheinz / Weber, Claus-Peter (2009), S. 136., Vgl. Perridon, Louis / Steiner, Manfred / Rathgeber, Andreas (2012), S. 598.

4.5.3. Rückstellungen

Bei den Rückstellungen ergeben sich keine krankenhausspezifischen Besonderheiten.³⁰¹ Sie sind wegen ihres Schätzcharakters und bestehender Ermessensspielräume, wie bei anderen Unternehmen, ein beliebtes Instrumentarium der Bilanzpolitik und bei der externen Bilanzanalyse nur schwer zu beurteilen.

In Zeiten vor dem BilMoG hat sich der Ermessensspielraum zur Bildung und Bewertung der Rückstellungen bei Krankenhäusern besonders bei den Instandhaltungsrückstellungen widerspiegelt, was bei Ausübung des Beibehaltungswahlrechts gemäß Artikel 67 EGHGB teilweise noch heute erkennbar ist.

Das Analyseziel, nämlich die Erkenntnis, ob in ausreichendem Maß Rückstellungen gebildet wurden, kann vom externen Analysten nur schwer erreicht werden.³⁰²

Sofern ein Rückstellungsspiegel Bestandteil des veröffentlichten Anhangs ist, kann geprüft werden, ob alle wesentlichen Pflichtrückstellungen, inklusive der branchentypischen Rückstellungen dem Grund nach vollständig gebildet wurden. Ferner wird ersichtlich, ob über die Pflichtrückstellungen hinaus weitere Rückstellungen berücksichtigt wurden. Die Bildung von zahlreichen unternehmensindividuellen Rückstellungen erlaubt einen Rückschluss darauf, dass über das Mindestmaß hinausgehend, möglicherweise zur gezielten Ergebnispolitik Rückstellungen gebildet wurden.³⁰³ Weitere Erkenntnisse zur Bilanzpolitik vergangener Jahre können aus der Auflösung der Rückstellungen gezogen werden.

Wegen fehlender Informationen zu den Unternehmensrisiken, etwa aus Rechtsstreitigkeiten, kann die Vollständigkeit, Richtigkeit und Bewertung der Rückstellungen nicht abschließend beurteilt werden. Der Bilanzanalyst muss sich an dieser Stelle auf das Urteil des Abschlussprüfers verlassen.³⁰⁴

Noch schwieriger sind Aussagen zur Angemessenheit der Rückstellungen ohne einen Rückstellungsspiegel zu treffen, der kein gesetzlicher Bestandteil des Anhangs ist. Im Anhang sind gemäß § 285 Abs. 12 HGB nur die sonstigen Rückstellungen zu erläutern, sofern sie nicht von untergeordneter Bedeutung sind.

³⁰¹ Vgl. Graumann, Mathias / Schmidt-Graumann, Anke (2011), S. 292.

³⁰² Vgl. Küting, Karlheinz / Weber, Claus-Peter (2009), S. 143.

³⁰³ Vgl. Küting, Karlheinz / Weber, Claus-Peter (2009), S. 143.

³⁰⁴ Vgl. Küting, Karlheinz / Weber, Claus-Peter (2009), S. 143.

Aus Liquiditätsgesichtspunkten kann noch versucht werden, die Rückstellungen in auszahlungswirksame und nicht auszahlungswirksame Rückstellungen zu gliedern, um daraus den Mittelabfluss in den kommenden Wirtschaftsjahren zu erkennen.

Eine aussagekräftige Bildung von Verhältniszahlen bietet sich bei den Rückstellungen nicht an, sodass die Betrachtung und die Analyse der absoluten Zahl zu empfehlen ist.

Im Betriebsvergleich können wegen der unternehmensindividuellen Risikostrukturen der Krankenhäuser nur auf Ebene von einzelnen Rückstellungen Erkenntnisse zur wirtschaftlichen Lage der Einrichtungen gewonnen werden. Ein Vergleich der gesamten Rückstellungen liefert keine validen Untersuchungsergebnisse.

Bei der Datenerfassung im Rahmen dieser Arbeit ist aufgefallen, dass die Rückstellungshöhe bei Kliniken mit einem positiven Jahresergebnis oftmals verhältnismäßig höher ist, als bei Häusern mit einem ausgeglichenen oder negativen Ergebnis.

4.5.4. Analyse der Verbindlichkeitsstruktur

4.5.4.1 Verbindlichkeiten

Die eingesetzten Kennzahlen zur Analyse der Verbindlichkeiten sind meistens das Lieferantenziel, der statische und der dynamische Verschuldungsgrad.³⁰⁵

Vorrangiges Ziel der Verbindlichkeitenanalyse ist die Gewinnung von Informationen hinsichtlich der Zahlungsgewohnheiten der betrachteten Unternehmen.³⁰⁶

Hierbei eignet sich in erster Linie das Lieferantenziel, das die durchschnittliche Dauer der Inanspruchnahme von Lieferantenkrediten angibt.³⁰⁷

Zur Berechnung der Kennzahl wird der Bestand an Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen³⁰⁸ in das Verhältnis zum Wareneingang gesetzt und mit 360 Tagen multipliziert. Der Wareneingang berechnet sich aus den Aufwendun-

³⁰⁵ Vgl. Weber, Manfred (1999), S. 75 ff.,
Vgl. Küting, Karlheinz / Weber, Claus-Peter (2009), S. 141 f., Baetge, Jörg (1998), S. 199.
Vgl. Perridon, Louis / Steiner, Manfred / Rathgeber, Andreas (2012), S. 599.

³⁰⁶ Vgl. Küting, Karlheinz / Weber, Claus-Peter (2009), S. 141.

³⁰⁷ Vgl. Küting, Karlheinz / Weber, Claus-Peter (2009), S. 141.

³⁰⁸ Sofern Wechselschulden bilanziert sind, sind diese auch als Warenschulden zu berücksichtigen.

gen für Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe sowie der Bestandsveränderung von Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffen.³⁰⁹

Im Krankenhausbereich resultieren Veränderungen bei den Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen im Zeitvergleich hauptsächlich aus dem Zeitpunkt der letzten Zahläufe und der Einkäufe zum Jahresende. Hinweise zum Zahlungsverhalten oder der Zahlungsfähigkeit können daher besser durch die Betrachtung der Liquiditätskennzahlen oder der absoluten Zahlen gewonnen werden.

Der statische Verschuldungsgrad zeigt durch die Berechnung des Quotienten das Verhältnis von Fremdkapital zu Eigenkapital und damit das finanzwirtschaftliche Gleichgewicht des Unternehmens sowie deren Entwicklung im Zeitvergleich. Erkenntnisse zum finanziellen Gleichgewicht konnten bereits aus der Berechnung der Eigenkapitalquote gewonnen werden.³¹⁰ Aufgrund der Bedeutung der Eigenkapitalquote im Rahmen der Bilanzanalyse wird aus Gründen der zielorientierten Informationsversorgung der Einsatz der Eigenkapitalquote anstelle des statischen Verschuldungsgrades empfohlen.

Mit Hilfe des dynamischen Verschuldungsgrades sollen hingegen zukunftsbezogene Aussagen zur Schuldentilgungskraft getroffen werden. Unter der Schuldentilgungskraft wird die Fähigkeit eines Unternehmens verstanden, die Verbindlichkeiten mit selbst erwirtschafteten Mitteln auszugleichen.³¹¹ Dabei werden die Netto-Finanzverbindlichkeiten³¹² ins Verhältnis zum Cashflow gesetzt. Unter der Annahme, dass der Cashflow aus laufender Geschäftstätigkeit nur zur Tilgung der Schulden verwendet wird, er sich über den Betrachtungszeitpunkt nicht ändert und keine weiteren Verbindlichkeiten aufgenommen werden, soll er den Tilgungszeitraum der Verbindlichkeiten zeigen.³¹³ Allein diese Einschränkungen verdeutlichen bereits, dass der dynamische Verschuldungsgrad nur unter realitätsfremden Annahmen Informationen hinsichtlich des Zeitraums, in dem die beste-

³⁰⁹ Rehkugler, Heinz / Podding, Thorsten (1998), S. 187.

³¹⁰ Vgl. Baetge, Jörg (1998), S. 201.

³¹¹ Vgl. Küting, Karlheinz / Weber, Claus-Peter (2009), S. 167.

³¹² Die Netto-Finanzverbindlichkeiten berechnen sich aus der Summe der Anleihen, Verbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten und sonstigen Darlehen. Abgezogen werden davon die Zahlungsmittel.

³¹³ Vgl. Peemöller, Volker H. (2003), S. 356 f.

henden Netto-Finanzverbindlichkeiten durch den laufenden Cashflow getilgt werden, liefern kann. Der Einsatz dieser Kennzahl wird daher nicht empfohlen.

Zur Analyse der Verbindlichkeitsstruktur von Krankenhäusern wird im Hinblick auf das Verhältnis von einzelnen Bilanzposten zur Bilanzsumme und wegen der schlechten Vergleichbarkeit mit anderen Häusern, insbesondere die individuelle Fristigkeitsanalyse für die einzelnen Bilanzpositionen empfohlen.³¹⁴

4.5.4.2 Verbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten

Die Verbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten können vor allem hinsichtlich der Fälligkeitsstruktur und der Entwicklung im Zeitvergleich untersucht werden. Der „davon-Vermerk“ in der Bilanz oder die Angaben im Verbindlichkeitspiegel zeigen, in welcher Höhe in den kommenden Jahren liquide Mittel zur Tilgung der bestehenden Kredite bereitgestellt werden müssen und wie dadurch die Liquidität belastet wird.

Zur Analyse der Verbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten eignet sich im Zeitvergleich und im Betriebsvergleich die absolute Zahl. Im Betriebsvergleich ist zu beachten, dass die Höhe der Verbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten von krankenhausindividuellen Faktoren, wie beispielsweise Neubaumaßnahmen, determiniert wird und daher nicht immer vergleichbar ist.

Neben der Fälligkeitsanalyse ist bei den Verbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten von Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft dem Analysten generell zu empfehlen, sich einen Überblick hinsichtlich eventueller Bürgschaften und / oder zinsbegünstigter Darlehen des Trägers zu verschaffen. Diese können eine unerlaubte Beihilfe nach Art. 87 Abs. 1 des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft (EG-Vertrag), nunmehr Art. 107 Abs. 1 AEUV, darstellen und risikobehaftet sein.

³¹⁴

Vgl. Anlage 7.

4.5.4.3 Verbindlichkeiten nach dem Krankenhausfinanzierungsrecht

Die Verbindlichkeiten nach dem Krankenhausfinanzierungsrecht eignen sich wegen des zeitlich und inhaltlich individuellen Charakters nicht für den Zeit- oder Betriebsvergleich. Dennoch können aus dieser Bilanzposition zentrale krankhausindividuelle Informationen zur Beurteilung der wirtschaftlichen Lage und der Liquiditätssituation gewonnen werden.

Im Rahmen der Fälligkeitsstrukturanalyse ist zu empfehlen, die Verbindlichkeiten nach dem KHG gesondert zu betrachten und analog zu den Forderungen nach KHG in den Budget- und Investitionsanteil zu gliedern.

Die Verbindlichkeiten nach dem KHG beinhalten folgende Sachverhalte:

- ♦ Verbindlichkeiten aus dem Krankenhaus zugeflossener, aber noch nicht zweckentsprechend verwendeter Fördermittel³¹⁵
- ♦ Verbindlichkeiten aus Ausgleichen auf das vereinbarte Budget

Die Verbindlichkeiten aus noch nicht zweckentsprechend verwendeten Fördermitteln können aus der Gesamtsumme der Verbindlichkeiten nach KHG, abzüglich der im „davon-Vermerk“ ausgewiesenen Verbindlichkeiten nach KHEntgG / BPflV berechnet werden.³¹⁶

Die Verbindlichkeiten werden, ebenso wie die Forderungen, sobald der Bewilligungsbescheid eingegangen ist, gebucht. Bei einer bilanzierten Forderung nach dem KHG aus Investitionszuschüssen steht folglich mindestens in gleicher Höhe eine Verbindlichkeit gegenüber. Die Verbindlichkeiten können ebenso die noch nicht verwendeten Pauschalfördermittel enthalten.

Die Einzelfördermittel, d.h. die liquiden Mittel, werden üblicherweise je nach Bau- oder Projektfortschritt abgerufen. Stehen nun den hohen Verbindlichkeiten nach KHG wesentlich niedrigere Forderungen gegenüber, ist dies ein Hinweis darauf, dass Fördermittel abgerufen aber noch nicht zweckentsprechend verwendet wurden. Dieser Effekt ist aber auch gegeben, wenn keine sukzessive Umbu-

³¹⁵ Vgl. Graumann, Mathias / Schmidt-Graumann, Anke (2011), S. 232.

³¹⁶ Bei den Verbindlichkeiten nach KHG (ohne Ausgleichsverbindlichkeiten) werden neben den Verbindlichkeiten aus Investitionszuschüssen auch etwaige Verbindlichkeiten aus der Finanzierung der Ausbildungskosten nach § 17a KHG bilanziert. Diese sind aber prinzipiell nicht von materieller Bedeutung, weshalb an dieser Stelle keine vertiefende Darstellung erfolgt.

chung der Verbindlichkeiten in die Sonderposten entsprechend des Baufortschrittes erfolgt.

Es sollte in diesem Kontext die Liquiditätssituation untersucht werden, da die abgerufenen und noch nicht verwendeten Fördermittel im Liquiditätsbestand sein müssten. Ist das nicht der Fall, wurden die Fördergelder zur Zwischenfinanzierung von anderen Maßnahmen verwendet, was wiederum auf eine angespannte Liquiditätssituation schließen lässt.

Der beschriebene Sachverhalt wird anhand des nachfolgenden Beispiels verdeutlicht:

Forderungen nach dem Krankenhausfinanzierungsrecht	€ 5.700.000
<i>davon nach der BPflV / KHEntgG</i>	€ 700.000
Kassenbestand, Guthaben bei Kreditinstituten	€ 1.000.000
Verbindlichkeiten nach dem Krankenhausfinanzierungsrecht	€ 7.500.000
<i>davon nach dem KHEntgG</i>	€ 500.000

Tabelle 7: Gegenüberstellung von Forderungen und Verbindlichkeiten nach KHG

Die Forderungen nach dem Krankenhausfinanzierungsrecht betragen zum Bilanzstichtag 5.700.000 €, davon resultieren 700.000 € als Ausgleichsforderungen aufgrund der fortgeführten Erlösausgleichsberechnungen.

Gleichzeitig belaufen sich die Verbindlichkeiten nach dem Krankenhausfinanzierungsrecht auf 7.500.000 €, davon betreffen 500.000 € den Budgetbereich aus Mehrerlösausgleichen für das laufende Geschäftsjahr.

Aus der Gegenüberstellung der investiven Forderungen von 5.000.000 € und der korrespondierenden Verbindlichkeiten in Höhe von 7.000.000 € ergibt sich eine Lücke von 2.000.000. Diese müsste sich bei solider Liquiditätslage in den flüssigen Mitteln widerspiegeln. Ist das, wie im oben aufgeführten Beispiel nicht der Fall, wurde die für investive Maßnahmen zur Verfügung gestellte Liquidität zunächst anderweitig eingesetzt und muss künftig alternativ bereitgestellt werden.

Die Ausgleichsverbindlichkeiten resultieren aus Mehrerlösen auf das nach § 4 Abs. 1 und 2 KHEntgG vereinbarte Budget.

Mehrerlöse aus Zusatzentgelten für Arzneimittel und Medikalprodukte sowie Schwerbrandverletzte und polytraumatisierte Patienten sind derzeit mit 25%, sonstige Mehrerlöse mit 65% auszugleichen, d.h. bei den DRG-Erlösen, die über der vereinbarten Menge lagen, verbleiben nur 35 % beim Krankenhaus.³¹⁷ Die Mehrerlösausgleiche werden nicht in einem Betrag auszahlungswirksam sondern durch Abschläge im laufenden und folgenden Budgetzeitraum verrechnet. Die Abschläge auf den Basisfallwert wirken sich dann negativ auf die Liquiditätssituation aus.

Bilanzierte Mehrerlösausgleiche geben Hinweise darauf, dass wegen der Nachfrage nach Leistungen in der Klinik über das vereinbarte Volumen hinaus Leistungen erbracht wurden. Das kann einerseits ein Indiz für eine solide Marktstellung, andererseits für schlechte Budgetverhandlungen sein.

Ausgleichsverbindlichkeiten und Forderungen können neben den beschriebenen Mengenausgleichen auch noch Zahlbetragsausgleiche aufgrund von unterjährigen Budgetvereinbarungen enthalten, die generell betragsmäßig im Verhältnis zu den Mengenausgleichen nicht ins Gewicht fallen.

4.5.5. Horizontalstrukturanalyse

Bei der Horizontalanalyse werden die bisher separat betrachteten Bereiche der Aktiva und der Passiva miteinander in Beziehung gesetzt, wie das bereits im Vorfeld auch schon bei der Darstellung der Liquiditätskennzahlen erfolgte.

Das Augenmerk ist bei der Horizontalanalyse auf die Fristenkongruenz von der Mittelverwendung und der Mittelherkunft gerichtet, um hieraus Rückschlüsse auf die Solidität der Unternehmensfinanzierung und auf die künftige Zahlungsfähigkeit schließen zu können.³¹⁸

Demnach sollen entsprechend der goldenen Finanzierungsregel langfristig im Unternehmen gebundene Vermögensgegenstände mit langfristig zur Verfügung ste-

³¹⁷ Vgl. § 4 Abs. 3 Satz 4 KHEntgG.

³¹⁸ Vgl. Küting, Karlheinz / Weber, Claus-Peter (2009), S. 148.

hendem Kapital finanziert werden, um dadurch die Zahlungsfähigkeit zu sichern.³¹⁹ Das entscheidende Zuordnungskriterium auf der Vermögens- und Kapitaleseite ist die Bindungsdauer.³²⁰

Im Hinblick auf diese konkrete Zielvorgabe kann die Kennzahl im Rahmen der Bilanzanalyse beliebig eingesetzt werden. Für ein tragfähiges Analyseergebnis sind weder ein Zeit- noch ein Betriebsvergleich erforderlich. Die Einhaltung der goldenen Finanzierungsregel wird wegen der eindeutigen Vorgabe eines Sollwertes nicht in die empirische Untersuchung dieser Arbeit einbezogen.

Trotz der Diskussionspunkte, die bei dieser Kennzahl aufgeworfen werden, wie die Branchenabhängigkeit, die Schwierigkeit der Aufteilung in lang- und kurzfristige Bilanzpositionen oder die Entkoppelung des Liquiditätsbedarfs vom betrieblichen Umsatzprozess, wird sie in der betrieblichen Praxis häufig verwendet.³²¹ So ist beinahe in jedem Prüfungsbericht zum Jahresabschluss ein Hinweis darauf zu finden, in wie weit das Anlagevermögen durch langfristiges Kapital finanziert ist. Dabei wird das Eigenkapital grundsätzlich als langfristig angesehen. Die Aufteilung der Rückstellungen nach Fristigkeiten kann vom externen Analytisten nur hilfsweise vorgenommen werden, indem die gesamten Pensionsrückstellungen als langfristig und die Steuer- und sonstigen Rückstellungen als kurzfristig angesehen werden. Die Fristigkeiten der Verbindlichkeiten können aus den „davon-Vermerken“ oder dem Verbindlichkeitspiegel abgelesen werden.³²²

Im Krankenhausbereich sollten zusätzlich, korrespondierend zum Anlagevermögen, die Sonderposten aus Zuwendungen zur Finanzierung des Anlagevermögens und die Verbindlichkeiten aus noch nicht verwendeten Zuwendungen zur Finanzierung des Anlagevermögens als langfristiges Kapital angesehen werden. Gleichmaßen ist zu prüfen, ob auch ein Teil der Forderung nach KHG aufgrund des investiven Charakters langfristig ist.

³¹⁹ Vgl. Baetge, Jörg (1998), S. 243.

³²⁰ Vgl. Weber, Manfred (1999), S. 78.

³²¹ Vgl. Küting, Karlheinz / Weber, Claus-Peter (2009), S. 151.

³²² Vgl. Baetge, Jörg (1998), S. 242.

Ebenso ist die Bilanzierungshilfe „Ausgleichsposten für Eigenmittelförderungen“ vom Eigenkapital abzusetzen, so dass sich die folgenden Berechnungsformeln ergeben:

$$\text{Goldene Finanzierungsregel} = \frac{\text{langfristiges Vermögen}}{\text{langfristiges Kapital}} \times 100 = \leq 1$$

Formel 14: Goldene Finanzierungsregel³²³

$$\begin{aligned} \text{modifizierte} & \quad \text{Anlagevermögen} \\ \text{Goldene Finanzierungsregel} & = \frac{\text{+ Umlaufvermögen (RLZ > 1 Jahr)}}{\text{Eigenkapital}} \times 100 = \leq 1 \\ & \quad \text{- Aktive Ausgleichsposten für Eigenmittelförderung} \\ & \quad \text{+ Sonderposten aus Zuwendungen zur Finanzierung Anlagevermögens} \\ & \quad \text{+ Verbindlichkeiten aus Zuwendungen zur Finanzierung Anlagevermögens} \\ & \quad \text{+ Rückstellungen (RLZ > 1 Jahr)} \\ & \quad \text{+ alle weiteren Verbindlichkeiten (RLZ > 1 Jahr)} \end{aligned}$$

Formel 15: modifizierte Goldene Finanzierungsregel

Da detaillierte Fristigkeitsinformationen sowohl auf der Vermögens- als auch auf der Kapitalseite nicht immer vollständig zur Verfügung stehen, wurde aus der goldenen Finanzierungsregel die goldene Bilanzregel abgeleitet, wonach einzelne Vermögensposten zu bestimmten Passivposten der Bilanz in Beziehung gesetzt werden.³²⁴

Die goldene Bilanzregel beschreibt verschiedene Deckungsgrade in Abhängigkeit der Definition, was dem langfristigen Kapital und dem langfristigen Vermögen zuzuordnen ist, beispielsweise das Deckungsverhältnis von Eigenkapital und Anlagevermögen.

³²³ Vgl. Küting, Karlheinz / Weber, Claus-Peter (2009), S. 149., Baetge, Jörg (1998), S. 241., Vgl. Perridon, Louis / Steiner, Manfred / Rathgeber, Andreas (2012), S. 601.

³²⁴ Vgl. Küting, Karlheinz / Weber, Claus-Peter (2009), S. 149.

4.5.6. Kapitalflussrechnung

Die Kapitalflussrechnung wird als Analyseinstrument zur finanzwirtschaftlichen und erfolgswirtschaftlichen Beurteilung des Unternehmens eingesetzt, bei der bilanzpolitische Maßnahmen durch Eliminierung nicht zahlungswirksamer Erträge und Aufwendungen bereinigt werden.³²⁵ Sie soll die Aussagekraft des Jahresabschlusses und die Einblicke in Unternehmen verbessern sowie die Innenfinanzierungskraft abbilden.³²⁶ Mit Hilfe der Kapitalflussrechnung werden die Zahlungsströme der Periode dargestellt und Informationen darüber gewonnen, inwieweit das Unternehmen aus der laufenden Geschäftstätigkeit Finanzmittel erwirtschaften konnte, in welchem Umfang diese für Investitions- und Finanzierungsmaßnahmen eingesetzt wurden und wie sich dadurch der Finanzmittelfonds im Vergleich zur Vorperiode verändert hat.

In der Praxis wurden hierfür zahlreiche Berechnungsmethoden entwickelt, die hauptsächlich in die direkte und indirekte Methode unterscheiden.³²⁷

Im Rahmen der Entwicklung der Standards zur Konzernrechnungslegung wurde vom Deutschen Standardisierungsrat der DRS 2 verabschiedet. Dieser regelt, wie im Rahmen des Konzernabschlusses nach § 297 Abs. 1 HGB und bei freiwilliger Erstellung die Kapitalflussrechnung abzufassen ist.³²⁸ Der DRS 2 unterscheidet ebenfalls die direkte und indirekte Methode bei der Ermittlung des Cashflows³²⁹ aus laufender Geschäftstätigkeit, wobei sich in der Praxis der Einsatz der indirekten Methode etabliert hat.³³⁰ Die anschließende Berechnung des Cashflows aus Investitions- sowie Finanzierungstätigkeit erfolgt einheitlich nach der direkten Methode. Die Zuordnung der Zahlungsströme zu den drei Cashflow-Bereichen ergibt sich grundsätzlich aus dem DRS 2.

Nicht direkt ableitbar ist die Zuordnung der Bilanzpositionen, die mit dem Fördermittelbereich in Verbindung stehen. Die Fördermittel werden zwar investiv verwendet, stammen aber ursprünglich aus den Finanzierungsquellen des Kran-

³²⁵ Vgl. Küting, Karlheinz / Weber, Claus-Peter (2009), S. 156 f.

³²⁶ Vgl. Baetge, Jörg (1998), S. 314.

³²⁷ Vgl. Baetge, Jörg (1998), S. 320 f.

³²⁸ Vgl. DRS 2 (2005), Tz. 2. und Tz. 4.

³²⁹ Der Begriff Cashflow stammt aus dem anglo-amerikanischen und wird mit den Begriffen Geldstrom, Kassenstrom, Einzahlungsüberschuss, Umsatzüberschuss etc. übersetzt.

³³⁰ Vgl. Küting, Karlheinz / Weber, Claus-Peter (2009), S. 160.

kenhauses. Alle Veränderungen der Bilanzpositionen, die mit der Fördermittelfinanzierung in Verbindung stehen, sowie die geförderte Abschreibung sind deshalb kumulativ beim Cashflow aus Finanzierungstätigkeit zu berücksichtigen.

Bei der Analyse der Finanzmittelfondsveränderung sind zwei Aspekte zu betrachten. Zunächst sind die Vorzeichen der einzelnen Cashflows interessant, wobei üblicherweise ein positiver Cashflow aus laufender Geschäftstätigkeit erwartet wird.³³¹ Ein negativer Cashflow aus laufender Geschäftstätigkeit ist ein Anzeichen für eine wirtschaftlich angespannte Lage des Unternehmens.

Der Cashflow aus Investitionstätigkeit ist im Normalfall negativ, da üblicherweise der Mittelabfluss durch Investitionen höher als der Mittelzufluss aus der Veräußerung von Anlagevermögen ist.³³² Ein positiver Cashflow aus Investitionstätigkeit deutet auf außergewöhnliche Anlagenverkäufe hin, was wiederum bei der Bilanzanalyse zu hinterfragen ist.

Der Cashflow aus Finanzierungstätigkeit ist negativ, wenn die Auszahlungen für Kredittilgungen und an die Unternehmenseigner größer sind, als der Zufluss durch Kreditaufnahmen oder Eigenkapitalerhöhungen. Sofern ein positiver Cashflow aus Finanzierungstätigkeit hauptsächlich aus der Aufnahme von Fremdkapital resultiert, bedeutet das im Umkehrschluss einen Liquiditätsabfluss in den Folgeperioden durch Tilgungsleistungen.

Nach der Betrachtung der einzelnen Cashflows wird bei der Bilanzanalyse untersucht, inwieweit der Cashflow aus laufender Geschäftstätigkeit ausreichte, die laufenden Investitionen,³³³ die Ausschüttungen an die Gesellschafter und die Tilgungen von Krediten zu finanzieren. Die Kapitalflussrechnung erlaubt Rückschlüsse auf die aktuelle und zukünftige Liquiditätslage des Unternehmens und kann damit als Liquiditätsindikator gesehen werden.³³⁴

³³¹ Vgl. Peemöller, Volker H. (2003), S. 355 f.

³³² Vgl. Peemöller, Volker H. (2003), S. 355 f.

³³³ Soweit diese nicht über Fördermittel finanziert werden.

³³⁴ Schult, Eberhard (1999), S. 161.

Durch die Analyse der einzelnen Cashflows sowie der Finanzmittelfondsveränderung können Hinweise auf die künftige Liquiditätslage und die erfolgswirtschaftliche Entwicklung des Unternehmens gewonnen werden.

Ein Unternehmensvergleich ist wegen der unterschiedlichen Vermögens- und Kapitalstruktur sowie der individuellen Finanzierungstätigkeit der Unternehmen nur bedingt aussagekräftig, weshalb die Kapitalflussrechnung auch nicht in die empirische Untersuchung einbezogen wird.

Zudem stehen dem externen Analysten die erforderlichen Daten zur eigenständigen Erstellung der Kapitalflussrechnung, insbesondere bei Krankenhäusern, nicht vollständig zur Verfügung.

Die Kapitalflussrechnung, in Anlehnung an den DRS 2, ist aber generell Bestandteil des Prüfungsberichtes zum Jahresabschluss, sodass bei Bedarf hieraus Informationen generiert werden können.

Exemplarisch ist eine solche Kapitalflussrechnung auf Basis fiktiver Jahresabschlussdaten in Anlage 8 dargestellt. Sie basiert auf einer Bilanz, die nach betriebswirtschaftlichen Kriterien zusammengefasst wurde. Dabei ist der Ausgleichsposten für Eigenmittelförderung vom Eigenkapital abgesetzt worden.

Die Abbildung zeigt die Kapitalflussrechnung nach DRS 2, ergänzt um krankenhausspezifische Sachverhalte und die erforderlichen Datenquellen:

	Gliederungsschema indirekte Cashflow Ermittlung	Datenquelle	Krankenhausspezifika
1.	Periodenergebnis (einschließlich Ergebnisanteilen von Minderheitsgesellschaftern) vor außerordentlichen Posten	GuV-Rechnung	-
2.	(+/-) Abschreibungen / Zuschreibungen auf Gegenstände des Anlagevermögens (soweit nicht gefördert)	Anlagegitter nach Finanzierungsschlüsseln	Geförderte Abschreibungen sind ergebnisneutral und an dieser Stelle zu eliminieren.
3.	Cashflow i.e.S.		
4.	(+/-) Zunahme / Abnahme der Rückstellungen	Bilanz	-
5.	(+/-) Sonstige zahlungsunwirksame Aufwendungen / Erträge	GuV-Rechnung und interne Informationen (z.B. Abschreibung auf ein aktiviertes Disagio)	In der Regel nicht vorhanden oder für die Kapitalflussrechnung unwesentlich.
6.	(-/+) Gewinne / Verluste aus dem Abgang von Gegenständen des Anlagevermögens	Summen- und Saldenliste	-
7.	(-/+) Zunahme / Abnahme der Vorräte, der Forderungen aus Lieferungen und Leistungen sowie anderer Aktiva, die nicht der Investitions- oder Finanzierungstätigkeit zuzuordnen sind	Bilanz	Veränderungen der Forderungen nach dem KHG, die den Investitionsbereich betreffen, (ohne KHEntgG) sind zu eliminieren und bei Nr. 22 zu berücksichtigen.
8.	(+/-) Zunahme / Abnahme der Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen sowie anderer Passiva, die nicht der Investitions- oder Finanzierungstätigkeit zuzuordnen sind	Bilanz	Veränderung der Sonderposten, Verbindlichkeiten nach KHG, die den Investitionsbereich betreffen (ohne KHEntgG) und Verbindlichkeiten aus Zuwendungen zur Finanzierung von Anlagevermögen sind zu eliminieren und bei Nr. 22 zu berücksichtigen.
9.	(+/-) Ein- und Auszahlungen aus außerordentlichen Posten	GuV-Rechnung	In der Regel nicht vorhanden oder für die Kapitalflussrechnung unwesentlich.
10.	Cashflow aus der laufenden Geschäftstätigkeit		

	Gliederungsschema Cashflow Ermittlung	Datenquelle	Krankenhausspezifika
11.	(+) Einzahlungen aus Abgängen von Gegenständen des Sachanlagevermögens	ggf. Anlagegitter oder Summen- und Saldenliste	-
12.	(-) Auszahlungen für Investitionen in das Sachanlagevermögen	Anlagegitter, Anlagespiegel	-
13.	(+) Einzahlungen aus Abgängen von Gegenständen des immateriellen Anlagevermögens	ggf. Anlagegitter oder Summen- und Saldenliste	-
14.	(-) Auszahlungen für Investitionen in das immaterielle Anlagevermögen	Anlagegitter, Anlagespiegel	-
15.	(+) Einzahlungen aus Abgängen von Gegenständen des Finanzanlagevermögens	ggf. Anlagegitter oder Summen- und Saldenliste	Bei KHBV Abschluss sind im Anlagespiegel keine Angaben zum Finanzanlagevermögen vorgesehen, diese erfolgen nur bei ergänzender Beachtung des HGB.
16.	(-) Auszahlungen für Investitionen in das Finanzanlagevermögen	Anlagegitter, Anlagespiegel	Bei KHBV Abschluss sind im Anlagespiegel keine Angaben zum Finanzanlagevermögen vorgesehen, diese erfolgen nur bei ergänzender Beachtung des HGB.
17.	(+) Einzahlungen aus dem Verkauf von konsolidierten Unternehmen und sonstigen Geschäftsanteilen	ggf. Anlagegitter oder Summen- und Saldenliste	-
18.	(-) Auszahlungen aus dem Erwerb von konsolidierten Unternehmen und sonstigen Geschäftsanteilen	Anlagegitter, Anlagespiegel	Bei KHBV Abschluss sind im Anlagespiegel keine Angaben zum Finanzanlagevermögen vorgesehen, diese erfolgen nur bei ergänzender Beachtung des HGB.
19.	(+) Einzahlungen aufgrund von Finanzmittelanlagen im Rahmen der kurzfristigen Finanzdisposition	Summen- und Saldenliste	-
20.	(-) Auszahlungen aufgrund von Finanzmittelanlagen im Rahmen der kurzfristigen Finanzdisposition	Summen- und Saldenliste	-
21.	Cashflow aus der Investitionstätigkeit		

	Gliederungsschema Cashflow Ermittlung	Datenquelle	Krankenhausspezifika
22.	Fördermittelzuflüsse, soweit für Investitionen benutzt	Anlagegitter nach Finanzierungsschlüssel und Bilanz	Ermittlung aus der Differenz der Abschreibungen auf geförderttes Anlagevermögen, der Veränderung der Sonderposten aus Fördermitteln und Zuwendungen sowie der Forderungen und Verbindlichkeiten aus Fördermitteln und Zuwendungen.
23.	(+) Einzahlungen aus Eigenkapitalzuführungen (Kapitalerhöhung, Verkauf eigener Anteile, etc.)	Bilanz, Veränderung gezeichnetes Kapital	-
24.	(-) Auszahlungen an Unternehmenseigner und Minderheitsgesellschafter (Dividenden, Erwerb eigener Anteile, Eigenkapitalrückzahlungen, andere Ausschüttungen)	Bilanz	-
25.	(+) Einzahlungen aus der Begebung von Anleihen und der Aufnahme von (Finanz-) Krediten	Finanzbuchhaltung, aus der Bilanz ist nur die Veränderung der Verbindlichkeiten ggü. Kreditinstituten erkennbar. Eine Aufteilung nach Tilgung und Aufnahme ist ohne Informationen aus der Finanzbuchhaltung nicht möglich.	-
26.	(-) Auszahlungen aus der Tilgung von Anleihen und (Finanz-) Krediten	Finanzbuchhaltung, aus der Bilanz ist nur die Veränderung der Verbindlichkeiten ggü. Kreditinstituten erkennbar. Eine Aufteilung nach Tilgung und Aufnahme ist ohne Informationen aus der Finanzbuchhaltung nicht möglich.	-
27.	Cashflow aus der Finanzierungstätigkeit		
28.	Zahlungswirksame Veränderung des Finanzmittelfonds (Summe aus 10., 21., 27.)		-
29.	(+/-) Wechselkurs, konsolidierungskreis- und bewertungsbedingte Änderungen des Finanzmittelfonds	Finanzbuchhaltung	In der Regel nicht vorhanden oder für die Kapitalflussrechnung unwesentlich.
30.	Finanzmittelfonds am Anfang der Periode	Vorjahresbilanz	-
31.	Finanzmittelfonds am Ende der Periode (Summe aus 28.-30.)		

Tabelle 8: Kapitalflussrechnung für Krankenhäuser³³⁵

³³⁵

Vgl. DRS 2 (2005), Tz. 27 ff.

4.6. Analyse der Erfolgslage

4.6.1. Grundlagen

Erwerbswirtschaftlich orientierte Unternehmen sind darauf ausgerichtet Gewinne zu erzielen, um damit die Leistungsfähigkeit nachhaltig zu sichern und eine angemessene Verzinsung des eingesetzten Kapitals zu gewährleisten, weshalb die Analyse der Erfolgslage ein weiterer Bestandteil der Bilanzanalyse ist.³³⁶

Die Beurteilung der nachhaltigen Ertragskraft durch Identifizierung der Erfolgsquellen, ist deshalb das zentrale Ziel der Erfolgsanalyse.³³⁷ Als nachhaltig werden Aufwendungen und Erträge bezeichnet, von denen vermutet wird, dass sie voraussichtlich auch künftig in ähnlicher Höhe anfallen werden.³³⁸

Die Grundlage der Erfolgsanalyse bilden die veröffentlichten Jahresabschlüsse der Unternehmen und das darin gezeichnete Bild der wirtschaftlichen Verhältnisse.³³⁹

Die erfolgswirtschaftliche Bilanzanalyse kann in die folgenden vier Bereiche unterteilt werden:

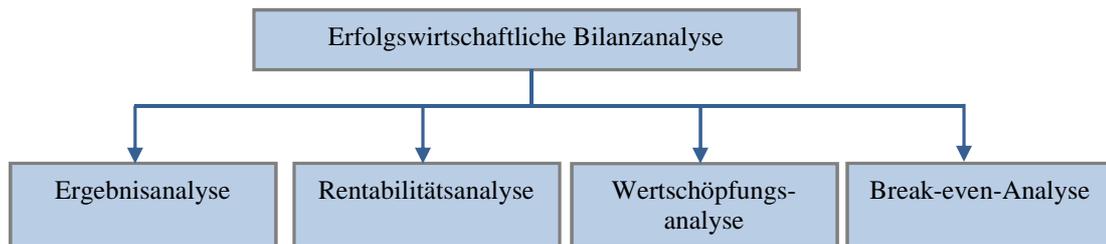


Abbildung 19: Erfolgswirtschaftliche Bilanzanalyse³⁴⁰

³³⁶ Vgl. Küting, Karlheinz / Weber, Claus-Peter (2009), S. 212.

³³⁷ Vgl. Küting, Karlheinz / Weber, Claus-Peter (2009), S. 212.

³³⁸ Vgl. Baetge, Jörg (1998), S. 342.

³³⁹ Vgl. Küting, Karlheinz / Weber, Claus-Peter (2009), S. 212.

³⁴⁰ Vgl. Coenenberg, Adolf G. (2009), S. 1086.

Der Schwerpunkt wird in dieser Arbeit auf die Ergebnisanalyse gesetzt, bei der zusätzlich folgende Unterteilung vorgenommen werden kann:

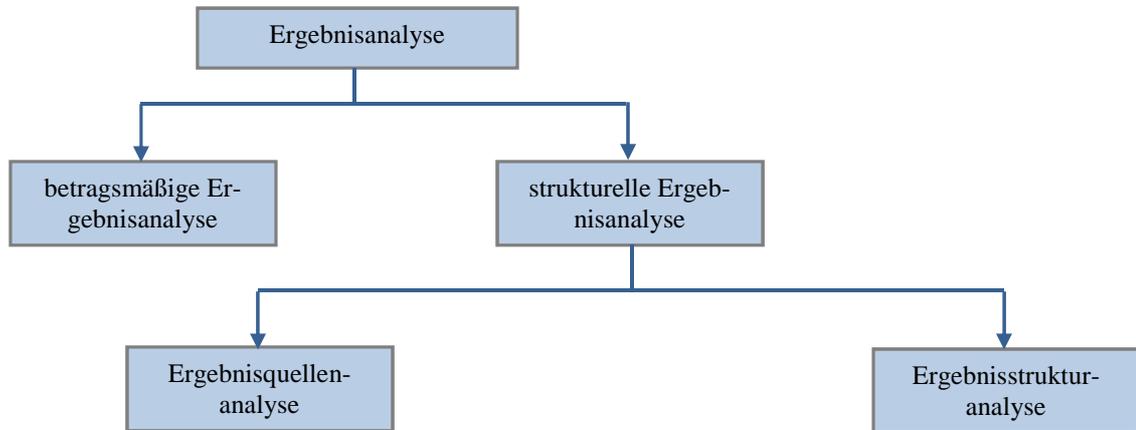


Abbildung 20: Bereiche der Ergebnisanalyse³⁴¹

Auch bei den nicht gewinnorientierten Krankenhäusern ist der Unternehmenserfolg, also das Jahresergebnis, sowie dessen Quellen und Zusammensetzung wichtiger Bestandteil, um Informationen zur aktuellen und potenziellen Ertragskraft und Leistungsfähigkeit zu gewinnen.

Bevor nun die Bereiche der erfolgswirtschaftlichen Bilanzanalyse im Einzelnen vorgestellt werden, erfolgt zunächst eine kurze Darstellung des Inhalts der einzelnen GuV-Posten bei Krankenhäusern.

4.6.2. Analyse der Erfolgsstruktur von Krankenhäusern

Die Gliederung der GuV-Rechnung für Krankenhäuser ergibt sich aus der Anlage 2 der KHBV. Im Wesentlichen orientiert sich das Schema an § 275 Abs. 2 HGB, ergänzt um die krankenhauspezifischen Posten.

Anders als im handelsrechtlichen Gliederungsschema werden die Umsatzerlöse in vier Erlösarten unterteilt.³⁴²

Die Erlöse aus Krankenhausleistungen (Nr. 1) umfassen neben den Erlösen aus stationären Behandlungen auch die Erlöse aus der Ausbildungskostenumlage nach § 17a KHG und die Erlöse aus den Ausgleichsbeträgen des Geschäftsjahres.³⁴³

³⁴¹ Vgl. Coenberg, Adolf G. (2009), S. 1087.

³⁴² Vgl. Anlage 3.

³⁴³ Vgl. KHBV, Anlage 4.

Erlöse aus Wahlleistungen (Nr. 2) beinhalten hauptsächlich die Erlöse aus wahlärztlichen Leistungen und gesondert berechneter Unterkunft und Verpflegung. Hierunter fallen Leistungen zur Unterkunft und Verpflegung, die über den allgemeinen Standard des Krankenhauses hinausgehen, wie Einzel- oder Zweibettzimmer, medizinisch nicht notwendige Aufnahmen von Begleitpersonen, Telefon und Fernsehen im Zimmer.

Die Erlöse aus wahlärztlichen Leistungen sind nur dann den Wahlleistungserlösen zuzuordnen, wenn der Vertragspartner des Patienten bei diesen Wahlleistungen das Krankenhaus und nicht der behandelnde Arzt ist.³⁴⁴

Bei der GuV-Position Erlöse aus ambulanten Leistungen des Krankenhauses (Nr. 3) ist begrifflich bereits impliziert, dass der Vertragspartner des Patienten das Krankenhaus sein muss. Hier werden die Erlöse der Krankenhausambulanzen, Chefarztambulanzen³⁴⁵ und Erlöse aus ambulanten Operationen nach § 115b SGB V gezeigt.³⁴⁶

Die Erlöse aus Nutzungsentgelten der Ärzte (Nr. 4) sind Kostenerstattungen³⁴⁷ an das Krankenhaus und der Vorteilsausgleich³⁴⁸ für die im Rahmen der arbeitsvertraglich genehmigten Nebentätigkeit der leitenden Ärzte im stationären und ambulanten Bereich.³⁴⁹ Vertragspartner des Patienten ist bei diesen Leistungen der leitende Arzt.

Die anschließenden beiden Positionen der GuV-Rechnung beinhalten keine krankenhausspezifischen Merkmale. Die Bestandsveränderung zeigt die Erhöhung oder Verminderung des Bestandes an unfertigen Leistungen und zeigt die Veränderung der bewerteten DRG-Überlieger, also die Patienten, die über den Jahreswechsel im Krankenhaus verbleiben.³⁵⁰

³⁴⁴ In der Praxis wird an dieser Stelle von Beteiligungsverträgen gesprochen, was bedeutet, dass die Erlöse zu 100% dem Krankenhaus zuzurechnen sind und leitende Ärzte über den Personalaufwand prozentual beteiligt werden.

³⁴⁵ Das Liquidationsrecht liegt soweit beim Krankenhaus.

³⁴⁶ Vgl. Purzer, Karl / Haertle, Renate (1995), S. A 3 S. 110/ 11 ff.

³⁴⁷ Die Kostenerstattungen umfassen die Personalkosten der in Anspruch genommenen Krankenhausmitarbeiter sowie die Sachkosten.

³⁴⁸ Der Vorteilsausgleich ist ein Entgelt für das geringere Risiko einer Chefarztambulanz gegenüber einer niedergelassenen Praxis.

³⁴⁹ PricewaterhouseCoopers (2010), S. 76.

³⁵⁰ Vgl. Graumann, Mathias / Schmidt-Graumann, Anke (2011), S. 299.

Die anderen aktivierten Eigenleistungen sind in der Regel von untergeordneter Bedeutung und zeigen meistens kleinere aktivierungsfähige Arbeiten der Technikabteilung.

Die Erträge aus Zuweisungen und Zuschüsse der öffentlichen Hand, soweit nicht unter Nr. 11, sind Zuschüsse der öffentlichen Hand, die nicht dem investiven Bereich zuzurechnen sind, wie Erstattungen des Arbeitsamtes für Altersteilzeit oder Zuschüsse für den Bundesfreiwilligendienst.

Bei den sonstigen betrieblichen Erträgen, handelt es sich wie im HGB um einen Sammelposten für alle betrieblichen Erträge, die nicht unter anderen im Gliederungsschema der GuV-Rechnung aufgeführten Ertragsposten auszuweisen sind.³⁵¹ Neben den klassischen Erträgen aus Vermietung und Verpachtung, dem Abgang von Anlagevermögen und der Auflösung von Rückstellungen sind hier als krankenhaustypische Positionen u.a. die Erträge aus Ausgleichen für frühere Geschäftsjahre, Erträge aus Leistungen der Apotheke und Küche, Erträge aus dem Notarztdienst und die Aufwandspauschale wegen erfolgloser MDK-Prüfung zu nennen.

Der Personalaufwand wird in Krankenhäusern, wie auch nach § 275 Abs. 2 HGB, in Löhne und Gehälter und in die dazugehörigen sozialen Abgaben unterteilt. In der Reihenfolge ist der Personalaufwand vor dem Materialaufwand aufzuführen. Der Kontenplan sieht zudem eine Trennung der Personalkosten nach den im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen vor³⁵², vgl. nachfolgende Tabelle.

³⁵¹ Adler, Hans / Düring, Walther / Schmaltz, Kurt (2007), § 275 HGB, Tz. 69.
³⁵² Vgl. Emmerich, Klaus (2011), S. 9.

Berufsgruppe	Beispiele
Ärztlicher Dienst	Vergütung aller Ärzte
Pflegedienst	Vergütung der Pflegedienstleitungen und des Pflege- und Pflegehilfspersonals im stationären Bereich (Dienst am Krankenbett)
Medizinisch-technischer Dienst	Apothekenpersonal, Arzthelfer, Diätassistenten, Krankengymnasten
Funktionsdienst	Krankenpflegepersonal im Operationsdienst, der Anästhesie und den Ambulanzen
Klinisches Hauspersonal	Reinigungspersonal
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	Hausmeister, Küchenpersonal
Technischer Dienst	Betriebsingenieure
Verwaltungsdienst	Einkaufsabteilung, Buchhaltung, Patientenaufnahme
Sonderdienste	Seelsorge
Personal der Ausbildungsstätten	Lehrkräfte der Krankenpflegeschulen
Sonstiges Personal	Praktikanten, Bundesfreiwilligendienst
Nicht zurechenbare Personalkosten	Zuführung zu Personalrückstellungen

Tabelle 9: Berufsgruppen nach dem KHBV Musterkontenplan

Sofern dem Analysten nicht nur die GuV-Rechnung sondern auch die Summen- und Saldenliste und die durchschnittlichen Vollkräfte je Berufsgruppe zur Verfügung stehen, kann für Krankenhäuser durch die berufsgruppenbezogene Kontenführung der Personalaufwand und die Personalaufwandsquote je Berufsgruppe ermittelt werden.

Im Bereich des Materialaufwandes erfolgt, wie in anderen Branchen auch, eine Unterteilung in die Aufwendungen für Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe und in die bezogenen Leistungen. Die Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffen werden nach den einzelnen Bedarfsgruppen wie Lebensmittel, Arzneimittel, Blut und Blutpräparate, Verbandsmaterial, Narkose, Operations- und Röntgenbedarf, Desinfektionsmittel, Implantate und Transplante untergliedert.³⁵³ Die Aufwendungen für bezogene Leistungen umfassen u.a. die Honorare für nicht im Krankenhaus angestellte Ärzte, Kosten der Lieferapotheke, Kosten für den Krankentransport und die Aufwendungen für Untersuchungen in fremden Instituten.³⁵⁴

³⁵³ Vgl. Graumann, Mathias / Schmidt-Graumann, Anke (2011), S. 300.

³⁵⁴ Vgl. Purzer, Karl / Haertle, Renate (1995), S. A 3 S. 125 ff.

Die GuV-Positionen 11-19 des Gliederungsschemas betreffen den Fördermittelbereich und werden im nächsten Kapitel beschrieben.

Abschreibungen auf die immateriellen Vermögensgegenstände und das Sachanlagevermögen werden auch bei geförderten Krankenhäusern vollständig bei der entsprechenden GuV-Position ausgewiesen.

Abschreibungen auf das Umlaufvermögen hingegen sind nur dann bei den Abschreibungen zu zeigen, wenn sie das übliche Maß überschreiten, sonst erfolgt der Ausweis bei den sonstigen betrieblichen Aufwendungen.³⁵⁵

Bei den sonstigen betrieblichen Aufwendungen werden alle Posten der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit ausgewiesen, die nicht einer anderen Position zuzuordnen sind.³⁵⁶ Im Krankenhaus sind das vor allem die Ausgleichsbeträge für Vorjahre, Instandhaltungsaufwendungen, zentrale Dienstleistungen, Verwaltungsaufwendungen und Abgaben und Versicherungen.

Das Finanzergebnis umfasst die Erträge aus Beteiligungen, aus Wertpapieren, die sonstigen Zinsen und ähnlichen Erträge. Gegenläufig wirken die Abschreibungen auf Finanzanlagen, auf Wertpapiere des Umlaufvermögens sowie die Zinsen und ähnlichen Aufwendungen.³⁵⁷ Im Bereich des Finanzergebnisses gibt es aus Analyseg Gesichtspunkten keine nennenswerten Besonderheiten im Krankenhaus. Das Zinsergebnis als Teil des Finanzergebnisses, ist aber ein wichtiger Indikator hinsichtlich der Bonitätslage im Betrachtungsjahr.

Das außerordentliche Ergebnis nach § 277 Abs. 4 HGB zeigt die Erträge und Aufwendungen, die außerhalb der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit anfallen, wobei derartig außergewöhnliche Geschäftsfälle, entsprechend der handelsrechtlichen Definition, in den Jahresabschlüssen von Kliniken die Ausnahme sind.³⁵⁸

³⁵⁵ Vgl. Graumann, Mathias / Schmidt-Graumann, Anke (2011), S. 304.

³⁵⁶ Adler, Hans / Düring, Walther / Schmaltz, Kurt (2007), § 275 HGB, Tz. 140.

³⁵⁷ Vgl. KHBV, Anlage 2.

³⁵⁸ Das außerordentliche Ergebnis, dass bei vielen Krankenhäusern im Jahresabschluss zum 31. Dezember 2010 ausgewiesen wurde, beinhaltet in den meisten Fällen die Umstellungseffekte aus der Anpassung an die neuen Rechnungslegungsvorschriften nach dem BilMoG.

Abweichend vom handelsrechtlichen Gliederungsschema gemäß § 275 Abs. 2 HGB sieht die KHBV für die GuV-Rechnung keine Unterteilung in die sonstigen Steuern und die Ertragsteuern vor. Der Anteil der Ertragsteuern kann aber dem „davon-Vermerk“ der Steuern entnommen werden. Bei den Steuern werden kumuliert die Kfz-Steuern, die Gewerbesteuer und die Körperschaftsteuer ausgewiesen.³⁵⁹

³⁵⁹

Vgl. Graumann, Mathias / Schmidt-Graumann, Anke (2011), S. 306.

4.6.3. Darstellung des Fördermittelbereichs in der GuV-Rechnung

Aufgrund der teilweisen öffentlichen und privaten³⁶⁰ Förderung der Investitionen von Krankenhäusern werden zusätzliche Positionen in der GuV-Rechnung, die nach § 275 Abs. 2 HGB nicht aufgeführt sind, erforderlich. Sie dienen der erfolgsneutralen Abbildung des gesamten Investitionsförderbereiches und beinhalten die folgenden Gliederungspunkte, die letztlich alle erfolgsneutral sind und wegen des Bruttoprinzips nicht saldiert werden.³⁶¹

GuV-Position nach Anlage 2 KHBV		Neutralisierung durch:
Nr. 11	Erträge aus Zuwendungen zur Finanzierung von Investitionen	Nr. 15, Nr. 16, Nr. 17, Nr. 19
Nr. 12	Erträge aus der Einstellung von Ausgleichsposten aus Darlehensförderung und für Eigenmittelförderung	Abschreibung auf die entsprechend finanzierten Anlagegüter (Investitionen vor 1972)
Nr. 13	Erträge aus der Auflösung von Sonderposten / Verbindlichkeiten nach dem KHG und auf Grund sonstiger Zuwendungen zur Finanzierung des Anlagevermögens	(1) Abschreibung auf die entsprechend finanzierten Anlagegüter (2) Aufwendungen aus der Verwendung von passivierten Fördermitteln für nicht investive Maßnahmen (z.B. Verwendung von Spenden für Beschäftigungstherapie)
Nr. 14	Erträge aus der Auflösung des Ausgleichsposten für Darlehensförderung	Abschreibung auf die entsprechend finanzierten Anlagegüter (Investitionen vor 1972)
Nr. 15	Aufwendungen aus der Zuführung zu Sonderposten / Verbindlichkeiten nach dem KHG und auf Grund sonstiger Zuwendungen zur Finanzierung des Anlagevermögens	(1) Nr. 11 (2) Erlöse aus dem Abgang von gefördertem Anlagevermögen (3) Zinserträge aus noch nicht verwendeten Fördermitteln
Nr. 16	Aufwendungen aus der Zuführung zu Ausgleichsposten aus Darlehensförderung	Erträge aus geförderter Tilgung Nr. 11
Nr. 17	Aufwendungen für die nach KHG geförderte Nutzung von Anlagegegenständen	Stornierung der Aufwendungen aus Nr. 15, damit Ertrag aus Nr. 11
Nr. 18	Aufwendungen für die nach dem KHG geförderte Nutzung nicht aktivierungsfähiger Maßnahmen	derzeit nicht anwendbar
Nr. 19	Aufwendungen aus der Auflösung der Ausgleichsposten aus Darlehensförderung und für Eigenmittelförderung	Erträge aus Darlehensförderung bzw. Erträge aus dem Abgang von Anlagevermögen Nr. 11

Tabelle 10: Fördermittelbereich in der GuV-Rechnung

³⁶⁰ z. B. durch Spenden.

³⁶¹ Vgl. Frodl, Andreas (2011), S. 43.

Im Hinblick auf die Komplexität der Buchungssystematik und der Relevanz für diese Arbeit, werden nun die wichtigsten Buchungen im Fördermittel aufgezeigt und anhand der GuV-Positionen mit Zahlenbeispielen erläutert.

Die Erträge aus Zuwendungen zur Finanzierung von Investitionen (Nr. 11) umfassen die Einzel- und Pauschalfördermittel, die Förderung des Schuldendienstes aus Darlehen und sonstige Zuwendungen zur Finanzierung des Anlagevermögens.³⁶² Neutralisiert werden die Erträge u.a. durch:

- ♦ Aufwendungen aus der Zuführung zu Sonderposten / Verbindlichkeiten nach dem KHG und auf Grund sonstiger Zuwendungen zur Finanzierung des Anlagevermögens (Nr. 15)
- ♦ Abschreibungen auf Anlagevermögen bei nachträglicher Darlehensförderung
- ♦ Nutzungsaufwendungen von gefördertem Anlagevermögen (Nr. 17).

Die Ertragsbuchung erfolgt bei Eingang des Bewilligungsbescheides der Fördermittel, ebenso die korrespondierende Aufwandsbuchung. Der Zahlungsmittelfluss ist dabei von den Erfolgsbuchungen losgelöst.³⁶³

Buchung Bewilligungsbescheid in Höhe von 4.000.000 €:

- (1) *Forderungen nach dem KHG 4.000.000 € an*
 Erträge aus Zuwendungen zur Finanzierung von Investitionen
 4.000.000.€
- (2) *Aufwendungen aus der Zuführung zu Verbindlichkeiten nach dem KHG*
 4.000.000 € an
 Verbindlichkeiten nach dem KHG 4.000.000 €

Buchung Zahlungsmittelzufluss:

- (3) *Bank 4.000.000 € an*
 Forderungen nach dem KHG 4.000.000 €

³⁶² Vgl. Hentze, Joachim / Kehres, Erich (2004), S. 132 f.

³⁶³ Vgl. Graumann, Mathias / Schmidt-Graumann, Anke (2011), S. 242.

Buchung Investition in das Sachanlagevermögen in Höhe von 100.000 €:

(4) *Anlagevermögen 100.000 € an*
Kreditor 100.000 €

(5) *Verbindlichkeiten nach dem KHG 100.000 € an*
Sonderposten aus Zuwendungen zur Finanzierung des
Anlagevermögens 100.000 €

Buchung der Abschreibungen, bei einer Nutzungsdauer von 8 Jahren:

(6) *Abschreibungen 12.500 € an*
Anlagevermögen 12.500 €

(7) *Sonderposten aus Zuwendungen zur Finanzierung des Anlagevermögens*
12.500 € an
Erträge aus der Auflösung von Sonderposten 12.500 €

Bei den Erträgen aus der Einstellung von Ausgleichsposten aus Darlehensförderung und für Eigenmittelförderung (Nr. 12) handelt es sich um die Erhöhung der aktivierten Ausgleichsposten. Die Erträge neutralisieren den Abschreibungsaufwand, der auf Anlagegüter entfällt, die vor der Einführung des KHG mit Eigenmitteln finanziert wurden, bzw. die höheren Abschreibungen im Vergleich zur geförderten Tilgung der Darlehen.³⁶⁴

Buchung der Abschreibungen auf Anlagevermögen in Höhe von 3.000 €, mit Eigenmitteln finanziert vor KHG:

(1) *Abschreibung auf Anlagevermögen 3.000 € an*
Anlagevermögen 3.000 €

(2) *Ausgleichsposten für Eigenmittelförderung 3.000 € an*
Erträge aus der Einstellung von Ausgleichsposten 3.000 €

³⁶⁴

Vgl. Hentze, Joachim / Kehres, Erich (2004), S. 87.

Buchung der Abschreibungen auf Anlagevermögen in Höhe von 1.000 €, finanziert mit nachträglich geförderten Darlehen von 800 €:

- (1) *Abschreibung auf Anlagevermögen 1.000 € an
Anlagevermögen 1.000 €*

- (2) *Bank 800 € an
Erträge aus Zuwendungen zur Finanzierung des
Anlagevermögens 800 €*

- (3) *Aktiver Ausgleichsposten 200 € an
Erträge aus der Einstellung von Ausgleichsposten 200 €*

Die Erträge aus der Auflösung von Sonderposten / Verbindlichkeiten nach KHG und auf Grund sonstiger Zuwendungen zur Finanzierung des Anlagevermögens (Nr. 13) resultieren, wie oben gezeigt, aus der Abnahme der passivierten Sonderposten in Höhe der Abschreibungen auf die geförderten Anlagegegenstände. Die Sonderposten vermindern sich auch bei Abgängen von gefördertem Anlagevermögen in Höhe der anteiligen Restbuchwerte.

Sofern noch ein passivierter Ausgleichsposten aus Darlehensförderung bilanziert wird, ist dieser jährlich um den Betrag erfolgswirksam aufzulösen (Nr. 14), um den die Abschreibungen die geförderte Tilgung des Darlehens überschreiten.

Buchung der Abschreibungen in Höhe von 1.000 €, finanziert mit nachträglich geförderten Darlehen in Höhe von 800 €:

- (1) *Abschreibung auf Anlagevermögen 1.000 € an
Anlagevermögen 1.000 €*

- (2) *Bank 800 € an
Erträge aus Zuwendungen zur Finanzierung des
Anlagevermögens 800 €*

- (3) *Passiver Ausgleichsposten aus Darlehensförderung 200 € an
Erträge aus der Auflösung des Ausgleichspostens für
Darlehensförderung 200 €*

Ein Aufwand aus der Zuführung zu Ausgleichsposten aus Darlehensförderung (Nr. 16) ergab sich in den Jahren, in denen die geförderte Tilgung der Darlehen die Abschreibungen überstieg hat. Der Differenzbetrag wurde dem passiven Ausgleichsposten zugeführt und in den Folgejahren ertragswirksam aufgelöst, nämlich dann, wenn die Abschreibungen höher als die geförderten Tilgungen sind.³⁶⁵

Aufwendungen für die nach KHG geförderte Nutzung von Anlagegegenständen (Nr. 17), betreffen Miet- und Leasinggebühren für förderfähiges Anlagevermögen. Die Erfolgsneutralität wird bereits durch die Ertragsbuchung der Pauschalfördermittel bei Eingang des Bewilligungsbescheides gewährleistet.

Buchung Bewilligungsbescheid in Höhe von 350.000 €:

- (1) *Forderungen nach dem KHG 350.000 € an*
 Erträge aus Zuwendungen zur Finanzierung von Investitionen
 350.000 €
- (2) *Aufwendungen aus der Zuführung zu Verbindlichkeiten nach dem KHG*
 350.000 € an
 Verbindlichkeiten nach dem KHG 350.000 €

Buchung Zahlungsmittelzufluss:

- (3) *Bank 350.000 € an*
 Forderungen nach dem KHG 350.000 €

Buchung der Miet- oder Leasingaufwendungen in Höhe von 10.000 €:

- (4) *Aufwendungen für die nach KHG geförderte Nutzung von*
 Anlagevermögen 10.000 € an
 Kreditor 10.000 €

Neutralisierung der Aufwendungen durch anteilige Stornierung der Verbindlichkeitzuführung:

- (5) *Verbindlichkeiten nach dem KHG 10.000 € an*
 Aufwendungen aus der Zuführung zu Verbindlichkeiten nach dem
 KHG 10.000 €

³⁶⁵ PricewaterhouseCoopers (2010), S. 103 ff.

Die im Kontenrahmen und in der GuV-Rechnung vorgesehene Position für nach dem KHG geförderte, nicht aktivierungsfähige Maßnahmen (Nr. 18), kann nur ausgewiesen werden, wenn Instandhaltungsaufwendungen durch länderspezifische Regelungen gefördert werden. Dies ist derzeit in keinem Bundesland der Fall, weshalb ein solcher Posten nicht auszuweisen ist.³⁶⁶

Aufwendungen aus der Auflösung der Ausgleichsposten aus Darlehensförderung (Nr. 19) ergeben sich, wenn die geförderte Tilgung der Darlehen die Abschreibung der damit finanzierten Anlagegüter überschreitet und ein aktiver Ausgleichsposten aufzulösen ist.

Zu Aufwendungen aus der Auflösung der Ausgleichsposten für Eigenmittelförderung kommt es, wenn beim Abgang von Anlagevermögen, das vor 1972 mit Eigenmitteln finanziert wurde, ein Buchgewinn realisiert wird. Dann ist die aktive Bilanzierungshilfe erfolgswirksam zu mindern.³⁶⁷

Buchung der Auflösung des aktiven Ausgleichspostens aus Darlehensförderung, bei Abschreibungen in Höhe von 800 € und geförderter Tilgung in Höhe von 1.000 €:

- (1) *Abschreibungen 800 € an
Anlagevermögen 800 €*

- (2) *Bank 1.000 € an
Erträge aus Zuwendungen zur Finanzierung
von Investitionen 1.000 €*

- (3) *Aufwendungen aus der Auflösung des Ausgleichspostens
aus Darlehensförderung 200 € an
Aktiven Ausgleichsposten aus Darlehensförderung 200 €*

³⁶⁶ Vgl. Purzer, Karl / Haertle, Renate (1995). S. A 1 S. 157 f.
³⁶⁷ Vgl. PricewaterhouseCoopers (2010), S. 98.

Buchung der Auflösung des aktiven Ausgleichspostens aus Eigenmittelförderung bei Anlagenabgang in Höhe von 3.000 € mit Buchgewinnen in Höhe von 2.000 €:

- (1) *Bank / Forderungen 5.950 € an*
 Anlagevermögen 3.000 €
 Ertrag aus dem Abgang von Anlagevermögen 2.000 €
 Umsatzsteuer 950 €
- (2) *Aufwand aus der Auflösung des Ausgleichspostens aus Eigenmittelförderung 2.000 € an*
 Ausgleichsposten für Eigenmittelförderung 2.000 €

Für den gesamten Fördermittelbereich, d.h. die GuV-Positionen Nr. 11-19, ergänzt um die anteiligen Abschreibungen auf gefördertes Anlagevermögen ist festzuhalten, dass sich alle Erträge und Aufwendungen neutralisieren und es zu keiner Ergebnisauswirkung kommt.³⁶⁸

Der Anteil der geförderten Abschreibung am gesamten Abschreibungsaufwand kann unternehmensintern problemlos ermittelt werden, indem der Anlagespiegel nach Finanzierungsarten aufgerufen wird. Aus Analysegesichtspunkten sind die in diesem Kapitel beschriebenen Erträge und Aufwendungen durch die Erfolgsneutralität nicht relevant. Sie werden deshalb auch nicht in die empirische Untersuchung der vorliegenden Arbeit einbezogen. Dennoch sollte der externe Bilanzanalytist das Zusammenspiel der erläuterten Erträge und Aufwendungen im Einzelfall verstehen und würdigen können.

³⁶⁸ PricewaterhouseCoopers (2010), S. 92.

4.6.4. Ergebnisanalyse

4.6.4.1 Betragsmäßige Ergebnisanalyse

Ziel der betragsmäßigen Ergebnisanalyse ist, die Differenz zwischen dem in der GuV-Rechnung ausgewiesenen und dem „tatsächlichen“ Jahreserfolg zu ermitteln.³⁶⁹ Eine derartige Differenz kommt durch das Ausnutzen bilanzpolitischer Spielräume und den am Vorsichtsprinzip orientierten Bewertungsgrundsätzen des Handelsrechts zustande.

Im Hinblick auf das latente Informationsdefizit ist das vollständige und richtige Erkennen dieser Abweichungen einem externen Analysten kaum möglich. Stille Reserven, beispielsweise durch die Unterbewertung von Vermögen und Überbewertung von Schulden, können möglicherweise zum Teil auf Basis des Jahresabschlusses erkannt, aber nicht quantifiziert werden.

Die betragsmäßige Ergebnisanalyse ist deshalb kein Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit.

4.6.4.2 Ergebnisquellenanalyse

Mit der Ergebnisquellenanalyse als Teil der strukturellen Ergebnisanalyse, wird das Ziel verfolgt, das Jahresergebnis in einzelne Bestandteile zu zerlegen. Darauf aufbauend soll beurteilt werden, welche Erfolgsquellen nachhaltig sind und damit als Indikator für das Erfolgspotenzial des Unternehmens herangezogen werden können und welche Erfolgsquellen perioden- oder betriebsfremd sind.³⁷⁰

Als nachhaltig wird der ordentliche Betriebserfolg sowie der Finanz- und Verbunderfolg, als nicht nachhaltig der außerordentliche Erfolg und Bewertungserfolg definiert.³⁷¹

Die weitere Aufspaltung des Ergebnisses in einen betrieblichen und einen betriebsfremden Teilerfolg sieht vor, die Aufwendungen und Erträge der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit von den Aufwendungen und Erträgen der Geschäftstätig-

³⁶⁹ Vgl. Coenenberg, Adolf G. (2009), S. 1088 f.

³⁷⁰ Vgl. Baetge, Jörg (1998), S. 342.

³⁷¹ Vgl. Baetge, Jörg (1998), S. 343.

keit zu trennen, bei deren Fehlen die gewöhnliche Geschäftstätigkeit nicht unmittelbar beeinträchtigt ist.³⁷²

Bei der Erfolgsspaltung nach dem Kriterium der Periodenbezogenheit wird untersucht, welche Teile des Jahresergebnisses der aktuellen Periode zuzurechnen sind und welche Teile als periodenfremd anzusehen sind.³⁷³

Das handelsrechtliche Gliederungsschema der Gewinn- und Verlustrechnung, an dem auch die Gliederung der GuV-Rechnung nach der KHBV angelehnt ist, erlaubt dem externen Analysten keine eindeutige Differenzierung von nachhaltigen, perioden- oder betriebsfremden Erfolgsströmen. Es kann lediglich das ordentliche Betriebsergebnis³⁷⁴ ermittelt und das außerordentliche Ergebnis aus der GuV-Rechnung abgelesen werden.

Bei dieser Berechnung des ordentlichen Betriebsergebnisses, aber durchaus auch des Finanzergebnisses, werden die sogenannten neutralen Aufwendungen und Erträge, die insbesondere bei den sonstigen betrieblichen Erträgen und Aufwendungen enthalten sind, nicht eliminiert.

Das neutrale Ergebnis, das die periodenfremden Aufwendungen und Erträge und einmalige Geschäftsvorfälle, die nicht dem laufenden, nachhaltigen Betriebsergebnis zuzuordnen sind enthält,³⁷⁵ kann nur mit dem ergänzenden Bericht des Jahresabschlussprüfers oder der Summen- und Saldenliste ermittelt werden.

Im Krankenhausbereich gehören zum neutralen Ergebnis vor allem folgende Aufwendungen und Erträge:

³⁷² Vgl. Baetge, Jörg (1998), S. 344.

³⁷³ Vgl. Baetge, Jörg (1998), S. 344.

³⁷⁴ Vgl. Tabelle 12: Ergebnisquellen nach der GuV- Gliederung gemäß Anlage 2 KHBV.

³⁷⁵ Adler, Hans / Düring, Walther / Schmaltz, Kurt (2007), § 321 HGB Tz. 129.

Neutrales Ergebnis
<p>Erträge aus</p> <ul style="list-style-type: none"> der Auflösung von Rückstellungen Ausgleichsbeträgen für Vorjahre (z. B. aufgrund aktualisierter Ausgleichsberechnung) Spenden Versicherungserstattungen Zahlungseingängen auf bereits abgeschriebene Forderungen Auflösung von Wertberichtigungen dem Abgang von Gegenständen des Anlagevermögens (ergebniswirksam) sonstigen periodenfremden Leistungen <p>Aufwendungen aus</p> <ul style="list-style-type: none"> Leistungen früherer Jahre Zuführungen zu Wertberichtigungen Ausgleichsbeträgen für Vorjahre Abschreibungen auf Forderungen dem Abgang von Gegenständen des Anlagevermögens (ergebniswirksam) sonstigen periodenfremden Leistungen

Tabelle 11: Darstellung des neutralen Ergebnisses von Krankenhäusern

Vom externen Analysten kann das Jahresergebnis vor Steuern folgendermaßen unterteilt und analysiert werden:

	GuV-Gliederungspositionen gemäß Anlage 2 KHBV
Ordentliches Betriebsergebnis ³⁷⁶	Nr. 1-21 zzgl. des Anteils der sonstigen Steuern von Nr. 31
Finanzergebnis	Nr. 22-26
Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit	Nr. 27
Außerordentliches Ergebnis	Nr. 30
Steuern vom Einkommen und Ertrag	Nr. 31 ohne sonstige Steuern
Jahresüberschuss / Jahresfehlbetrag	Nr. 32

Tabelle 12: Ergebnisquellen nach der GuV- Gliederung gemäß Anlage 2 KHBV

Das ordentliche Betriebsergebnis zeigt das Ergebnis, das aus den betrieblichen Umsätzen nach Abzug der zugehörigen Aufwendungen generiert werden konnte. Bei der Ermittlung ist es nicht erforderlich den Bereich der Investitionsförderung zu eliminieren, da sich dieser in Verbindung mit den dazugehörigen Abschreibungsaufwendungen neutralisiert.

³⁷⁶

Vgl. Küting, Karlheinz / Weber, Claus-Peter (2009), S. 267.

Das Finanzergebnis stellt die Differenz der Beteiligungs-, Wertpapier-, Zinserträge und der Abschreibungen auf Finanzanlagen und der Zinsaufwendungen dar. Ein Betriebsvergleich des Finanzergebnisses führt wegen der unterschiedlichen Struktur der Finanzanlagen, der liquiden Mittel und Verbindlichkeiten von Krankenhäusern zu nicht aussagekräftigen Analyseergebnissen.

Im Zeitvergleich können das Finanzergebnis und hier insbesondere das Zinsergebnis, Informationen hinsichtlich der tatsächlichen Bonität des Unternehmens liefern. Eine schlechte Liquiditätslage kann zum Stichtag durch bilanzpolitische Maßnahmen so gesteuert werden, dass Liquiditätsengpässe und eine insgesamt angespannte Liquidität durch die Bilanzanalyse nicht oder nur teilweise erkennbar ist. Das Verhältnis und die Höhe der im Analysejahr aufgelaufenen Zinsaufwendungen und Zinserträge können hingegen stichtagsbedingt nicht manipuliert oder gesteuert werden. Hohe Zinsaufwendungen bei gleichzeitig geringen oder gar keinen Zinserträgen ist ein Indiz für eine schlechte Liquiditätslage, deren Ursachen und künftige Entwicklung bei der Bonitätsanalyse weiter zu hinterfragen sind. Ursachen einer angespannten Liquiditätslage können schlechte Belegungszahlen, Mittelabfluss durch Investitionsmaßnahmen oder auch eine nicht zeitnahe Fakturierung von Krankenhausleistungen sein.

Beim außerordentlichen Ergebnis werden auch bei Krankenhäusern nur ungewöhnliche, selten vorkommende und betragsmäßig ins Gewicht fallende Geschäftsvorfälle ausgewiesen.³⁷⁷ Eine Vergleichbarkeit ist durch die Unregelmäßigkeit und Individualität nicht gegeben.

Im Rahmen der Ergebnisquellenanalyse bieten sich neben der Teilung des Jahresergebnisses in seine Bestandteile auch die Betrachtung nach einzelnen Segmenten des Unternehmens an.³⁷⁸ Als Kriterium zur Einteilung in Segmente kommen im Krankenhaus die einzelnen Abteilungen, Stationen oder Fallpauschalen in Frage. Allerdings bedarf es hierzu interner Datenquellen, weshalb dieser Teil der Erfolgsrechnung eher Bestandteil des internen Rechnungswesens ist.

³⁷⁷ Vgl. Adler, Hans / Düring, Walther / Schmaltz, Kurt (2007), § 277 HGB Tz. 79.
³⁷⁸ Vgl. Baetge, Jörg (1998), S. 345.

Angesichts des Informationsdefizites des externen Analysten kann die Ergebnisquellenanalyse nur eingeschränkt erfolgen und muss sich auf die Analyse der Teilergebnisse beschränken.

Der Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit wird aus diesem Grund im Bereich der zweiten Säule der strukturellen Erfolgsanalyse, der Ergebnisstrukturanalyse, liegen.

4.6.4.3 Ergebnisstrukturanalyse

Bei der Analyse der Ergebnisstruktur wird die Aufwands- und Ertragsstruktur, vor allem einer Erfolgsquelle, nämlich der des ordentlichen Betriebsergebnisses untersucht.³⁷⁹

Mit Hilfe von Kennzahlen wird der anteilige Beitrag der Erfolgsquellen am Ergebnis ermittelt, um anschließend durch die Identifizierung der Erfolgs- und Risikofaktoren die Ertragskraft der Unternehmen prognostizieren zu können.³⁸⁰

Die Auswahl der Kennzahlen zur Aufwands- und Ertragsanalyse richtet sich danach, ob die Gewinn- und Verlustrechnung nach dem Gesamt- oder Umsatzkostenverfahren aufgestellt wird. Für Krankenhäuser ist gemäß § 1 KHBV die Gliederung nach dem Gesamtkostenverfahren vorgesehen, weshalb an dieser Stelle nur Kennzahlen dargestellt werden, die sich am Gesamtkostenverfahren orientieren.

Die wesentlichen Erträge und Aufwendungen, die das ordentliche Betriebsergebnis und das Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit determinieren, sind die Umsatzerlöse, die Personal- und Materialaufwendungen.

Üblicherweise werden deshalb zur Analyse der Aufwandsstruktur die beiden Kennzahlen Personal- und Materialintensität eingesetzt, da sie den relativen Anteil der beiden wesentlichen Produktionsfaktoren „Arbeit“ und „Material“ widerspiegeln.³⁸¹

Der Dienstleistungsbetrieb „Krankenhaus“ impliziert bereits, dass die Personalintensität und damit der Personalaufwand eine bedeutende Rolle bei der Leistungs-

³⁷⁹ Vgl. Baetge, Jörg (1998), S. 392.

³⁸⁰ Vgl. Küting, Karlheinz / Weber, Claus-Peter (2009), S. 294.

³⁸¹ Vgl. Coenenberg, Adolf G. (2009), S. 1128.

erstellung spielt, wobei die Personalaufwendungen im Hinblick auf die Tarifbindungen, die Verhandlungsstärke der Fachkräfte und der Notwendigkeit des Produktionsfaktors Arbeit im Krankenhausbetriebsprozess nur bedingt gesteuert werden können.

Die Personalintensität zeigt durch die Berechnung des Verhältnisses von den Personalaufwendungen zur erbrachten Gesamtleistung, welche Rolle der Personalaufwand bei der Leistungserstellung spielt und wie sensibel das Unternehmen dadurch beispielsweise auf Tarifierhöhungen reagiert.³⁸²

Im Zeitvergleich ist bei der Beurteilung der Personalintensität von Krankenhäusern immer ein Blick auf die Preiskomponente, nämlich die Gehaltsentwicklung bei den einzelnen Berufsgruppen und auf die Entwicklung der Vollkräfte, also die Mengenkomponekte, zu werfen.

Durch die sukzessive Auslagerung von Mitarbeitern in Servicegesellschaften mindern sich zwar die Personalaufwendungen, gegenläufig ist aber mit einem Anstieg der bezogenen Leistungen im Bereich der Materialaufwendungen zu rechnen.

Im Krankenhausbetriebsvergleich kann mit Hilfe der Personalintensität erkannt werden, ob das analysierte Krankenhaus mehr oder weniger Personalaufwendungen zur Leistungserbringung benötigt als die Vergleichskrankenhäuser.

In der Detailbetrachtung ist aber darauf zu achten, dass die Kliniken unterschiedlichen Tarifwerken unterliegen können. Außerdem ist eine hohe Personalintensität und Insourcingquote unter den Aspekten Qualität, Zeit für Patienten und Angehörige und Servicequalität nicht zwangsläufig kritisch zu beurteilen.³⁸³

Die allgemeine Berechnungsformel der Personalintensität, ist unter Berücksichtigung der Positionen der GuV-Rechnung nach der KHBV folgendermaßen zu konkretisieren:³⁸⁴

³⁸² Vgl. Peemöller, Volker H. (2003), S. 374.

³⁸³ Vgl. Baetge, Jörg (1998), S. 398.

³⁸⁴ Die Summe aus den Umsatzerlösen Nr. 1-4, der Bestandveränderung und der anderen aktivierten Eigenleistungen ergibt dabei die sogenannte Gesamtleistung.

$$\text{Personalintensität} = \frac{\text{Personalaufwand}}{\text{Gesamtleistung}} \times 100$$

Formel 16: Personalintensität³⁸⁵

$$\text{modifizierte Personalintensität} = \frac{\text{Personalaufwand}}{\text{Umsatzerlöse Nr. 1-4} \pm \text{Bestandsveränderung} + \text{andere aktivierte Eigenleistungen}} \times 100$$

Formel 17: modifizierte Personalintensität

Die Materialintensität zeigt das Verhältnis der Materialaufwendungen zu den Gesamtleistungen. Sie gibt damit, wie auch die Personalintensität, Auskunft über das Verhältnis der eingesetzten Produktionsfaktoren zu den erbrachten Leistungen.

Eine hohe Materialintensität kann ein Indiz für eine geringe Fertigungstiefe sein.³⁸⁶ Von Fertigungstiefe kann bei Krankenhäusern zwar nicht gesprochen werden, aber dafür von dem Umfang der fremdbezogenen Leistungen, wie der Reinigung, der Wäscherei, des Labors oder des Caterings. Außerdem kann eine hohe Materialintensität auch ein komplexes Leistungsspektrums widerspiegeln. So sind Implantate und Transplantate im Bereich der Hochleistungsmedizin wesentlich teurer als der medizinische Sachbedarf für Standardoperationen. Außerdem wird diese Kennzahl von der Wirtschaftlichkeit des Betriebsablaufes und dem Preisniveau der bezogenen Materialien und Leistungen bestimmt.³⁸⁷

Ergänzend ist an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass der Fachkräftemangel, vor allem im ärztlichen Bereich, die Krankenhäuser zwingt, sogenannte Honorarärzte zu beschäftigen.³⁸⁸ Die Kosten für die Honorarärzte werden nicht bei den Personalaufwendungen, sondern bei den bezogenen Leistungen ausgewiesen, was u.a. eine Ursache für eine gestiegene Materialintensität im Zeitvergleich sein kann, da der Einsatz von Honorarärzten zudem meist teuer ist.

³⁸⁵ Vgl. Rehkugler, Heinz / Podding, Thorsten (1998), S. 205.,
Vgl. Küting, Karlheinz / Weber, Claus-Peter (2009), S. 299,
Vgl. Baetge, Jörg (1998), S. 398.

³⁸⁶ Vgl. Peemöller, Volker H. (2003), S. 372.

³⁸⁷ Vgl. Küting, Karlheinz / Weber, Claus-Peter (2009), S. 300.

³⁸⁸ Vgl. Bundesärztekammer (2011), S. 10.

Zusammenfassend kann die Entwicklung der Materialintensität sowohl im Zeit- als auch im Krankenhausbetriebsvergleich Hinweise zur Entwicklung der Wirtschaftlichkeit, auf das Leistungsspektrum sowie den Umfang und die Preisentwicklung der bezogenen Leistungen geben.³⁸⁹

Zur weiteren Analyse oder Festigung des gewonnenen Bildes ist es empfehlenswert ergänzende Kennzahlen, wie die Personalintensität, den durchschnittlichen Fallschweregrad und die Umsatzerlöse heranzuziehen.

Die allgemeine Berechnungsformel der Materialintensität ist unter Berücksichtigung der Positionen der GuV-Rechnung nach der KHBV folgendermaßen zu konkretisieren.³⁹⁰

$$\text{Materialintensität} = \frac{\text{Materialaufwand}}{\text{Gesamtleistung}} \times 100$$

Formel 18: Materialintensität³⁹¹

$$\text{modifizierte Materialintensität} = \frac{\text{Materialaufwand}}{\begin{array}{l} \text{Umsatzerlöse Nr. 1-4} \\ \text{+/-Bestandsveränderung} \\ \text{+ andere aktivierte Eigenleistungen} \end{array}} \times 100$$

Formel 19: modifizierte Materialintensität

³⁸⁹ Vgl. Küting, Karlheinz / Weber, Claus-Peter (2009), S. 300.

³⁹⁰ Die Summe aus den Umsatzerlösen Nr. 1-4, der Bestandsveränderung und der anderen aktivierten Eigenleistungen ergibt dabei die sogenannte Gesamtleistung.

³⁹¹ Vgl. Rehkugler, Heinz / Podding, Thorsten (1998), S. 205.,
Vgl. Wehrheim, Michael / Schmitz, Thorsten (2009), S. 175.,
Vgl. Baetge, Jörg (1998), S. 403.

Die Ertragsstruktur wird bei Krankenhäusern im Wesentlichen von den vier Umsatzerlösarten geprägt.³⁹² Zu Analysezwecken bietet es sich auch an dieser Stelle an, die Informationen der GuV-Rechnung durch den Einsatz von Kennzahlen zu verdichten.

Werden die jeweiligen Umsatzerlösarten ins Verhältnis zu den gesamten Umsatzerlösen gesetzt, ist die Leistungsstärke der einzelnen Bereiche sowie durch Mehrjahresvergleiche deren Entwicklung erkennbar.

Die Betrachtung der Kennzahlen kann im Rahmen des Betriebsvergleiches Anregungen zu Leistungsanpassungen und Erweiterungen beispielsweise im Wahlleistungsbereich geben.

Die Umsatzerlöse aus Krankenhausleistungen (Nr. 1) sollten sinngemäß den größten Anteil ausmachen. An dieser Stelle ist nochmals festzuhalten, dass das Erlösbudget gemäß § 11 Abs. 1 KHEntgG prospektiv³⁹³ bzw. in der Praxis auch während des laufenden Geschäftsjahres oder später mit den Vertragsparteien vereinbart wird. Kommt es zu Mehr- oder Minderleistungen, die für den Analysten ein wichtiges Indiz zur Beurteilung der Nachfrage nach Leistungen in dieser Klinik sind, so sind diese generell auszugleichen. Die Ausgleichsbeträge werden in der Bilanz bei den Forderungen oder den Verbindlichkeiten nach dem KHG bilanziert und analysiert.³⁹⁴

Die Berechnung des Erlösanteils der Krankenhausleistungen ist folgender Formel zu entnehmen:

Erlösanteil Krankenhausleistungen	=	$\frac{\text{Erlöse aus Krankenhausleistungen}}{\text{Umsatzerlöse Nr. 1-4}}$	x 100
--------------------------------------	---	---	-------

Formel 20: Erlösanteil Krankenhausleistungen

³⁹² Vgl. Anlage 3.

³⁹³ Vgl. 11 Abs. 1 KHEntgG.

³⁹⁴ Vgl. Abbildung 18: Bestandteile der Forderungen nach dem KHG.

Die Erlöse aus Wahlleistungen (Nr. 2) beinhalten wahlärztliche Leistungen sowie die sonstigen Wahlleistungen. Im Zeitvergleich ist erkennbar, ob es dem Krankenhaus gelingt, das Volumen gesondert abrechenbarer Leistungen, oder den Anteil der Privatpatienten zu erhöhen. Je höher der Anteil dieser Leistungen ist, desto mehr qualitativ hochwertige Leistungen werden nachgefragt, sei es ärztliche Leistung oder auch die besondere Unterkunft und Verpflegung, was wiederum ein Indiz für ein anerkanntes Krankenhaus ist.

Im Unternehmensvergleich ist ein bereits erwähnter Sachverhalt zu berücksichtigen. Ist der Anteil der Erlöse aus Wahlleistungen und ebenso der ambulanten Leistungen in einem Krankenhaus wesentlich geringer als bei anderen Kliniken, gegenläufig aber der Anteil der Nutzungsentgelte höher, ist das in Verbindung mit der Art der Chefarztverträge zu sehen. Früher war grundsätzlich der Chefarzt der Vertragspartner des Patienten bei wahlärztlichen Leistungen und einem Teil der ambulanten Leistungen. Die Leistungserbringung erfolgte im Rahmen einer Nebentätigkeitserlaubnis und das Krankenhaus erhielt von den Chefarzten ein anteiliges Nutzungsentgelt. Erlöse aus wahlärztlichen Leistungen und ambulanten Leistungen fielen dann nicht an.³⁹⁵ Die Klinik hatte dadurch keinen originären Überblick, ob sie vollständig und richtig an den Erlösen beteiligt wird und ob die leitenden Ärzte dieses Einkommen korrekt versteuern. Aus dieser Problematik heraus entwickelten sich die sogenannten Beteiligungsverträge, wonach die wahlärztlichen Leistungen und grundsätzlich auch die ambulanten Leistungen im Namen der Klinik erbracht und abgerechnet werden. Die Leistungen der leitenden Ärzte werden im Innenverhältnis vergütet. In der GuV-Rechnung sind die Erlöse entsprechend bei den wahlärztlichen und ambulanten Leistungen ausgewiesen.³⁹⁶ Bevor also eine abschließende Beurteilung der Höhe und Entwicklung der Erlöse aus Wahlleistungen im Unternehmensvergleich erfolgt, ist zu hinterfragen, wie das Verhältnis von Beteiligungsverträgen zu den klassischen Chefarztverträgen mit Nebentätigkeitsgenehmigung ist.

³⁹⁵ Vgl. Graumann, Mathias / Schmidt-Graumann, Anke (2011), S. 148.,
Vgl. Hentze, Joachim / Kehres, Erich (2005), S.78.

³⁹⁶ Vgl. PricewaterhouseCoopers (2010), S. 76.

Der Anteil der Erlöse aus Wahlleistungen wird nach untenstehender Formel berechnet:

$$\text{Erlösanteil Wahlleistungen} = \frac{\text{Erlöse aus Wahlleistungen}}{\text{Umsatzerlöse Nr. 1-4}} \times 100$$

Formel 21: Erlösanteil Wahlleistungen

Bei den Erlösen aus ambulanten Leistungen des Krankenhauses (Nr. 3) ist ablesbar, in wie weit das Krankenhaus das Leistungsangebot diversifizieren und mit dem ambulanten Sektor verzahnen konnte. Durch die Erbringung ambulanter Leistungen können einerseits potenzielle stationäre Patienten angesprochen werden, andererseits werden Leistungen außerhalb des Budgetbereichs erbracht, die nicht in die Ausgleiche einzubeziehen sind, was generell positiv für die Ertragsseite ist. Die Erlöse aus ambulanten Leistungen umfassen primär die Vergütungen für ambulante Operationen im Sinne des § 115 b SGB V, die Erlöse aus Notfallbehandlungen und Chefarztambulanzen.³⁹⁷

Da die Entwicklung der Erlöse aus Chefarztambulanzen stark personenabhängig sein kann, muss ein kurzfristiger Rückgang nicht gleich bedeuten, dass die ambulanten Erlöse nachhaltig sinken. Es kann sein, dass sich bei einem Chefarztwechsel das Leistungsvolumen und die Nachfrage im ambulanten Bereich erst wieder einpendeln müssen.

Im Unternehmensvergleich ist, wie bei den Erlösen aus Wahlleistungen, vor einem abschließenden Analyseurteil aufgrund der Ausgestaltungsmöglichkeiten der Chefarztverträge parallel zu hinterfragen, wie sich die Erlöse aus Nutzungsentgelten entwickelt haben.

Der Erlösanteil der ambulanten Leistungen des Krankenhauses errechnet sich wie folgt:

$$\text{Erlösanteil ambulanter Leistungen} = \frac{\text{Erlöse aus ambulanten Leistungen}}{\text{Umsatzerlöse Nr. 1-4}} \times 100$$

Formel 22: Erlösanteil ambulanter Leistungen

³⁹⁷ Vgl. PricewaterhouseCoopers (2010), S. 75 f.

Die Nutzungsentgelte der Ärzte (Nr. 4) beinhalten die Kostenerstattungen und den Vorteilsausgleich für die vertraglich genehmigten Nebentätigkeiten der leitenden Ärzte sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich. Hauptsächlich handelt es sich hierbei um die Privatliquidation der leitenden Ärzte.³⁹⁸ Tendenziell ist zu erwarten, dass im Zeitverlauf die Erlöse aus Nutzungsentgelten zurückgehen, da die neuen Verträge mit leitenden Ärzten in der Regel vorsehen, dass das Liquidationsrecht beim Krankenhaus verbleibt und die leitenden Ärzte im Innenverhältnis beteiligt werden.³⁹⁹

Zur Berechnung des Erlösanteils aus Nutzungsentgelten der Ärzte werden diese nun in den Zähler der bisher aufgeführten Formel eingesetzt:

Erlösanteil Nutzungsentgelte	=	$\frac{\text{Erlöse aus Nutzungsentgelten der Ärzte}}{\text{Umsatzerlöse Nr. 1-4}}$	x 100
---------------------------------	---	---	-------

Formel 23: Erlösanteil Nutzungsentgelte

³⁹⁸ Vgl. Graumann, Mathias / Schmidt-Graumann, Anke (2011), S. 142.
³⁹⁹ Vgl. PricewaterhouseCoopers (2010), S. 76.

4.6.5. Rentabilitätsanalyse

Ziel der Rentabilitätsanalyse ist, den Erfolg oder Misserfolg der unternehmerischen Betätigung zu zeigen und gegebenenfalls an einem Vergleichsobjekt zu messen. Mit Hilfe der Rentabilitätsanalyse sollen unter anderem Aussagen zum Verhältnis der erwirtschafteten Ergebnisse und des dafür erforderlichen Faktoreinsatzes getroffen werden.⁴⁰⁰

Die Rentabilität ist eine Beziehungskennzahl, bei der eine Ergebnisgröße zu einer dieses Ergebnis maßgebend bestimmenden Einflussgröße in Relation gesetzt wird. Dadurch ist eine relativierte Erfolgsbeurteilung möglich.⁴⁰¹

Es wurden verschiedene Rentabilitätskennzahlen entwickelt, wie beispielsweise die Eigenkapital-, Gesamtkapital-, Fremdkapital- oder Umsatzrentabilität.

Während die Eigenkapitalrentabilität die Verzinsung des Eigenkapitals und damit das Eigenkapitalrisiko zeigt⁴⁰², gibt die Gesamtkapitalrentabilität, auch als Return on Investment (ROI) bezeichnet, Auskunft über den Erfolg des Unternehmens, bezogen auf das eingesetzte Kapital.⁴⁰³ Sowohl bei der Eigenkapital- als auch bei der Gesamtkapitalrentabilität stehen Zähler und Nenner nur in mittelbarer Beziehung zueinander. Der Zähler zeigt die Rückflüsse des im Nenner eingesetzten Kapitals.⁴⁰⁴

Bei der Umsatzrentabilität stehen Zähler und Nenner hingegen in einer direkten Beziehung zueinander, da die Umsatzerlöse im Nenner das Jahresergebnis im Zähler beinhalten.⁴⁰⁵ Die Umsatzrentabilität unterstellt ein Kausalverhältnis von Gewinn und Umsatz, was vor allem im Unternehmensvergleich vorteilhaft ist, da unterschiedliche Kapital- oder Vermögensstrukturen bei den betrachteten Unternehmen sich nicht wesentlich auf die Kenngröße und damit auf die Vergleichbarkeit auswirken.⁴⁰⁶

⁴⁰⁰ Vgl. Baetge, Jörg (1998), S. 423.

⁴⁰¹ Vgl. Coenenberg, Adolf G. (2009), S. 1.132.

⁴⁰² Vgl. Peemöller, Volker H. (2003), S. 379.

⁴⁰³ Vgl. Peemöller, Volker H. (2003), S. 383.

⁴⁰⁴ Vgl. Baetge, Jörg (1998), S. 458.

⁴⁰⁵ Vgl. Baetge, Jörg (1998), S. 458.

⁴⁰⁶ Vgl. Peemöller, Volker H. (2003), S. 385.

Um dem Ursache-Wirkungsprinzip bei der Rentabilitätsanalyse noch besser gerecht zu werden, ist es zielführend die betriebsbezogene Umsatzrentabilität zu berechnen.⁴⁰⁷ Dabei wird dem Umsatz nur das umsatzbezogene Ergebnis gegenübergestellt, was sich besonders für den Betriebsvergleich und gleichermaßen für den Zeitvergleich eignet.

Bei Krankenhäusern ist das Finanzergebnis in den meisten Fällen betrieblich bedingt und beinhaltet damit keine Ergebnisse von spekulativen Finanzgeschäften. Zudem wirken sich die sonstigen Steuern nicht wesentlich auf das Jahresergebnis aus. Aus diesen Gründen wird dem externen Analysten an dieser Stelle empfohlen, in den Nenner der Berechnungsformel das Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit einzusetzen und den Umsatzerlösen gegenüberzustellen. Beide Werte können direkt aus der veröffentlichten GuV-Rechnung abgelesen werden. Dieses Vorgehen empfiehlt sich insbesondere, wenn zahlreiche Jahresabschlüsse ausgewertet werden.

Generell ist an dieser Stelle nochmals darauf hinzuweisen, dass das vorrangige ökonomische Ziel der gemeinnützigen Krankenhäuser nicht die Gewinnerzielung, sondern die Bereitstellung von medizinischen und pflegerischen Leistungen zur bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung ist.⁴⁰⁸

Aus diesem Grund kann es auch nicht die Zielsetzung der Träger sein, hohe Gewinne zu realisieren und eine gute Verzinsung des eingesetzten Kapitals zu erzielen.

Die Berechnung von Rentabilitätskennzahlen und der Einsatz von Rentabilitätskennzahlensystemen sind daher im Krankenhausbereich generell nur bei gewinnorientierten privaten Krankenhausträgern zielführend und aussagekräftig. Lediglich die eben beschriebene Umsatzrentabilität als Wegweiser für die Entwicklung der eigenen Wirtschaftlichkeit, aber auch im Vergleich mit anderen Kliniken ist für die Unternehmensführung und den Analysten eine hilfreiche Orientierungsgröße. Dabei empfiehlt sich die betriebsbezogene Umsatzrentabilität, da nur aus dem Umsatz generierte Ergebniseffekte in die Betrachtung einbezogen werden. So

⁴⁰⁷ Vgl. Baetge, Jörg (1998), S. 458.

⁴⁰⁸ Vgl. Graumann, Mathias / Schmidt-Graumann, Anke (2011), S. 142.

gehört die Umsatzrentabilität bei einigen Krankenhäusern zu den regelmäßig berichteten Finanzkennzahlen.⁴⁰⁹

Die betriebsbezogene Umsatzrentabilität ist unter Berücksichtigung der krankenhausspezifischen Merkmale wie folgt zu modifizieren:

betriebsbezogene Umsatzrentabilität	= $\frac{\text{Betriebserfolg}}{\text{Umsatz}}$	x 100
-------------------------------------	---	-------

Formel 24: betriebsbezogene Umsatzrentabilität⁴¹⁰

modifizierte betriebsbezogene Umsatzrentabilität	= $\frac{\text{Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit}}{\text{Umsatzerlöse (Nr. 1-4)}}$	x 100
--	---	-------

Formel 25: modifizierte betriebsbezogene Umsatzrentabilität

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Rentabilität aufgrund der oftmals fehlenden Gewinnorientierung und des originären Zwecks eines Krankenhauses keine Kennzahl ist, die im Vordergrund der Unternehmenssteuerung stehen sollte. Vielmehr sind die Leistungen wirtschaftlich und kostendeckend zu erbringen und die nominale Kapitalerhaltung zu sichern. Deshalb eignen sich zur Wirtschaftlichkeitsbeurteilung von Krankenhäusern die Kennzahlen der Aufwands- und Ertragsanalyse besser.

Zur Kostendeckungsanalyse kann aber durchaus auch die Umsatzrentabilität, besser noch die betriebsbezogene Umsatzrentabilität, verwendet werden.

4.6.6. Wertschöpfungsanalyse

Bei der Wertschöpfungsanalyse wird der in einer Periode im Unternehmen entstandene Produktionsbeitrag ermittelt. Dieser kann mittels der Entstehungsrechnung aus dem Gesamtproduktionswert abzüglich der Vorleistungen oder durch die Verteilungsrechnung aus den Arbeits-, Gemein- und Kapitalerträgen ermittelt werden.⁴¹¹

⁴⁰⁹ Vgl. Zapp, Winfried (Hrsg.) (2010), S. 39.

⁴¹⁰ Vgl. Schult, Eberhard (1999), S. 100.

⁴¹¹ Vgl. Peemöller, Volker H. (2003), S. 200.

Entstehungsrechnung	
	Umsatzerlöse
+/-	Erhöhung oder Verminderung des Bestandes an fertigen und unfertigen Erzeugnissen
+	andere aktivierte Eigenleistungen
+	sonstige betriebliche Erträge
=	Gesamtleistung (Produktionswert)
-	Aufwendungen für Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe und bezogene Waren
-	Aufwendungen für bezogene Leistungen
-	Abschreibungen auf immaterielle Vermögensgegenstände des Anlagevermögens und Sachanlagen
-	außerplanmäßige Abschreibungen auf das Anlage- und Umlaufvermögen
-	sonstige betriebliche Aufwendungen
+	Vergütung an Mitglieder des Aufsichtsrates
-	sonstige Steuern
=	Wertschöpfung

Tabelle 13: Ermittlung der Wertschöpfung nach der Entstehungsrechnung⁴¹²

Verteilungsrechnung	
	Arbeitserträge:
+	Löhne und Gehälter
+	soziale Abgaben und Aufwendungen für Altersversorgung und Unterstützung
+	Vergütung an Mitglieder des Aufsichtsrates
	Gemeinerträge:
+	Steuern vom Einkommen und Ertrag
	Fremdkapitalerträge:
+	Zinsen und ähnliche Aufwendungen
	Eigenkapitalerträge:
+	Dividenden
+	Thesaurierung
+	Restbetrag (je nach Saldo der übrigen im Rahmen der Entstehungsrechnung unberücksichtigten GuV-Posten)
=	Wertschöpfung

Tabelle 14: Ermittlung der Wertschöpfung nach der Verteilungsrechnung⁴¹³

Anders als in der GuV-Rechnung werden bei der Ermittlung der Wertschöpfung bestimmte Aufwendungen, wie etwa die Fremdkapitalzinsen, als Ertrag interpretiert. Die Ermittlung der Wertschöpfung wäre für externe Analysten generell aus der GuV-Rechnung und dem Anhang möglich, sofern der Anhang nach den Vorschriften für große Kapitalgesellschaften aufgestellt wurde. Die Wertschöpfung als aussagekräftige Ertragsgröße wird dann bei der Berechnung von Produktivi-

⁴¹² Vgl. Coenberg, Adolf G. (2009), S. 1160 f.

⁴¹³ Vgl. Coenberg, Adolf G. (2009), S. 1160 f.

tätskennzahlen, wie der Arbeitsproduktivität oder Kapitalproduktivität eingesetzt.⁴¹⁴

Da bereits aus der direkten Analyse der Bilanz und GuV-Rechnung wesentliche Erkenntnisse zur wirtschaftlichen Lage, zur Aufwands- und Ertragsstruktur und Liquiditätssituation von Krankenhäusern gezogen werden können, wird der ergänzende Einsatz der Wertschöpfungsanalyse als Instrument der externen Jahresabschlussanalyse nicht als zielführend angesehen. Der Zeitaufwand, der mit der Erstellung der Entstehungs- oder Verteilungsrechnung verbunden ist, steht nicht im Verhältnis zu den gewonnenen Erkenntnissen hinsichtlich der Bonitätsbeurteilung von Krankenhäusern. An dieser Stelle wird deshalb nicht vertiefend auf diese Kennzahlenberechnung eingegangen wird.

4.6.7. Break-even-Analyse

Die Break-even-Analyse ist ein Instrument der Unternehmensplanung und damit dem internen Rechnungswesen zuzurechnen. Durch rechnerische Ermittlung wird festgestellt, ab welchem Beschäftigungsgrad die Gewinnschwelle erreicht wird.⁴¹⁵ Dabei ist es erforderlich, den Anteil der variablen und fixen Kosten sowie die Absatzmengen zu kennen. Die Break-even-Analyse, als Instrument der externen Unternehmensanalyse, ist aufgrund des Informationsdefizites nur unter Einsatz zahlreicher Annahmen, die wiederum die Aussagekraft einschränken, möglich.⁴¹⁶

Diese Ungenauigkeiten werden bei Krankenhäusern noch verstärkt, da sich die Erlöse aus einer Vielzahl von unterschiedlichsten Fallpauschalen zusammensetzen, die aus dem Jahresabschluss nicht erkennbar sind. Ebenso können die Kosten, die den einzelnen Fallpauschalen gegenüberstehen bestenfalls durch die interne Kostenrechnung ermittelt und erst dann in ihre variablen und fixen Bestandteile unterteilt werden. Zudem ist eine Mengensteuerung unter den Gesichtspunkten der Break-even-Analyse im Krankenhausbereich kaum möglich, da die Leistungen im Sinne und zum Wohle der Patienten, unabhängig von der Gewinnschwelle, erbracht werden.

⁴¹⁴ Vgl. Coenenberg, Adolf G. (2009), S. 1167.

⁴¹⁵ Vgl. Küting, Karlheinz / Weber, Claus-Peter (2009), S. 352.

⁴¹⁶ Vgl. Coenenberg, Adolf G. (2009), S. 1170.

Vor dem Hintergrund dieser aufgeführten Punkte, ist die Break-even-Analyse in der vorliegenden Arbeit lediglich aus Gründen der Vollständigkeit aufgeführt, eine detaillierte Aufbereitung erfolgt nicht.

Generell ist anzumerken, dass bei der externen Unternehmensanalyse aufgrund des permanenten Informationsdefizites die Break-even-Analyse nur mit ergänzenden Informationen zum Jahresabschluss eingesetzt werden kann. Im Krankenhausbereich ist sie vor allem im Hinblick auf das Zielsystem kein geeignetes Analyseinstrument.

5. Qualitative Bilanzanalyse

5.1. Grundlagen

Im vorangegangenen Kapitel wurden Kennzahlen zur Beurteilung der Vermögens-, Finanz- und Ertragslage dargestellt und entsprechend der Besonderheiten von Krankenhausjahresabschlüssen modifiziert. Die Datengrundlagen waren dabei stets die vergangenheitsorientierten Zahlen aus der zeitpunktbezogenen Bilanz und der zeitraumbezogenen GuV-Rechnung.

Im Folgenden werden der Anhang als weiterer Bestandteil des Jahresabschlusses, der Lagebericht, der Fragenkatalog nach § 53 HGrG und der strukturierte Qualitätsbericht gemäß § 137 SGB V analysiert. Neben den quantitativen Angaben sollen in diesem Zusammenhang insbesondere die qualitativen und zukunftsorientierten Informationen dargestellt werden und das Bild zur Bonitätsanalyse von Krankenhäusern abrunden. Dabei steht die verbale Berichterstattung im Anhang und Lagebericht im Vordergrund.

5.2. Anhang

Der Anhang, der sowohl nach § 4 Abs. 1 KHBV als auch nach § 264 Abs. 1 HGB gesetzlicher Bestandteil des Jahresabschlusses für Krankenhäuser ist, enthält weitere Informationen zu den Posten der Bilanz und GuV-Rechnung. Er hat die Aufgabe, die durch die anderen Jahresabschlusselemente vermittelten Informationen näher zu erläutern, zu ergänzen, zu korrigieren beziehungsweise die Bilanz oder die GuV-Rechnung von bestimmten Angaben zu entlasten, wie beispielsweise von den „davon-Vermerken“.⁴¹⁷

Wird das Krankenhaus nicht in der Rechtsform einer Kapitalgesellschaft geführt, muss der Anhang nur die Informationen entsprechend der KHBV beinhalten. Diese umfassen lediglich Angaben zu den auf die Posten der Bilanz und GuV-Rechnung angewandten Bilanzierungs- und Bewertungsmethoden, deren Änderungen und den Anlagennachweis.⁴¹⁸

⁴¹⁷ Vgl. Baetge, Jörg (2005), S. 757.

⁴¹⁸ Vgl. Graumann, Mathias / Schmidt-Graumann, Anke (2011), S. 254 f.

Aus dem reinen KHBV-Anhang können damit keine grundlegenden Erkenntnisse, die über die Bilanz und GuV-Rechnung hinausgehen, gewonnen werden. Nur der Anlagenachweis dient dazu ergänzende Informationen zur Altersstruktur des Anlagevermögens zu generieren.

Die Erläuterungen gemäß § 284 f. HGB sind, wie bei allen anderen Gesellschaften, auch bei Krankenhäusern Pflichtangaben, wenn diese in der Rechtsform einer Kapitalgesellschaft betrieben werden. Größenabhängige Erleichterungen gemäß § 288 HGB können analog angewendet werden.

Die Pflichtangaben nach § 284 HGB beziehen sich auf die Bilanzierungs- und Bewertungsmethoden und deren Änderungen, die Grundlagen zur Währungsumrechnung, auf mögliche Unterschiedsbeträge zwischen der Durchschnittsbewertung im Vergleich zum letzten Markt- oder Börsenpreis und Angaben zur Einbeziehung der Fremdkapitalzinsen in die Herstellungskosten.

Die Anhangangaben zur Währungsumrechnung spielen aufgrund der regional ausgerichteten Geschäftstätigkeit, die Unterschiedsbeträge von Durchschnittsbewertung und Markt- bzw. Börsenpreis wegen der untergeordneten Bedeutung der Vorräte und die Angaben zu den in die Herstellungskosten einbezogenen Fremdkapitalzinsen beim Dienstleistungsbetrieb Krankenhaus generell keine nennenswerte Rolle.

Die sonstigen Pflichtangaben gemäß § 285 HGB sind auch bei Krankenhäusern relevant und enthalten einige spezifische Informationen im Hinblick auf die Bonitätsbeurteilung.

Aus den Angaben zur Restlaufzeit der Verbindlichkeiten können Rückschlüsse auf die künftige Belastung des Vermögens durch Tilgungsleistungen gezogen werden. Die langfristigen Verbindlichkeiten betreffen meistens die anteiligen Verbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten, gegebenenfalls noch Verbindlichkeiten gegenüber dem Krankenhausträger und den beteiligten oder verbundenen Unternehmen.

Die Angaben zu den sonstigen finanziellen Verpflichtungen sind im Zusammenhang mit der Analyse des Anlagevermögens interessant. Sind die sonstigen finanziellen Verpflichtungen im Vergleich zu anderen Kliniken hoch und gibt es keine Hinweise darauf, dass Grundstücke und Gebäude gepachtet sind, sind im Umkehrschluss einige technische Anlagen und Einrichtungsgegenstände geleast.⁴¹⁹ Da Leasing nicht immer die günstigere Alternative zum Kauf ist, sollte weiter hinterfragt werden, ob die Leasingentscheidung möglicherweise wegen mangelnder Liquidität getroffen wurde.

Eine Aufgliederung der Umsatzerlöse im Anhang gemäß § 285 Nr. 4 HGB entfällt häufig, da aus der GuV-Rechnung gemäß KHBV die Umsatzerlöse bereits in die vier Tätigkeitsfelder Krankenhausleistungen, Wahlleistungen, ambulante Leistungen und Nutzungsentgelte unterteilt sind und die Angaben damit redundant wären. Die Daten zur durchschnittlichen Zahl der beschäftigten Arbeitnehmer nach Gruppen, beziehen sich normalerweise auf die einzelnen Berufsgruppen. In diesem Zusammenhang werden teilweise ergänzend auch die durchschnittlichen Vollkräfte je Berufsgruppe im Anhang angegeben. Damit kann im Betriebsvergleich die personelle Ausstattung mit Fachpersonal erfolgen. Sofern es dem Analytiker gelingt, Informationen zum Personalaufwand je Berufsgruppe zu erhalten,⁴²⁰ kann auch der durchschnittliche Personalaufwand je Berufsgruppe berechnet und analysiert werden.

Besonders interessant können die Angaben nach § 285 Nr. 12 HGB, die sich auf die Zusammensetzung der sonstigen Rückstellungen beziehen, sein. Hier sind Erläuterungen zu tätigen, sofern die jeweiligen Rückstellungen nicht von unerheblichem Umfang sind.⁴²¹ Die Begrifflichkeit „nicht unerheblich“ ist zwar weit gefasst, dennoch sind in den meisten Anhängen zumindest die wertmäßig größten Rückstellung in T€ erläutert, die in der Bilanz nur kumuliert bei den sonstigen Rückstellungen gezeigt werden. Diese Angaben eignen sich durch die individuelle Risikostruktur und Risikovorsorge nicht unbedingt für einen Krankenhausbetriebsvergleich, runden aber das Gesamtbild der externen Bilanzanalyse ab.

⁴¹⁹ Geleast werden häufig medizinische Großgeräte, wie Computertomographen.

⁴²⁰ Die Personalaufwendungen je Berufsgruppe sind aus der Summen- und Saldenliste ersichtlich.

⁴²¹ Vgl. Wehrheim, Michael / Schmitz, Thorsten (2009), S. 116.

Weitere krankenhausspezifische Informationen sind in den meisten Fällen aus dem Anhang nicht zu entnehmen. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Anhang aufgrund der zusätzlichen Erläuterungen und Ergänzungen eine Schlüsselrolle bei der Informationsversorgung einnimmt.⁴²²

5.3. Lagebericht

5.3.1. Lagebericht als eigenständiges Rechnungslegungsinstrument

Der Lagebericht ist kein Bestandteil des Jahresabschlusses. Er ist ein eigenständiges Rechnungslegungsinstrument, das inhaltlich an den Jahresabschluss anknüpft, die Informationen verdichtet sowie zeitlich und inhaltlich ergänzt.⁴²³

Der inhaltliche Umfang des Lageberichtes wird durch § 289 HGB determiniert. Daneben wird gemäß Tz. 2 DRS 20 empfohlen, den Rechnungslegungsstandard, der die Anforderungen an die Lageberichterstattung von Konzernen konkretisiert, auch auf den Lagebericht nach § 289 HGB anzuwenden.

Gemäß der KHBV besteht keine gesetzliche Verpflichtung zur Aufstellung eines Lageberichtes. Diese ergibt sich bei Krankenhäusern in der Rechtsform einer Kapitalgesellschaft aus dem HGB oder bei öffentlichen Rechtsformen gegebenenfalls aus den ergänzenden Bestimmungen der Satzung.

Im Lagebericht soll die Geschäftsführung, beziehungsweise der Vorstand unter anderem auf den Geschäftsverlauf und die wirtschaftlichen und branchenspezifischen Rahmenbedingungen eingehen.⁴²⁴ An dieser Stelle wird üblicherweise die Marktentwicklung allgemein wiedergegeben und die wirtschaftliche Lage des Krankenhauses anhand von Kennzahlen erläutert. Oftmals sind hier auch noch Ausführungen zu den Budget- und Tarifverhandlungen zu finden.

Danach wird die Vermögens-, Finanz- und Ertragslage dargestellt, die Entwicklung der Zahlen erläutert und nichtfinanzielle Leistungsindikatoren beschrieben.⁴²⁵

⁴²² Vgl. Russ, Wolfgang (1986), S. 19 f.

⁴²³ Vgl. Baetge, Jörg (2005), S. 793.

⁴²⁴ Vgl. Baetge, Jörg (2005), S. 799.

⁴²⁵ Vgl. Tesch, Jörg / Wißmann, Ralf (2009), S. 53 f.

Ferner sind die künftigen Chancen und Risiken und das Risikomanagementsystem ausführlich zu beschreiben und ein Ausblick für das kommende Geschäftsjahr zu geben.⁴²⁶ Durch diesen Prognosebericht werden die aus dem Jahresabschluss gewonnenen Informationen zeitlich ergänzt.⁴²⁷

Es sind auch Angaben über die Forschungs- und Entwicklungstätigkeiten, Zweigniederlassungen, das Vergütungssystem der Gesellschaft, und bei kapitalmarktorientierten Gesellschaften zum rechnungslegungsbezogenen internen Kontrollsystem zu machen.⁴²⁸

Außerdem sind Ereignisse von besonderer Bedeutung, die nach dem Bilanzstichtag aufgetreten sind, anzugeben.⁴²⁹ Diese werden oft als Nachtragsbericht bezeichnet.

Analysten können aus den Lageberichten von Krankenhäusern einige sehr spezifische Kennzahlen entnehmen, die sich auch für den Krankenhausbetriebsvergleich eignen und die wirtschaftliche Lage der Einrichtungen widerspiegeln. Da aber weder § 289 HGB noch der DRS 20 regelt, welche Kennzahlen anzugeben sind, variieren die Art und der Umfang der Angaben. Während in der Praxis in einem Lagebericht die vollständige Kapitalflussrechnung, Angaben zur durchschnittlichen Fallschwere und zum Nutzungsgrad enthalten sind, ist im Lagebericht eines anderen Klinikums nur das Zustandekommen der Zahlen der Bilanz- und GuV-Rechnung erläutert.

Im Folgenden werden krankenhausspezifische Kennzahlen vorgestellt, die aus einigen Lageberichten entnommen werden können. Sie eignen sich zur Beschreibung des Geschäftsverlaufes und zur Darstellung der Lage des Krankenhauses gemäß § 289 Abs. 1 Satz 1 HGB.

⁴²⁶ Vgl. DRS 20 Tz. 116 ff..

⁴²⁷ Vgl. Baetge, Jörg (2005), S. 794.

⁴²⁸ Vgl. § 289 Abs. 2 Satz 3 ff. HGB.

⁴²⁹ Vgl. Tesch, Jörg / Wißmann, Ralf (2009), S. 80.

5.3.2. Planbetten

Die Planbettenanzahl eines Krankenhauses ist die Anzahl der Betten, mit denen das Krankenhaus in den jeweiligen Landeskrankenhausplan aufgenommen wurde.⁴³⁰ Die Festschreibung erfolgt für mehrere Jahre. Sie determiniert unter anderem zum Teil die Höhe der Pauschalfördermittel.

In der Praxis ist es selten zu finden, dass die Anzahl der aufgestellten Betten, die täglich schwankt, mit den Planbetten übereinstimmt. Daher werden im Lagebericht teilweise anstelle der Planbetten die durchschnittlich aufgestellten Betten angegeben. Sofern erheblich weniger Betten durchschnittlich aufgestellt sind als genehmigt wurden, ist dies ein Indiz für eine schlechte Belegung. Unter Umständen muss damit gerechnet werden, dass die Planbettenanzahl gekürzt wird, was sich wiederum nachhaltig auf die Höhe der pauschalen Fördermittel und die Ertragslage der Einrichtungen auswirkt.

Die Anzahl der Planbetten kann als Abgrenzungskriterium beim Krankenhausbetriebsvergleich herangezogen werden und dadurch festlegen, welche Krankenhäuser miteinander verglichen werden. Falls die Planbetten nicht im Lagebericht aufgeführt werden, kann ein externer Analyst diese aus dem Landeskrankenhausplan und dem strukturierten Qualitätsbericht ablesen oder auf der Homepage der Einrichtungen recherchieren.

5.3.3. Fallzahl

Die Berechnung der Fallzahl eines Krankenhauses ergibt sich einheitlich nach den Vorgaben des statistischen Bundesamtes. Danach wird die Fallzahl aus den Patientenaufnahmen und Patientenentlassungen ermittelt, wobei Sterbefälle auch als Entlassungen zu berücksichtigen sind.⁴³¹

$$\text{Fallzahl} = \frac{\text{vollstationäre Aufnahmen}}{2} + \frac{\text{vollstationäre Entlassungen}}{2}$$

Formel 26: Fallzahl⁴³²

⁴³⁰ Vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2012 d), S. 1.

⁴³¹ Vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, (2012 e), S. 9.

⁴³² Vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2012 e), S. 9.

Da die Fallzahl ohnehin im Rahmen der Krankenhausstatistik-Verordnung zu erheben ist, wird sie als Leistungsindikator in vielen Lageberichten angegeben.⁴³³ Teilstationäre Fälle werden in die Berechnung nicht einbezogen, sondern separat dargestellt.

Die Entwicklung der Fallzahl lässt im Zeitvergleich den Nachfragetrend nach Gesundheitsleistungen an einer Klinik erkennen. Hieraus können Rückschlüsse auf die Leistungsqualität und die Ertragskraft gezogen werden.

Im Unternehmensvergleich kann die Fallzahlentwicklung nur bei Krankenhäusern gleicher Größe und mit vergleichbarem Leistungsspektrums sinnvoll eingesetzt werden.

5.3.4. Berechnungstage / Belegungstage

Die Berechnungstage sind die Tage, die für tagesgleiche Pflegesätze, also den Basis-, Abteilungs- oder teilstationären Pflegesatz in Rechnung gestellt werden.⁴³⁴ Gemäß § 14 Abs. 2 BPflV werden die Pflegesätze für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag des Krankenhausaufenthaltes berechnet. Der Entlassungs- oder Verlegungstag, der nicht zugleich Aufnahmetag ist, wird aber nur bei teilstationärer Behandlung berechnet. Die Basis- und Abteilungspflegesätze werden im Akutbereich lediglich in der Psychiatrie und Psychosomatik angesetzt.

Im DRG-Bereich wird hingegen von Belegungstagen gesprochen, also von Tagen an dem ein aufgestelltes Bett vollstationär belegt wurde.⁴³⁵ Ein Belegungstag ist der Aufnahmetag sowie jeder weitere Tag des Krankenhausaufenthaltes. Der Entlassungs- oder Verlegungstag wird nicht mit einbezogen.⁴³⁶ Wird ein Patient am gleichen Tag aufgenommen und verlegt oder entlassen, gilt dieser Tag als Aufnahmetag. Bei der Ermittlung der Berechnungs- und Belegungstage wird in der Praxis von den Tagen laut Mitternachtsstatistik gesprochen. Die Summen der Be-

⁴³³ Vgl. § 3 Nr. 17 KHStatV.

⁴³⁴ Vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2012 e), S. 7.

⁴³⁵ Vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2012 e), S. 7.

⁴³⁶ Vgl. Graumann, Mathias / Schmidt-Graumann, Anke (2011), S. 170.

rechnungs- und Belegungstage entspricht der Anzahl der an den einzelnen Tagen im Geschäftsjahr um Mitternacht untergebrachten Patienten.⁴³⁷

Der Begriff Pfl egetage ist nicht dem klinischen Akutbereich zuzuordnen. Von Pfl egetagen wird in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen gesprochen.⁴³⁸ Inhaltlich entsprechen die Pfl egetage den Berechnungstagen, weshalb sie oft fälschlicherweise auch im Akutbereich verwendet werden.

Im Zeitvergleich ist aus der Entwicklung der Berechnungs- / Belegungstage der Nachfragetrend nach Gesundheitsleistungen in der analysierten Klinik erkennbar. Durch die immer kürzer werdenden Verweildauern ist bei rückläufigen Berechnungs- / Belegungstagen ergänzend die Fallzahl zu betrachten, denn trotz geringerer Berechnungs- / Belegungstage kann die Fallzahl gestiegen sein.

Im Unternehmensvergleich können nur die Berechnungs- / Belegungstage von Krankenhäusern gleicher Größe und mit dem gleichen Leistungsspektrums sinnvoll verglichen werden und auch nur dann, wenn sie im Lagebericht angegeben werden.

5.3.5. Nutzungsgrad

Der Nutzungsgrad ist eine Kennzahl zur Beschreibung der Bettenauslastung, bei der die erbrachte Leistung der Klinik, gemessen in Berechnungs- / Belegungstagen, ins Verhältnis zur verfügbaren Kapazität, den Planbetten, gesetzt wird. Dadurch können besser Rückschlüsse auf die Leistungsentwicklung und damit auch auf die Ertragslage gezogen werden, als bei den absoluten Werten der Fallzahlen oder der Berechnungs- / Belegungstage.

Aber nicht nur im Zeitvergleich hat diese Kennzahl Vorteile, auch im Betriebsvergleich kann das Leistungsvolumen besser analysiert werden. Die unterschiedlichen Planbettenzahlen und das ungleiche Leistungsspektrum von Krankenhäusern werden hierdurch relativiert.

⁴³⁷ Vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2012 f), S. 1.

⁴³⁸ Vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2012 e), S. 8.

Der Nutzungsgrad kann zum Teil aus dem Lagebericht abgelesen werden. Alternativ kann der Nutzungsgrad selber berechnet werden, sofern die Berechnungs- / Belegungstage bekannt sind:

$$\text{Nutzungsgrad} = \frac{\text{Berechnungstage} + \text{Belegungstage}}{\text{Planbetten} \times 365} \times 100$$

Formel 27: Nutzungsgrad⁴³⁹

Nach der allgemeinen Berechnungsformel sind im Nenner die Tage im Jahr einzusetzen.⁴⁴⁰ Die Nachberechnung der Nutzungsgrade im Rahmen des empirischen Teils dieser Arbeit hat gezeigt, dass in den meisten Fällen mit 365 Tagen je Jahr gerechnet wird, gelegentlich mit 360 Tagen. Um ein einheitliches Vorgehen sicherzustellen, wird bei der Kennzahlenberechnung dieser Arbeit ebenfalls mit 365 Tagen gerechnet.

5.3.6. Durchschnittliche Verweildauer

Die durchschnittliche Verweildauer ist insbesondere im Zeitalter der DRGs eine wichtige Kontrollziffer zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit.

Sie gibt die durchschnittliche Anzahl der Tage an, die ein Patient im Krankenhaus verbracht hat.⁴⁴¹

Seit Einführung der Fallpauschalen wird für einen Krankenhausfall grundsätzlich nur eine Fallpauschale von den Kostenträgern entrichtet, wodurch der Anreiz für die Kliniken geschaffen wurde, die Patienten nicht länger als notwendig zu behandeln und die durchschnittliche Verweildauer kontinuierlich zu reduzieren.

Die Verweildauer ist damit eine wichtige Kennzahl für die Wirtschaftlichkeit eines Krankenhauses, die sowohl im Zeit- als auch im Betriebsvergleich eingesetzt werden kann.

Je kürzer die durchschnittliche Verweildauer ist, desto wahrscheinlicher ist es, dass die abrechenbaren Fallpauschalen kostendeckend sind.

⁴³⁹ Vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2012 e), S. 7.

⁴⁴⁰ Vgl. Hessisches Statistisches Landesamt (2012), S. 1.

⁴⁴¹ Vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2012 e), S. 9.

Je länger die durchschnittliche Verweildauer ist, desto eher ist die Aufbau- und Ablauforganisation im Hinblick auf Wirtschaftlichkeitsreserven zu überprüfen. Es ist zu berücksichtigen, dass das angebotene Leistungsspektrum einen Einfluss auf die durchschnittliche Verweildauer hat. So kann die Verweildauer einer Psychiatrie nicht mit der eines Akutkrankenhauses verglichen werden.

Deshalb wird auch für interne Zwecke empfohlen, die durchschnittliche Verweildauer je Fachabteilung zu berechnen, um die Verweildauerschwankungen bei unterschiedlichen Krankheitsbildern zu eliminieren und um abteilungsbezogene Ziele und Maßnahmen ableiten zu können.

Die durchschnittliche Verweildauer ist entweder aus dem Lagebericht ablesbar oder kann vom externen Analytisten berechnet werden, sofern die Berechnungs- / Belegungstage und die stationäre Fallzahl des Jahres angegeben sind:

$$\text{durchschnittliche Verweildauer} = \frac{\text{Berechnungstage} + \text{Belegungstage}}{\text{Fallzahl stationär}}$$

Formel 28: durchschnittliche Verweildauer⁴⁴²

5.3.7. Case Mix Index

Der Case Mix Index (CMI) ist im DRG Abrechnungssystem eine Kennzahl, die den durchschnittlichen Schweregrad der behandelten Fälle einer Klinik im Anrechnungszeitraum darstellt.

Der Schweregrad (Relativgewicht) eines Behandlungsfalles ergibt sich aus der Eingruppierung in eine DRG. Durch die Addition aller Relativgewichte der behandelten Patienten in einem Budgetzeitraum oder Wirtschaftsjahr berechnet sich die Summe der Bewertungsrelationen, der Case Mix (CM). Er spiegelt die ökonomische Fallmischung wider und beschreibt das Leistungsgeschehen eines Krankenhauses.⁴⁴³

⁴⁴² Vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2012 e), S. 9.

⁴⁴³ Vgl. Statistische Bundesamt (2011 b), S. 6.

Wird der Case Mix durch die Anzahl der behandelten Fälle geteilt, erhält man den CMI.⁴⁴⁴ Ein CMI von 1,0 gilt dabei als Basiswert. Je nach Komplexität der Fälle und des Leistungsangebotes liegt der CMI unter 1,0 oder darüber. So ist bei einer Universitätsklinik mit einem CMI über 1,0 zu rechnen. Ein Krankenhaus, das keine komplexen Leistungen anbietet und auch kein zentraler Anlaufpunkt für Rettungsdienste mit schwerverletzten Patienten ist, erbringt in der Regel einen CMI unter 1,0.

Der CMI wird oftmals als Leistungsindikator im Rahmen der Berichterstattung der Geschäftsführung im Lagebericht angegeben, weshalb er vom externen Analysten als Kennzahl zur Beurteilung der durchschnittlichen Fallschwere und deren Entwicklung herangezogen werden kann.

Im Zeitvergleich kann ein rückläufiger CMI ein Zeichen für abnehmende Nachfrage oder ein nicht vorhandenes Angebot an hochwertigen und komplexen Leistungen, beispielsweise aufgrund eines Chefarztwechsels, sein.

Je niedriger der CMI im Vergleich zu anderen Krankenhäusern ist, desto schwieriger ist die wirtschaftliche Lage einer Klinik anzusehen. Ein niedriger CMI bedeutet gleichzeitig einen niedrigen Umsatzerlös je Fall, wodurch das Risiko steigt, nicht kostendeckend arbeiten zu können.

Im Betriebsvergleich können außerdem Rückschlüsse auf die Marktposition innerhalb einer Stadt oder Region gezogen werden.

Der Zusammenhang von der Fallschwere eines einzelnen Patienten und des CMI wird mittels der Abbildung veranschaulicht:

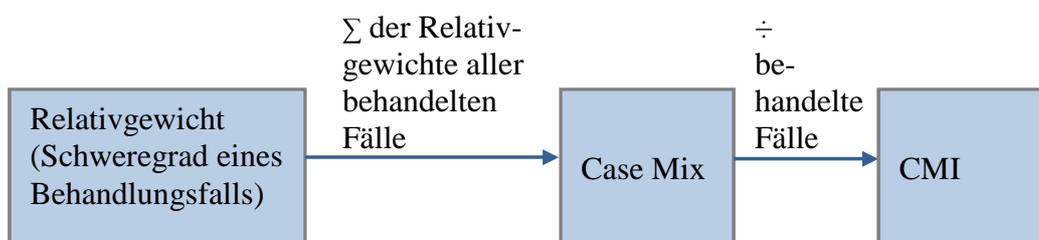


Abbildung 21: Zusammenhang von Relativgewicht und CMI

⁴⁴⁴ Vgl. Statistische Bundesamt (2011 b), S. 6.

5.3.8. Weitere Kenngrößen

Im Lagebericht ist zum Teil auch das Ergebnis der Kapitalflussrechnung aufgeführt. Hieraus können Erkenntnisse zum Mittelzufluss und Mittelabfluss innerhalb des Betrachtungszeitraums gewonnen werden. Da es dem externen Analytiker auf Basis des Jahresabschlusses nicht möglich ist, den Cashflow zu berechnen, kann ein Vergleich nur mit Häusern durchgeführt werden, die ebenfalls die Kapitalflussrechnung im Lagebericht veröffentlichen.

Zur Berechnung einiger Kennzahlen, wie der Liquidität 3. Grades, kann zur Unterteilung in kurzfristiges und langfristiges Vermögen und Kapital ein Blick in den Lagebericht hilfreich sein. Dieser erspart möglicherweise das Summieren der Fristigkeitsvermerke der einzelnen Bilanzpositionen, da im Lagebericht die Aktiva und Passiva, gegebenenfalls nach Fristigkeiten, strukturiert wurden. In diesen Fällen ist es auch möglich, die Rückstellungen in einen langfristigen und einen kurzfristigen Teil zu spalten.

5.4. Fragenkatalog nach § 53 Haushaltsgrundsätzegesetz

Ist eine Gebietskörperschaft (Bund, Land, Kommune) mehrheitlich an einem Unternehmen privatrechtlicher Form beteiligt, so ist gemäß § 1 Abs. 1 Nr. 1 HGrG die Jahresabschlussprüfung zu erweitern. Vom Wirtschaftsprüfer ist zusätzlich die Ordnungsmäßigkeit der Geschäftsführung zu prüfen und darüber ein Bericht zu erstatten. Die Prüfung der Ordnungsmäßigkeit der Geschäftsführung erfolgt dabei mit einem Fragenkatalog nach IDW PS 720. Der Katalog umfasst 16 Fragenkreise, die sich speziell auf die Tätigkeit von Überwachungsorganen und der Geschäftsleitung, die Ablauf- und Aufbauorganisation, wichtige Management- und Funktionsbereiche, die Überwachung, das Controlling, die interne Revision und auf die Funktionsfähigkeit des Risikomanagementsystems beziehen.⁴⁴⁵ Darüber hinaus erstreckt sich die Befragung auf die eingesetzten Finanzinstrumente und die im Geschäftsjahr getätigten Investitionen, deren Beschaffungsverfahren und die Auftragsvergaben. Außerdem erfolgt eine vertiefende Analyse und Beurteilung der Vermögens-, Finanz- und Ertragslage.⁴⁴⁶

⁴⁴⁵ Vgl. IDW PS 720.

⁴⁴⁶ Vgl. IDW PS 720.

Der beantwortete Fragenkatalog ist normalerweise Bestandteil des Prüfungsberichtes des Wirtschaftsprüfers, aber nicht des Jahresabschlusses, weshalb er auch nicht veröffentlicht wird. Adressat ist die Gebietskörperschaft als Anteilseigner der Gesellschaft. Dem externen Analysten ist der beantwortete Fragenkatalog generell nicht zugänglich. Potenziellen Kapitalgebern wird deshalb empfohlen, anstelle des Testates des Wirtschaftsprüfers den gesamten Prüfungsbericht anzufordern, um auch die Informationen des Fragenkatalogs würdigen zu können.

Im Hinblick auf die Bonitätsanalyse und die Beurteilung der aktuellen und künftigen wirtschaftlichen Lage des Unternehmens sind besonders die Ausführungen ab Fragenkreis 11 interessant. Es werden Fragen zu ungewöhnlichen Bilanzpositionen und stillen Reserven, zur Unternehmensfinanzierung, Eigenkapitalausstattung, Wirtschaftlichkeit und zu verlustbringenden Geschäften und geplanten Maßnahmen zur Verbesserung der Ertragslage beantwortet.^{447 448}

Krankenhausspezifische Informationen sind dem Fragenkatalog nicht zu entnehmen.

5.5. Strukturierter Qualitätsbericht der Krankenhäuser

Alle Plankrankenhäuser, Hochschulkliniken und Krankenhäuser mit einem Versorgungsauftrag sind gemäß § 137 Abs. 3 SGB V seit 2005 verpflichtet, einen Qualitätsbericht aufzustellen und diesen den Krankenkassen zur Veröffentlichung im Internet zur Verfügung zu stellen. Seit 2012 ist der Bericht jährlich, vorher war er alle zwei Jahre aufzustellen. Durch den strukturierten Qualitätsbericht soll es Patienten ermöglicht werden, sich über das Medium Internet im Vorfeld der Behandlung über die Leistungsanbieter zu informieren.⁴⁴⁹ Der Bericht ist in vier Abschnitte gegliedert.

Im ersten Teil A sind allgemeine Daten, wie die Art des Krankenhauses, der Träger, die Organisationsstruktur, das Bestehen einer möglichen regionalen Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie, fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte, wie z.B. Tumorzentren und medizinisch-pflegerische Leistungsangebote, nicht medizinische Serviceangebote, die apparative Ausstattung, die Lehre und Forschungsschwerpunkte des Krankenhauses dargestellt. Darüber hinaus

⁴⁴⁷ Vgl. IDW PS 720.

⁴⁴⁸ Vgl. Anlage 9.

⁴⁴⁹ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2011), S. 4.

werden die Bettenanzahl und die Fallzahl der stationär behandelten Patienten genannt.

Sofern die Fallzahl zur Berechnung von Kennzahlen benötigt wird und nicht im Lagebericht aufgeführt ist, kann sie im Einzelfall aus dem Qualitätsbericht entnommen werden, wobei dieser zeitversetzt veröffentlicht wird.

Daneben werden Angaben zur personellen Ausstattung im ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Bereich gemacht. Auch diese Daten können bei der Bildung berufsgruppenspezifischer Personalkennzahlen hilfreich sein.

Im Teil B werden die Struktur- und Leistungsdaten der einzelnen Organisationseinheiten und Fachabteilungen aufgeführt. Die häufigsten Diagnosen und Prozeduren, die personelle Ausstattung je Fachbereich und die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten werden genannt. Dieser Teil, mit den medizinischen Leistungsdaten, dient zur Darstellung des Leistungsspektrums.

Der Teil C beschreibt die Teilnahme, Maßnahmen und Ergebnisse der extern vergleichenden Qualitätssicherung.⁴⁵⁰ Die externe Qualitätssicherung und Prüfung wird von einem fachlich unabhängigen Institut, zusammen mit den Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung durchgeführt.⁴⁵¹ Die Krankenhäuser dokumentieren hierfür qualitätsrelevante Daten und übermitteln jeweils einen Datensatz je Patient an die zuständige Stelle. Dort werden die Daten ausgewertet und in Form von Qualitätskennziffern aufbereitet und dann wiederum den Krankenhäusern zu Verfügung gestellt. Bei auffälligen Häusern können Maßnahmen ergriffen werden, die von der Dialogaufnahme bis hin zur Kündigung von Behandlungsverträgen reichen.⁴⁵²

Im letzten Teil D werden meist ohne Darstellung von konkreten Zahlen, die Qualitätspolitik und deren Ziele, das Qualitätsmanagementsystem, die eingesetzten Instrumente und die aktuellen Projekte beschrieben. Gegebenenfalls werden extern vergebene Zertifikate erwähnt.

⁴⁵⁰ Vgl. Gaydoul, Tobias (2009), S. 18 f.

⁴⁵¹ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2011), S. 19.

⁴⁵² Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2011), S. 20.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass aus dem strukturierten Qualitätsbericht zusätzliche Informationen zum Jahresabschluss gewonnen werden können. Im Rahmen der finanzwirtschaftlichen Analyse werden sich diese aber auf den Teil A beschränken. Für die Analyse des medizinischen und pflegerischen Leistungsangebotes bieten sich die Teile B und C an.

In den vorangegangenen Kapiteln wurde dargestellt, welche Möglichkeiten sich bei der externen Jahresabschlussanalyse von Krankenhäusern bieten, bei welchen Finanzkennzahlen aufgrund der Krankenhausbuchführungsverordnung Modifizierungsbedarf besteht und aus welchen Quellen zusätzliche qualitative Daten gewonnen werden können. Im Folgenden werden ausgewählte Kennzahlen exemplarisch berechnet und im Zeitablauf betrachtet.

6. Analyse der Jahresabschlüsse

6.1. Vorgehensweise

Die Jahresabschlüsse von Krankenhäusern sollten in den ersten 4 Monaten des Folgejahres⁴⁵³ aufgestellt und bei Kapitalgesellschaften von den gesetzlichen Vertretern einem Abschlussprüfer vorgelegt werden.⁴⁵⁴ Der Abschlussprüfer berichtet anschließend über Art, Umfang und Ergebnis seiner Prüfung und fasst das Ergebnis im Bestätigungsvermerk zusammen.⁴⁵⁵ Der Jahresabschluss wird dann in der Regel dem Aufsichtsorgan vorgelegt und von der Gesellschafterversammlung festgestellt. Gemäß § 325 HGB ist der Abschluss unverzüglich nach Vorlage an die Gesellschafter zu veröffentlichen, spätestens bis zum Ende des Folgegeschäftsjahres. In der Praxis zeigt sich, dass Krankenhäuser ihren Jahresabschluss im Laufe der ersten Jahreshälfte aufstellen und dem Wirtschaftsprüfer vorlegen. Wenn die Prüfung reibungslos verläuft und keine besonderen Vorkommnisse den Verlauf verzögern, kann die Prüfung noch vor der Sommerpause abgeschlossen werden. Die darauf folgenden Aufsichtsratssitzungen und Gesellschafterversammlungen reichen oft bis in den Herbst hinein, sodass sich die Veröffentlichung der Abschlüsse meist bis zum Ende des Folgejahres oder gar bis zum Anfang des übernächsten Jahres hinzieht.

Um eine weitgehend vollständige Erhebung durchführen zu können, werden die Jahresabschlüsse 2010, 2009 und 2008 in die Untersuchung einbezogen. Zum Zeitpunkt der Datenerhebung waren nur vereinzelt Jahresabschlüsse für das Geschäftsjahr 2011 veröffentlicht.

Die Untersuchung erstreckt sich dabei auf Jahresabschlüsse von Krankenhäusern die als Kapitalgesellschaft geführt werden und ihren Jahresabschluss nach § 325 HGB beim elektronischen Bundesanzeiger bekannt machen müssen. Die Stiftungen, Anstalten des öffentlichen und kirchlichen Rechts sowie Eigen- und Regiebetriebe werden daher nicht berücksichtigt. Der Zugang zu den Jahresabschlüssen bleibt bei diesen Rechtsformen den externen Analytikern in der Regel

⁴⁵³ Vgl. § 4 Abs. 2 KHBV.

⁴⁵⁴ Vgl. § 316 Abs. 1 HGB.

⁴⁵⁵ Vgl. §§ 321 f. HGB.

verwehrt oder erfolgt nur im Einzelfall aus einem besonderen Anlass, sodass kein Vergleich im Zeitablauf möglich ist.

Zudem ist nicht nur die Ermittlung von Vergleichsgrößen die Zielsetzung der Arbeit, es soll gleichzeitig den Adressaten die Möglichkeit gegeben werden, die Berechnungen nachzuvollziehen, im Zeitablauf weiterzuführen, zu erweitern, Korrelationen und länderspezifische Ausprägungen zu erkennen.

Hinsichtlich der Vergleichbarkeit der Krankenhäuser wird folgende Abgrenzung vorgenommen:

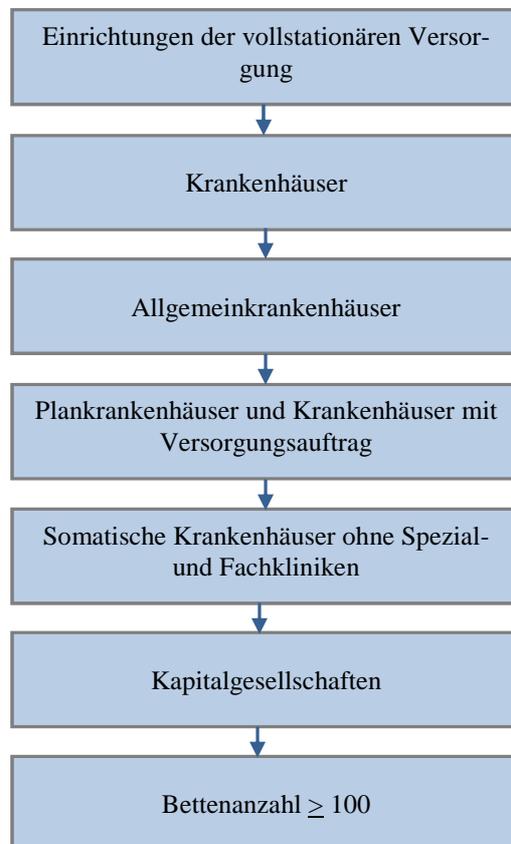


Abbildung 22: Eingrenzung der analysierten Krankenhäuser

Von den zur Verfügung stehenden Einrichtungen der vollstationären Krankenversorgung werden die Krankenhäuser, im speziellen die Allgemeinkrankenhäuser untersucht. Im Hinblick auf deren Zulassung können die meisten Hochschulkliniken aufgrund ihrer Rechtsform nicht berücksichtigt werden, auch Krankenhäuser ohne Versorgungsauftrag werden nicht einbezogen, da eine Vergleichbarkeit mit

anderen Kliniken durch die unterschiedlichen Zielsysteme und Finanzierungsstrukturen nicht gegeben ist.

Ebenso fließen Spezial- oder Fachkliniken und kleine Krankenhäuser unter 100 Betten nicht in die Untersuchung ein, da deren Leistungsspektrum nicht mit dem von allgemeinen somatischen Krankenhäusern vergleichbar ist.

Sofern ein Krankenhaus als Kapitalgesellschaft betrieben wird und Tochterunternehmen eines nach § 290 HGB zur Aufstellung eines Konzernabschlusses verpflichteten Mutterunternehmens ist und die Befreiungsvorschrift nach § 264 Abs. 3 HGB in Anspruch nimmt, können die Einzelabschlüsse in der Auswertung mangels veröffentlichter Einzelabschlüsse nicht berücksichtigt werden.

Falls im Konzernabschluss erkennbar ist, dass weitere soziale Einrichtungen, die nicht der stationären Krankenhausversorgung dienen, konsolidiert werden, wird der Konzernabschluss ebenfalls nicht in die Untersuchung einbezogen. Eine Vergleichbarkeit von Krankenhäusern mit Alten- und Pflegeheimen, Behinderteneinrichtungen, Medizinischen Versorgungszentren oder Dienstleistungsgesellschaften ist aufgrund unterschiedlicher Zielsysteme, Zahlungsziele bei den Forderungen, nicht vergleichbarer Parameter im Bereich der Nutzungsdauern von Anlagevermögen, anderer Finanzierungs-, Aufwands- und Ertragsstrukturen nicht gegeben. Die Kennzahlen würden verfälschte Ergebnisse liefern und damit der Zielsetzung dieser Arbeit widersprechen.

Das Gleiche gilt für Einzelabschlüsse, die neben den Krankenhäusern noch Alten- und Pflegeheime oder sonstige soziale Einrichtungen als unselbstständige Betriebsstätten beinhalten. Zur Erhöhung der ausgewerteten Grundgesamtheit wird hiervon eine Ausnahme bei Krankenhausabschlüssen gemacht, bei denen der Heimbereich im Verhältnis zum Krankenhaus von absolut untergeordneter Bedeutung ist und sich damit nicht nennenswert auf die Kennzahlenergebnisse auswirkt.

Sofern Jahresabschlüsse wegen der Erleichterungsvorschriften nach § 321 HGB in verkürzter Form veröffentlicht werden, können diese mangels erforderlicher Angaben zu den einzelnen Bilanzpositionen nicht ausgewertet werden. Ebenso wer-

den Jahresabschlüsse bei Rumpfgeschäftsjahren⁴⁵⁶ oder die nach dem Umsatzkostenverfahren aufgestellt sind nicht berücksichtigt.⁴⁵⁷

Da keine verbindlichen Vorgaben zu den Angaben im Lagebericht fixiert sind, werden nicht immer die Leistungsindikatoren CMI, durchschnittliche Verweildauer und der Nutzungsgrad angegeben. Die Grundgesamtheit bei diesen Kennzahlen weicht deshalb bei der Datenanalyse von denen anderer Kennzahlen ab und variiert im Erhebungszeitraum.

Gelegentlich wird in der Praxis vergessen, den Anlagespiegel als Bestandteil des Anhangs zu veröffentlichen, weshalb der Anlagenabnutzungsgrad nicht durchgängig berechnet werden kann.

Ebenso basiert die Kennzahl „Erlösanteil Krankenhausleistungen“ auf einer geringeren Grundgesamtheit als die restlichen Kennzahlen, da einige veröffentlichte Jahresabschlüsse nach dem HGB-Gliederungsschema aufgebaut wurden und kein ergänzender Aufriss der Umsatzerlöse im Anhang erfolgte. Der Erlösanteil der Krankenhausleistungen konnte deshalb nicht berechnet werden.

Obwohl sich die Analyse auf die dargestellte Eingrenzung von Krankenhäusern konzentriert, können die ermittelten Vergleichswerte als Benchmark oder Orientierungsgröße auf weitere Kliniken, beispielsweise auf Tochterkrankenhäuser innerhalb von Konzernen oder Krankenhäuser in öffentlichen Rechtsformen übertragen werden.

Die zur Kennzahlenberechnung relevanten Bilanz- und GuV-Positionen werden aus den veröffentlichten Jahresabschlüssen und dem Lagebericht abgelesen und in einer Excel-Datei erfasst, um dann Berechnungen durchführen zu können.

Dabei werden für jede Kennzahl und jedes Analysejahr der arithmetische Mittelwert und der Median berechnet. Ergänzend wird bei dem Working Capital der

⁴⁵⁶ Das Rumpfgeschäftsjahr umfasst meistens einen Zeitraum von weniger als 12 Monaten und soll die Anpassungsphase zwischen zwei vollständigen Geschäftsjahren, aufgrund von Neugründungen, Auflösungen oder Veräußerungen überbrücken.
⁴⁵⁷ Bei der Auswertung der Jahresabschlüsse, konnte ein Krankenhaus nicht berücksichtigt werden, da die GuV-Rechnung nach dem Umsatzkostenverfahren aufgestellt wurde.

Minimal- und Maximalwert ermittelt, um die starken Unterschiede bei dieser Kennzahl zu veranschaulichen.

Das arithmetische Mittel entspricht der Summe aller Werte einer Variablen (z. B. Anlagenabnutzungsgrad) geteilt durch die Anzahl der Untersuchungseinheiten (Krankenhäuser).⁴⁵⁸ Es entspricht dem Wert, der sich ergibt, wenn man die Summe aller Variablenwerte gleichmäßig auf die Untersuchungseinheiten verteilt. Das arithmetische Mittel ist von der Größe jedes Variablenwertes abhängig, sodass einige sehr hohe oder sehr niedrige Werte als Extremwerte das arithmetische Mittel verschieben.

Aus diesem Grund wird ergänzend der Median berechnet. Der Median hat gegenüber dem arithmetischen Mittel den Vorteil, robuster gegen Ausreißer zu sein.⁴⁵⁹ Zur Berechnung des Median werden die Werte einer Variablen, also beispielsweise alle berechneten Anlagenabnutzungsgrade, nach der Größe sortiert. Der Median ist der Wert, der in der Mitte der Datenreihe steht. Bei einer geraden Anzahl wird aus den beiden mittleren Werten der Durchschnitt berechnet. Dieser stellt dann den Median dar.⁴⁶⁰

Das arithmetische Mittel, der Median, der Minimal- und der Maximalwert werden zunächst für jedes Bundesland berechnet. Die anschließende Ermittlung dieser Werte für Gesamtdeutschland erfolgt wegen der unterschiedlichen Anzahl von Krankenhäusern in den einzelnen Bundesländern nicht aus den Mittelwerten der Länder sondern aus der vollständigen Grundgesamtheit.

Auf Basis der berechneten Kennzahlen werden letztlich die in Kapitel 1 formulierten Hypothesen geprüft und deren Ergebnisse analysiert.

⁴⁵⁸ Vgl. Bleymüller, Josef / Gehlert, Günther (2011), S. 4.

⁴⁵⁹ Vgl. Frost, Ira (2012), S. 31.

⁴⁶⁰ Vgl. Bleymüller, Josef / Gehlert, Günther (2011), S. 4.

6.2. Datenquellen

Alle bei der empirischen Untersuchung verwendeten Daten stammen ausnahmslos aus öffentlich zugänglichen Quellen, so dass die Analyse jederzeit fortgeführt werden kann.

Die Ausgangsbasis der Datenerhebung bildet das vom Statistischen Bundesamt veröffentlichte Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland mit Stand zum 31. Dezember 2010, erschienen am 29. Mai 2012. Das Verzeichnis umfasst 1.993 von den insgesamt 2.064 Einrichtungen, die am 31. Dezember 2010 zur stationären Versorgung der Bevölkerung vorhanden waren. Die Differenz ist darin begründet, dass nicht alle Krankenhäuser an der Erhebung des statistischen Bundesamtes teilgenommen haben.⁴⁶¹ Das kann aber aus Wesentlichkeitsgründen insgesamt vernachlässigt werden.

Die Erhebung erfolgte getrennt nach Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Untersucht werden in dieser Arbeit ausschließlich Krankenhäuser unter Berücksichtigung der in Kapitel 6.1. festgelegten Abgrenzungskriterien.

Aufgrund des Standes des Verzeichnisses zum 31. Dezember 2010 war es zum Zeitpunkt der Datenerhebungen notwendig, vereinzelt Anpassungen vorzunehmen, wie etwa bei der Bettenanzahl. Auch die zwischenzeitlichen Verschmelzungen mit anderen Krankenhäusern waren zu berücksichtigen.

Ausgehend von den im Krankenhausverzeichnis aufgeführten Krankenhäusern wurden die im elektronischen Bundesanzeiger veröffentlichten Jahresabschlüsse der Jahre 2008, 2009 und 2010 gezogen und die für die Kennzahlenermittlung relevanten Daten erfasst. Sofern wesentliche Angaben in den Abschlüssen nicht zu finden waren, wurde geprüft, ob diese aus den strukturierten Qualitätsberichten oder den auf der Homepage veröffentlichten Geschäftsberichten entnommen wer-

⁴⁶¹ Vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2012), S. 5.

den konnten. Gegebenenfalls wurde auch der jeweilige Landeskrankenhausplan zur Abstimmung der aktuellen Planbettenanzahl herangezogen.

Sofern einer Krankenhaus-GmbH zwei oder mehr Krankenhäuser angehören, wurde der Jahresabschluss nur einmal erfasst, obwohl er mehrere Einrichtungen beinhaltet. Die Datenerfassung bezieht sich damit auf Jahresabschlüsse und nicht auf Krankenhäuser.

6.3. Kennzahlenauswahl

6.3.1. Krankenhausinformationssystem

Mit Hilfe von einzelnen Kennzahlen kann sich der Analyst schnell und einfach über bestimmte betriebliche Tatbestände informieren.⁴⁶² Während beispielsweise bei der Bildung von Verhältniszahlen komplexe Sachverhalte und Zusammenhänge einerseits auf einen einzigen Quotienten reduziert werden, geht andererseits mit dieser konzentrierten Informationsvermittlung auch die Gefahr einher, dass wichtige Einzelheiten der zu beschreibenden Situation verloren gehen.⁴⁶³

Um diesen Informationsverlust im Hinblick auf die Bonitätsbeurteilung von Krankenhäusern zumindest teilweise zu vermeiden, wurden verschiedene sich gegenseitig ergänzende Kennzahlen ausgewählt. Im Fokus stand auch eine möglichst redundanzfreie Auswahl von Kenngrößen und die Erfüllung des Verwendbarkeitskriteriums sowohl im Zeit- als auch im Krankenhausbetriebsvergleich, so dass aus den vergangenheitsorientierten Zahlen auch Prognosen hinsichtlich der künftigen Leistungsfähigkeit getroffen werden können.

Bei den ausgewählten Kennzahlen handelt es sich um absolute und relative Zahlen zur Beurteilung der Vermögens-, Finanz- und Erfolgslage sowie zur Betrachtung der erfolgswirtschaftlichen Entwicklung unter Einbezug des externen Produktionsfaktors Patient (z. B.: Nutzungsgrad, CMI).

Auf der Grundlage der ausgewählten Kennzahlen, sollen den Adressaten die benötigten Informationen systematisch zur Verfügung gestellt werden, um anschließend eine Beurteilung der aktuellen und künftigen Bonitätslage zu ermöglichen.

⁴⁶² Vgl. Küting, Karlheinz / Weber, Claus-Peter (2009), S. 57.

⁴⁶³ Vgl. Küting, Karlheinz / Weber, Claus-Peter (2009), S. 57.

6.3.2. Kennzahl zum Sachanlagevermögen

Das Sachanlagevermögen bestimmt wegen der Notwendigkeit im Krankenhausbetriebsprozess generell die Vermögensstruktur der Krankenhäuser. Im Hinblick auf die rückläufige Förderquote und den Investitionsstau in deutschen Krankenhäusern von über 50 Milliarden Euro bereits im Jahr 2010,⁴⁶⁴ bietet sich bei der Bilanzanalyse der Einsatz einer Kennzahl an, anhand derer Erkenntnisse über die Altersstruktur des Anlagevermögens gewonnen und Entwicklungen erkannt werden können.

Aus diesem Grund werden im Rahmen der vorliegenden Arbeit Vergleichswerte für den Anlagenabnutzungsgrad berechnet. Die Zielgruppen, wie etwa die Banken und die Ministerien können mit Hilfe dieser Werte die Altersstruktur des Anlagevermögens, die bisherige Investitionsfähigkeit und den künftigen Investitionsbedarf sowie den daraus resultieren Mittelabfluss für das einzelne Krankenhaus beurteilen.

Für Krankenhäuser können die berechneten Vergleichswerte im Zusammenhang mit der Entwicklung des jeweiligen eigenen Abnutzungsgrades eine Argumentationsbasis gegenüber der Fördermittelbehörde oder dem Träger, zur Notwendigkeit der Bewilligung von Fördermitteln sein.

Berechnet wird der Anlagenabnutzungsgrad, indem aus den veröffentlichten Anlagespiegeln die kumulierten Abschreibungen auf das Sachanlagevermögen am Ende der Periode ins Verhältnis zu den ebenfalls am Ende der Periode aufgelaufenen Anschaffungs- und Herstellungskosten gesetzt wird, bevor die Multiplikation mit 100 erfolgt.

Da sowohl die Abschreibungs- als auch die Investitionsquote sich besser für eine Status-quo-Betrachtung als für einen Betriebsvergleich eignen, erfolgt für diese Kennzahlen keine Ermittlung von Vergleichswerten.

⁴⁶⁴ Vgl. Seidlitz, Frank (2010), S. 1.

6.3.3. Kennzahlen zur Liquiditätslage

Die Liquidität als eines der wichtigsten Kriterien zum Fortbestand eines Unternehmens, ist eine stichtagsbezogene und vergangenheitsorientierte Größe, die sich durch den laufenden Geschäftsbetrieb und bilanzpolitische Maßnahmen innerhalb kürzester Zeit gänzlich verändern kann.

Die Alternative hierzu, die aussagekräftigere Kapitalflussrechnung, kann jedoch vom externen Analysten nicht erstellt werden und ist auch nur selten Bestandteil des veröffentlichten Lageberichtes. Deshalb wird versucht, durch die gleichzeitige Berechnung der Liquidität 3. Grades und des Working Capitals, den Informationsgehalt hinsichtlich der Liquiditätslage zu erhöhen.

Die Auswahl des 3. Liquiditätsgrades, anstelle des 1. oder 2. Liquiditätsgrades, ist getroffen worden, weil dieser inhaltlich weiter gefasst ist und dadurch die starke Stichtagsbezogenheit etwas relativiert.

Die Liquidität 3. Grades berechnet sich aus dem Quotienten von kurzfristigem Umlaufvermögen und kurzfristigem Fremdkapital multipliziert mit 100. Das Umlaufvermögen umfasst die in der Bilanz ausgewiesenen Vorräte, alle Forderungen und sonstigen Vermögensgegenstände mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr, die Wertpapiere des Umlaufvermögens sowie die Bankguthaben und flüssigen Mittel. Teilweise ist bei der Datenerfassung keine Summierung der Bilanzposten des Umlaufvermögens notwendig, da in den veröffentlichten Bilanzen eine Summenzeile integriert wurde, bei der lediglich das langfristige Umlaufvermögen abzuziehen ist.

Unter dem kurzfristigen Fremdkapital werden die kurzfristigen Rückstellungen und die Verbindlichkeiten mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr zusammengefasst. Bei den kurzfristigen Rückstellungen werden die Steuerrückstellungen und die sonstigen Rückstellungen erfasst. Die kurzfristigen Verbindlichkeiten können im besten Fall aus dem Verbindlichkeitspiegel im Anhang abgelesen werden.⁴⁶⁵ Bei Angaben in T€ werden diese aus Wesentlichkeitsgründen mit Nullen aufgefüllt. Falls kein Verbindlichkeitspiegel veröffentlicht wurde, müssen bei allen Verbindlichkeiten die kurzfristigen Anteile einzeln erfasst und summiert werden.

⁴⁶⁵

Vgl. Anlage 7.

Beim Working Capital, als Differenz von kurzfristigem Umlaufvermögen und kurzfristigem Fremdkapital, werden die gleichen Größen in die Berechnungsformel eingesetzt, wie bei der Liquidität 3. Grades. Der Einsatz dieser Kennzahl eignet sich besonders für den Zeitvergleich ergänzend zur Liquidität 3. Grades.

Die Forderungsreichweite (DSO), als zentrale Kennzahl zur Beurteilung der Leistungs- und Leistungsfähigkeit des Managements im Hinblick auf die Codierungs- und Fakturierungsprozesse, spiegelt die Zahlungsfähigkeit der Krankenhäuser wider. Insbesondere in den Bundesländern, bei denen der Landesvertrag oder die individuellen Vereinbarungen mit den Kostenträgern den Krankenkassen lange Zahlungsziele einräumen, kann eine hohe Forderungsreichweite trotz wirtschaftlicher Leistungserbringung zu massiven Liquiditätsengpässen führen. Deshalb ist der Einsatz dieser Kennzahl bei der Bonitätsanalyse von Krankenhäusern empfehlenswert.

Die DSO wird als Quotient der Forderungen aus Lieferungen und Leistungen und der Umsatzerlöse Nr. 1-4 berechnet und mit 360 Tagen multipliziert. Die Forderungen aus Lieferungen und Leistungen und die Umsatzerlöse Nr. 1-4 können aus der Bilanz beziehungsweise der GuV-Rechnung abgelesen werden. Aufgrund der unterschiedlich festgelegten Zahlungsziele für die Kostenträger in den einzelnen Bundesländern, ist vom Analysten der jeweilige Vergleichswert des entsprechenden Bundeslandes heranzuziehen.

6.3.4. Kennzahl zur Kapitalstruktur

Die Eigenkapitalquote als Messgröße zur Beurteilung der Krisenanfälligkeit und Finanzierungsstruktur ist im Bereich der Bonitätsanalyse von Krankenhäusern eine wichtige Kennzahl, die auch von den verschiedensten Quellen regelmäßig nachgefragt wird.

Damit die ermittelte Eigenkapitalquote künftig mit einem allgemein zugänglichen Vergleichswert der Branche gemessen werden kann, wird in dieser Arbeit die Eigenkapitalquote allgemein und die modifizierte Eigenkapitalquote auf Basis der verkürzten Bilanzsumme berechnet. Speziell bei der Bonitätsanalyse wird der Einsatz der modifizierten Eigenkapitalquote empfohlen.

Dazu wird im Zähler das Eigenkapital abzüglich des aktiven Ausgleichspostens für Eigenmittel eingesetzt und im Nenner die Bilanzsumme minus des aktiven Ausgleichspostens für Eigenmittelförderung und abzüglich der Sonderposten aus Zuwendungen zur Finanzierung des Sachanlagevermögens und anschließend mit 100 multipliziert. Alle genannten Werte können direkt aus der Bilanz abgelesen und in die Berechnungsformel übertragen werden.

Bei der alternativen Berechnung der Eigenkapitalquote ohne Bereinigung der Bilanzierungshilfe und der Sonderposten, wird das gesamte Eigenkapital ins Verhältnis zu der ungekürzten Bilanzsumme gesetzt und mit 100 multipliziert.

6.3.5. Kennzahlen zur Erfolgsstruktur

Zur Beurteilung der Erfolgsstruktur werden vor allem die Personal- und die Materialintensität empfohlen, um die Aufwandsstruktur mit anderen Krankenhäusern vergleichen und kritisch betrachten zu können und dadurch Rückschlüsse auf die Wirtschaftlichkeit sowie die künftige Bonitätslage schließen zu können.

Daneben bietet sich zur Analyse der Ertragslage die Kennzahl „Erlösanteil Krankenhausleistungen“ an, die darstellt, wie hoch der Erlösanteil aus dem Kerngeschäft ist und ob es dem Krankenhaus gelingt, zusätzlich andere Erlöse zu generieren.

Bei der Berechnung der beiden Intensitätskennzahlen kommen keine Fragestellung hinsichtlich der Ermittlung der in die Formel einzusetzenden Werte auf, da sowohl der Personalaufwand als auch der Materialaufwand aus der GuV-Rechnung abgelesen und ins Verhältnis zu den Umsatzerlösen Nr. 1-4, den Bestandsveränderungen und den anderen aktivierten Eigenleistungen gesetzt werden kann, die ebenfalls aus der GuV-Rechnung entnommen werden können.

Auch bei der Berechnung des Erlösanteils der Krankenhausleistungen, werden die Daten direkt aus der GuV-Rechnung übernommen und im Berechnungstool eingetragen.

6.3.6. Kennzahl zur Rentabilität

Als Ergänzung zur Erfolgsanalyse wird die Berechnung einer Rentabilitätskennzahl empfohlen, gleichwohl ein primäres Ziel von öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäusern nicht die Gewinnmaximierung, sondern die Existenzsicherung und eine solide finanzwirtschaftliche Basis ist.⁴⁶⁶

Dazu wird empfohlen, die modifizierte betriebsbezogene Umsatzrentabilität einzusetzen, wodurch erkannt werden kann, wie effizient das Krankenhaus agiert.⁴⁶⁷

Dabei wird das Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit ins Verhältnis zu den Umsatzerlösen Nr. 1-4 gesetzt und mit 100 multipliziert.

Der ermittelte Vergleichswert soll zumindest eine Richtgröße bieten, wenngleich ein Benchmark bei der Umsatzrentabilität von Krankenhäusern schwierig zu definieren ist und von verschiedensten Faktoren determiniert wird.

6.3.7. Kennzahlen zur Leistungsentwicklung

Die absoluten Kennzahlen Planbetten, Berechnungs- / Belegungstage und die Fallzahlen werden bei der Datenerfassung, aber nicht bei der Auswertung berücksichtigt. Die Verwendung erfolgt indirekt durch die Bildung von Relativitätskennzahlen, die besonders im Krankenhausbetriebsvergleich aussagekräftiger sind als die absoluten Größen.

Sie werden in die Berechnungsformeln des CMI, des Nutzungsgrades und der durchschnittlichen Verweildauer eingesetzt, sofern diese Größen nicht direkt im Lagebericht angegeben sind.

Der CMI als absolute Kennzahl, ist dem Lagebericht einiger Krankenhäuser zu entnehmen. Sollte das nicht der Fall sein, dafür aber die Summe der Bewertungsrelationen und die DRG-Behandlungsfälle angegeben sein, so wird der CMI als Quotient der Summe der Bewertungsrelationen und der Summe der DRG-Fälle ermittelt. Der CMI ist einerseits eine Kennzahl zur Erlössteuerung- und überwachung im eigenen Unternehmen, aber auch eine wichtige Vergleichskenngröße zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit von Krankenhäusern.

⁴⁶⁶ Vgl. Schmeisser, Wilhelm / Tröger, Gunnar (2006), S. 43.

⁴⁶⁷ Vgl. Baetge, Jörg (1998), S. 458.

Auch die durchschnittliche Verweildauer ist in manchen Lageberichten aufgeführt und dient besonders vor Aufsichtsgremien als Kenngröße zur Beurteilung des Managements. Die generelle Zielsetzung in den Krankenhäusern ist die Reduzierung der Verweildauer.

Sollte sie nicht angegeben sein, aber die Berechnungs-/ Belegungstage und die stationäre Fallzahl ersichtlich sein, so kann die durchschnittliche Verweildauer berechnet werden, indem die Berechnungs- / Belegungstage durch die stationären Fallzahlen geteilt werden.

Ebenso verhält es sich mit dem durchschnittlichen Nutzungsgrad, als Indiz u.a. für die wirtschaftliche Lage und Rolle im regionalen Wettbewerb der einzelnen Kliniken. Auch ohne Angabe im Lagebericht kann der durchschnittliche Nutzungsgrad ermittelt werden, indem die Summe der Berechnungs- und Belegungstage durch die Planbetten⁴⁶⁸ geteilt und mit 365 multipliziert werden.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass bei der empirischen Erhebung die folgenden Kennzahlen berechnet werden.

- ♦ Anlagenabnutzungsgrad
- ♦ Liquidität 3. Grades
- ♦ Working Capital
- ♦ Forderungsreichweite (DSO)
- ♦ Eigenkapitalquote modifiziert
- ♦ Eigenkapitalquote ohne Modifikation
- ♦ Personalintensität
- ♦ Materialintensität
- ♦ Erlösanteil Krankenhausleistungen
- ♦ modifizierte betriebsbezogene Umsatzrentabilität
- ♦ CMI
- ♦ durchschnittliche Verweildauer
- ♦ durchschnittlicher Nutzungsgrad

⁴⁶⁸ Die Planbetten sind entweder auf der Homepage des Krankenhauses, im Landeskrankenhausplan oder im strukturierten Qualitätsbericht zu finden.

6.4. Datenauswertung

6.4.1. Auswertung der Grundgesamtheit auf Landesebene

Insgesamt wurden für das Jahr 2008 436, für 2009 442 und für 2010 447 Jahresabschlüsse ausgewertet. Die Grundgesamtheit umfasst zusätzlich 86 Krankenhäuser, sodass insgesamt beispielsweise für das Jahr 2010 533 Krankenhäuser analysiert wurden. Die Abweichung von ausgewerteten Jahresabschlüssen zu analysierten Krankenhäusern ist darin begründet, dass in einem Jahresabschluss mehrere Krankenhäuser abgebildet sein können.

In Schleswig-Holstein standen im Jahr 2010 der Bevölkerung 94 Krankenhäuser zur Verfügung,⁴⁶⁹ von denen 80 im Krankenhausverzeichnis aufgeführt sind. Davon sind 36 Krankenhäuser Plankrankenhäuser und Einrichtungen mit Versorgungsaufträgen, die mit mindestens 100 Betten in den Landeskrankenhausplan aufgenommen waren. Insgesamt konnten von diesen 36 Krankenhäusern für 8 Einrichtungen die Jahresabschlüsse ausgewertet werden. Die Gründe der Nichterfassung von den verbleibenden 28 Einrichtungen sind in der nachfolgenden Tabelle zusammengeführt:

Krankenhäuser Schleswig-Holstein 2010 gesamt:	Anzahl	94
davon im Krankenhausverzeichnis	80	
davon Plankrankenhäuser oder Krankenhäuser mit Versorgungsauftrag ≥ 100 Betten	36	
nicht einbezogene Abschlüsse aufgrund:		
Fachkrankenhaus	12	
keine Veröffentlichung des Einzelabschlusses aufgrund des Befreiungswahlrechtes nach § 264 Abs. 3 HGB	7	
Abschluss umfasst andere soziale Einrichtungen in einem Umfang, der die Kennzahlen der Krankenhäuser verfälschen würde	4	
nicht veröffentlichungspflichtige Rechtsform, wie Stiftung, Zweckverband, Körperschaft, Anstalt des öffentlichen Rechts, Eigen- oder Regiebetrieb.	4	
das Krankenhaus ist nur eine Betriebsstätte und wurde kumuliert im Abschluss der GmbH erfasst	1	
ausgewertete Abschlüsse	8	

Tabelle 15: Übersicht der Datenauswertung Schleswig-Holstein

⁴⁶⁹ Vgl. Statistisches Bundesamt (2011 a), S. 10.

Im Stadtstaat Hamburg zeigt sich in diesem Zusammenhang ein etwas anderes Bild. Während in Schleswig-Holstein vor allem Fachkrankenhäuser nicht ausgewertet wurden, sind es in Hamburg Jahresabschlüsse, die in einem wesentlichen Umfang andere soziale Einrichtungen beinhalten.

Krankenhäuser Hamburg 2010 gesamt:	Anzahl	47
davon im Krankenhausverzeichnis		37
davon Plankrankenhäuser oder Krankenhäuser mit Versorgungsauftrag ≥ 100 Betten		20
nicht einbezogene Abschlüsse aufgrund:		
Abschluss umfasst andere soziale Einrichtungen in einem Umfang, der die Kennzahlen der Krankenhäuser verfälschen würde		8
Fachkrankenhaus		4
nicht veröffentlichungspflichtige Rechtsform, wie Stiftung, Zweckverband, Körperschaft, Anstalt des öffentlichen Rechts, Eigen- oder Regiebetrieb.		1
keine Veröffentlichung des Einzelabschlusses aufgrund des Befreiungswahlrechtes nach § 264 Abs. 3 HGB		1
das Krankenhaus ist nur eine Betriebsstätte und wurde kumuliert im Abschluss der GmbH erfasst		1
ausgewertete Abschlüsse		5

4

Tabelle 16: Übersicht der Datenauswertung Hamburg

In Niedersachsen konnte die Bevölkerung im Jahr 2010 in 198 Krankenhäuser versorgt werden, wovon 195 im Krankenhausverzeichnis aufgeführt sind und 41 ausgewertet wurden. Wegen der Unternehmensgröße machten 15 Einrichtungen von den Erleichterungen nach § 274 a HGB und § 276 HGB Gebrauch, sodass aus dem Jahresabschluss nicht die notwendigen Daten zur Kennzahlenanalyse gewonnen werden konnten. Zudem existieren in Niedersachsen zahlreiche Fachkrankenhäuser und Krankenhäuser, die in öffentlichen Rechtsformen oder als Stiftung geführt werden und daher nicht veröffentlichungspflichtig sind, siehe auch nachfolgende Tabelle:

Krankenhäuser Niedersachsen 2010 gesamt:	Anzahl	198
davon im Krankenhausverzeichnis		195
davon Plankrankenhäuser oder Krankenhäuser mit Versorgungsauftrag ≥ 100 Betten		130
nicht einbezogene Abschlüsse aufgrund:		
Fachkrankenhaus		25
nicht veröffentlichungspflichtige Rechtsform, wie Stiftung, Zweckverband, Körperschaft, Anstalt des öffentlichen Rechts, Eigen- oder Regiebetrieb		19
das Krankenhaus ist nur eine Betriebsstätte und wurde kumuliert im Abschluss der GmbH erfasst		17
verkürzte Veröffentlichung (Rohergebnis)		15
Abschluss umfasst andere soziale Einrichtungen in einem Umfang, der die Kennzahlen der Krankenhäuser verfälschen würde.		8
keine Veröffentlichung des Einzelabschlusses aufgrund des Befreiungswahl- rechtes nach § 264 Abs. 3 HGB		4
keine Veröffentlichung im Bundesanzeiger		1
ausgewertete Abschlüsse		41

Tabelle 17: Übersicht der Datenauswertung Niedersachsen

Der Bevölkerung in Bremen standen 14 Krankenhäusern zur Verfügung, wovon 12 Plankrankenhäuser oder Krankenhäuser mit einem Versorgungsauftrag und mindestens 100 Betten sind. Ausgewertet wurden 8 Jahresabschlüsse.

Krankenhäuser Bremen 2010 gesamt:	Anzahl	14
davon im Krankenhausverzeichnis		14
davon Plankrankenhäuser oder Krankenhäuser mit Versorgungsauftrag ≥ 100 Betten		12
nicht einbezogene Abschlüsse aufgrund:		
nicht veröffentlichungspflichtige Rechtsform, wie Stiftung, Zweckverband, Körperschaft, Anstalt des öffentlichen Rechts, Eigen- oder Regiebetrieb.		2
Fachkrankenhaus		2
ausgewertete Abschlüsse		8

Tabelle 18: Übersicht der Datenauswertung Bremen

Das größte Bundesland, Nordrhein-Westfalen, ist auch das krankenhausreichste Land. Von den 404 Krankenhäusern sind im Krankenhausverzeichnis 2010 insgesamt 407 Einrichtungen aufgeführt. Diese Abweichung resultiert aus der Aufnahme von unselbstständigen Betriebsstätten ins Krankenhausverzeichnis. Insgesamt wurden 198 Jahresabschlüsse nicht ausgewertet, allein 70 davon, weil der ergänzende Betrieb von Alten- und Pflegeheimen, Einrichtungen der Behindertenhilfe und sonstigen sozialen Einrichtungen das Ergebnis der Auswertung verfälschen würde. Durch Ausgliederungen von Krankenhausbetrieben aus Stiftungen, Kör-

perschaften oder Eigenbetrieben wurden für 2009 und 2010 mehr Krankenhäuser erfasst als im Jahr 2008.

Krankenhäuser Nordrhein-Westfalen 2010 gesamt:	Anzahl	404
davon im Krankenhausverzeichnis		407
davon Plankrankenhäuser oder Krankenhäuser mit Versorgungsauftrag ≥ 100 Betten		328
nicht einbezogene Abschlüsse aufgrund:		
Abschluss umfasst andere soziale Einrichtungen in einem Umfang, der die Kennzahlen der Krankenhäuser verfälschen würde		70
Fachkrankenhaus		60
nicht veröffentlichungspflichtige Rechtsform, wie Stiftung, Zweckverband, Körperschaft, Anstalt des öffentlichen Rechts, Eigen- oder Regiebetrieb		33
das Krankenhaus ist nur eine Betriebsstätte und wurde kumuliert im Abschluss der GmbH erfasst		16
verkürzte Veröffentlichung (Rohergebnis)		12
keine Veröffentlichung im Bundesanzeiger		4
keine Veröffentlichung des Einzelabschlusses aufgrund des Befreiungswahlrechtes nach § 264 Abs. 3 HGB		3
ausgewertete Abschlüsse		130

Tabelle 19: Übersicht der Datenauswertung Nordrhein-Westfalen

Die Zusammenstellung der Bilanzanalysen der Krankenhäuser in Hessen und Rheinland-Pfalz ist in den nachfolgenden Tabellen enthalten. Auffallend ist in Hessen der Anteil der Fachkrankenhäuser, die wegen mangelnder Vergleichbarkeit nicht ausgewertet wurden. In Rheinland-Pfalz hingegen sind einem großen Teil der Krankenhäuser Alten- und Pflegeheime, Einrichtungen der Behindertenhilfe und sonstige soziale Einrichtungen angeschlossen, oder die Krankenhäuser werden als Stiftungen oder Vereine betrieben.

Diese gewonnenen Erkenntnisse werden bei der Betrachtung der Trägerstruktur gefestigt. Während beispielsweise in Hessen 27% der Krankenhäuser in freigemeinnütziger Trägerschaft sind, liegt der Anteil in Rheinland-Pfalz bei 64%.⁴⁷⁰ Kirchliche Einrichtungen bieten historisch bedingt ein breiteres Spektrum an sozialen Einrichtungen an, als öffentliche Krankenhäuser. Letztlich ergibt sich für die beiden Länder folgendes Bild:

⁴⁷⁰

Vgl. Statistisches Bundesamt (2011 a), S. 22.

Krankenhäuser Hessen 2010 gesamt:	Anzahl	181
davon im Krankenhausverzeichnis		150
davon Plankrankenhäuser oder Krankenhäuser mit Versorgungsauftrag ≥ 100 Betten		87
nicht einbezogene Abschlüsse aufgrund:		
Fachkrankenhaus		19
nicht veröffentlichungspflichtige Rechtsform, wie Stiftung, Zweckverband, Körperschaft, Anstalt des öffentlichen Rechts, Eigen- oder Regiebetrieb		9
Abschluss umfasst andere soziale Einrichtungen in einem Umfang, der die Kennzahlen der Krankenhäuser verfälschen würde		7
das Krankenhaus ist nur eine Betriebsstätte und wurde kumuliert im Abschluss der GmbH erfasst		7
keine Veröffentlichung des Einzelabschlusses aufgrund des Befreiungswahl- rechtes nach § 264 Abs. 3 HGB		4
keine Veröffentlichung im Bundesanzeiger		3
verkürzte Veröffentlichung (Rohergebnis)		2
ausgewertete Abschlüsse		36

Tabelle 20: Übersicht der Datenauswertung Hessen

Krankenhäuser Rheinland-Pfalz 2010 gesamt:	Anzahl	98
davon im Krankenhausverzeichnis		98
davon Plankrankenhäuser oder Krankenhäuser mit Versorgungsauftrag ≥ 100 Betten		72
nicht einbezogene Abschlüsse aufgrund:		
Abschluss umfasst andere soziale Einrichtungen in einem, Umfang der die Kennzahlen der Krankenhäuser verfälschen würde		23
nicht veröffentlichungspflichtige Rechtsform, wie Stiftung, Zweckverband, Körperschaft, Anstalt des öffentlichen Rechts, Eigen- oder Regiebetrieb		23
Fachkrankenhaus		5
das Krankenhaus ist nur eine Betriebsstätte und wurde kumuliert im Abschluss der GmbH erfasst		2
keine Veröffentlichung im Bundesanzeiger		2
keine Veröffentlichung des Einzelabschlusses aufgrund des Befreiungswahl- rechtes nach § 264 Abs. 3 HGB		1
verkürzte Veröffentlichung (Rohergebnis)		1
ausgewertete Abschlüsse		15

Tabelle 21: Übersicht der Datenauswertung Rheinland-Pfalz

Bei den beiden südlichen Bundesländern Baden-Württemberg und Bayern sind ebenso Spezifika zu erkennen. In Baden-Württemberg sind im Krankenhausverzeichnis durch die separate Aufnahme von Betriebsstätten mehr Krankenhäuser aufgeführt als in der Krankenhausstatistik 2010 enthalten. Durch diesen Effekt und durch weitere Zusammenschlüsse von mehreren Krankenhäusern in einer GmbH wurden 20 Einrichtungen bereits durch die Erfassung eines GmbH-Abschlusses berücksichtigt. Außerdem wurde im Erfassungszeitraum der Betrieb

von zwei Kliniken eingestellt und vier GmbHs gegründet, wodurch es zu Variationen bei der Grundgesamtheit kommt. Zudem wurde von einem Krankenhaus im Kalenderjahr 2012 der Jahresabschluss 2008 veröffentlicht, 2009 und 2010 sind bis zum Abgabzeitpunkt der Arbeit nicht veröffentlicht worden.

In Bayern wird derzeit, wie in keinem anderen Bundesland, ein großer Anteil der Akutkrankenhäuser und Fachkliniken in einer öffentlichen Rechtsform geführt. Es gibt noch zahlreiche Kommunalunternehmen und Eigenbetriebe. Zusammen mit den Stiftungen und Vereinen wurden deshalb 77 nicht veröffentlichungspflichtige Jahresabschlüsse und 44 Fachkliniken gezählt, die nicht bei der Auswertung berücksichtigt werden konnten.

Krankenhäuser Baden-Württemberg 2010 gesamt:	Anzahl	289
davon im Krankenhausverzeichnis		291
davon Plankrankenhäuser oder Krankenhäuser mit Versorgungsauftrag ≥ 100 Betten		132
nicht einbezogene Abschlüsse aufgrund:		
Fachkrankenhaus		29
nicht veröffentlichungspflichtige Rechtsform, wie Stiftung, Zweckverband, Körperschaft, Anstalt des öffentlichen Rechts, Eigen- oder Regiebetrieb		20
das Krankenhaus ist nur eine Betriebsstätte und wurde kumuliert im Abschluss der GmbH erfasst		20
Abschluss umfasst andere soziale Einrichtungen in einem Umfang, der die Kennzahlen der Krankenhäuser verfälschen würde		13
keine Veröffentlichung des Einzelabschlusses aufgrund des Befreiungswahl- rechtes nach § 264 Abs. 3 HGB		3
verkürzte Veröffentlichung (Rohergebnis)		3
2010 ist ein Rumpfgeschäftsjahr		1
ausgewertete Abschlüsse		43

Tabelle 22: Übersicht der Datenauswertung Baden-Württemberg

Krankenhäuser Bayern 2010 gesamt:	Anzahl	373
davon im Krankenhausverzeichnis		365
davon Plankrankenhäuser oder Krankenhäuser mit Versorgungsauftrag ≥ 100 Betten		208
nicht einbezogene Abschlüsse aufgrund:		
nicht veröffentlichungspflichtige Rechtsform, wie Stiftung, Zweckverband, Körperschaft, Anstalt des öffentlichen Rechts, Eigen- oder Regiebetrieb		77
Fachkrankenhaus		44
das Krankenhaus ist nur eine Betriebsstätte und wurde kumuliert im Abschluss der GmbH erfasst		20
keine Veröffentlichung des Einzelabschlusses aufgrund des Befreiungswahl- rechtes nach § 264 Abs. 3 HGB		9
verkürzte Veröffentlichung (Rohergebnis)		3
Abschluss umfasst andere soziale Einrichtungen in einem Umfang, der die Kennzahlen der Krankenhäuser verfälschen würde		1
keine zeitnahe Veröffentlichung im Bundeanzeiger		1
ausgewertete Abschlüsse		53

Tabelle 23: Übersicht der Datenauswertung Bayern

Im Saarland werden die Kliniken von wenigen Trägern betrieben, die neben den Krankenhäusern noch weitere Einrichtungen beispielsweise der Jugendhilfe, der Rehabilitation und Altenhilfe in die Jahresabschlüsse einbeziehen, sodass allein aus diesem Grund von den 19 analysierbaren Jahresabschlüssen 11 nicht berücksichtigt wurden.

Krankenhäuser Saarland 2010 gesamt:	Anzahl	24
davon im Krankenhausverzeichnis		24
davon Plankrankenhäuser oder Krankenhäuser mit Versorgungsauftrag ≥ 100 Betten		19
nicht einbezogene Abschlüsse aufgrund:		
Abschluss umfasst andere soziale Einrichtungen in einem Umfang, der die Kennzahlen der Krankenhäuser verfälschen würde		11
nicht veröffentlichungspflichtige Rechtsform, wie Stiftung, Zweckverband, Körperschaft, Anstalt des öffentlichen Rechts, Eigen- oder Regiebetrieb		2
keine Veröffentlichung im Bundeanzeiger		2
ausgewertete Abschlüsse		4

Tabelle 24: Übersicht der Datenauswertung Saarland

Die Rechtsformen Vereine und Stiftungen sind hingegen in Berlin der vorwiegende Grund, weshalb die Abschlüsse nicht erfasst werden konnten. Zudem fehlte bei den Veröffentlichungen von den Berliner Krankenhäusern häufig der Anlagespiegel.

Krankenhäuser Berlin 2010 gesamt:	Anzahl	79
davon im Krankenhausverzeichnis		67
davon Plankrankenhäuser oder Krankenhäuser mit Versorgungsauftrag ≥ 100 Betten		34
nicht einbezogene Abschlüsse aufgrund:		
nicht veröffentlichungspflichtige Rechtsform, wie Stiftung, Zweckverband, Körperschaft, Anstalt des öffentlichen Rechts, Eigen- oder Regiebetrieb		12
Abschluss umfasst andere soziale Einrichtungen in einem Umfang, der die Kennzahlen der Krankenhäuser verfälschen würde		6
Fachkrankenhaus		5
keine Veröffentlichung des Einzelabschlusses aufgrund des Befreiungswahlrechtes nach § 264 Abs. 3 HGB		1
ausgewertete Abschlüsse		10

Tabelle 25: Übersicht der Datenauswertung Berlin

Für Brandenburg wurden 11 Jahresabschlüsse von Fachkliniken nicht ausgewertet. Nur 2 Abschlüsse konnten hingegen aufgrund der Rechtsform nicht berücksichtigt werden.

Krankenhäuser Brandenburg 2010 gesamt:	Anzahl	52
davon im Krankenhausverzeichnis		49
davon Plankrankenhäuser oder Krankenhäuser mit Versorgungsauftrag ≥ 100 Betten		40
nicht einbezogene Abschlüsse aufgrund:		
Fachkrankenhaus		11
nicht veröffentlichungspflichtige Rechtsform, wie Stiftung, Zweckverband, Körperschaft, Anstalt des öffentlichen Rechts, Eigen- oder Regiebetrieb		2
Abschluss umfasst andere soziale Einrichtungen in einem Umfang, der die Kennzahlen der Krankenhäuser verfälschen würde.		2
verkürzte Veröffentlichung (Rohergebnis)		2
keine Veröffentlichung des Einzelabschlusses aufgrund des Befreiungswahlrechtes nach § 264 Abs. 3 HGB		1
2010 ist ein Rumpfgeschäftsjahr		1
ausgewertete Abschlüsse		21

Tabelle 26: Übersicht der Datenauswertung Brandenburg

Von den Jahresabschlüssen aus Mecklenburg-Vorpommern sind nur 6 analysiert worden. Die privaten Träger sind hier verhältnismäßig stark vertreten und machen von der Befreiungsvorschrift gemäß § 264 Abs. 3 HGB Gebrauch. Zudem gibt es einige Fachkrankenhäuser und Krankenhäuser in nicht veröffentlichungspflichtigen Rechtsformen.

Krankenhäuser Mecklenburg-Vorpommern 2010 gesamt:	Anzahl	39
davon im Krankenhausverzeichnis		35
davon Plankrankenhäuser oder Krankenhäuser mit Versorgungsauftrag ≥ 100 Betten		23
nicht einbezogene Abschlüsse aufgrund:		
Fachkrankenhaus		4
keine Veröffentlichung des Einzelabschlusses aufgrund des Befreiungswahlrechtes nach § 264 Abs. 3 HGB		4
nicht veröffentlichungspflichtige Rechtsform, wie Stiftung, Zweckverband, Körperschaft, Anstalt des öffentlichen Rechts, Eigen- oder Regiebetrieb		3
Abschluss umfasst andere soziale Einrichtungen in einem Umfang, der die Kennzahlen der Krankenhäuser verfälschen würde		3
verkürzte Veröffentlichung (Rohergebnis)		3
ausgewertete Abschlüsse		6

Tabelle 27: Übersicht der Datenauswertung Mecklenburg-Vorpommern

In Sachsen konnten mit 47% der Plankrankenhäuser oder Krankenhäuser mit Versorgungsauftrag, in denen zudem mindestens 100 Betten aufgestellt sind, im Vergleich zu den anderen Bundesländern ein hoher Anteil der Jahresabschlüsse ausgewertet werden. Das resultiert daraus, dass ein großer Anteil der Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft ist, keine Heime oder sonstige soziale Einrichtungen in erheblichem Umfang im Jahresabschluss berücksichtigt werden und zudem privatrechtliche Rechtsformen gewählt wurden.

Krankenhäuser Sachsen 2010 gesamt:	Anzahl	80
davon im Krankenhausverzeichnis		79
davon Plankrankenhäuser oder Krankenhäuser mit Versorgungsauftrag ≥ 100 Betten		68
nicht einbezogene Abschlüsse aufgrund:		
Fachkrankenhaus		12
nicht veröffentlichungspflichtige Rechtsform, wie Stiftung, Zweckverband, Körperschaft, Anstalt des öffentlichen Rechts, Eigen- oder Regiebetrieb		10
Abschluss umfasst andere soziale Einrichtungen in einem Umfang, der die Kennzahlen der Krankenhäuser verfälschen würde		7
das Krankenhaus ist nur eine Betriebsstätte und wurde kumuliert im Abschluss der GmbH erfasst		2
keine Veröffentlichung des Einzelabschlusses aufgrund des Befreiungswahl- rechtes nach § 264 Abs. 3 HGB		2
keine Veröffentlichung im Bundeanzeiger		1
verkürzte Veröffentlichung (Rohergebnis)		1
Abschluss nach Umsatzkostenverfahren erstellt		1
ausgewertete Abschlüsse		32

Tabelle 28: Übersicht der Datenauswertung Sachsen

In den Ländern Sachsen-Anhalt und Thüringen konnte wieder, wie in Sachsen, ein verhältnismäßig großer Anteil der Abschlüsse ausgewertet werden. In Sachsen-Anhalt fiel noch ein Teil der Krankenhäuser, die als Stiftungen oder Vereine geführt werden, aus der Auswertung heraus.

Ansonsten wurden in diesen beiden Ländern hauptsächlich die Fachkliniken nicht berücksichtigt.

Krankenhäuser Sachsen-Anhalt 2010 gesamt:	Anzahl	50
davon im Krankenhausverzeichnis		47
davon Plankrankenhäuser oder Krankenhäuser mit Versorgungsauftrag ≥ 100 Betten		38
nicht einbezogene Abschlüsse aufgrund:		
Fachkrankenhaus		9
nicht veröffentlichungspflichtige Rechtsform, wie Stiftung, Zweckverband, Körperschaft, Anstalt des öffentlichen Rechts, Eigen- oder Regiebetrieb		6
Abschluss umfasst andere soziale Einrichtungen in einem Umfang, der die Kennzahlen der Krankenhäuser verfälschen würde		3
keine Veröffentlichung des Einzelabschlusses aufgrund des Befreiungswahl- rechtes nach § 264 Abs. 3 HGB		2
keine zeitnahe Veröffentlichung im Bundeanzeiger (letzter Abschluss 2006)		1
verkürzte Veröffentlichung (Rohergebnis)		1
ausgewertete Abschlüsse		16

Tabelle 29: Übersicht der Datenauswertung Sachsen-Anhalt

Krankenhäuser Thüringen 2010 gesamt:	Anzahl	42
davon im Krankenhausverzeichnis		42
davon Plankrankenhäuser oder Krankenhäuser mit Versorgungsauftrag ≥ 100 Betten		32
nicht einbezogene Abschlüsse aufgrund:		
Fachkrankenhaus		7
Abschluss umfasst andere soziale Einrichtungen in einem Umfang, der die Kennzahlen der Krankenhäuser verfälschen würde.		3
keine Veröffentlichung des Einzelabschlusses aufgrund des Befreiungswahl- rechtes nach § 264 Abs. 3 HGB		2
ausgewertete Abschlüsse		20

Tabelle 30: Übersicht der Datenauswertung Thüringen

6.4.2. Kennzahlenauswertung

Nachdem die Datengrundlage zielorientiert aufbereitet und die zur Kennzahlenbildung erforderlichen Daten erfasst wurden, sind für die ausgewählten Kennzahlen das arithmetische Mittel und der Median und beim Working Capital der Minimal- und Maximalwert auf Landesebene und für Gesamtdeutschland bestimmt worden. Anschließend wurden auf Basis der berechneten Vergleichsgrößen die in Kapitel 1 dargestellten Hypothesen überprüft. Die Ergebnisse sind ergänzend den Anlagen 10-22 zu entnehmen.

Der Anlagenabnutzungsgrad als Kenngröße zur Beurteilung der Altersstruktur des Sachanlagevermögens und damit des künftigen Investitionsbedarfs ist im Betrachtungszeitraum gestiegen, was den zunehmenden Investitionsstau in Krankenhäusern zeigt. Der Anstieg des durchschnittlichen Anlagenabnutzungsgrades von 51,92% in 2008 auf 52,34% in 2010 bestätigt die Hypothese 1.⁴⁷¹

Hervorzuheben ist, dass die durch diese Arbeit ermittelten Vergleichswerte zu Analysezwecken auch auf Landesebene betrachtet werden sollten. Zumindest ist es empfehlenswert, eine Trennung in alte und neue Bundesländer vorzunehmen, da der Anlagenabnutzungsgrad in den alten Bundesländern derzeit höher als in den neuen Bundesländern ist.

⁴⁷¹

Vgl. Anlage 10.

So liegt als Extrembeispiel das arithmetische Mittel im Jahr 2010 in Mecklenburg-Vorpommern bei 41,05%, der Median bei 42,56% im Saarland hingegen liegt das arithmetische Mittel bei 61,31% und der Median bei 60,21%.

Im Jahr 2008 ist in allen neuen Bundesländern das arithmetische Mittel des Anlagenabnutzungsgrades geringer als in den neuen Bundesländern. In 2009 hat sich zudem in Hamburg und Hessen, in 2010 zusätzlich noch in Berlin der Anlagenabnutzungsgrad reduziert und liegt unter dem von Sachsen. Der Rückgang des durchschnittlichen Anlagenabnutzungsgrades in Hamburg, Hessen und Berlin ist durch Investitionen in das Anlagevermögen bei einigen Krankenhäusern begründet. Beispielsweise ist der durchschnittliche Anlagenabnutzungsgrad eines Hamburger Krankenhauses von 46,36% in 2008 auf 25,70% in 2009 gesunken.

Die folgende Abbildung zeigt die Entwicklung des Anlagenabnutzungsgrades für Deutschland; eine weitere Darstellung auf Landesebene findet sich in Anlage 10.

Die Tabelle 31 veranschaulicht zudem, dass der durchschnittliche Anlagenabnutzungsgrad in den neuen Bundesländern generell geringer als in den alten Bundesländern ist. Damit wird die Hypothese 2 weitgehend bestätigt.

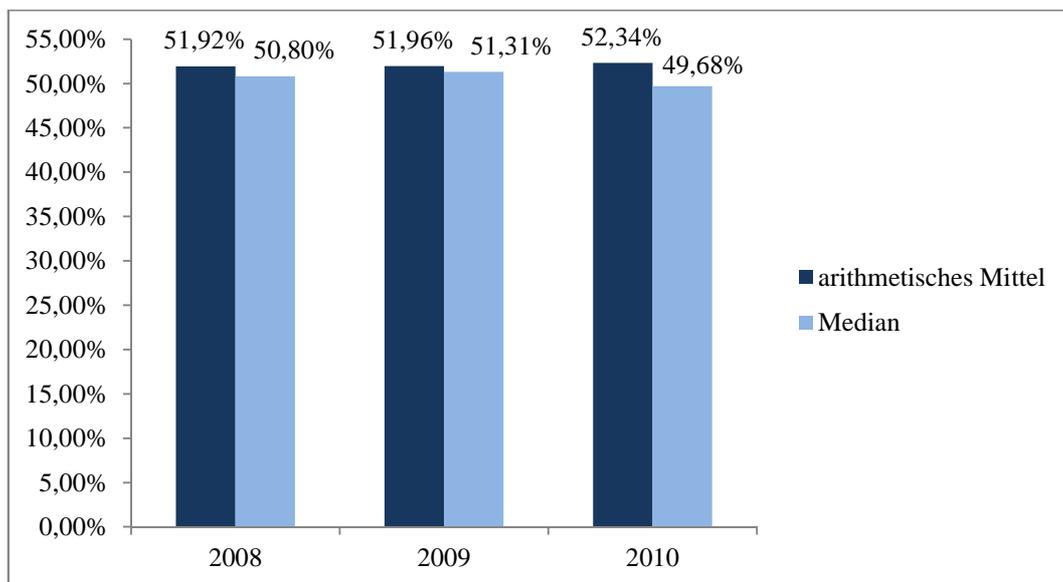


Abbildung 23: Entwicklung des Anlagenabnutzungsgrades

2008		2009		2010	
Bundesland	Arithmetisches Mittel in %	Bundesland	Arithmetisches Mittel in %	Bundesland	Arithmetisches Mittel in %
Mecklenburg-Vorpommern	38,21	Mecklenburg-Vorpommern	40,28	Mecklenburg-Vorpommern	41,05
Sachsen-Anhalt	39,48	Thüringen	40,38	Brandenburg	41,35
Thüringen	40,06	Sachsen-Anhalt	41,22	Thüringen	43,87
Brandenburg	41,33	Brandenburg	41,95	Sachsen-Anhalt	44,67
Sachsen	44,79	Hamburg	44,97	Hamburg	46,15
Hamburg	48,36	Sachsen	45,86	Berlin	46,22
Hessen	48,72	Hessen	48,04	Hessen	48,52
Bremen	50,72	Berlin	48,33	Sachsen	48,59
Bayern	52,86	Bremen	51,89	Bayern	51,83
Berlin	55,42	Bayern	52,67	Bremen	53,81
Niedersachsen	56,07	Saarland	53,27	Niedersachsen	54,44
Nordrhein-Westfalen	56,08	Schleswig-Holstein	55,04	Rheinland-Pfalz	55,19
Rheinland-Pfalz	56,13	Nordrhein-Westfalen	55,81	Nordrhein-Westfalen	55,91
Baden-Württemberg	57,74	Rheinland-Pfalz	56,53	Schleswig-Holstein	57,72
Schleswig-Holstein	58,09	Niedersachsen	57,36	Baden-Württemberg	58,43
Saarland	59,19	Baden-Württemberg	58,24	Saarland	61,31
Deutschland	51,92	Deutschland	51,96	Deutschland	52,34

Tabelle 31: Entwicklung des durchschnittlichen Anlagenabnutzungsgrades nach Bundesländern

Zur Beurteilung der Liquiditätssituation und künftigen Bonitätslage wurde die Liquidität 3. Grades und ergänzend das Working Capital berechnet. Die Analyse der veröffentlichten Jahresabschlüsse zeigt, dass einige wenige Krankenhäuser, vor allem jene in privater Trägerschaft, den aussagekräftigeren Cashflow im Lagebericht nennen. In der Zukunft findet der Cashflow möglicherweise auch in Krankenhäusern zunehmend Beachtung und wird im Lagebericht aufgeführt, sodass an dieser Stelle auch für den Cashflow Vergleichsgrößen ermittelt werden können.

Insgesamt entwickelte sich im arithmetischen Mittel die Liquidität 3. Grades positiv von 143,24% in 2008 auf 153,84% in 2010. Die stichtagsbezogene Größe kann allerdings Effekte enthalten, die nicht die unterjährige Liquiditätslage widerspiegeln.

Von den insgesamt 447 ausgewerteten Jahresabschlüssen im Jahr 2010, lag die Liquidität 3. Grades bei 126 Krankenhäusern, was etwa 28% entspricht unter 100%. Andererseits verzeichnen Einrichtungen auch Werte von bis zu knapp 700%. Um diese vielseitigen Dimensionen zu untermauern, wird ergänzend das Working Capital gezeigt.

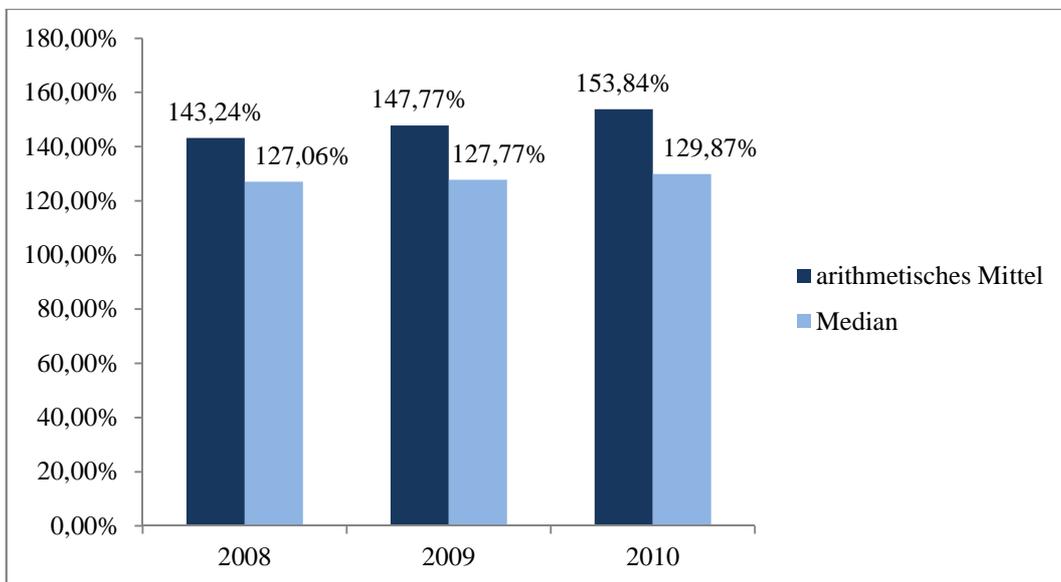


Abbildung 24: Entwicklung der Liquidität 3. Grades

Für das Working Capital wurde, wie bereits angesprochen, neben dem arithmetischen Mittel und dem Median zusätzlich der Minimal- und Maximalwert ermittelt, die jeweils in nachfolgender Tabelle aufgeführt sind. Die Minimal- und Maximalwerte zeigen einerseits, dass es Krankenhäuser mit massiven Liquiditätsunterdeckungen gibt, andererseits verfügen Einrichtungen über einen beachtlichen Liquiditätsüberhang von bis zu 223 Mio €.⁴⁷² Bei diesen Extremwerten wurde die Dateneingabe und Berechnung nochmals detailliert geprüft, aber keine Fehler identifiziert.

Ein Aufriss der Liquidität 3. Grades und des Working Capitals auf Landesebene ist den Anlagen 11 und 12 zu entnehmen.

Jahr	arithmetisches Mittel	Median	Minimalwert	Maximalwert
2008	5.288.198,39 €	2.630.338,15 €	- 85.263.418,43 €	94.702.588,80 €
2009	6.125.886,88 €	3.366.816,89 €	- 86.876.640,78 €	108.398.171,27 €
2010	6.381.785,85 €	3.591.516,18 €	- 47.477.131,98 €	222.513.954,30 €

Tabelle 32: Entwicklung des Working Capitals

⁴⁷²

Dieser Liquiditätsüberhang resultiert im Wesentlichen aus Forderungen an die Gesellschafterin und Forderungen nach dem KHG jeweils aufgrund bewilligter Investitionszuschüsse.

Die Forderungsreichweite (DSO) kann zur Bildung von Vergleichswerten auf Ebene der Gesamtrepublik nicht empfohlen werden, da nach § 112 Abs. 2 Nr. 2 SGB V die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen mit der jeweiligen Landeskrankenhausesellschaft Verträge auf Landesebene abschließen, in denen u.a. die Zahlungsziele vereinbart werden. In Schleswig-Holstein und Bremen gibt es keine derartige Vereinbarung. Nach Angaben der Landeskrankenhausesellschaften erfolgen diese individuell im Rahmen der Budgetverhandlungen und liegen im Schnitt bei etwa 14 Tagen in Schleswig-Holstein und 19 Tagen in Bremen. Für die 50 Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt bestehen keine einheitlichen Regelungen hinsichtlich der Zahlungsziele für die Krankenkassen.

Die Analyse ergab, dass die Forderungsreichweite in den einzelnen Bundesländern etwa 20-30 Tage länger ist, als es das mit den gesetzlichen Krankenkassen vereinbarte Zahlungsziel vorsieht. Hieraus kann Optimierungspotenzial im Bereich der Codierungs- und Fakturierungsprozesse von Kliniken abgeleitet werden, da der Forderungsbestand zum Bilanzstichtag prinzipiell sehr hoch ist.

Die Auswertung der Korrelation des arithmetischen Mittels der Forderungsreichweite je Bundesland und der Liquidität 3. Grades unter 100% hat gezeigt, dass hier kein nachweisbarer Zusammenhang besteht. Eine hohe Forderungsreichweite führte bei den analysierten Krankenhäusern nicht zwangsläufig zu einer schlechten Liquidität 3. Grades. Im Umkehrschluss konnte auch nicht gezeigt werden, dass eine kurze Forderungsreichweite eine Liquidität 3. Grades unter 100% vermeiden kann. Die Hypothese 3 konnte somit nicht bestätigt werden.

Die Ergebnisse der Auswertungen zur Korrelation der Forderungsreichweite und der Liquidität 3. Grades unter 100% sind in den folgenden Tabellen dargestellt:

2008				
Bundesland	Arithmetisches Mittel der DSO	Anzahl Krankenhäuser mit einer Liquidität 3. Grades $\leq 100\%$	davon Krankenhäuser mit einer DSO über dem Arithmetischen Mittel und einer Liquidität 3. Grades $\leq 100\%$	Grundgesamtheit der analysierten Krankenhäuser
Schleswig-Holstein	51,71	3	1	8
Hamburg	44,55	1	1	5
Niedersachsen	46,12	13	4	41
Bremen	52,72	5	3	8
Nordrhein-Westfalen	47,32	32	9	131
Hessen	61,02	11	6	32
Rheinland-Pfalz	49,55	1	0	14
Baden-Württemberg	57,18	8	3	39
Bayern	48,96	18	5	51
Saarland	59,94	1	0	4
Berlin	44,36	0	0	10
Brandenburg	51,45	3	2	20
Mecklenburg-Vorpommern	42,42	1	1	5
Sachsen	36,61	10	4	32
Sachsen-Anhalt	46,06	9	6	16
Thüringen	35,07	5	2	20
Deutschland	48,33	121	47	436

Tabelle 33: Korrelation der Forderungsreichweite und der Liquidität 3. Grades 2008

2009				
Bundesland	Arithmetisches Mittel der DSO	Anzahl Krankenhäuser mit einer Liquidität 3. Grades $\leq 100\%$	davon Krankenhäuser mit einer DSO über dem Arithmetischen Mittel und einer Liquidität 3. Grades $\leq 100\%$	Grundgesamtheit der analysierten Krankenhäuser
Schleswig-Holstein	46,64	1	0	8
Hamburg	41,55	1	0	5
Niedersachsen	44,19	16	7	41
Bremen	53,28	5	3	8
Nordrhein-Westfalen	44,94	37	13	131
Hessen	57,25	11	4	33
Rheinland-Pfalz	44,46	2	1	14
Baden-Württemberg	59,43	11	4	41
Bayern	52,04	17	5	52
Saarland	60,61	2	0	4
Berlin	38,18	1	1	10
Brandenburg	44,57	2	1	21
Mecklenburg-Vorpommern	42,33	1	0	6
Sachsen	38,52	8	4	32
Sachsen-Anhalt	43,26	7	3	16
Thüringen	35,99	2	0	20
Deutschland	47,15	124	46	442

Tabelle 34: Korrelation der Forderungsreichweite und der Liquidität 3. Grades 2009

2010				
Bundesland	Arithmetisches Mittel der DSO	Anzahl Krankenhäuser mit einer Liquidität 3. Grades $\leq 100\%$	davon Krankenhäuser mit einer DSO über dem Arithmetischen Mittel und einer Liquidität 3. Grades $\leq 100\%$	Grundgesamtheit der analysierten Krankenhäuser
Schleswig-Holstein	52,53	1	0	8
Hamburg	44,34	1	0	5
Niedersachsen	44,06	20	8	41
Bremen	62,04	5	3	8
Nordrhein-Westfalen	48,33	30	7	131
Hessen	58,51	9	3	36
Rheinland-Pfalz	46,41	2	1	15
Baden-Württemberg	62,28	14	8	41
Bayern	49,49	19	4	53
Saarland	61,36	0	0	4
Berlin	42,95	1	1	10
Brandenburg	42,23	4	2	21
Mecklenburg-Vorpommern	42,63	0	0	6
Sachsen	40,45	11	6	32
Sachsen-Anhalt	43,58	7	5	16
Thüringen	37,04	2	0	20
Deutschland	48,81	126	48	447

Tabelle 35: Korrelation der Forderungsreichweite und der Liquidität 3. Grades 2010

Die nachfolgenden Abbildungen zeigen den Verlauf der Forderungsreichweite in den jeweiligen Bundesländern.

In Schleswig-Holstein liegt sie mit durchschnittlich 52,53 Tagen im Jahr 2010 weit über dem durchschnittlich vereinbarten Zahlungsziel von 14 Tagen.

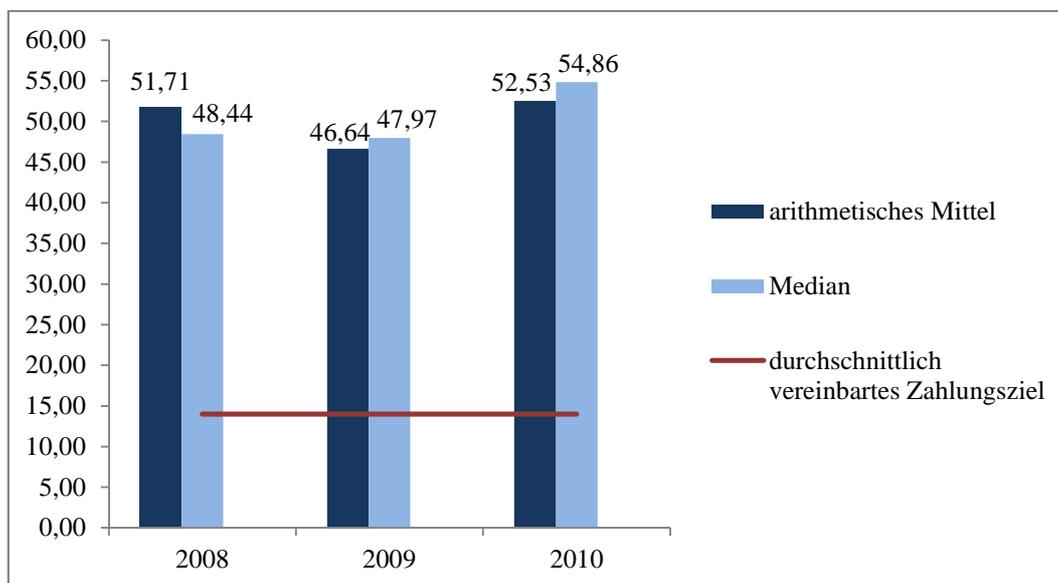


Abbildung 25: Entwicklung der Forderungsreichweite in Schleswig-Holstein in Tagen

Die Forderungsreichweite in Hamburg ist im Durchschnitt mit 44,34 Tagen im Jahr 2010 und einem Zahlungsziel von 15 Tagen etwas geringer als im vergleichbaren Schleswig-Holstein. Auch der Median ist mit 39 Tagen kürzer als mit 55 Tagen in Schleswig-Holstein. Möglicherweise liegt das daran, dass das Zahlungsziel der Krankenkassen in Hamburg im Landesvertrag fixiert ist, in Schleswig-Holstein hingegen nicht.

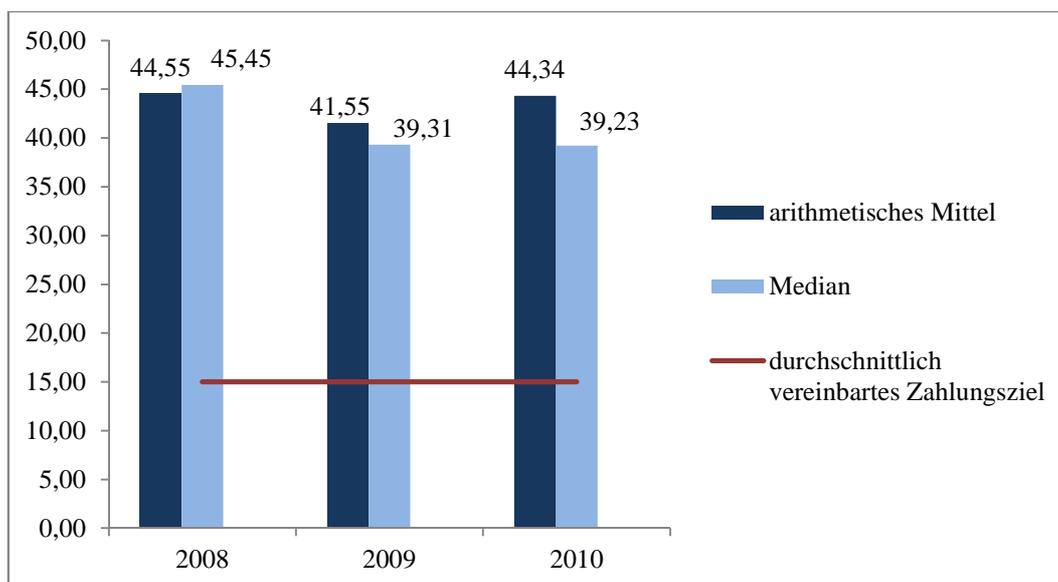


Abbildung 26: Entwicklung der Forderungsreichweite in Hamburg in Tagen

Das Zahlungsziel von 14 Tagen in Niedersachsen ist mit dem von Hamburg und Schleswig-Holstein vergleichbar. Das arithmetische Mittel liegt in 2010 mit 44,06 Tagen auf dem Niveau von Hamburg, auch der Median weist auf keine Auffälligkeiten hin. Er liegt etwas über dem von Hamburg.

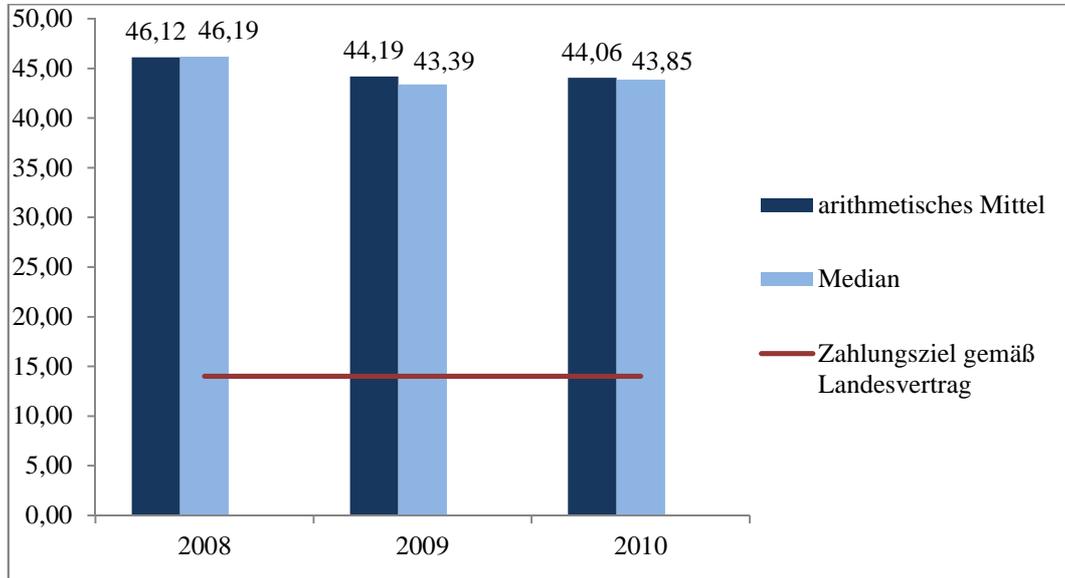


Abbildung 27: Entwicklung der Forderungsreichweite in Niedersachsen in Tagen

In Bremen ist die durchschnittliche Forderungsreichweite vor allem im Jahr 2010 mit 62,04 Tage im Vergleich zu den anderen Bundesländern relativ hoch, wobei das Zahlungsziel, wie in Schleswig-Holstein, individuell mit den Einrichtungen vereinbart wird und deshalb nicht abschließend beurteilt werden kann. Im Zeitvergleich ist beim arithmetischen Mittel ein Aufwärtstrend von fast 10 Tagen innerhalb des Betrachtungszeitraums erkennbar. Die Entwicklung des Median relativiert diese Tendenz allerdings etwas.

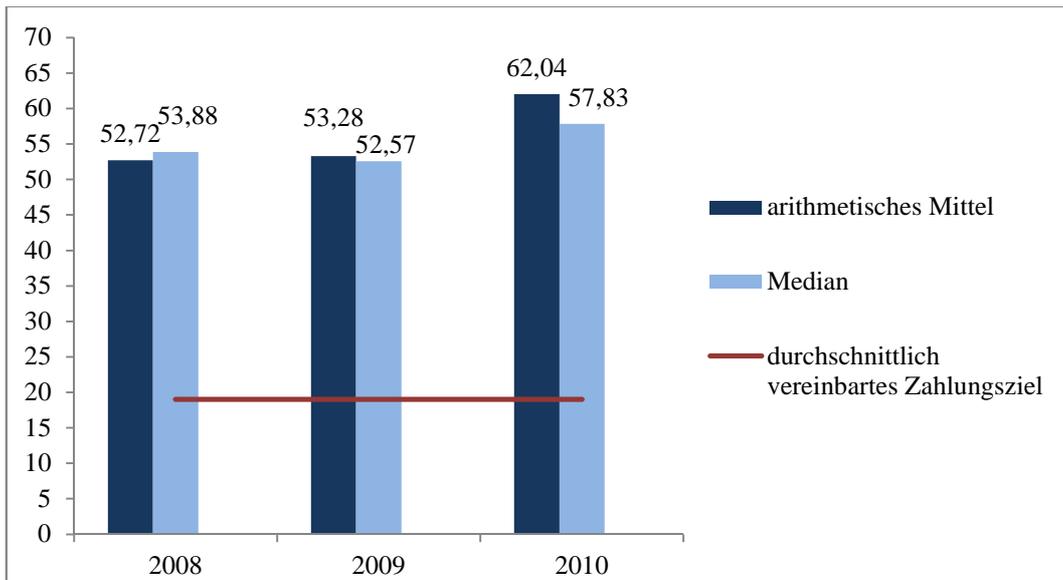


Abbildung 28: Entwicklung der Forderungsreichweite in Bremen in Tagen

In Nordrhein-Westfalen beträgt das Zahlungsziel gemäß dem Landesvertrag 15 Tage, die durchschnittliche DSO belief sich in 2010 auf 48,33. Es sind keine Auffälligkeiten im Zeitvergleich und bei ergänzender Betrachtung des Median erkennbar.

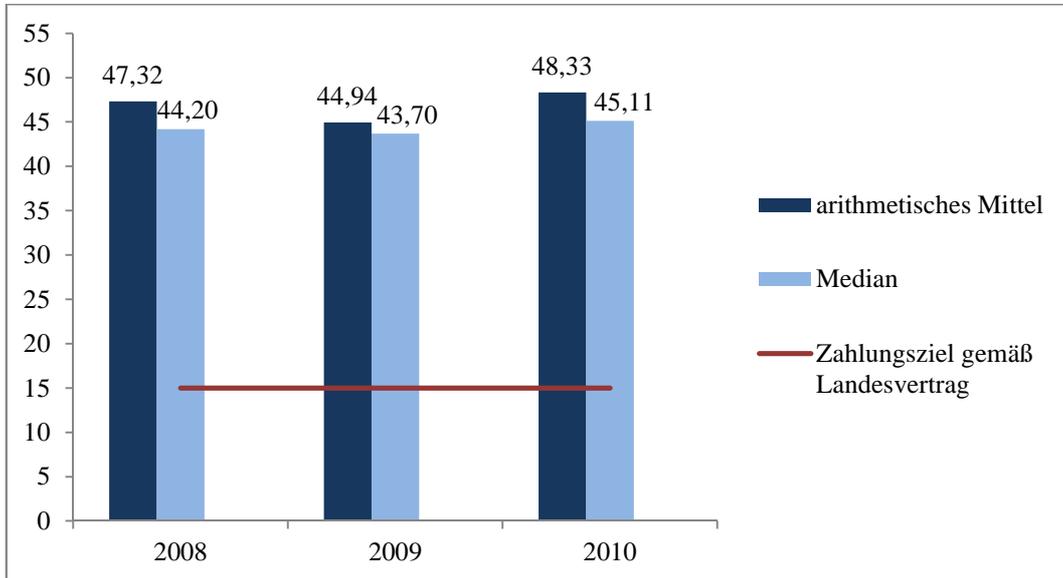


Abbildung 29: Entwicklung der Forderungsreichweite in Nordrhein-Westfalen in Tagen

Deutlich über der durchschnittlichen Forderungsreichweite von Nordrhein-Westfalen liegt der Wert in Hessen, was in dem längeren vereinbarten Zahlungsziel von 30 Tagen gemäß dem Landesvertrag begründet ist.

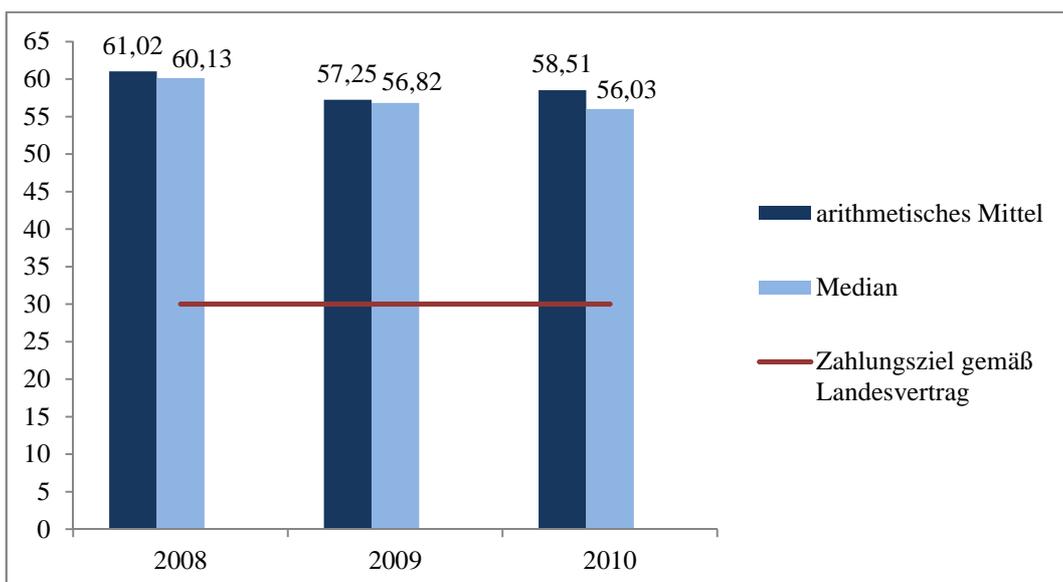


Abbildung 30: Entwicklung der Forderungsreichweite in Hessen in Tagen

Auch in Rheinland-Pfalz ist die Forderungsreichweite im Betrachtungszeitraum mit durchschnittlich 45-50 Tagen wesentlich länger als es im Landesvertrag vereinbart ist. Im Zeitvergleich ist positiv hervorzuheben, dass ein Abwärtstrend erkennbar ist und sowohl das arithmetische Mittel als auch der Median in 2010 bei 46,41 Tagen liegen.

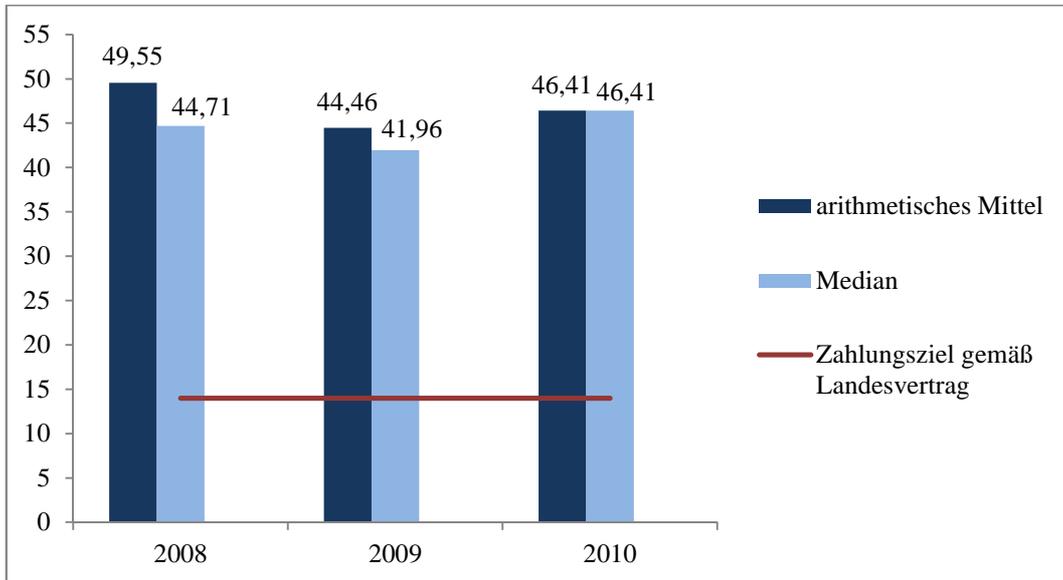


Abbildung 31: Entwicklung der Forderungsreichweite in Rheinland-Pfalz in Tagen

In Baden-Württemberg ist die durchschnittliche Forderungsreichweite mit 62,28 Tagen in 2010 und 59,43 Tagen in 2009 etwa doppelt so hoch, wie das vereinbarte Zahlungsziel von 30 Tagen. Im Vergleich zu Hessen, wo das gleiche Zahlungsziel vereinbart ist, schneidet Baden-Württemberg im Jahr 2009 und 2010 zunehmend schlechter ab.

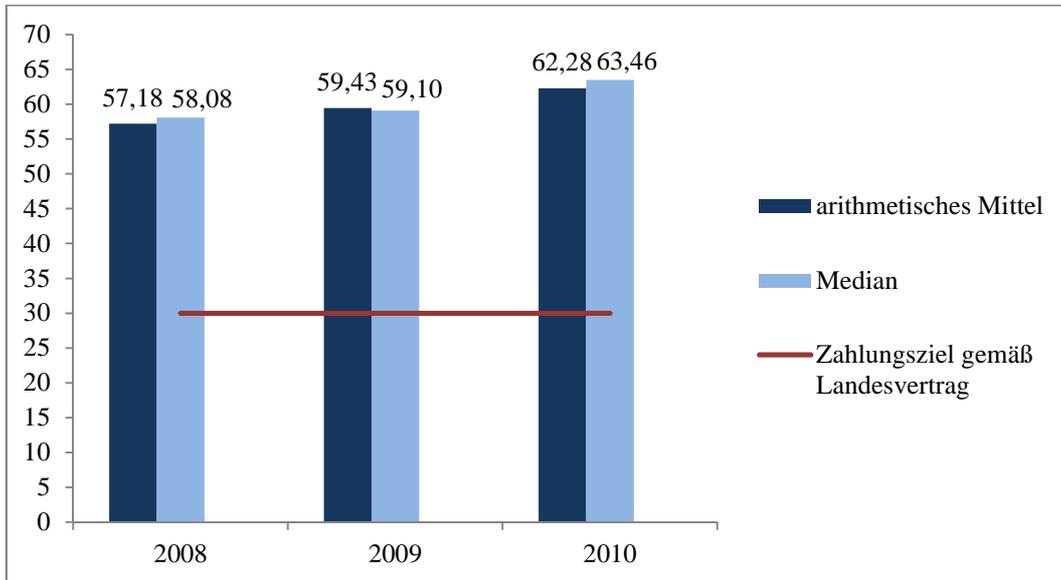


Abbildung 32: Entwicklung der Forderungsreichweite in Baden-Württemberg in Tagen

In Bayern schwankt die durchschnittliche Forderungsreichweite im Betrachtungszeitraum bei etwa 50 Tagen, wie auch in anderen Bundesländern mit einem vereinbarten Zahlungsziel von 14 Tagen.

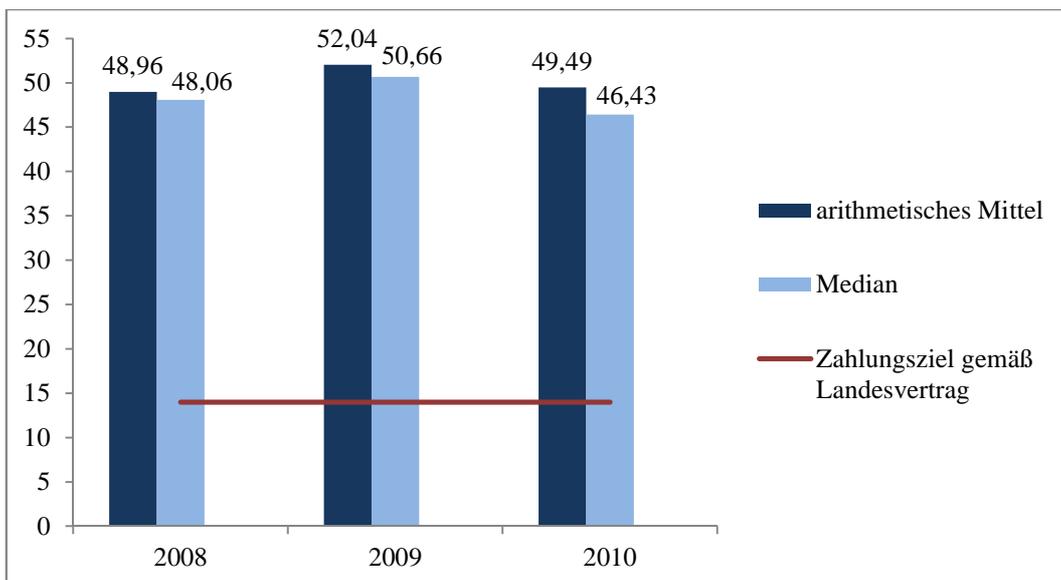


Abbildung 33: Entwicklung der Forderungsreichweite in Bayern in Tagen

Die analysierten Krankenhäuser aus dem Saarland zählen mit einer Forderungsreichweite von circa 60 Tage bei einem vereinbarten Zahlungsziel von 14 Tagen, über den gesamten Betrachtungszeitraum deutschlandweit durchgängig zu den Häusern mit der längsten Forderungsreichweite.

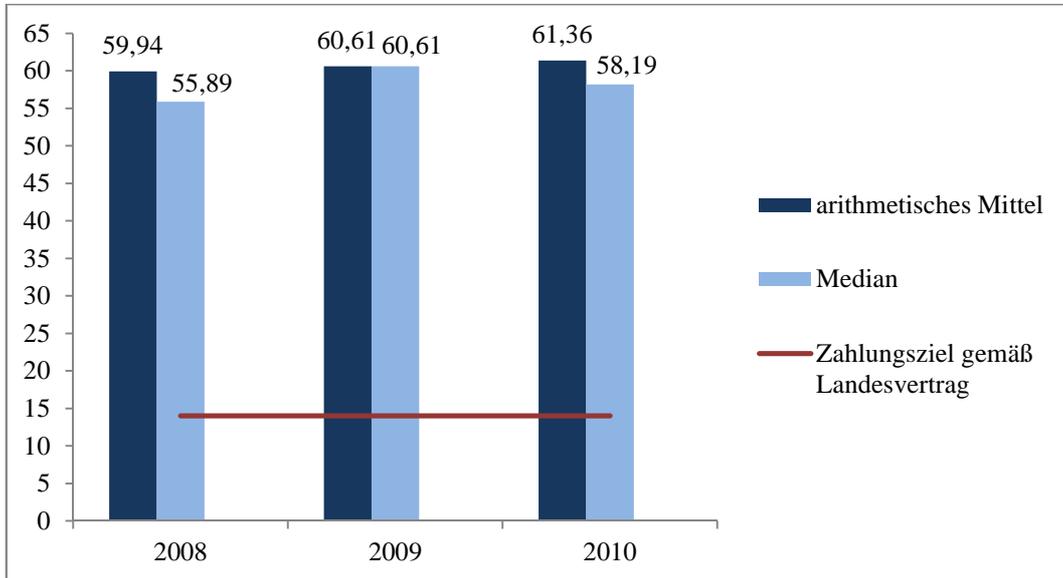


Abbildung 34: Entwicklung der Forderungsreichweite im Saarland in Tagen

In Berlin wurde durch den Landesvertrag ein Zahlungsziel von 14 Tagen vereinbart. Die Krankenhäuser erreichten im arithmetischen Mittel eine Forderungsreichweite von 44,36 Tagen in 2008, 38,18 Tagen in 2009 und 42,95 Tagen in 2010. Die ergänzende Betrachtung des Median zeigt keine Auffälligkeiten.

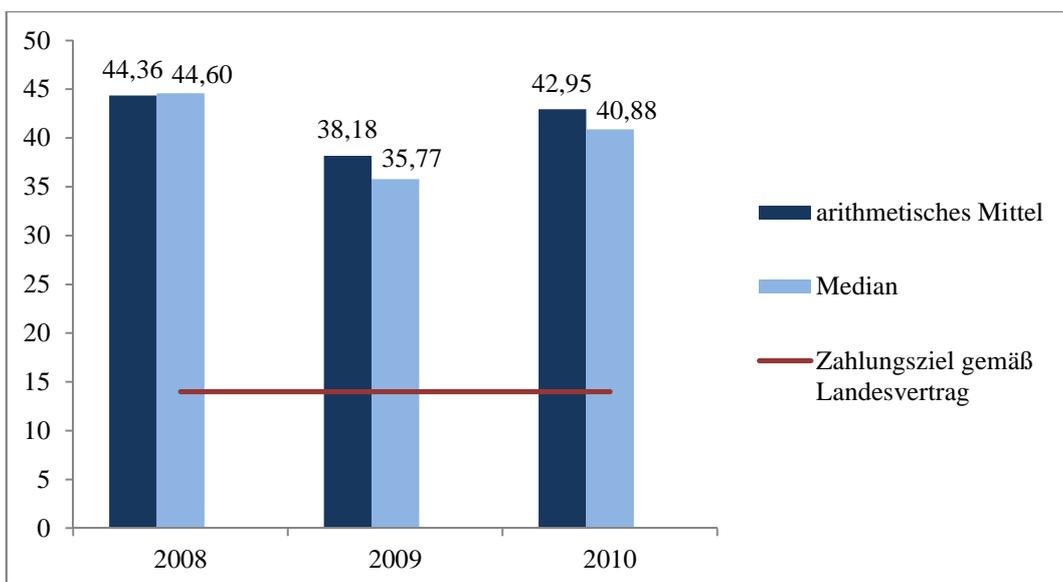


Abbildung 35: Entwicklung der Forderungsreichweite in Berlin in Tagen

Die Entwicklung der durchschnittlichen Forderungsreichweite in Brandenburg verbesserte sich im Analysezeitraum kontinuierlich von 51,45 Tagen in 2008 um fast 10 Tage auf 42,23 Tage in 2010. Diese Entwicklung ist vor allem auf zwei Krankenhäuser zurückzuführen, die bei 70,6 bzw. 60,04 Tagen in 2008 lagen und den Wert bis zum Jahr 2010 auf 48,94 bzw. 35,77 Tage verbesserten. Als Zahlungsziel gemäß Landesvertrag sind 14 Tage vereinbart.

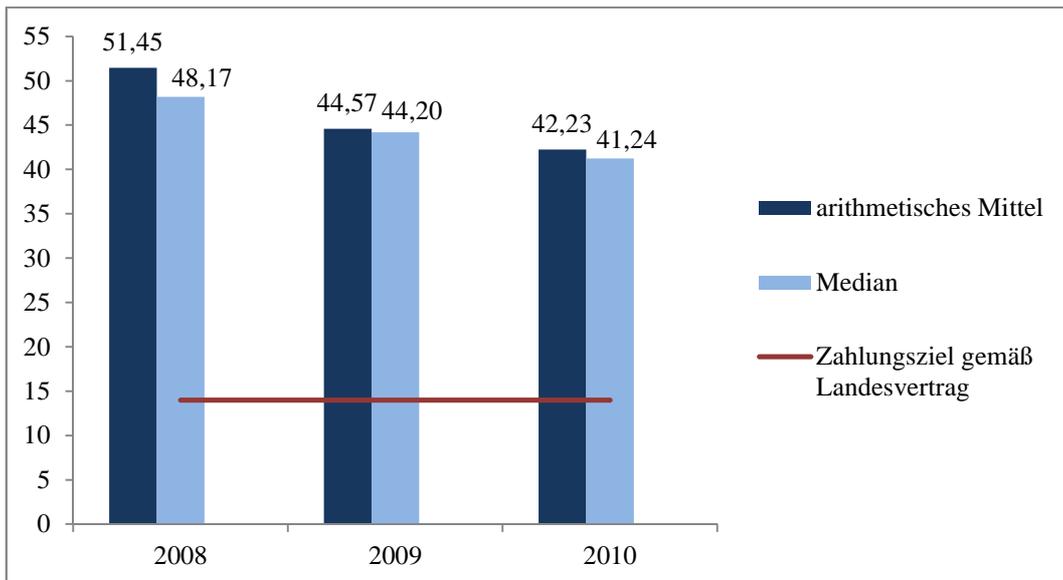


Abbildung 36: Entwicklung der Forderungsreichweite in Brandenburg in Tagen

In Mecklenburg-Vorpommern liegt die durchschnittliche Forderungsreichweite im Betrachtungszeitraum nahezu unverändert bei 42 Tagen. Unter Berücksichtigung des vereinbarten Zahlungsziels von 21 Tagen ist anzunehmen, dass zum Jahresende zwar nochmals verstärkt Leistungen fakturiert werden und sich damit erhöhend auf die Kennzahl auswirken, aber nicht in dem Ausmaß, wie es in anderen Bundesländern der Fall ist.

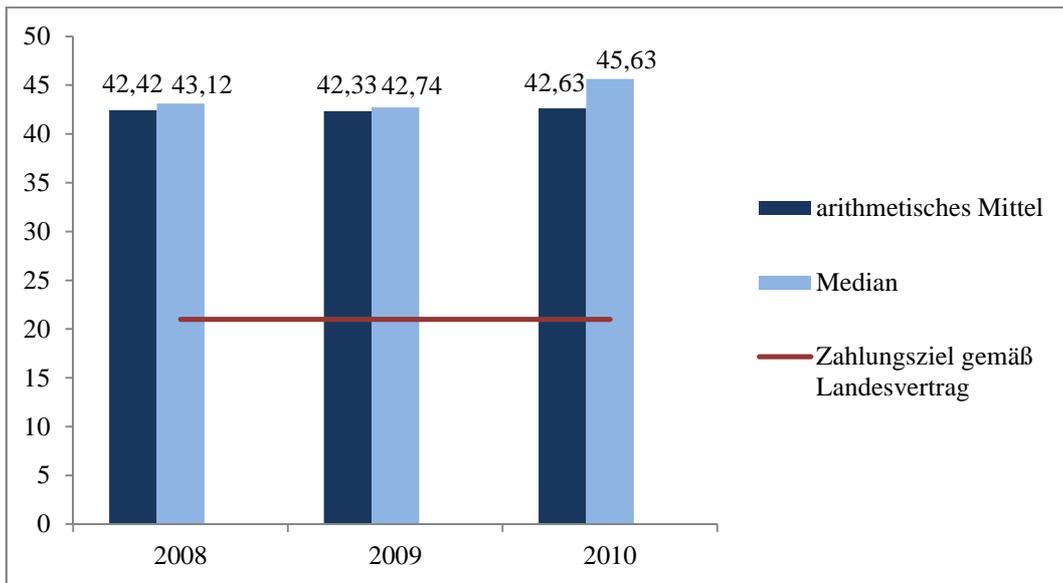


Abbildung 37: Entwicklung der Forderungsreichweite in Mecklenburg-Vorpommern in Tagen

Mit etwa 2 Tagen verlängerte sich im Analysezeitraum die durchschnittliche Forderungsreichweite in Sachsen von Jahr zu Jahr. Letztlich lag sie in 2010 bei durchschnittlich 40,45 Tagen, was bei einem vereinbarten Zahlungsziel von 18 Tagen noch im bundesweiten Durchschnitt liegt.

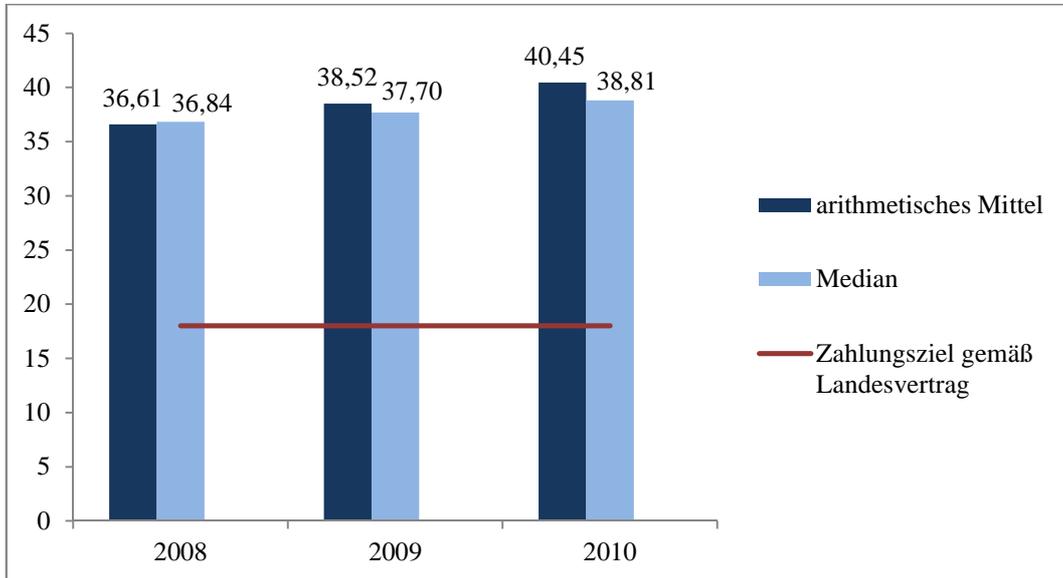


Abbildung 38: Entwicklung der Forderungsreichweite in Sachsen in Tagen

Keine landeseinheitliche Vereinbarung hinsichtlich des Zahlungsziels der gesetzlichen Krankenkassen zur Begleichung der erbrachten Krankenhausleistungen besteht in Sachsen-Anhalt. Die Forderungsreichweite hat sich in den Jahren 2009 und 2010 bei etwa 43 Tagen eingependelt und liegt damit im bundesweiten Durchschnitt von zuletzt 48,81 Tagen in 2010. Die zusätzliche Analyse des Median weist auf keine Besonderheiten hin.

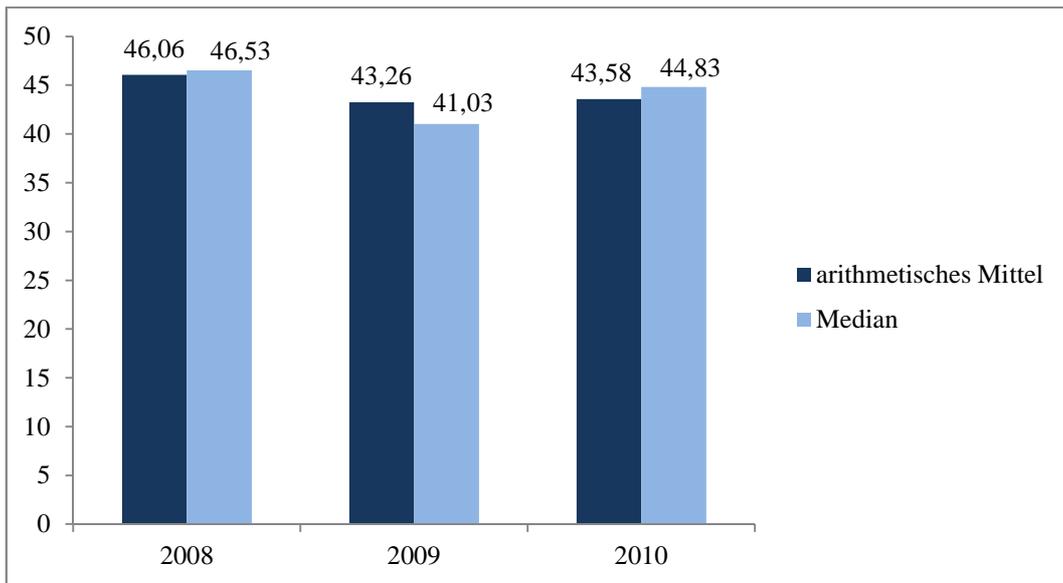


Abbildung 39: Entwicklung der Forderungsreichweite in Sachsen-Anhalt in Tagen

Das Bundesland mit durchgängigen Spitzenwerten bei der DSO ist Thüringen. Bei einem Zahlungsziel von 14 Tagen bewegt sich die Forderungsreichweite zwischen 35-37 Tagen. Aus der Einzelbetrachtung der Einrichtungen ist ersichtlich, dass dieser niedrige Wert nicht an einigen sehr guten Häusern liegt, sondern sich weitgehend durchgängig in diesem Bereich bewegt, was auch durch den Median bestätigt wird, der jeweils noch leicht unter dem arithmetischen Mittel liegt.

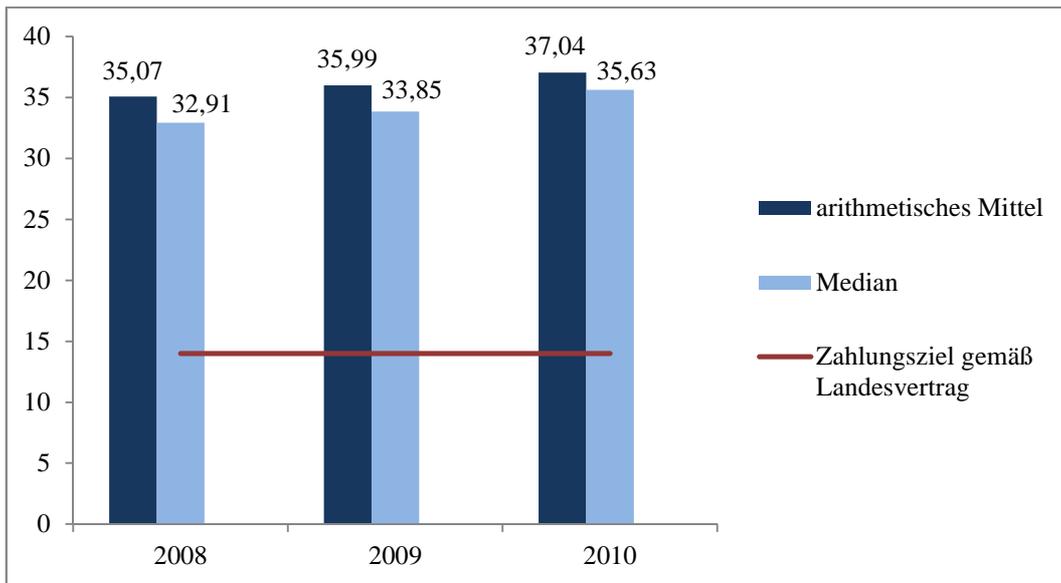


Abbildung 40: Entwicklung der Forderungsreichweite in Thüringen in Tagen

Grundsätzlich ist im Hinblick auf die Forderungsreichweite festzuhalten, dass sie in allen Bundesländern deutlich über dem Zahlungsziel der gesetzlichen Krankenkassenversicherungen liegt. Daraus kann abgeleitet werden, dass stichtagsbezogen der Forderungsbestand, durch die vollständige Fakturierung der erbrachten Leistungen an entlassenen Patienten erhöht ist, und das unterjährig die Leistungen nicht immer zeitnah abgerechnet werden können.

Als weitere Kennzahlen wurden die modifizierte Eigenkapitalquote und die Eigenkapitalquote ohne Bereinigung des Eigen- und des Gesamtkapitals berechnet.

Die modifizierte Eigenkapitalquote ist meistens höher, da durch die Subtraktion der Bilanzierungshilfe „Ausgleichsposten für Eigenmittelförderung“ vom Eigen- und Gesamtkapital sich der Zähler gleichermaßen verringert, aber der Nenner zusätzlich noch um die Sonderposten aus der Finanzierung des Anlagevermögens, abnimmt.

Es wurden für beide Kennzahlen die Vergleichswerte berechnet. Dabei ist hervorzuheben, dass sowohl die Eigenkapitalquote, als auch die modifizierte Eigenkapitalquote im Saarland am Niedrigsten ist.

Im oberen Bereich liegen bei beiden Eigenkapitalquoten durchgängig Berlin, Sachsen, Thüringen, Brandenburg und Rheinland-Pfalz.

Im Zeitablauf haben sich beide Eigenkapitalquoten von 2008 bis 2010 leicht erhöht, was in den Abbildungen verdeutlicht wird:

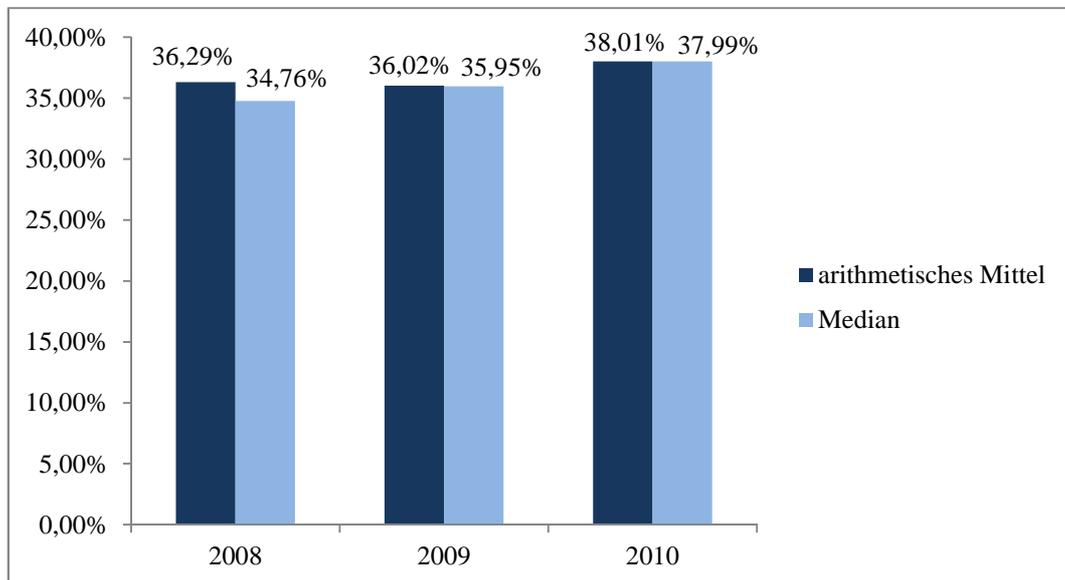


Abbildung 41: Entwicklung der modifizierten Eigenkapitalquote

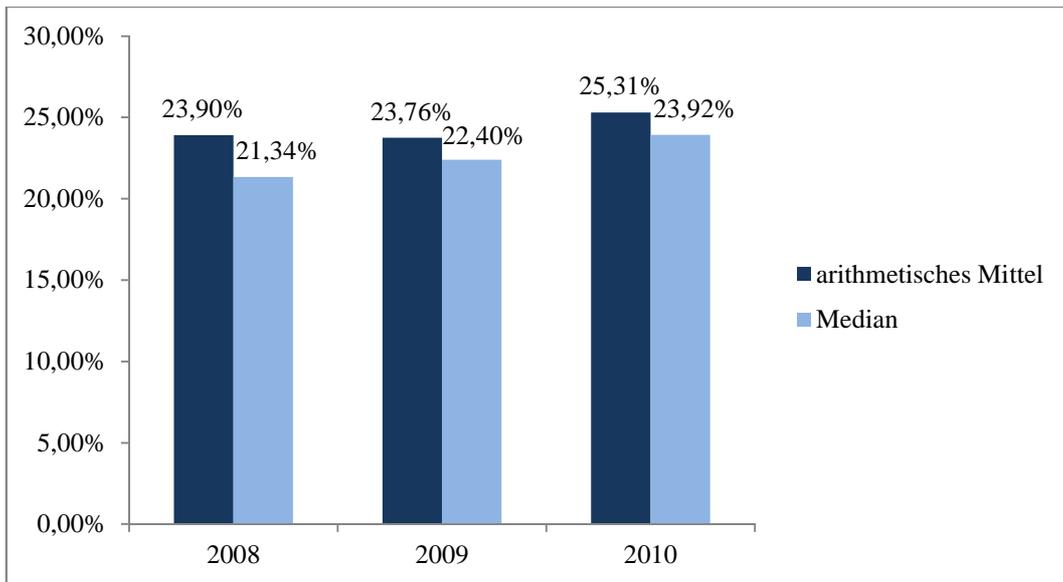


Abbildung 42: Entwicklung der Eigenkapitalquote

Die Personalintensität in den deutschen Krankenhäusern hat sich im Analysezeitraum von durchschnittlich 63,20% in 2008 um 0,7% auf 62,5% in 2010 leicht rückläufig entwickelt. Bei der Datenerhebung ist aufgefallen, dass einige Häuser eine vergleichsweise niedrige Personalintensität haben. Das Verhältnis von Personal- und Materialaufwendungen war in diesen Häusern gerade umgekehrt als erwartet. Die Betrachtung des Median verdeutlicht dies nochmal, da er in allen drei Analysejahren über dem arithmetischen Mittel liegt.

Aus den Angaben im Anhang wurde deutlich, dass in den Einrichtungen mit einer niedrigen Personalintensität wesentliche Teile des Personals ausgelagert wurden. Die Aufwendungen werden dadurch nicht mehr bei den Personalaufwendungen, sondern bei den bezogenen Leistungen im Materialaufwand gezeigt und die Personalintensität nimmt ab.

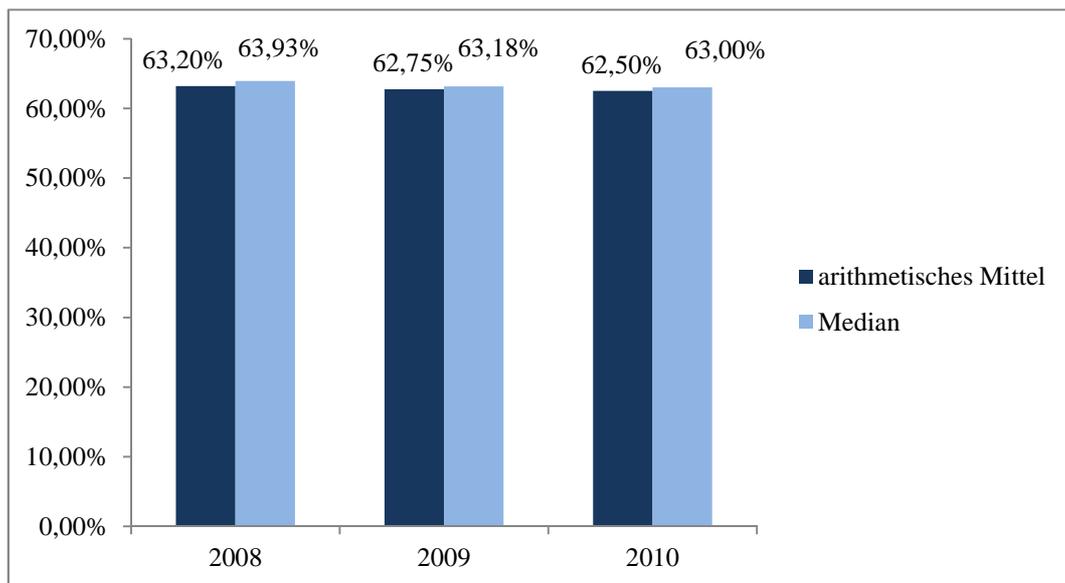


Abbildung 43: Entwicklung der Personalintensität

Ergänzend zur Personalintensität wurde die Materialintensität berechnet, die durchschnittlich im Zeitablauf ebenfalls nahezu konstant ist. Sie liegt bei den untersuchten Krankenhäusern bei knapp 30%. Wie bereits bei der Personalintensität erläutert, steht eine wesentlich höhere Materialintensität im Vergleich zu den Referenzwerten, zumindest bei den untersuchten Krankenhäusern, in Verbindung mit den Aufwendungen für bezogene Leistungen.

Bei beiden Intensitätskennzahlen sind keine nennenswerten länderspezifischen Schwankungen festzustellen. Die Annahme, dass eine hohe Personalintensität mit einer niedrigen Materialintensität einhergeht, konnte nur teilweise bestätigt werden.

In Rheinland-Pfalz ist die Personalintensität in 2010 beispielsweise mit 67,97% über Deutschland hinweg betrachtet am höchsten, bei gleichzeitig der niedrigsten Materialintensität von 25,52% in 2010. Dagegen liegen die Krankenhäuser im Saarland sowohl bei der Personal- als auch bei der Materialintensität mit 66,57% bzw. 31,24% in 2010 über dem deutschlandweiten Durchschnitt, wie auch die Abbildung und die Anlagen 16 und 17 zeigen.

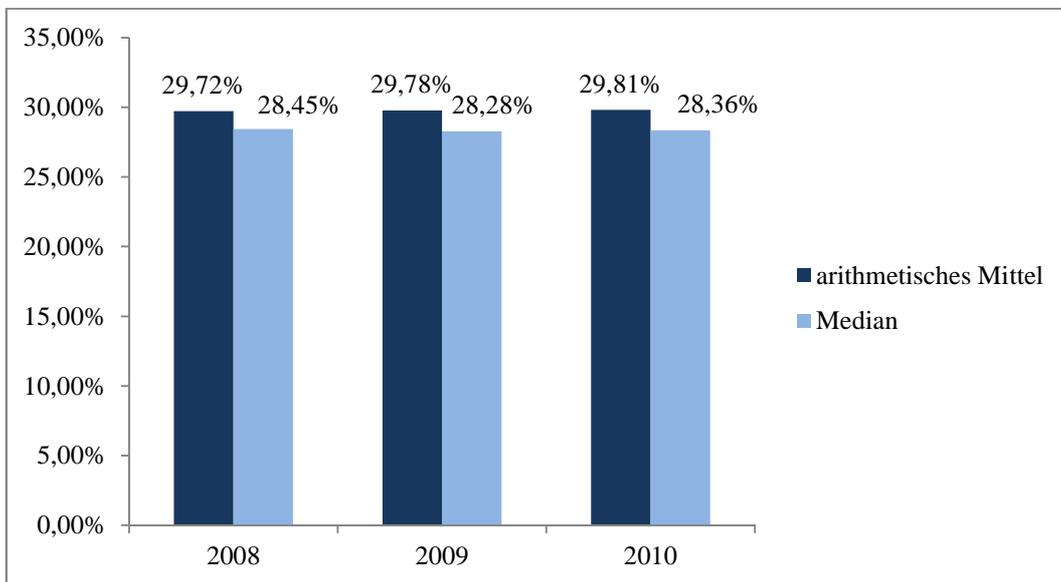


Abbildung 44: Entwicklung der Materialintensität

Als weitere Kennzahl ist der Anteil der Erlöse aus Krankenhausleistungen im Verhältnis zu den gesamten Umsatzerlösen berechnet worden.

Anhand der Auswertung dieser Kennzahl ist ersichtlich, dass in den neuen Bundesländern der Erlösanteil der allgemeinen Krankenhausleistungen am höchsten ist, wodurch die 4. Hypothese bestätigt wird.

Im Jahr 2010 belief sich der Wert in Sachsen-Anhalt auf 96,55%, in Sachsen auf 95,49%, in Thüringen auf 95,45%, in Mecklenburg-Vorpommern auf 95,01% und Brandenburg auf 94,22%, währenddessen in Baden-Württemberg 87,4% erreicht wurden. Im Umkehrschluss heißt das, dass es den Krankenhäusern in den alten Bundesländern besser gelingt, das Unternehmensrisiko zu streuen und Erlöse außerhalb des allgemeinen Krankenhausbereiches zu generieren, sei es durch ambulante Leistungen oder vor allem durch Wahlleistungen von Privatpatienten.

Je höher der Anteil an Erlösen aus Krankenhausleistungen ist, desto geringer sind die Anteile der Erlöse aus Wahlleistungen, ambulanten Leistungen und Nutzungsentgelten und damit auch der profitable Anteil der Privatpatienten.

Die Merkmalsausprägungen der Erlöse aus Krankenhausleistungen und der Erlöse aus Wahlleistungen in den neuen Bundesländern können historisch bedingt sein. Vor der deutschen Einheit gab es ein einheitliches Krankenversicherungssystem, das keine privaten Krankenversicherungen oder Zusatzversicherungen kannte. Der Anteil der Privatpatienten in den neuen Ländern ist deshalb geringer als in den alten Ländern, was wiederum eine geringere Nachfrage nach Wahlleistungen bedingt.

Ende 2011 hatten 10,97% der Bevölkerung eine private Vollversicherung, davon sind lediglich 9,94% versicherte Mitglieder aus den neuen Bundesländern.⁴⁷³ Diese Tendenz spiegelt sich auch in der Erlösstruktur der Krankenhäuser wider und belegt die Hypothese 3, wie die Tabelle 36 zeigt:

⁴⁷³

Vgl. Verband der privaten Krankenversicherungen (2012), S. 29.

2008		2009		2010	
Bundesland	Arithmetisches Mittel in %	Bundesland	Arithmetisches Mittel in %	Bundesland	Arithmetisches Mittel in %
Sachsen-Anhalt	96,20	Sachsen-Anhalt	95,99	Sachsen-Anhalt	96,55
Sachsen	95,86	Sachsen	95,78	Sachsen	95,49
Thüringen	95,80	Brandenburg	95,47	Thüringen	95,45
Mecklenburg-Vorpommern	95,63	Thüringen	95,39	Mecklenburg-Vorpommern	95,01
Brandenburg	95,49	Mecklenburg-Vorpommern	95,10	Brandenburg	94,22
Berlin	93,56	Berlin	93,53	Berlin	93,81
Hamburg	92,78	Rheinland-Pfalz	93,43	Saarland	93,66
Bremen	92,38	Bremen	92,53	Rheinland-Pfalz	92,74
Rheinland-Pfalz	92,24	Hamburg	92,40	Hamburg	92,68
Niedersachsen	91,98	Niedersachsen	91,82	Bremen	92,57
Saarland	91,77	Saarland	91,69	Niedersachsen	91,79
Schleswig-Holstein	91,48	Hessen	91,56	Bayern	91,43
Hessen	91,36	Schleswig-Holstein	91,51	Hessen	91,31
Bayern	91,11	Bayern	91,46	Schleswig-Holstein	90,99
Nordrhein-Westfalen	89,07	Nordrhein-Westfalen	89,47	Nordrhein-Westfalen	90,87
Baden-Württemberg	88,55	Baden-Württemberg	86,94	Baden-Württemberg	87,40
Deutschland	91,72	Deutschland	91,66	Deutschland	91,91

Tabelle 36: Entwicklung des Erlösanteils Krankenhausleistungen nach Bundesländern

Im Zeitablauf hat sich der Erlösanteil der allgemeinen Krankenhausleistungen kaum verändert und blieb mit knapp 92% im arithmetischen Mittel nahezu konstant.

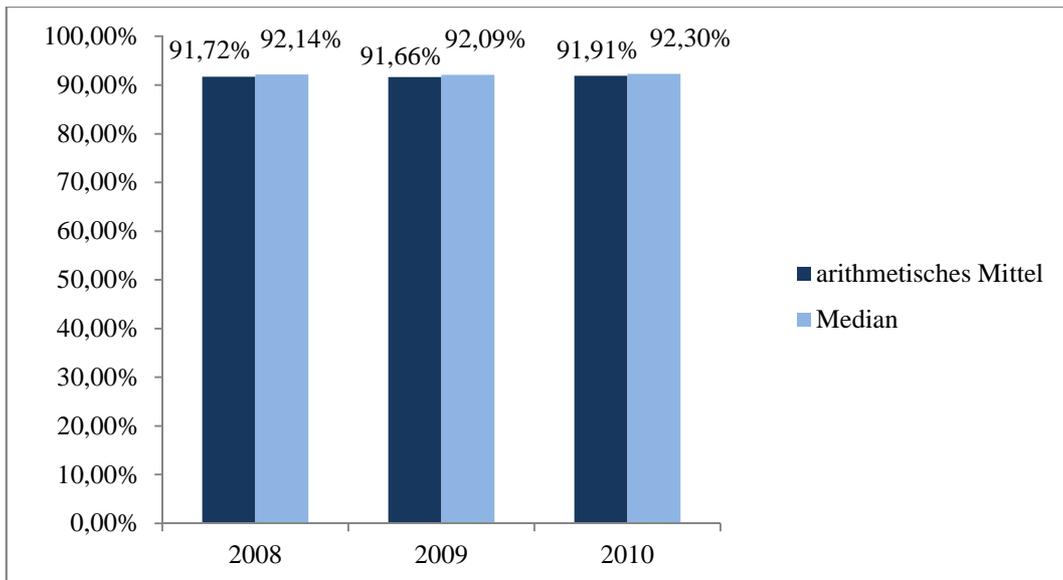


Abbildung 45: Entwicklung des Erlösanteils Krankenhausleistungen

Die modifizierte betriebsbezogene Umsatzrentabilität der deutschen Krankenhäuser hat sich im Betrachtungszeitraum durchschnittlich um fast ein Prozent auf 2,25% erhöht. Im deutschlandweiten Vergleich ist sie im Jahr 2010 in Mecklenburg-Vorpommern mit 7,26% und Thüringen mit 6,43% am höchsten, gefolgt von Sachsen, währenddessen Baden-Württemberg und Niedersachsen das Schlusslicht bilden.

Die ergänzende Betrachtung des Median zeigt, dass die Werte der arithmetischen Mittel durch einige Extremwerte etwas verzerrt werden.

Bei genauer Analyse ist der hohe Durchschnittswert im Jahr 2010 in Thüringen von 6,43% durch drei Krankenhäuser begründet, deren Umsatzrentabilität sich zwischen 17,88% und 21,51% bewegt. Alle drei Krankenhäuser befinden sich in privater Trägerschaft der Klinikketten Helios oder Rhön. Die Vermutung, dass eine Beziehung zwischen einer hohen Umsatzrentabilität und der privaten Trägerschaft besteht, bestätigt sich in Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen, sowie in den Bundesländern mit einer geringen durchschnittlichen Umsatzrentabilität, wie Baden-Württemberg.

Andererseits liegt der Kennzahlenwert in Berlin und Hamburg in allen drei Analysejahren ebenfalls im oberen Drittel, was primär auf die freigemeinnützigen Krankenhäuser zurückzuführen ist und die obige These entkräftet.

Bei den Krankenhäusern mit einer hohen modifizierten betriebsbezogenen Umsatzrentabilität in Hamburg ist gleichzeitig ein vergleichsweise niedriger Anlagenabnutzungsgrad zu verzeichnen. In Berlin konnte diese Probe nicht durchgeführt werden, da von den betreffenden Häusern kein Anlagespiegel veröffentlicht wurde.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die modifizierte betriebsbezogene Umsatzrentabilität in den neuen Bundesländern sowie in Berlin und Hamburg am höchsten ist. In diesen Bundesländern ist auch der Anlagenabnutzungsgrad am geringsten.⁴⁷⁴

⁴⁷⁴

Vgl. Tabelle 31.

Der Rückgang der Kennzahl in Sachsen-Anhalt von 2,52% in 2009 auf 1,11% in 2010 ist auf ein Krankenhaus zurückzuführen, bei dem die sonstigen betrieblichen Aufwendungen von 2009 auf 2010 gestiegen sind.

Die Hypothese 5 konnte nicht abschließend verifiziert werden, da der Instandhaltungsaufwand als Bestandteil des sonstigen betrieblichen Aufwands aus den veröffentlichten Jahresabschlüssen nicht erkennbar ist. Alternativ wird darauf hingewiesen, dass die modifizierte betriebsbezogene Umsatzrentabilität in den Ländern mit einem niedrigen Anlagenabnutzungsgrad am höchsten ist. Insbesondere sind das die neuen Bundesländer.

Ein Teil der Hypothese 5, nämlich dass die modifizierte betriebsbezogene Umsatzrentabilität in den neuen Ländern höher als in den alten Bundesländern ist, konnte grundsätzlich bestätigt werden.

Die Untersuchungsergebnisse sind der Abbildung 46 und Tabelle 37 zusammengefasst:

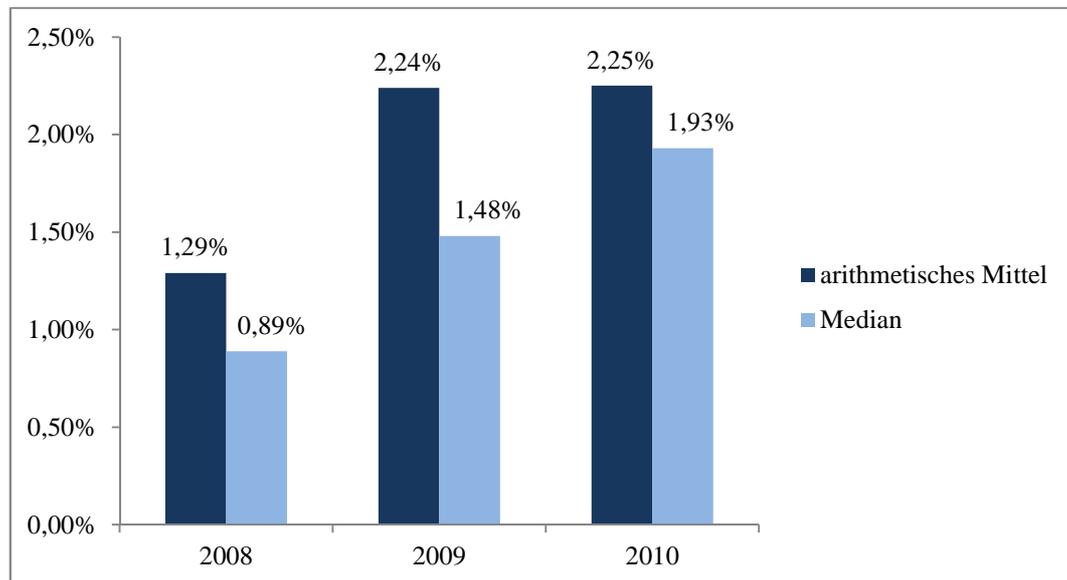


Abbildung 46: Entwicklung der modifizierten betriebsbezogenen Umsatzrentabilität

Bundesland	Arithmetisches Mittel in %	Bundesland	Arithmetisches Mittel in %	Bundesland	Arithmetisches Mittel in %
Thüringen	6,41	Thüringen	6,95	Mecklenburg-Vorpommern	7,26
Sachsen	4,78	Sachsen	5,45	Thüringen	6,43
Mecklenburg-Vorpommern	4,27	Mecklenburg-Vorpommern	4,96	Sachsen	5,60
Brandenburg	3,32	Berlin	3,26	Hamburg	3,45
Berlin	2,63	Brandenburg	2,96	Brandenburg	3,29
Sachsen-Anhalt	1,82	Hamburg	2,62	Berlin	2,84
Hessen	1,30	Sachsen-Anhalt	2,52	Bayern	2,36
Rheinland-Pfalz	1,25	Hessen	1,87	Hessen	2,29
Schleswig-Holstein	0,98	Nordrhein-Westfalen	1,81	Rheinland-Pfalz	1,85
Saarland	0,96	Schleswig-Holstein	1,64	Nordrhein-Westfalen	1,67
Nordrhein-Westfalen	0,49	Niedersachsen	1,59	Saarland	1,36
Hamburg	0,35	Bayern	1,54	Bremen	1,13
Niedersachsen	0,20	Rheinland-Pfalz	1,19	Sachsen-Anhalt	1,11
Bremen	0,08	Saarland	1,10	Schleswig-Holstein	1,01
Baden-Württemberg	0,02	Bremen	0,81	Niedersachsen	0,96
Bayern	-0,43	Baden-Württemberg	0,24	Baden-Württemberg	0,16
Deutschland	1,29	Deutschland	2,24	Deutschland	2,25

Tabelle 37: Entwicklung der modifizierten betriebsbezogenen Umsatzrentabilität nach Bundesländern

Der Case Mix Index als Kenngröße zur Beschreibung der Leistungsentwicklung, wird während des Analysezeitraums zunehmend häufiger im Lagebericht angegeben, oder kann aus den Angaben berechnet werden, was in der Abbildung gezeigt wird:

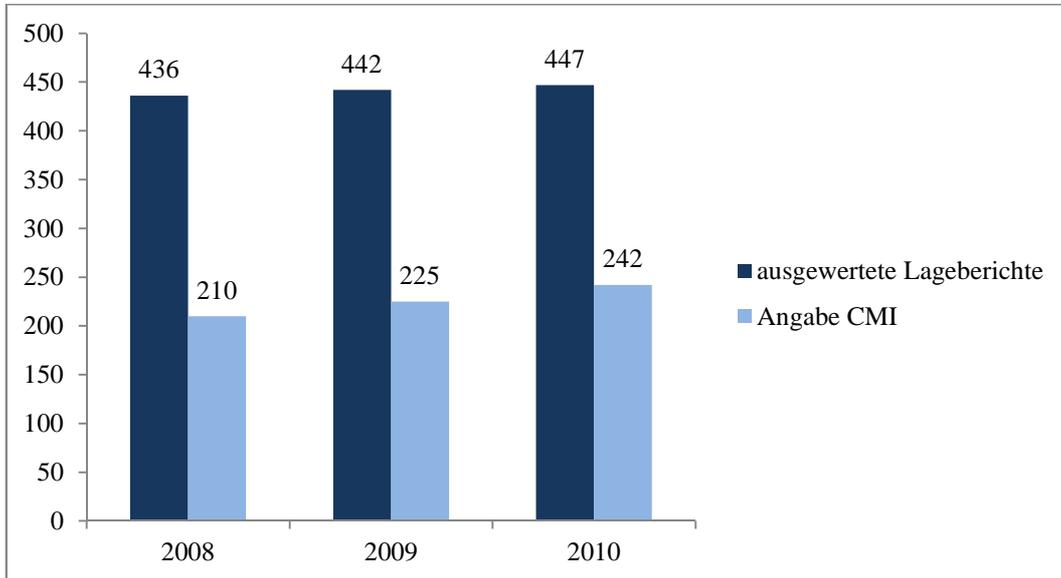


Abbildung 47: Angabe des Case Mix Index im veröffentlichten Lagebericht

In den drei Analysejahren blieb die Kennzahl unter einem Wert von 1,0. Der kontinuierliche Anstieg der durchschnittlichen Fallschwere kann im Zusammenhang mit der zunehmenden Erfahrung der Krankenhäuser zur erlösoptimalen Codierung stehen. Aber auch die jährlichen Anpassungen der Fallpauschalenvereinbarung und damit der Relativgewichte, sowie die Leistungsfähigkeit der Einrichtungen determinieren den CMI.

Eine zuverlässige und solide Aussage zur Höhe des CMI in Abhängigkeit des Bundeslandes kann nicht getroffen werden, da beispielsweise in Mecklenburg-Vorpommern nur ein Krankenhaus den CMI veröffentlicht hat, was keine repräsentative Auswertungsbasis darstellt. Ebenso kann noch keine verlässliche Aussage zu einer möglichen Korrelation etwa zum Material- oder Personalaufwand getroffen werden.

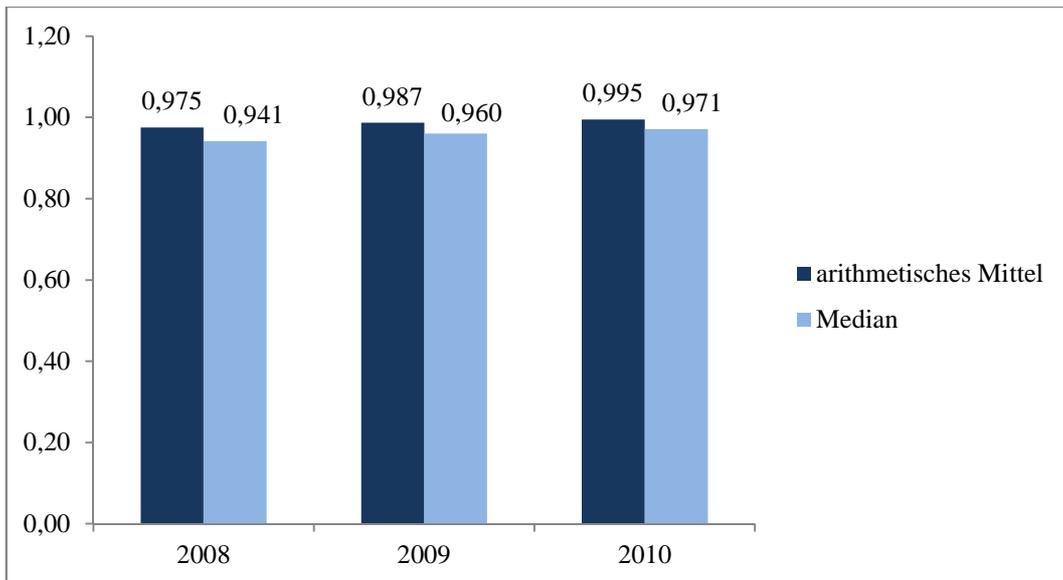


Abbildung 48: Entwicklung des Case Mix Index

Die durchschnittliche Verweildauer der Patienten im Krankenhaus, als Kennzahl zur Messung der Wirtschaftlichkeit der Einrichtungen wird, wie der Case Mix Index, zunehmend häufiger zur Beschreibung der Leistungsentwicklung im Lagebericht aufgeführt.

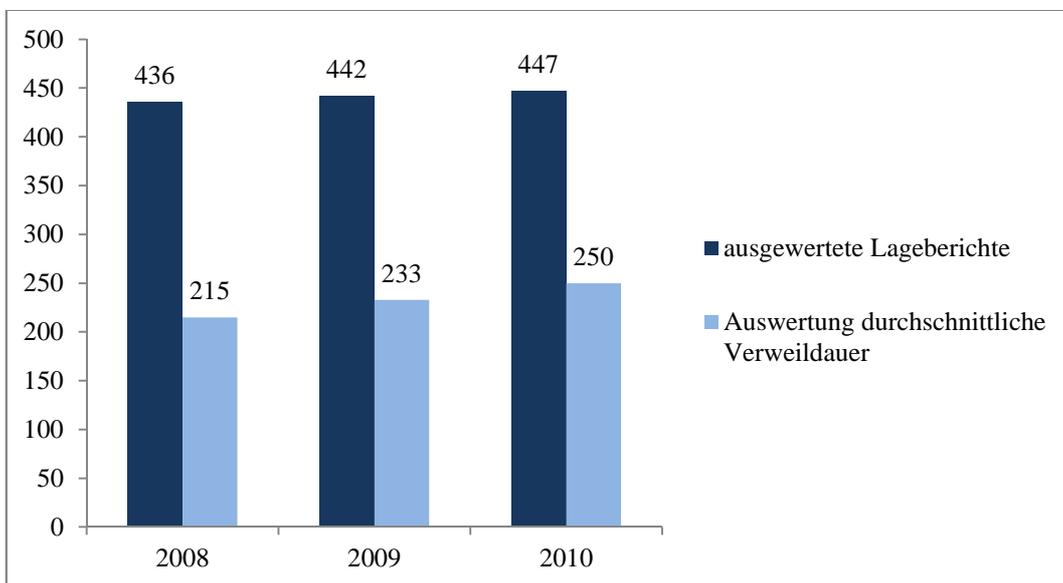


Abbildung 49: Angabe der durchschnittlichen Verweildauer im veröffentlichten Lagebericht

Insgesamt reduzierte sich die durchschnittliche Verweildauer aller Krankenhäuser in Deutschland von 8,1 Tagen in 2008 auf 7,9 Tage in 2010.⁴⁷⁵ Werden nur die allgemeinen Krankenhäuser betrachtet, so betrug die durchschnittliche Verweildauer im Jahr 2010 nur noch 7,3 Tage.⁴⁷⁶

Bei den ausgewerteten Abschlüssen ist die Verweildauer geringer, was an der homogen Grundgesamtheit der Einrichtungen liegt. Es wurden keine Universitätskliniken und Fachkliniken, wie Psychiatrien, einbezogen.

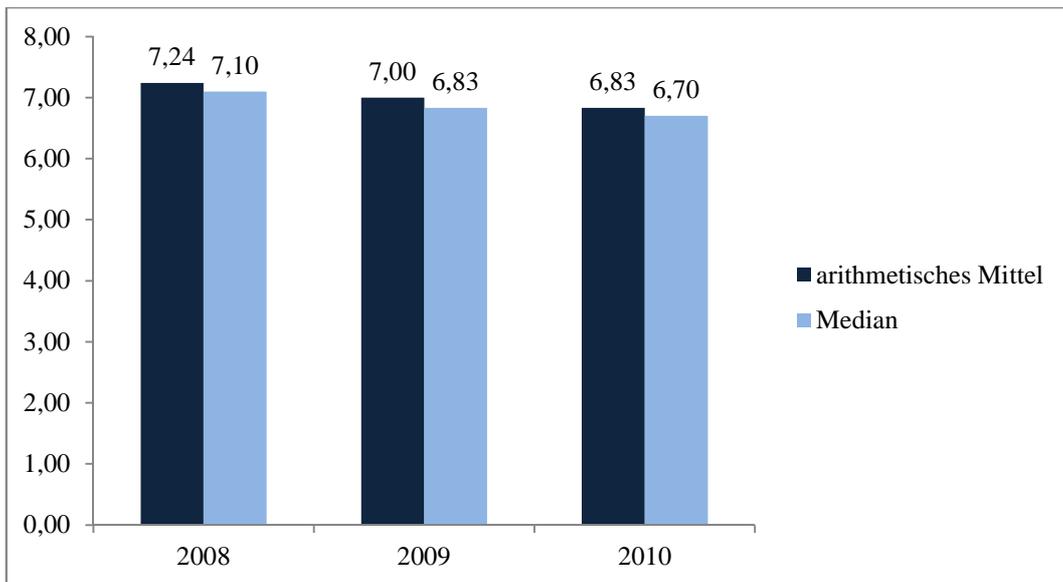


Abbildung 50: Entwicklung der durchschnittlichen Verweildauer in Tagen

⁴⁷⁵ Vgl. Statistisches Bundesamt (2011 a), S. 20.

⁴⁷⁶ Vgl. Statistisches Bundesamt (2011 a), S. 20.

Als letzte Kennzahl dieser Arbeit wurde der Nutzungsgrad entweder direkt aus dem Lagebericht abgelesen oder mit Hilfe der Planbetten und der Berechnungs- / Belegungstage ermittelt und ausgewertet.

In allen drei Analysejahren konnte der Nutzungsgrad bei ca. 36% der analysierten Einrichtungen ermittelt werden.

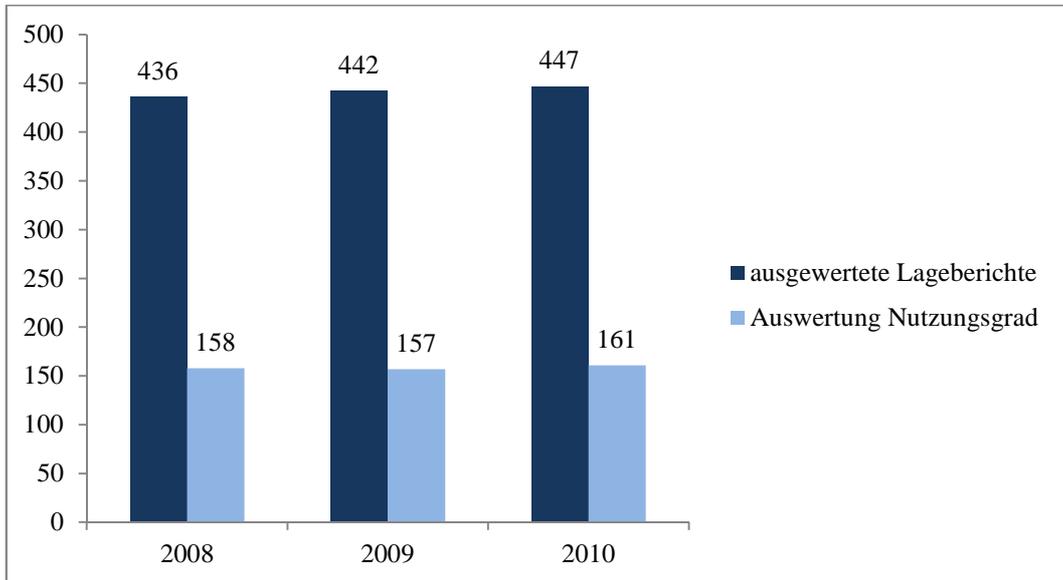


Abbildung 51: Angaben der Nutzungsgrade im veröffentlichten Jahresabschluss

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich der Nutzungsgrad im arithmetischen Mittel von etwa 76% in 2008 auf 78% in 2010 erhöht hat. Gleichzeitig ist jedoch die Anzahl der Planbetten im Betrachtungszeitraum deutschlandweit um 611 Betten auf 502.029 Betten verringert worden. Der Median ist in allen drei Jahren höher als das arithmetische Mittel, was darauf hindeutet, dass durch einige extrem niedrige Nutzungsgrade das arithmetische Mittel reduziert wird.

Zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit einzelner Krankenhäuser wird als Vergleichsgröße der durchschnittliche Nutzungsgrad des entsprechenden Bundeslandes empfohlen.⁴⁷⁷

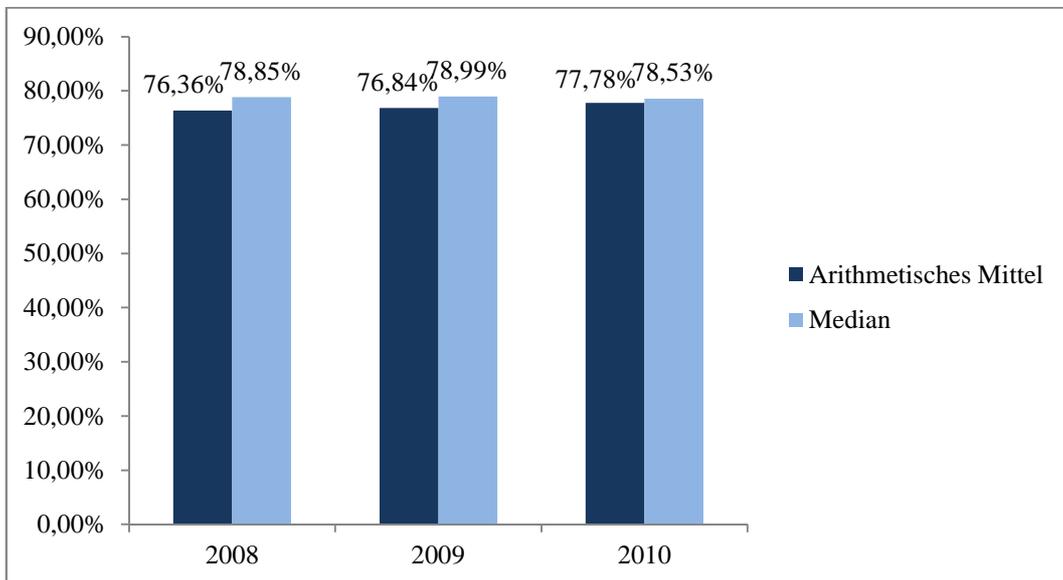


Abbildung 52: Entwicklung des Nutzungsgrades

⁴⁷⁷

Vgl. Anlage 22.

6.4.3. Ergebnis der Datenauswertung

Die Erhebung, Zusammenfassung und Auswertung von jeweils circa 440 Krankenhausjahresabschlüssen für die Jahre 2008, 2009 und 2010 hat die Bildung von Kennzahlen zur Beurteilung der Vermögens-, Finanz- und Erfolgslage ermöglicht. Die Auswahl der Kennzahlen erfolgte vor der Zielsetzung, die aktuelle und künftige Bonitätssituation von Krankenhäusern ableiten, länderspezifische Ausprägungen erfassen und Korrelationen erkennen zu können, um auf neue Entwicklungen im Bereich der Investitionsfinanzierung vorbereitet zu sein.

Mit Hilfe der Berechnung des Anlagenabnutzungsgrades im Zeitverlauf wurde gezeigt, dass ein zunehmender Investitionsstau in den Krankenhäusern zu verzeichnen ist. Gleichzeitig konnte die Hypothese 1 belegt werden.

Es wurde des Weiteren ersichtlich, dass der Investitionsstau nicht gleichmäßig im Bundesgebiet verteilt ist. Vor allem in den neuen Bundesländern ist ein geringerer Anlagenabnutzungsgrad zu verzeichnen als in den alten Ländern. Diese Auswertung bestätigt die Hypothese 2.

Im Bereich der Liquiditätsbeurteilung ist die Hypothese, dass eine Forderungsreichweite über dem arithmetischen Mittel des Bundeslandes eine Liquidität 3. Grades unter 100% bedingt, nicht bewiesen worden. Es wurde kein Zusammenhang zwischen der Forderungsreichweite und einer Liquidität 3. Grades unter 100% festgestellt.

Stattdessen ergab die Auswertung der Kennzahlen, dass in allen Bundesländern das arithmetische Mittel der Forderungsreichweite etwa 20-30 Tagen über dem vereinbarten Zahlungsziel mit den Kostenträgern liegt.

Die Analyse der Eigenkapitalquote und der modifizierten Eigenkapitalquote hat gezeigt, dass länderspezifische Ausprägungen bestehen, die bei einer Bonitätsbeurteilung zu berücksichtigen sind.

Im Rahmen der Erfolgsanalyse konnten sowohl bei der Material- als auch bei der Personalintensität keine nennenswerten länderspezifischen Besonderheiten erkannt werden.

Allerdings ist ersichtlich, dass in den neuen Bundesländern der Erlösanteil der Krankenhausleistungen und generell auch die betriebsbezogene modifizierte Umsatzrentabilität höher als in den alten Bundesländern ist, wodurch die Hypothesen 4 und 5 belegt werden konnten.

Kennzahlen die auf Basis der Angaben im Lagebericht berechnet werden, wie etwa der CMI, die durchschnittliche Verweildauer oder der Nutzungsgrad eignen sich zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses. Zur Darbietung aussagekräftiger Korrelationen war die Grundgesamtheit bei diesen Kennzahlen allerdings nicht umfangreich genug.

7. Thesenförmige Zusammenfassung

1. Der Markt für Gesundheitsdienstleistungen ist auch in Krisenzeiten ein Wachstumsmarkt. So stiegen die Gesundheitsausgaben aller Ausgabenträger in Deutschland von 264.391 Mio € in 2008 auf 287.293 Mio € in 2010.⁴⁷⁸ Insbesondere die Nachfrage nach einer besseren und umfangreicheren medizinischen Versorgung nimmt zu. Zur Befriedigung dieser Nachfrage bedarf es moderner, leistungsfähiger, hochtechnisierter Krankenhäuser mit effizienten Strukturen. Zur Unterhaltung solcher Einrichtungen müssen neue Finanzierungsstrukturen geschaffen werden.

2. In den deutschen Krankenhäusern ist ein zunehmender Investitionsstau zu verzeichnen. Dieser resultiert aus nicht ausreichenden Fördermitteln der öffentlichen Hand zur Finanzierung der Investitionskosten. Seit der Einführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes 1972 als Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Pflegesätze, ist die Finanzierung der Krankenhäuser auf zwei Säulen verteilt. Zum einen sind die Investitionskosten durch öffentliche Fördermittel der Länder zu finanzieren, zum anderen sollen die Betriebskosten aus den Pflegesätzen der Krankenkassen gedeckt werden.

 Der Investitionsstau zeigt, dass die Länder nicht mehr in der Lage sind genügend Fördermittel bereitzustellen, um die Nachfrage nach modernen und leistungsfähigen Krankenhäusern zu befriedigen. Die Krankenhäuser sind im derzeitigen dualen Finanzierungssystem gezwungen, neue Wege in der Finanzmittelbeschaffung zu beschreiten. Dabei kommt in der Praxis in erster Linie die Kreditfinanzierung, aber auch die Aufnahme neuer Gesellschafter in Frage.

3. Sowohl die Krankenhäuser als auch die potenziellen Kapitalgeber müssen sich auf die neue Situation im Investitionsfinanzierungsbereich vorbereiten. Die potenziellen Kapitalgeber benötigen Indikatoren, anhand derer sie die aktuelle und künftige Bonität von Krankenhäusern beurteilen können.

⁴⁷⁸

Vgl. Statistisches Bundesamt (2012 b), S. 1.

Diese wiederum müssen die Indikatoren der Entscheidungsträger kennen, um sich gezielt, beispielsweise auf eine Kreditwürdigkeitsprüfung, vorzubereiten zu können. Beide Seiten benötigen zudem Vergleichswerte für die einzelnen Indikatoren, um die Lage des Analyseobjektes beurteilen zu können.

Die bisherigen Veröffentlichungen zu Kennzahlen- und Kennzahlenauswertungen von Krankenhäusern beschäftigen sich nicht primär mit der Bonitätsanalyse auf Basis des Jahresabschlusses. Es werden auch nicht die klassischen Kennzahlen unter Berücksichtigung der Krankenhausspezifika modifiziert und die dazugehörigen Vergleichswerte vorgestellt, die auf allgemein zugänglichen Daten beruhen.

4. Die vorliegende Arbeit greift dieses Defizit auf und stellt Kennzahlen zur Bonitätsanalyse von Krankenhäusern vor. Dabei werden die Kennzahlen unter Beachtung der Besonderheiten von Krankenhäusern und deren Jahresabschlüssen ausgewählt, gegebenenfalls modifiziert, Vergleichswerte berechnet, länderspezifische Ausprägungen untersucht und Wechselbeziehungen aufgezeigt. Als Datenbasis dienen dabei die im elektronischen Bundesanzeiger veröffentlichten Jahresabschlüsse.

Die Adressaten dieser Arbeit haben dadurch die Möglichkeit, die Kennzahlen für ihr Analyseobjekt selber zu berechnen, gegebenenfalls anzupassen, unter Bezugnahme auf die länderspezifischen Vergleichswerte zu analysieren und Wechselwirkungen zu erkennen.

Außerdem werden weiteren Interessensgruppen, wie Ministerien und Aufsichtsräten, Benchmarks für Kennzahlen im Krankenhaus angeboten.

5. Der Krankenhausmarkt ist ein heterogener Markt, der nach verschiedenen Kriterien differenziert werden kann, etwa nach dem Träger oder der Rechtsform. Besonderheiten von Krankenhäusern im Hinblick auf die Bonitätsbeurteilung ergeben sich nicht nur aus der dualen Finanzierung und der daraus resultierenden Rechnungslegung nach der KHBV, sondern auch aus dem zweistufigen Betriebsprozess und dem Zielsystem. Aus diesen

Gründen sind die Kennzahlen nicht nur wegen der Spezifika im Jahresabschluss zu modifizieren sondern auch zielorientiert auszuwählen.

6. In diesem Zusammenhang bietet sich zur Beurteilung des Anlagevermögens von den Krankenhäusern insbesondere der Anlagenabnutzungsgrad an. Anhand dessen kann die Entwicklung der Altersstruktur des Anlagevermögens und damit auch der künftige Investitionsbedarf, aus dem sich wiederum ein Mittelabfluss ergibt, erkannt werden. Da sich die Finanzierung des Anlagevermögens nicht auf dessen Altersstruktur auswirkt, ergibt sich kein Modifizierungsbedarf der allgemeinen Berechnungsformel. Das arithmetische Mittel liegt bei dieser Kennzahl im Jahr 2010 bei 52,34%. Im Zeitvergleich ist seit 2008 ein Anstieg zu verzeichnen. Zudem ist feststellbar, dass der Anlagenabnutzungsgrad in den neuen Bundesländern geringer ist, als in den alten Bundesländern. Sofern nicht rechtzeitig Maßnahmen eingeleitet werden, ist mit einem nahezu gleichzeitigen überproportionalem Investitionsbedarf in den neuen Bundesländern zu rechnen.
7. Da die Vorräte im Verhältnis zur Bilanzsumme und wegen der Nichtlagerfähigkeit der Krankenhausdienstleistungen von untergeordneter Bedeutung sind, kann die Vorratsstruktur keine Informationen hinsichtlich der aktuellen und künftigen Bonitätslage liefern.

Das Umlaufvermögen wird vielmehr von den Forderungen bestimmt. Die Analyse der Forderungen aus Lieferungen und Leistungen darf nicht mit der Zielsetzung erfolgen, Informationen hinsichtlich der Zahlungsfähigkeit und Willigkeit der Kunden zu generieren, sondern Aussagen über die Leistungsfähigkeit des Managements zu treffen. Der Forderungsbestand zum Bilanzstichtag wird einerseits durch die Qualität der Codierungs- und Fakturierungsprozesse bestimmt. Andererseits wirken sich die Zahlungsziele der Kostenträger auf den Forderungsbestand aus, weshalb die Forderungsreichweite nur auf Landesebene oder mit Bundesländern, die das gleiche Zahlungsziel haben, verglichen werden kann. Bei der Berechnung der Forderungsreichweite ist zu beachten, im Nenner der Berechnungsformel alle vier Umsatzerlösarten zu berücksichtigen.

Des Weiteren ist es zielführend, die Forderungen und Verbindlichkeiten nach dem KHG zu betrachten und in den Bereich der Ausgleichsforderungen bzw. Verbindlichkeiten und Forderungen bzw. Verbindlichkeiten aus Investitionsförderung aufzuteilen. Der Anteil der Investitionsförderung gibt Auskunft darüber, ob in den Folgeperioden mit Mittelabfluss aus Investitionstätigkeit zu rechnen ist. Die Ausgleichsforderungen bzw. Verbindlichkeiten erlauben Rückschlüsse auf die erfolgswirtschaftliche Lage des Krankenhauses.

8. Die Liquiditätssituation von Krankenhäusern kann von externen Analysten nicht mit der dynamischen Cashflow-Rechnung beurteilt werden, da die erforderlichen Berechnungsdaten nicht Bestandteil des veröffentlichten Jahresabschlusses sind. Hilfsweise liefert die Liquidität 3. Grades Informationen darüber, zu wie viel Prozent die kurzfristigen Verbindlichkeiten zum Bilanzstichtag mit kurzfristigem Vermögen gedeckt waren. Die Liquidität 3. Grades liegt bei 28% analysierten Krankenhäuser im Jahre 2010 unter 100%, eine Korrelation mit der Forderungsreichweite konnte nicht verifiziert werden.

Ergänzend bietet sich der Einsatz des Working Capitals an. Das Working Capital kann aber im Unternehmensvergleich nur bei nahezu identischen Krankenhäusern verwendet werden. Hinsichtlich der krankenhausspezifischen Bilanzpositionen ergibt sich bei beiden Kennzahlen kein Modifizierungsbedarf der allgemeinen Berechnungsformel.

9. Die Eigenkapitalquote gibt Auskunft über das Liquiditätssicherungsvermögen und die Krisenanfälligkeit des Krankenhauses. Bei der Bonitätsanalyse ist die Berechnungsformel zu modifizieren. Die modifizierte Eigenkapitalquote liefert höhere Ergebnisse als die klassische Eigenkapitalquote, da der Nenner nicht nur um die Bilanzierungshilfe „Ausgleichsposten für Eigenmittelförderung“, sondern auch um die Sonderposten zur Finanzierung des Anlagevermögens gekürzt wird. Im arithmetischen Mittel liegt die modifizierte Eigenkapitalquote im Jahr 2010 bei 38,01%, wobei sie in den neuen Bundesländern höher als in den alten Ländern ist.

10. Die Höhe der Rückstellungen gibt Auskunft über die Risikovorsorge des Unternehmens. Ein externer Analyst kann normalerweise nicht erkennen, welcher Teil der Rückstellungen zu welchem Zeitpunkt auszahlungswirksam wird und die Liquidität belastet.

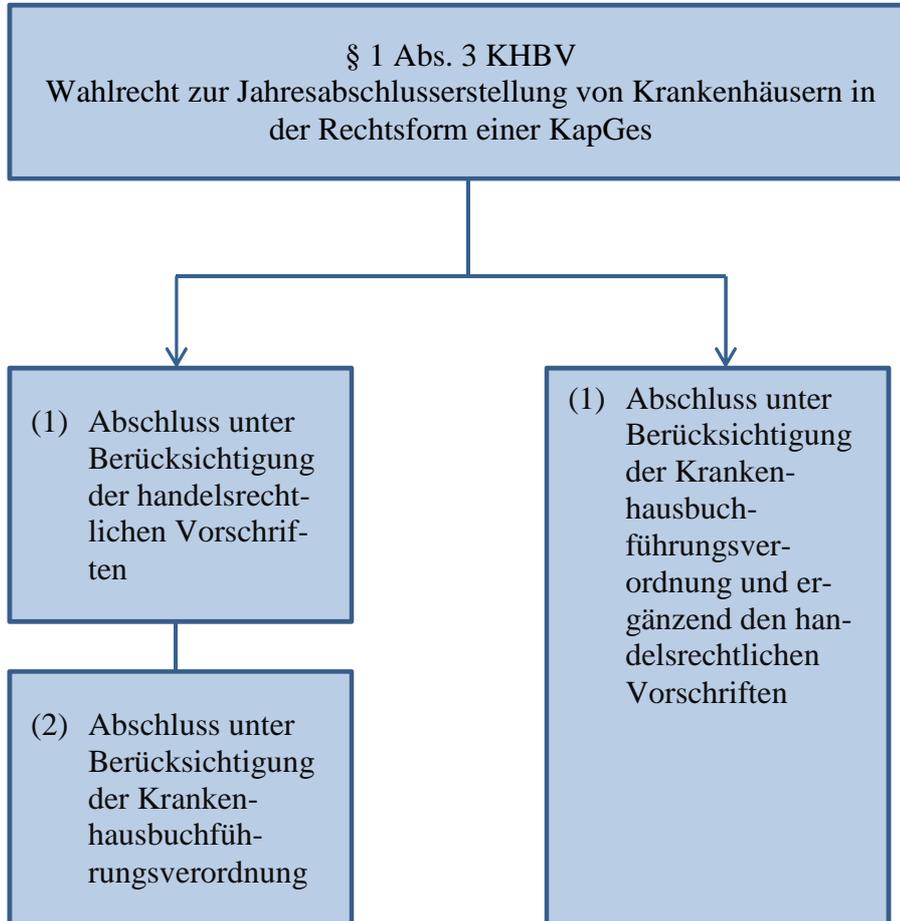
11. Als Kennzahlen zur Beurteilung der Erfolgsstruktur sind die Personal- und die Materialintensität sowie der Erlösanteil der Krankenhausleistungen geeignet. Sie erlauben Aussagen über die beiden wesentlichen Aufwandsarten und über die Ertragsstruktur. Eine hohe Personalintensität bedeutet nicht gleichzeitig eine niedrige Materialintensität. Das arithmetische Mittel der Materialintensität liegt 2010 bei 29,81%, das der Personalintensität bei 62,5%.
Der Erlösanteil der Krankenhausleistungen zeigt die Möglichkeiten des Krankenhauses, außerhalb des Budgetbereiches Erlöse zu generieren. Der Anteil der Erlöse aus Krankenhausleistungen, gemessen an den Gesamterlösen, ist in den neuen Bundesländern höher. Insgesamt lag in den Jahren 2008-2010 das arithmetische Mittel des Erlösanteils an Krankenhausleistungen bei etwa 92%.

12. Im Hinblick auf das Zielsystem von Krankenhäusern sind Rentabilitätskennzahlen zur Bonitätsbeurteilung nur bedingt aussagekräftig. Die modifizierte betriebsbezogene Umsatzrentabilität allerdings, die das Verhältnis vom Umsatz und dem Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit zeigt, kann auch bei Krankenhäusern ohne Gewinnerzielungsabsicht eingesetzt werden. Die Umsatzrentabilität ist bei Kliniken in privater Trägerschaft teilweise höher als bei öffentlichen oder freigemeinnützigen Trägern. In 2010 liegt das arithmetische Mittel bei allen ausgewerteten Krankenhäusern bei 2,25%, wobei die Umsatzrentabilität in den neuen Bundesländern höher als in den alten Bundesländern ist.
Zudem ist ein Zusammenhang zwischen einem hohen Anlagenabnutzungsgrad und einer geringen Umsatzrentabilität erkennbar.

13. Die Kennzahlen CMI, Nutzungsgrad und die durchschnittliche Verweildauer beschreiben die Leistungsfähigkeit und die Leistungsentwicklung. Sie erlauben somit Rückschlüsse auf die Wirtschaftlichkeit von Kliniken. Deshalb sollten diese Kennzahlen in die Bonitätsanalyse von Krankenhäusern integriert werden.

Anhang

Anlage 1: **Wahlrecht zur Jahresabschlussstellung von Krankenhäusern in der Rechtsform einer Kapitalgesellschaft**



Anlage 2: Gliederungsschema der Bilanz nach der KHBV**Gliederung der Bilanz¹⁾****Aktivseite****A. Anlagevermögen****I. Immaterielle Vermögensgegenstände**

1. Selbst geschaffene gewerbliche Schutzrechte und ähnliche Rechte und Werte (KUGr. 0901)

2. entgeltlich erworbene Konzessionen, gewerbliche Schutzrechte und ähnliche Rechte und Werte sowie Lizenzen an solchen Rechten und Werten (KUGr. 0902)

3. Geschäfts- oder Firmenwert (KUGr. 0903)

4. geleistete Anzahlungen (KUGr. 091)

II. Sachanlagen

1. Grundstücke und grundstücksgleiche Rechte mit Betriebsbauten einschließlich der Betriebsbauten auf fremden Grundstücken (KGr. 01; KUGr. 050,053)

2. Grundstücke und grundstücksgleiche Rechte mit Wohnbauten einschließlich der Wohnbauten auf fremden Grundstücken (KGr. 03; KUGr. 053, soweit nicht unter 1.)

3. Grundstücke und grundstücksgleiche Rechte ohne Bauten (KGr. 04)

4. technische Anlagen (KGr. 06)

5. Einrichtungen und Ausstattungen (KGr. 07)

6. geleistete Anzahlungen und Anlagen im Bau (KGr. 08)

III. Finanzanlagen

1. Anteile an verbundenen Unternehmen (KUGr. 092)²⁾

2. Ausleihungen an verbundene Unternehmen (KUGr. 093)

3. Beteiligungen (KUGr. 094)

4. Ausleihungen an Unternehmen, mit denen ein Beteiligungsverhältnis besteht (KUGr.95)²⁾

5. Wertpapiere des Anlagevermögens (KUGr. 096)

6. sonstige Finanzanlagen (KUGr. 097), davon bei Gesellschaftern bzw. dem Krankenhausträger

B. Umlaufvermögen

I. Vorräte

1. Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe (KUGr. 100-105) _____
2. unfertige Erzeugnisse, unfertige Leistungen (KUGr. 106) _____
3. fertige Erzeugnisse und Waren (KUGr. 107) _____
4. geleistete Anzahlungen (KGr. 11) _____

II. Forderungen und sonstige Vermögensgegenstände

1. Forderungen aus Lieferungen und Leistungen (KGr. 12), davon mit einer Restlaufzeit von mehr als einem Jahr
..... _____
2. Forderungen an Gesellschafter bzw. den Krankenhausträger (KUGr. 160), davon mit einer Restlaufzeit von mehr als einem Jahr
..... _____
3. Forderungen nach dem Krankenhausfinanzierungsrecht (KGr. 15),
davon nach der BPfIV (KUGr. 151)
davon mit einer Restlaufzeit von mehr als einem Jahr _____
4. Forderungen gegen verbundene Unternehmen (KUGr. 161) ²⁾
davon mit einer Restlaufzeit von mehr als einem Jahr _____
5. Forderungen gegen Unternehmen, mit denen ein Beteiligungsverhältnis besteht (KUGr. 162) ²⁾
davon mit einer Restlaufzeit von mehr als einem Jahr _____
6. Eingefordertes, noch nicht eingezahltes Kapital (KUGr. 164) _____
7. sonstige Vermögensgegenstände (KUGr. 163), davon mit einer Restlaufzeit von mehr als einem Jahr _____

III. Wertpapiere des Umlaufvermögens (KGr. 14),
davon Anteile an verbundenen Unternehmen (KUGr. 140) ²⁾

IV. Schecks, Kassenbestand, Bundesbank- und Postgiroguthaben, Guthaben bei Kreditinstituten (KGr. 13)

C. Ausgleichsposten nach dem KHG:		
1. Ausgleichsposten aus Darlehensförderung (KUGr. 180)	_____	
2. Ausgleichsposten aus Eigenmittelförderung (KUGr. 181)	_____	
	_____	_____
D. Rechnungsabgrenzungsposten		
1. Disagio (KUGr. 170)	_____	
2. andere Rechnungsabgrenzungsposten (KUGr. 171)	_____	
	_____	_____
E. Aktive latente Steuern (KGr. 19)		_____
F. Aktiver Unterschiedsbetrag aus der Vermögensver- rechnung		_____
G. Nicht durch Eigenkapital gedeckter Fehlbetrag		_____

		=====

Passivseite**A. Eigenkapital**

- | | | |
|--|-------|-------|
| 1. Eingefordertes Kapital (KUGr. 2003) | | |
| Gezeichnetes Kapital (KUGr. 2001) | _____ | |
| abzüglich nicht eingeforderter ausstehender | | |
| Einlagen (KUGr. 2002) | _____ | |
| | _____ | |
| 2. Kapitalrücklagen (KUGr. 201) | _____ | _____ |
| 3. Gewinnrücklagen (KUGr. 202) | _____ | |
| 4. Gewinnvortrag/Verlustvortrag (KUGr. 203) | _____ | |
| 5. Jahresüberschuss/Jahresfehlbetrag (KUGr. 204) | _____ | |
| | _____ | |

B. Sonderposten aus Zuwendungen zur Finanzierung des Sachanlagevermögens

- | | | |
|--|-------|-------|
| 1. Sonderposten aus Fördermitteln nach dem KHG (KGr. 22) | | |
| 2. Sonderposten aus Zuweisungen und Zuschüssen der öffentlichen Hand (KGr. 23) | _____ | |
| 3. Sonderposten aus Zuweisungen Dritter (KGr. 24) | _____ | |
| | ===== | _____ |

C. Rückstellungen

- | | | |
|--|-------|--|
| 1. Rückstellungen für Pensionen und ähnliche Verpflichtungen (KGr. 27) | | |
| 2. Steuerrückstellungen (KuGr. 280) | _____ | |
| 3. sonstige Rückstellungen (KUGr. 281) | _____ | |
| | _____ | |

D. Verbindlichkeiten

- | | | |
|---|-------|--|
| 1. Verbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten (KGr. 34), davon gefördert nach dem KHG,
.....
davon mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr
..... | | |
| 2. erhaltene Anzahlungen (KGr. 36), davon mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr
..... | _____ | |
| 3. Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen (KGr. 32), davon mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr
..... | _____ | |
| 4. Verbindlichkeiten aus der Annahme gezogener Wechsel und der Ausstellung eigener Wechsel (KGr. 33), davon mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr
..... | _____ | |
| 5. Verbindlichkeiten gegenüber Gesellschaftern bzw. dem Krankenhausträger (KUGr. 370), davon mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr
..... | _____ | |
| 6. Verbindlichkeiten nach dem Krankenhausfinanzierungsrecht (KGr. 35), davon nach der BPflV /KHEntgG,
.....
davon mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr
..... | _____ | |

7.	Verbindlichkeiten aus sonstigen Zuwendungen zur Finanzierung des Anlagevermögens (KUGr. 371), davon mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr	_____	
8.	Verbindlichkeiten gegenüber verbundenen Unternehmen (KUGr. 372), davon mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr	_____	
9.	Verbindlichkeiten gegenüber Unternehmen mit denen ein Beteiligungsverhältnis besteht (KUGr. 373) ²⁾ , davon mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr	_____	
10.	sonstige Verbindlichkeiten (KUGr. 374), davon mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr	_____	
	E. Ausgleichsposten für Darlehensförderung (KGr. 24)	=====	_____
	F. Rechnungsabgrenzungsposten (KGr. 38)	=====	_____
	G. Passive latente Steuern (KGr. 39)	=====	_____
		=====	=====

Fußnoten zu Anlage 1 der KHBV:

- ¹⁾ Die Klammerhinweise auf den Kontenrahmen entfallen in der Bilanz.
- ²⁾ Ausweis dieser Posten nur bei Kapitalgesellschaften.

Anlage 3: Gliederungsschema der GuV-Rechnung nach der KHBV

Gliederung der Gewinn- und Verlustrechnung ¹⁾

1.	Erlöse aus Krankenhausleistungen (KGr. 40)	_____	
2.	Erlöse aus Wahlleistungen (KGr. 41)	_____	
3.	Erlöse aus ambulanten Leistungen des Krankenhauses (KGr. 42)	_____	
4.	Nutzungsentgelte der Ärzte (KGr. 43)	_____	
5.	Erhöhung oder Verminderung des Bestandes an fertigen und unfertigen Erzeugnissen / unfertigen Leistungen (KUGr. 550 u. 551)	_____	
6.	andere aktivierte Eigenleistungen (KUGr. 552)	_____	
7.	Zuweisungen und Zuschüsse der öffentlichen Hand soweit nicht unter Nr. 11 (KUGr. 472)	_____	
8.	sonstige betriebliche Erträge (KGr. 44, 45; KUGr. 473, 520; KGr. 54, 57, 58; KUGr. 591, 592), davon aus Ausgleichsbeträgen früherer Geschäftsjahre (KGr. 58)	_____	
		_____	_____
9.	Personalaufwand		
	a.) Löhne und Gehälter (KGr. 60, 64)	_____	
	b.) Soziale Abgaben und Aufwendungen für Altersversorgung und für Unterstützung (KGr. 61-63), davon für Altersversorgung	_____	
10.	Materialaufwand		
	a.) Aufwendungen für Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe (KUGr. 650; KGr. 66 ohne Kto. 6601, 6609, 6616 und 6618; KUGr. 681)	_____	
	b.) Aufwendungen für bezogene Leistungen (KUGr. 651, Kto. 6601, 6609, 6616, und 6618; KUGr. 681)	_____	
		_____	_____
	Zwischenergebnis		_____
11.	Erträge aus Zuwendungen zur Finanzierung von Investitionen (KGr. 46, KUGr. 470, 471), davon Fördermittel nach dem KHG	_____	
12.	Erträge aus der Einstellung von Ausgleichsposten aus Darlehensförderungen und für Eigenmittelförderung (KGr. 48)	_____	
13.	Erträge aus der Auflösung von Sonderposten / Verbindlichkeiten nach dem KHG und auf Grund sonstiger Zuwendungen zur Finanzierung des Anlagevermögens (KUGr. 490-491)	_____	
14.	Erträge aus der Auflösung des Ausgleichspostens für Darlehensförderung (KUGr. 492)	_____	
15.	Aufwendungen aus der Zuführung zu Sonderposten / Verbindlichkeiten nach dem KHG und auf Grund sonstiger Zuwendungen zur Finanzierung des Anlagevermögens (KUGr. 752, 754, 755)	_____	
16.	Aufwendungen aus der Zuführung zu Ausgleichsposten aus Darlehensförderung (KUGr. 753)	_____	
17.	Aufwendungen für die nach dem KHG geförderte Nutzung von Anlagegegenständen (KGr. 77)	_____	

18. Aufwendungen für die nach dem KHG geförderte, nicht aktivierungsfähige Maßnahmen (KUGr. 721)	_____	
19. Aufwendungen aus der Auflösung der Ausgleichsposten aus Darlehensförderung und für Eigenmittelförderung (KUGr. 750, 751)	_____	
20. Abschreibungen		
a.) auf immaterielle Vermögensgegenstände des Anlagevermögens und Sachanlagen (KUGr. 760,761)	_____	
b.) auf Vermögensgegenstände des Umlaufvermögens, soweit diese die im Krankenhaus üblichen Abschreibungen überschreiten (KUGr. 765)	_____	
21. sonstige betriebliche Aufwendungen (KGr. 69,70, KUGr. 720,731,732,763,764,781,782,790,793,794), davon aus Ausgleichsbeträgen früherer Geschäftsjahre (KGr.790)	_____	
Zwischenergebnis	_____	_____
22. Erträge aus Beteiligungen (KUGr. 500,521), davon aus verbundenen Unternehmen (Kto. 5000) ²⁾	_____	_____
23. Erträge aus anderen Wertpapieren und aus Ausleihungen des Finanzanlagevermögens (KUGr. 501,521), davon aus verbundenen Unternehmen (Kto. 5010,5020) ²⁾	_____	
24. sonstige Zinsen und ähnliche Erträge (KGr. 51), davon aus verbundenen Unternehmen (Kto. 510) ²⁾	_____	
25. Abschreibungen auf Finanzanlagen und auf Wertpapiere des Umlaufvermögens (KUGr. 762)	_____	
26. Zinsen und ähnliche Aufwendungen (KGr. 74), davon für Betriebsmittelkredite (KUGr. 740)....., davon an verbundene Unternehmen (KUGr. 741) ²⁾	_____	
27. Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit	_____	_____
28. außerordentliche Erträge (KUGr. 590)	_____	_____
29. außerordentliche Aufwendungen (KUGr. 792)	_____	
30. außerordentliches Ergebnis	_____	_____
31. Steuern (KUGr. 730), davon vom Einkommen und vom Ertrag	_____	_____
32. Jahresüberschuss / Jahresfehlbetrag	_____	_____

Fußnoten zu Anlage 2 der KHBV:

- 1.) Die Klammerhinweise auf den Kontenrahmen entfallen in der Gewinn- und Verlustrechnung.
- 2.) Ausweis dieser Posten nur bei Kapitalgesellschaften.

**Anlage 5: Beispiel Krankenhausbilanz und GuV-Rechnung⁴⁷⁹
 Bilanz zum 31. Dezember 2010**

	EUR	EUR	TEUR	TEUR	31.12.2009
A. Anlagevermögen					
I. Immaterielle Vermögensgegenstände		535.278,00			490
II. Sachanlagen					
1. Technische Anlagen	6.496.890,00		6.136		
2. Einrichtungen und Ausstattungen	13.009.682,00		14.997		
3. Geleistete Anzahlungen und Anlagen im Bau	270.826,27		29		
		19.777.398,27			21.162
III. Finanzanlagen					
Anteile an verbundenen Unternehmen		1.386.885,31			1.387
B. Umlaufvermögen					
I. Vorräte					
1. Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe	2.225.962,67		2.491		
2. Unfertige Leistungen	925.270,00		1.004		
3. Geleistete Anzahlungen	6.636,41		5		
		3.157.869,08			3.500

⁴⁷⁹ Vgl. Bundesanzeiger (2012), S. 2 f.

	EUR	EUR	TEUR	31.12.2009 TEUR
II. Forderungen und sonstige Vermögensgegenstände				
1. Forderungen aus Lieferungen und Leistungen				
davon mit einer Restlaufzeit von mehr als einem Jahr: EUR 0,00	17.275.387,67		17.901	
2. Forderungen nach dem Krankenhausfinanzierungsrecht				
davon nach der BpflV/KHEntgG: EUR 1.060.034,45				
davon mit einer Restlaufzeit von mehr als einem Jahr: EUR 0,00	1.060.034,45		1.646	
3. Forderungen gegen verbundene Unternehmen				
davon mit einer Restlaufzeit von mehr als einem Jahr: EUR 0,00	554.781,76		17.427	
4. Sonstige Vermögensgegenstände				
davon mit einer Restlaufzeit von mehr als einem Jahr: EUR 0,00	1.168.293,62		1.261	
		20.058.497,50		38.234
III. Kassenbestand, Guthaben bei Kreditinstituten		1.452.384,29		2.316
C. Rechnungsabgrenzungsposten				
Andere Abgrenzungsposten		32.055,27		25
		46.400.367,72		67.115

Passivseite

	EUR	EUR	TEUR	31.12.2009 TEUR
A. Eigenkapital				
1. Festgesetztes Kapital	1.500.000,00		1.500	
2. Kapitalrücklagen	8.926.631,57		8.927	
3. Gewinnrücklagen	109.659,00		0	
4. Verlustvortrag	- 2.441.288,03		0	
5. Jahresüberschuss/-fehlbetrag	- 1.091.162,59		- 2.441	
		7.003.839,95		7.985
B. Sonderposten aus Zuwendungen zur Finanzierung des Anlagevermögens				
1. Sonderposten aus Fördermitteln nach dem KHG	8.923.669,49		8.090	
2. Sonderposten aus Zuweisungen u. Zuschüssen der öffentlichen Hand	18.013,00		19	
3. Sonderposten aus Zuwendungen Dritter	1.071.248,01		1.266	
		10.012.930,50		9.374
C. Rückstellungen				
Sonstige Rückstellungen		11.641.267,60		8.446

D. Verbindlichkeiten			
1. Verbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten	4.500.000,00		7.000
davon gefördert nach dem KHG: EUR 0,00			
davon mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr: EUR 4.500.000,00			
2. Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen	3.049.161,21		3.074
davon mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr: EUR 3.007.927,71			
3. Verbindlichkeiten gegenüber dem Krankenhausträger	0,00		4.000
davon mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr: EUR 0,00			
4. Verbindlichkeiten gegenüber verbundenen Unternehmen	4.730.884,35		21.941
davon mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr: EUR 4.730.884,35			
5. Verbindlichkeiten nach dem Krankenhausfinanzierungsrecht	476.875,06		152
davon nach BpflV/KHEntgG: EUR 27.818,15			
davon mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr: EUR 6.875,06			
6. Verbindlichkeiten aus sonstigen Zuwendungen zur Finanzierung des Anlagevermögens	1.138.511,13		805
davon mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr: EUR 1.138.511,13			
7. Sonstige Verbindlichkeiten	3.839.104,42		4.330
davon mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr: EUR 3.714.104,42			
	17.734.536,17		41.302
E. Rechnungsabgrenzungsposten			
	7.793,50		8
	46.400.367,72		67.115

Gewinn- und Verlustrechnung für das Geschäftsjahr 2010 (01. Januar bis 31. Dezember)

	2010	2009
	EUR	TEUR
	EUR	TEUR
1. Erlöse aus Krankenhausleistungen	92.632.568,45	91.020
2. Erlöse aus Wahlleistungen	2.137.177,22	2.104
3. Erlöse aus ambulanten Leistungen des Krankenhauses	8.282.317,54	8.822
4. Nutzungsentgelte der Ärzte	4.728.094,86	4.647
5. Verminderung des Bestandes an unfertigen Leistungen	- 79.155,00	- 214
6. Zuweisungen und Zuschüsse der öffentlichen Hand, soweit nicht unter Nr.10	109.601,34	124
7. Sonstige betriebliche Erträge	6.189.008,71	6.550
davon aus Ausgleichsbeträgen für frühere Geschäftsjahre EUR 632.906,93 (Vj. TEUR 0)		
	113.999.613,12	113.053
8. Personalaufwand		
a) Löhne und Gehälter	52.098.021,20	50.250
b) Soziale Abgaben und Aufwendungen für Altersversorgung und für Unterstützung	12.655.012,62	12.321
davon für Altersversorgung EUR 3.904.943,01 (Vj: TEUR 3.883)		
9. Materialaufwand		
a) Aufwendungen für Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe	22.070.839,61	21.900
b) Aufwendungen für bezogene Leistungen	9.046.133,94	8.870
	95.870.007,37	93.342
Zwischenergebnis	18.129.605,75	19.711

10. Erträge aus Zuwendungen zur Finanzierung von Investitionen davon Fördermittel nach KHG: EUR 3.300.768,78 (VJ: TEUR 2.098)	3.368.324,38	2.405
11. Erträge aus der Auflösung von Sonderposten nach dem KHG und auf Grund sonstiger Zuwendungen zur Finanzierung des Anlagevermögens	2.396.708,93	2.476
12. Aufwendungen aus der Zuführung zu Sonderposten/ Verbindlichkeiten nach dem KHG und auf Grund sonstiger Zuwendungen zur Finanzierung des Anlagevermögens	3.403.526,62	2.456
13. Aufwendungen für die nach dem KHG geförderte Nutzung von Anlagegegenständen	0,00	437
	2.361.506,69	1.988
14. Abschreibungen auf immaterielle Vermögensgegenstände des Anlagevermögens und Sachanlagen	4.697.540,40	4.791
15. Sonstige betriebliche Aufwendungen	16.648.514,65	19.198
Zwischenergebnis	21.346.055,05	23.989
16. Sonstige Zinsen und ähnliche Erträge	- 854.942,61	- 2.290
17. Zinsen und ähnliche Aufwendungen	26.200,91	32
davon für Betriebsmittelkredite EUR 59.697,65 EUR (VJ: TEUR 161)	167.985,65	161
davon aus Aufzinsung EUR 108.288,00 (VJ: TEUR 0)		
18. Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit	- 141.784,74	- 129
19. Außerordentliche Aufwendungen	- 996.727,35	- 2.418
20. Außerordentliches Ergebnis	78.324,00	0
davon Aufwendungen aus der Anwendung der Art. 66 und 67 Abs. 1 bis 5 EGHGB (Über- gangsvorschriften BilMoG) EUR 1.075.051,35	- 78.324,00	0
21. Steuern vom Einkommen und vom Ertrag	16.111,24	23
22. Jahresfehlbetrag	- 1.091.162,59	- 2.441

Anlage 7: Verbindlichkeitspiegel

Verbindlichkeitspiegel	Stand	unter 1 Jahr	1 - 5 Jahre	über 5 Jahre
31.12.XX				
1. Verbindlichkeit gegenüber Kreditinstituten				
2. erhaltene Anzahlungen				
3. Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen				
4. Verbindlichkeiten aus der Annahme gezogener Wechsel				
5. Verbindlichkeiten gegenüber Gesellschafter bzw. Krankenhausträger				
6. Verbindlichkeiten nach dem Krankenhausfinanzierungsrecht				
7. Verbindlichkeiten aus sonstigen Zuwendungen zur Finanzierung des Anlagevermögens				
8. Verbindlichkeiten gegenüber verbundenen Unternehmen				
9. Verbindlichkeiten gegenüber Unternehmen mit denen ein Beteiligungsverhältnis besteht				
10. sonstige Verbindlichkeiten				
	0,00	0,00	0,00	0,00

Anlage 8: Beispiel Kapitalflussrechnung

Bilanz	31.12.2010		31.12.2009		Veränderung	
	T€	%	T€	%	T€	%
Aktiva						
Langfristig gebundenes Vermögen						
Immaterielle Vermögensgegenstände	46	0	14	0	32	229
Sachanlagevermögen	54.087	74	46.451	65	7.636	16
	54.133	74	46.465	65	7.668	17
Kurzfristig gebundenes Vermögen						
Vorräte	2.700	4	2.639	4	61	2
Kurzfristige Forderungen, sonstige Vermögensgegenstände sowie Rechnungsabgrenzungsposten	15.000	21	14.517	20	483	3
Forderungen nach dem Krankenhausfinanzierungsrecht	554	1	5.526	8	-4.972	-90
Flüssige Mittel	620	1	2.407	3	-1.787	-74
	18.874	26	25.089	35	-6.215	-25
	73.007	100	71.554	100	1.453	2
Passiva						
Eigene Mittel und Sonderposten						
Eigenkapital	21.297	29	24.627	34	-3.330	-14
Sonderposten aus Fördermitteln nach dem KHG	27.669	38	22.461	31	5.208	23
Sonderposten aus Zuweisungen und Zuschüssen der öffentlichen Hand	71	0	91	0	-20	-22
Ausgleichsposten für Eigenmittelförderung	-3.474	-5	-3.448	-5	-26	1
	45.563	62	43.731	61	1.832	4
Kurzfristiges Fremdkapital						
Steuerrückstellungen	30	0	50	0	-20	-40
Sonstige Rückstellungen	4.934	7	4.903	7	31	1
Verbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten	4.500	6	3.300	5	1.200	36
Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen	3.588	5	2.438	3	1.150	47
Verbindlichkeiten nach dem Krankenhausfinanzierungsrecht	157	0	6.906	10	-6.749	-98
Verbindlichkeiten gegenüber verbundenen Unternehmen	12.707	17	8.750	12	3.957	45
Übrige kurzfristige Verbindlichkeiten	1.528	2	1.476	2	52	4
	27.444	38	27.823	39	-379	-1
	73.007	100	71.554	100	1.453	2

Kapitalflussrechnung in Anlehnung an DRS 2	2010	Datenquelle
Ergebnis des Geschäftsjahres	T€ -3.330	Veränderung des Eigenkapitals vom 31.12.2009 zum 31.12.2010
Abschreibungen auf Gegenstände des Anlagevermögens (soweit nicht gefördert)	1.233	ermittelt mit Hilfe des Anlagespiegels unterteilt nach Finanzierungsschlüsseln
Cashflow i.e.S.	-2.097	
Abnahme der kurzfristigen Rückstellungen	11	Veränderung der Steuerrückstellungen und sonstigen Rückstellungen vom 31.12.2009 zum 31.12.2010
Gewinne aus dem Abgang von Anlagevermögen	-7	abgelesen aus der Summen- und Saldenliste
Verluste aus dem Abgang von Anlagevermögen	0	abgelesen aus der Summen- und Saldenliste
Ab-/Zunahme der Vorräte, der Forderungen aus Lieferungen und Leistungen sowie anderer Aktiva, die nicht der Investitions- oder Finanzierungstätigkeit zuzuordnen sind	-319	Veränderung der Vorräte, kurzfristigen Forderungen, sonstigen Vermögensgegenstände, aktiven Rechnungsabgrenzungsposten vom 31.12.2009 zum 31.12.2010 und der Verminderung der Forderungen nach dem KHG, soweit nicht für Investitionen bestimmt (abgelesen aus der Summen- und Saldenliste T€ -225)
Ab-/Zunahme der kurzfristigen Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen sowie anderer Passiva, die nicht der Investitions- oder Finanzierungstätigkeit zuzuordnen sind	1.068	Veränderung der Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen, der übrigen kurzfristigen Verbindlichkeiten vom 31.12.2009 zum 31.12.2010 und Verminderung der Verbindlichkeiten nach dem KHG, soweit nicht aus der Investitionsförderung (abgelesen aus der Summen- und Saldenliste T€ -134)
Cashflow aus der laufenden Geschäftstätigkeit	-1.344	
Einzahlungen aus Abgängen von Gegenständen des Anlagevermögens	7	abgelesen aus der Summen- und Saldenliste
Auszahlungen für Investitionen in das immaterielle Anlagevermögen	-46	Anlagenzugänge immaterielle Vermögensgegenstände laut Anlagespiegel
Auszahlungen für Investitionen in das Sachanlagevermögen	-10.851	Anlagenzugänge Sachanlagevermögen laut Anlagespiegel
Cashflow aus der Investitionstätigkeit	-10.890	

Kapitalflussrechnung in Anlehnung an DRS 2	2010	Datenquelle
Fördermittelzuflüsse, soweit für Investitionen benutzt	T€ 5.290	Ermittelt aus der Differenz der Abschreibungen auf Gegenstände des Anlagevermögens (soweit gefördert, abgelesen aus dem Anlagespiegel nach Finanzierungsschlüsseln) und Veränderung des Sonderpostens aus Fördermitteln nach dem KHG sowie der Forderungen und Verbindlichkeiten aus Fördermitteln nach dem KHG vom 31.12.2009 zum 31.12.2010
Einzahlung aus der Aufnahme von Bankkrediten	4.200	Informationen aus der Finanzbuchhaltung
Auszahlungen zur Tilgung von Bankkrediten	-3.000	Informationen aus der Finanzbuchhaltung
Einzahlung aus Liquiditätssicherungskrediten verbundener Unternehmen	3.957	Veränderung der Verbindlichkeiten verbundener Unternehmen vom 31.12.2009 zum 31.12.2010 und ergänzende Informationen aus der Finanzbuchhaltung
Cashflow aus der Finanzierungstätigkeit	10.447	
Zahlungswirksame Veränderung des Finanzmittelfonds	-1.787	
Finanzmittelfonds am Anfang der Periode	2.407	Flüssige Mittel zum 31.12.2009
Finanzmittelfonds am Ende der Periode	620	

Anlage 9: Fragenkatalog zur Prüfung nach § 53 HGrG (nach IDW PS 720)**Fragenkreis 1: Tätigkeit von Überwachungsorganen und Geschäftsleitung sowie individualisierte Offenlegung der Organbezüge**

- (a) Gibt es Geschäftsordnungen für die Organe und einen Geschäftsverteilungsplan für die Geschäftsleitung sowie ggf. für die Konzernleitung? Gibt es darüber hinaus schriftliche Weisungen des Überwachungsorgans zur Organisation für die Geschäfts- sowie ggf. für die Konzernleitung (Geschäftsanweisung)? Entsprechen diese Regelungen den Bedürfnissen des Unternehmens bzw. des Konzerns?
- (b) Wie viele Sitzungen der Organe und ihrer Ausschüsse haben stattgefunden und wurden Niederschriften hierüber erstellt?
- (c) In welchen Aufsichtsräten und anderen Kontrollgremien i.S.d. § 125 Abs. 1 Satz 5 AktG sind die einzelnen Mitglieder der Geschäftsleitung tätig?
- (d) Wird die Vergütung der Organmitglieder (Geschäftsleitung, Überwachungsorgan) individualisiert im Anhang des Jahresabschlusses/Konzernabschlusses, aufgeteilt nach Fixum, erfolgsbezogenen Komponenten und Komponenten mit langfristiger Anreizwirkung ausgewiesen? Falls nein, wie wird dies begründet?

Fragenkreis 2: Aufbau- und ablauforganisatorische Grundlagen

- (a) Gibt es einen den Bedürfnissen des Unternehmens entsprechenden Organisationsplan, aus dem Organisationsaufbau, Arbeitsbereiche und Zuständigkeiten/Weisungsbefugnisse ersichtlich sind? Erfolgt dessen regelmäßige Überprüfung?
- (b) Haben sich Anhaltspunkte ergeben, dass nicht nach dem Organisationsplan verfahren wird?
- (c) Hat die Geschäftsleitung Vorkehrungen zur Korruptionsprävention ergriffen und dokumentiert?
- (d) Gibt es geeignete Richtlinien bzw. Arbeitsanweisungen für wesentliche Entscheidungsprozesse (insbesondere Auftragsvergabe und Auftragsabwicklung, Personalwesen, Kreditaufnahme und -gewährung)? Haben sich Anhaltspunkte ergeben, dass diese nicht eingehalten werden?
- (e) Besteht eine ordnungsmäßige Dokumentation von Verträgen (z.B. Grundstücksverwaltung, EDV)?

Fragenkreis 3: Planungswesen, Rechnungswesen, Informationssystem und Controlling

- (a) Entspricht das Planungswesen – auch im Hinblick auf Planungshorizont und Fortschreibung der Daten sowie auf sachliche und zeitliche Zusammenhänge von Projekten – den Bedürfnissen des Unternehmens?
- (b) Werden Planabweichungen systematisch untersucht?
- (c) Entspricht das Rechnungswesen, einschließlich der Kostenrechnung, der Größe und den besonderen Anforderungen des Unternehmens?
- (d) Besteht ein funktionierendes Finanzmanagement, welches u.a. eine laufende Liquiditätskontrolle und eine Kreditüberwachung gewährleistet?
- (e) Gehört zu dem Finanzmanagement auch ein zentrales Cash-Management und haben sich Anhaltspunkte ergeben, dass die hierfür geltenden Regelungen nicht eingehalten worden sind?
- (f) Ist sichergestellt, dass Entgelte vollständig und zeitnah in Rechnung gestellt werden? Ist durch das bestehende Mahnwesen gewährleistet, dass ausstehende Forderungen zeitnah und effektiv eingezogen werden?
- (g) Entspricht das Controlling den Anforderungen des Unternehmens/Konzerns und umfasst es alle wesentlichen Unternehmens-/Konzernbereiche?
- (h) Ermöglichen das Rechnungs- und Berichtswesen eine Steuerung und/oder Überwachung der Tochterunternehmen und der Unternehmen, an denen eine wesentliche Beteiligung besteht?

Fragenkreis 4: Risikofrüherkennungssystem

- (a) Hat die Geschäfts-/Konzernleitung nach Art und Umfang Frühwarnsignale definiert und Maßnahmen ergriffen, mit deren Hilfe bestandsgefährdende Risiken rechtzeitig erkannt werden können?
- (b) Reichen diese Maßnahmen aus und sind sie geeignet, ihren Zweck zu erfüllen? Haben sich Anhaltspunkte ergeben, dass die Maßnahmen nicht durchgeführt werden?
- (c) Sind diese Maßnahmen ausreichend dokumentiert?
- (d) Werden die Frühwarnsignale und Maßnahmen kontinuierlich und systematisch mit dem aktuellen Geschäftsumfeld sowie mit den Geschäftsprozessen und Funktionen abgestimmt und angepasst?

Fragenkreis 5: Finanzinstrumente, andere Termingeschäfte, Optionen und Derivate

- (a) Hat die Geschäfts-/Konzernleitung den Geschäftsumfang zum Einsatz von Finanzinstrumenten sowie von anderen Termingeschäften, Optionen und Derivaten schriftlich festgelegt? Dazu gehört:
 - ♦ Welche Produkte/Instrumente dürfen eingesetzt werden?
 - ♦ Mit welchen Partnern dürfen die Produkte/Instrumente bis zu welchen Beträgen eingesetzt werden?
 - ♦ Wie werden die Bewertungseinheiten definiert und dokumentiert und in welchem Umfang dürfen offene Posten entstehen?
 - ♦ Sind die Hedge-Strategien beschrieben, z.B. ob bestimmte Strategien ausschließlich zulässig sind bzw. bestimmte Strategien nicht durchgeführt werden dürfen (z.B. antizipatives Hedging)?
- (b) Werden Derivate zu anderen Zwecken eingesetzt als zur Optimierung von Kreditkonditionen und zur Risikobegrenzung?
- (c) Hat die Geschäfts-/Konzernleitung ein dem Geschäftsumfang entsprechendes Instrumentarium zur Verfügung gestellt, insbesondere in Bezug auf:
 - ♦ Erfassung der Geschäfte
 - ♦ Beurteilung der Geschäfte zum Zweck der Risikoanalyse
 - ♦ Bewertung der Geschäfte zum Zweck der Rechnungslegung
 - ♦ Kontrolle der Geschäfte?

- (d) Gibt es eine Erfolgskontrolle für nicht der Risikoabsicherung (Hedging) dienende Derivatgeschäfte und werden Konsequenzen aufgrund der Risikoentwicklung gezogen?
- (e) Hat die Geschäfts-/Konzernleitung angemessene Arbeitsanweisungen erlassen?
- (f) Ist die unterjährige Unterrichtung der Geschäfts-/Konzernleitung im Hinblick auf die offenen Positionen, die Risikolage und die ggf. zu bildenden Vorsorgen geregelt?

Fragenkreis 6: Interne Revision

- (a) Gibt es eine den Bedürfnissen des Unternehmens/Konzerns entsprechende Interne Revision/Konzernrevision? Besteht diese als eigenständige Stelle oder wird diese Funktion durch eine andere Stelle (ggf. welche?) wahrgenommen?
- (b) Wie ist die Anbindung der Internen Revision/Konzernrevision im Unternehmen/Konzern? Besteht bei ihrer Tätigkeit die Gefahr von Interessenskonflikten?
- (c) Welches waren die wesentlichen Tätigkeitsschwerpunkte der Internen Revision/Konzernrevision im Geschäftsjahr? Wurde auch geprüft, ob wesentlich miteinander unvereinbare Funktionen (z.B. Trennung von Anweisung und Vollzug) organisatorisch getrennt sind? Wann hat die Interne Revision das letzte Mal über Korruptionsprävention berichtet? Liegen hierüber schriftliche Revisionsberichte vor?
- (d) Hat die Interne Revision ihre Prüfungsschwerpunkte mit dem Abschlussprüfer abgestimmt?
- (e) Hat die Interne Revision/Konzernrevision bemerkenswerte Mängel aufgedeckt und um welche handelt es sich?
- (f) Welche Konsequenzen werden aus den Feststellungen und Empfehlungen der Internen Revision/Konzernrevision gezogen und wie kontrolliert die Interne Revision/Konzernrevision die Umsetzung ihrer Empfehlungen?

Fragenkreis 7: Übereinstimmung der Rechtsgeschäfte und Maßnahmen mit Gesetz, Satzung, Geschäftsordnung, Geschäftsanweisung und bindenden Beschlüssen des Überwachungsorgans

- (a) Haben sich Anhaltspunkte ergeben, dass die vorherige Zustimmung des Überwachungsorgans zu zustimmungspflichtigen Rechtsgeschäften und Maßnahmen nicht eingeholt worden ist?
- (b) Wurde vor der Kreditgewährung an Mitglieder der Geschäftsleitung oder des Überwachungsorgans, die Zustimmung des Überwachungsorgans eingeholt?
- (c) Haben sich Anhaltspunkte ergeben, dass anstelle zustimmungsbedürftiger Maßnahmen ähnliche, aber nicht als zustimmungsbedürftig behandelte Maßnahmen vorgenommen worden sind (z.B. Zerlegung in Teilmaßnahmen)?
- (d) Haben sich Anhaltspunkte ergeben, dass die Geschäfte und Maßnahmen nicht mit Gesetz, Satzung, Geschäftsordnung, Geschäftsanweisung und bindenden Beschlüssen des Überwachungsorgans übereinstimmen?

Fragenkreis 8: Durchführung von Investitionen

- (a) Werden Investitionen (in Sachanlagen, Beteiligungen, sonstige Finanzanlagen, immaterielle Anlagewerte und Vorräte) angemessen geplant und vor Realisierung auf Rentabilität/Wirtschaftlichkeit, Finanzierbarkeit und Risiken geprüft?
- (b) Haben sich Anhaltspunkte ergeben, dass die Unterlagen/Erhebungen zur Preisermittlung nicht ausreichend waren, um ein Urteil über die Angemessenheit des Preises zu ermöglichen (z.B. bei Erwerb bzw. Veräußerung von Grundstücken oder Beteiligungen)?
- (c) Werden Durchführung, Budgetierung und Veränderungen von Investitionen laufend überwacht und Abweichungen untersucht?
- (d) Haben sich bei abgeschlossenen Investitionen wesentliche Überschreitungen ergeben? Wenn ja, in welcher Höhe und aus welchen Gründen?
- (e) Haben sich Anhaltspunkte ergeben, dass Leasing- oder vergleichbare Verträge nach Ausschöpfung der Kreditlinien abgeschlossen wurden?

Fragenkreis 9: Vergaberegelungen

- (a) Haben sich Anhaltspunkte für eindeutige Verstöße gegen Vergaberegelungen (z.B. VOB, VOL, VOF, EU-Regelungen) ergeben?
- (b) Werden für Geschäfte, die nicht den Vergaberegelungen unterliegen, Konkurrenzangebote (z.B. auch für Kapitalaufnahmen und Geldanlagen) eingeholt?

Fragenkreis 10: Berichterstattung an das Überwachungsorgan

- (a) Wird dem Überwachungsorgan regelmäßig Bericht erstattet?
- (b) Vermitteln die Berichte einen zutreffenden Einblick in die wirtschaftliche Lage des Unternehmens/Konzerns und in die wichtigsten Unternehmens-/Konzernbereiche?
- (c) Wurde das Überwachungsorgan über wesentliche Vorgänge angemessen und zeitnah unterrichtet? Liegen insbesondere ungewöhnliche, risikoreiche oder nicht ordnungsgemäß abgewickelte Geschäftsvorfälle sowie erkennbare Fehldispositionen oder wesentliche Unterlassungen vor und wurde hierüber berichtet?
- (d) Zu welchen Themen hat die Geschäfts-/Konzernleitung dem Überwachungsorgan auf dessen besonderen Wunsch berichtet (§ 90 Abs. 3 AktG)?
- (e) Haben sich Anhaltspunkte ergeben, dass die Berichterstattung (z.B. nach § 90 AktG oder unternehmensinternen Vorschriften) nicht in allen Fällen ausreichend war?
- (f) Gibt es eine D&O-Versicherung? Wurde ein angemessener Selbstbehalt vereinbart? Wurden Inhalt und Konditionen der D&O-Versicherung mit dem Überwachungsorgan erörtert?
- (g) Sofern Interessenkonflikte der Mitglieder der Geschäftsleitung oder des Überwachungsorgans gemeldet wurden, ist dies unverzüglich dem Überwachungsorgan offengelegt worden?

Fragenkreis 11: Ungewöhnliche Bilanzposten und stille Reserven

- (a) Besteht in wesentlichem Umfang offenkundig nicht betriebsnotwendiges Vermögen?
- (b) Sind Bestände auffallend hoch oder niedrig?
- (c) Haben sich Anhaltspunkte ergeben, dass die Vermögenslage durch im Vergleich zu den bilanziellen Werten erheblich höhere oder niedrigere Verkehrswerte der Vermögensgegenstände wesentlich beeinflusst wird?

Fragenkreis 12: Finanzierung

- (a) Wie setzt sich die Kapitalstruktur nach internen und externen Finanzierungsquellen zusammen? Wie sollen die am Abschlussstichtag bestehenden wesentlichen Investitionsverpflichtungen finanziert werden?
- (b) Wie ist die Finanzlage des Konzerns zu beurteilen, insbesondere hinsichtlich der Kreditaufnahmen wesentlicher Konzerngesellschaften?
- (c) In welchem Umfang hat das Unternehmen Finanz-/Fördermittel einschließlich Garantien der öffentlichen Hand erhalten? Haben sich Anhaltspunkte ergeben, dass die damit verbundenen Verpflichtungen und Auflagen des Mittelgebers nicht beachtet wurden?

Fragenkreis 13: Eigenkapitalausstattung und Gewinnverwendung

- (a) Bestehen Finanzierungsprobleme aufgrund einer evtl. zu niedrigen Eigenkapitalausstattung?
- (b) Ist der Gewinnverwendungsvorschlag (Ausschüttungspolitik, Rücklagenbildung) mit der wirtschaftlichen Lage des Unternehmens vereinbar?

Fragenkreis 14: Rentabilität/Wirtschaftlichkeit

- (a) Wie setzt sich das Betriebsergebnis des Unternehmens/Konzerns nach Segmenten/Konzernunternehmen zusammen?
- (b) Ist das Jahresergebnis entscheidend von einmaligen Vorgängen geprägt?
- (c) Haben sich Anhaltspunkte ergeben, dass wesentliche Kredit- oder andere Leistungsbeziehungen zwischen Konzerngesellschaften bzw. mit den Gesellschaftern eindeutig zu unangemessenen Konditionen vorgenommen werden?
- (d) Wurde die Konzessionsabgabe steuer- und preisrechtlich erwirtschaftet?

Fragenkreis 15: Verlustbringende Geschäfte und ihre Ursachen

- (a) Gab es verlustbringende Geschäfte, die für die Vermögens- und Ertragslage von Bedeutung waren, und was waren die Ursachen der Verluste?
- (b) Wurden Maßnahmen zeitnah ergriffen, um die Verluste zu begrenzen, und um welche Maßnahmen handelt es sich?

Fragenkreis 16: Ursachen des Jahresfehlbetrages und Maßnahmen zur Verbesserung der Ertragslage

- (a) Was sind die Ursachen des Jahresfehlbetrages?
- (b) Welche Maßnahmen wurden eingeleitet bzw. sind beabsichtigt, um die Ertragslage des Unternehmens zu verbessern?

Anlage 10: Auswertung des Anlagenabnutzungsgrades

Bundesland	2008			2009			2010		
	arithmetisches Mittel in %	Median in %	Grundgesamtheit	arithmetisches Mittel in %	Median in %	Grundgesamtheit	arithmetisches Mittel in %	Median in %	Grundgesamtheit
Schleswig-Holstein	58,09	60,16	8	55,04	60,02	8	57,72	61,11	8
Hamburg	48,36	46,36	5	44,97	39,58	2	46,15	42,68	2
Niedersachsen	56,07	59,48	40	57,36	58,71	40	54,44	51,11	40
Bremen	50,72	47,39	8	51,89	49,64	8	53,81	54,73	8
Nordrhein-Westfalen	56,08	56,29	129	55,81	55,63	129	55,91	55,32	128
Hessen	48,72	46,34	34	48,04	47,92	32	48,52	49,01	31
Rheinland-Pfalz	56,13	53,78	14	56,53	55,77	14	55,19	55,53	15
Baden-Württemberg	57,74	54,83	37	58,24	55,93	38	58,43	57,89	38
Bayern	52,86	50,51	48	52,67	49,17	49	51,83	50,35	50
Saarland	59,19	61,67	4	53,27	52,45	4	61,31	60,21	4
Berlin	55,42	47,57	9	48,33	43,85	6	46,22	41,08	1
Brandenburg	41,33	36,86	20	41,95	39,25	21	41,35	41,55	21
Mecklenburg-Vorpommern	38,21	39,72	5	40,28	41,40	5	41,05	42,56	5
Sachsen	44,79	44,05	32	45,86	44,66	32	48,59	45,84	31
Sachsen-Anhalt	39,48	38,30	16	41,22	40,97	16	44,67	47,91	15
Thüringen	40,06	35,29	19	40,38	34,83	19	43,87	40,52	19
Deutschland	51,92	50,80	428	51,96	51,31	423	52,34	49,68	416

Anlage 11: Auswertung der Liquidität 3. Grades

Bundesland	2008			2009			2010		
	arithmetisches Mittel in %	Median in %	Grundgesamtheit	arithmetisches Mittel in %	Median in %	Grundgesamtheit	arithmetisches Mittel in %	Median in %	Grundgesamtheit
Schleswig-Holstein	110,98	112,38	8	150,71	138,34	8	137,49	133,65	8
Hamburg	107,99	109,61	5	111,75	110,52	5	134,31	108,32	5
Niedersachsen	139,70	133,04	41	151,70	116,64	41	138,38	110,70	41
Bremen	95,64	81,03	8	95,37	88,90	8	100,58	92,24	8
Nordrhein-Westfalen	134,66	123,17	131	133,43	124,93	131	141,35	127,64	131
Hessen	137,33	118,86	32	137,62	120,60	33	162,03	130,32	36
Rheinland-Pfalz	190,05	159,37	14	206,26	166,26	14	179,66	164,40	15
Baden-Württemberg	156,23	137,63	39	144,06	121,06	41	149,09	114,03	41
Bayern	124,52	119,98	51	129,76	133,46	52	140,98	120,39	53
Saarland	116,71	123,21	4	99,44	98,42	4	117,78	116,63	4
Berlin	159,51	138,63	10	165,26	161,95	10	206,43	204,62	10
Brandenburg	158,60	151,04	20	159,07	148,02	21	165,49	164,48	21
Mecklenburg-Vorpommern	187,12	205,01	5	168,67	142,28	6	175,88	137,56	6
Sachsen	156,83	131,49	32	169,48	145,96	32	173,60	145,25	32
Sachsen-Anhalt	133,04	94,03	16	151,92	112,73	16	139,04	120,20	16
Thüringen	196,51	138,50	20	227,93	220,76	20	251,80	199,86	20
Deutschland	143,24	127,06	436	147,77	127,77	442	153,84	129,87	447

Anlage 12: Auswertung des Working Capitals

Bundesland	2008						Grund- gesamtheit
	arith- metisches Mittel in €	Median in €	MIN in €	MAX in €			
Schleswig- Holstein	-2.588.658,82	1.800.209,15	-36.211.849,66	6.432.714,35			8
Hamburg	933.483,36	1.781.208,14	-1.791.638,63	2.260.534,05			5
Niedersachsen	7.294.559,13	2.789.772,06	-15.518.644,41	64.623.125,54			41
Bremen	-6.346.613,80	-5.652.073,00	-31.657.827,10	4.250.981,65			8
Nordrhein- Westfalen	1.292.495,42	2.124.159,80	-85.263.418,43	20.784.422,30			131
Hessen	3.190.714,05	2.930.110,10	-17.601.518,83	21.600.425,24			32
Rheinland- Pfalz	15.850.749,05	9.255.878,62	-3.969.231,80	59.509.044,67			14
Baden- Württemberg	11.033.427,86	6.087.390,34	-18.900.693,14	91.519.394,83			39
Bayern	3.865.214,03	1.678.304,73	-14.471.605,34	94.702.588,80			51
Saarland	2.935.967,06	2.601.591,45	-1.724.214,00	8.264.899,35			4
Berlin	8.886.476,62	2.947.254,53	279.714,78	27.754.230,84			10
Brandenburg	9.674.704,34	6.415.663,87	-18.044.143,95	84.392.119,94			20
Mecklenburg- Vorpommern	17.541.318,54	27.134.062,41	-6.224.486,65	36.514.123,45			5
Sachsen	5.865.550,71	3.913.301,56	-10.989.012,35	67.688.400,68			32
Sachsen- Anhalt	529.432,58	-1.249.911,67	-9.823.425,01	8.838.156,92			16
Thüringen	15.336.384,59	5.120.437,66	-3.446.587,42	91.508.206,12			20
Deutschland	5.288.198,39	2.630.338,15	-85.263.418,43	94.702.588,80			436

Bundesland	2009					Grund- gesamtheit
	arith- metisches Mittel in €	Median in €	MIN in €	MAX in €		
Schleswig- Holstein	6.200.406,41	4.947.103,25	-1.182.357,85	15.779.000,25	8	
Hamburg	1.358.444,23	1.226.678,17	-189.028,48	2.628.529,18	5	
Niedersachsen	6.778.235,78	1.889.587,89	-16.565.607,78	96.365.289,13	41	
Bremen	-6.026.056,08	-4.329.288,18	-36.166.274,28	5.009.222,72	8	
Nordrhein- Westfalen	2.433.147,70	2.555.206,07	-86.876.640,78	33.817.598,70	131	
Hessen	4.860.943,17	3.198.019,76	-16.305.726,57	54.629.797,66	33	
Rheinland- Pfalz	16.166.631,52	11.468.470,99	-1.528.933,42	65.756.599,00	14	
Baden- Württemberg	9.862.888,86	4.375.429,92	-15.167.989,89	82.706.336,33	41	
Bayern	4.293.954,13	2.937.868,71	-22.205.358,87	108.398.171,27	52	
Saarland	951.956,73	1.157.929,59	-3.334.784,36	4.826.752,11	4	
Berlin	10.123.111,94	3.882.968,78	-180.392,19	30.090.995,90	10	
Brandenburg	9.712.336,23	6.556.126,62	-7.808.140,84	72.842.940,23	21	
Mecklenburg- Vorpommern	16.751.574,93	17.658.892,47	-321.245,83	37.405.663,47	6	
Sachsen	6.588.316,87	4.476.928,93	-9.795.000,00	78.551.361,67	32	
Sachsen- Anhalt	1.555.139,07	2.225.139,02	-7.597.357,91	8.931.972,61	16	
Thüringen	19.851.815,61	8.814.547,19	-1.754.638,17	106.222.597,97	20	
Deutschland	6.125.886,88	3.366.816,89	-86.876.640,78	108.398.171,27	442	

Bundesland	2010					Grund- gesamtheit
	arith- metisches Mittel in €	Median in €	MIN in €	MAX in €		
Schleswig- Holstein	4.897.707,36	3.624.602,98	-10.553.146,92	17.169.267,25	8	
Hamburg	4.041.789,97	461.221,13	-759.387,99	13.163.442,59	5	
Niedersachsen	3.409.044,87	1.062.745,19	-41.902.475,80	62.870.002,83	41	
Bremen	-4.320.427,89	-2.665.777,08	-31.429.365,18	7.023.988,48	8	
Nordrhein- Westfalen	3.859.067,67	3.421.343,77	-31.807.109,37	28.628.913,33	131	
Hessen	7.304.070,12	4.317.642,92	-24.009.578,73	48.366.667,84	36	
Rheinland- Pfalz	15.439.986,93	6.867.337,29	-4.041.603,37	65.008.183,09	15	
Baden- Württemberg	7.241.018,71	3.338.454,59	-47.477.131,98	75.268.955,89	41	
Bayern	6.428.144,46	2.243.503,11	-33.331.969,58	222.513.954,30	53	
Saarland	3.152.369,45	2.060.943,54	70.658,25	8.416.932,48	4	
Berlin	12.185.878,22	4.873.297,61	-398.968,84	31.398.345,00	10	
Brandenburg	9.743.777,07	8.321.061,52	-18.194.600,18	68.417.860,16	21	
Mecklenburg- Vorpommern	19.571.843,44	12.213.179,44	2.271.017,69	63.072.544,70	6	
Sachsen	6.532.944,52	3.730.050,77	-21.906.907,53	90.861.751,34	32	
Sachsen- Anhalt	1.365.122,75	1.060.701,76	-6.474.763,28	10.179.606,81	16	
Thüringen	18.069.368,60	11.627.293,88	-1.516.680,09	85.079.985,77	20	
Deutschland	6.381.785,85	3.591.516,18	-47.477.131,98	222.513.954,30	447	

Anlage 13: Auswertung der Forderungsreichweite (DSO)

Bundesland	2008				2009				2010			
	arithmetisches Mittel in Tagen	Median in Tagen	Grundgesamtheit	arithmetisches Mittel in Tagen	Median in Tagen	Grundgesamtheit	arithmetisches Mittel in Tagen	Median in Tagen	Grundgesamtheit	arithmetisches Mittel in Tagen	Median in Tagen	Grundgesamtheit
Schleswig-Holstein	51,71	48,44	8	46,64	47,97	8	52,53	54,86	8			
Hamburg	44,55	45,45	5	41,55	39,31	5	44,34	39,23	5			
Niedersachsen	46,12	46,19	41	44,19	43,39	41	44,06	43,85	41			
Bremen	52,72	53,88	8	53,28	52,57	8	62,04	57,83	8			
Nordrhein-Westfalen	47,32	44,20	131	44,94	43,70	131	48,33	45,11	131			
Hessen	61,02	60,13	32	57,25	56,82	33	58,51	56,03	36			
Rheinland-Pfalz	49,55	44,71	14	44,46	41,96	14	46,41	46,41	15			
Baden-Württemberg	57,18	58,08	39	59,43	59,10	41	62,28	63,46	41			
Bayern	48,96	48,06	51	52,04	50,66	52	49,49	46,43	53			
Saarland	59,94	55,89	4	60,61	60,61	4	61,36	58,19	4			
Berlin	44,36	44,60	10	38,18	35,77	10	42,95	40,88	10			
Brandenburg	51,45	48,17	20	44,57	44,20	21	42,23	41,24	21			
Mecklenburg-Vorpommern	42,42	43,12	5	42,33	42,74	6	42,63	45,63	6			
Sachsen	36,61	36,84	32	38,52	37,70	32	40,45	38,81	32			
Sachsen-Anhalt	46,06	46,53	16	43,26	41,03	16	43,58	44,83	16			
Thüringen	35,07	32,91	20	35,99	33,85	20	37,04	35,63	20			
Deutschland	48,33	46,40	436	47,15	45,84	442	48,81	46,56	447			

Anlage 14: Auswertung der modifizierten Eigenkapitalquote

Bundesland	2008			2009			2010		
	arithmetisches Mittel in %	Median in %	Grundgesamtheit	arithmetisches Mittel in %	Median in %	Grundgesamtheit	arithmetisches Mittel in %	Median in %	Grundgesamtheit
Schleswig-Holstein	23,48	21,86	8	19,77	23,45	8	23,62	26,37	8
Hamburg	24,23	15,79	5	29,42	32,96	5	29,80	31,00	5
Niedersachsen	29,03	29,07	41	31,43	30,64	41	29,99	33,15	41
Bremen	24,78	19,55	8	24,34	19,20	8	27,63	25,76	8
Nordrhein-Westfalen	31,91	31,87	131	31,83	32,61	131	33,75	35,57	131
Hessen	28,05	23,87	32	29,94	26,38	33	34,67	33,56	36
Rheinland-Pfalz	42,11	42,43	14	41,18	42,30	14	45,15	47,66	15
Baden-Württemberg	40,06	38,06	39	36,97	33,82	41	37,35	35,80	41
Bayern	36,94	25,60	51	33,21	29,49	52	37,21	37,49	53
Saarland	11,57	22,91	4	12,69	24,25	4	13,51	25,10	4
Berlin	38,95	43,55	10	42,91	45,72	10	49,48	54,50	10
Brandenburg	48,96	50,36	20	45,67	43,04	21	46,70	44,24	21
Mecklenburg-Vorpommern	38,09	41,37	5	33,44	27,87	6	35,40	30,77	6
Sachsen	52,40	53,63	32	51,46	53,87	32	56,41	59,07	32
Sachsen-Anhalt	40,38	45,15	16	42,63	41,94	16	39,72	47,27	16
Thüringen	50,39	49,61	20	54,87	58,78	20	58,03	64,51	20
Deutschland	36,29	34,76	436	36,02	35,95	442	38,01	37,99	447

Anlage 15: Auswertung der Eigenkapitalquote

Bundesland	2008				2009				2010			
	arithmetisches Mittel in %	Median in %	Grundgesamtheit	Grundgesamtheit	arithmetisches Mittel in %	Median in %	Grundgesamtheit	Grundgesamtheit	arithmetisches Mittel in %	Median in %	Grundgesamtheit	Grundgesamtheit
Schleswig-Holstein	16,52	11,87	8	8	17,19	18,62	8	8	16,92	18,69	8	8
Hamburg	15,42	13,66	5	5	17,44	16,24	5	5	18,13	14,40	5	5
Niedersachsen	21,66	2,52	41	41	22,80	18,03	41	41	23,11	21,12	41	41
Bremen	21,88	18,26	8	8	21,56	18,03	8	8	22,65	19,89	8	8
Nordrhein-Westfalen	23,53	20,81	131	131	22,31	21,67	131	131	24,09	24,90	131	131
Hessen	19,02	15,40	32	32	19,40	16,42	33	33	22,32	19,11	36	36
Rheinland-Pfalz	25,82	27,25	14	14	25,93	28,43	14	14	27,97	31,79	15	15
Baden-Württemberg	28,85	30,07	39	39	26,97	23,90	41	41	26,83	23,92	41	41
Bayern	23,32	17,75	51	51	22,39	20,01	52	52	25,06	20,10	53	53
Saarland	8,37	14,25	4	4	9,25	15,77	4	4	10,33	17,58	4	4
Berlin	27,92	28,76	10	10	30,42	34,20	10	10	34,19	37,58	10	10
Brandenburg	26,99	23,65	20	20	26,68	26,05	21	21	28,08	28,49	21	21
Mecklenburg-Vorpommern	20,61	21,16	5	5	19,47	15,31	6	6	21,07	15,70	6	6
Sachsen	29,96	23,93	32	32	31,72	26,40	32	32	33,75	30,56	32	32
Sachsen-Anhalt	19,36	16,83	16	16	20,02	17,13	16	16	19,43	15,55	16	16
Thüringen	27,63	23,69	20	20	30,02	26,62	20	20	32,93	29,36	20	20
Deutschland	23,90	21,34	436	436	23,76	22,40	442	442	25,31	23,92	447	447

Anlage 16: Auswertung der Personalintensität

Bundesland	2008			2009			2010		
	arithmetisches Mittel in %	Median in %	Grundgesamtheit	arithmetisches Mittel in %	Median in %	Grundgesamtheit	arithmetisches Mittel in %	Median in %	Grundgesamtheit
Schleswig-Holstein	63,84	64,21	8	63,16	64,31	8	63,04	63,66	8
Hamburg	59,38	57,99	5	58,18	58,97	5	57,59	56,96	5
Niedersachsen	65,64	65,03	41	64,51	64,92	41	63,62	63,53	41
Bremen	70,31	70,76	8	68,31	69,43	8	66,49	67,37	8
Nordrhein-Westfalen	64,30	64,23	131	63,41	62,84	131	63,05	63,34	131
Hessen	61,82	64,38	32	60,95	63,31	33	62,01	63,54	36
Rheinland-Pfalz	68,55	69,41	14	68,17	69,13	14	67,97	69,31	15
Baden-Württemberg	65,96	67,78	39	65,44	66,41	41	67,36	68,43	41
Bayern	63,51	64,58	51	63,78	63,10	52	61,30	61,61	53
Saarland	66,06	65,84	4	65,45	64,91	4	66,57	65,86	4
Berlin	59,38	62,37	10	57,26	60,78	10	56,76	58,47	10
Brandenburg	58,26	58,91	20	58,08	58,54	21	58,15	57,71	21
Mecklenburg-Vorpommern	59,25	58,29	5	59,15	59,55	6	57,10	58,37	6
Sachsen	57,39	57,47	32	58,88	59,11	32	58,62	59,68	32
Sachsen-Anhalt	63,19	64,83	16	63,80	65,44	16	64,38	65,32	16
Thüringen	58,60	60,15	20	58,42	59,34	20	58,96	60,68	20
Deutschland	63,20	63,93	436	62,75	63,18	442	62,50	63,00	447

Anlage 17: Auswertung der Materialintensität

Bundesland	2008				2009				2010			
	arithmetisches Mittel in %	Median in %	Grundgesamtheit	arithmetisches Mittel in %	Median in %	Grundgesamtheit	arithmetisches Mittel in %	Median in %	Grundgesamtheit	arithmetisches Mittel in %	Median in %	Grundgesamtheit
Schleswig-Holstein	31,45	30,18	8	31,90	32,30	8	32,11	33,13	8	32,11	33,13	8
Hamburg	27,68	28,59	5	27,66	26,84	5	27,64	28,09	5	27,64	28,09	5
Niedersachsen	29,39	28,29	41	29,28	29,26	41	30,36	30,22	41	30,36	30,22	41
Bremen	28,21	28,31	8	28,40	28,17	8	29,46	29,00	8	29,46	29,00	8
Nordrhein-Westfalen	30,48	28,58	131	30,16	28,22	131	30,07	28,46	131	30,07	28,46	131
Hessen	32,41	29,91	32	32,67	29,50	33	32,40	29,80	36	32,40	29,80	36
Rheinland-Pfalz	26,05	26,58	14	25,92	26,89	14	25,52	25,60	15	25,52	25,60	15
Baden-Württemberg	28,08	28,34	39	28,61	27,32	41	28,35	27,67	41	28,35	27,67	41
Bayern	30,38	29,07	51	30,37	27,87	52	29,94	27,80	53	29,94	27,80	53
Saarland	29,96	29,21	4	30,62	29,52	4	31,24	30,21	4	31,24	30,21	4
Berlin	30,07	29,02	10	32,01	30,24	10	32,52	31,79	10	32,52	31,79	10
Brandenburg	31,08	29,71	20	31,12	29,46	21	30,54	30,16	21	30,54	30,16	21
Mecklenburg-Vorpommern	27,85	27,72	5	28,48	29,56	6	28,66	27,78	6	28,66	27,78	6
Sachsen	28,10	27,50	32	28,22	26,98	32	28,01	26,68	32	28,01	26,68	32
Sachsen-Anhalt	28,80	28,07	16	29,06	27,70	16	30,09	28,51	16	30,09	28,51	16
Thüringen	28,40	27,36	20	28,43	27,66	20	28,74	27,81	20	28,74	27,81	20
Deutschland	29,72	28,45	436	29,78	28,28	442	29,81	28,36	447	29,81	28,36	447

Anlage 18: Auswertung des Erlösanteils Krankenhausleistungen

Bundesland	2008			2009			2010		
	arithmetisches Mittel in %	Median in %	Grundgesamtheit	arithmetisches Mittel in %	Median in %	Grundgesamtheit	arithmetisches Mittel in %	Median in %	Grundgesamtheit
Schleswig-Holstein	91,48	92,33	8	91,51	92,33	8	90,99	91,90	7
Hamburg	92,78	94,86	5	92,40	94,37	5	92,68	94,74	5
Niedersachsen	91,98	92,67	41	91,82	92,55	41	91,79	92,66	41
Bremen	92,38	92,14	7	92,53	91,91	7	92,57	92,11	7
Nordrhein-Westfalen	89,07	90,24	111	89,47	90,31	115	90,87	90,92	118
Hessen	91,36	92,07	32	91,56	92,24	33	91,31	92,33	35
Rheinland-Pfalz	92,24	92,62	12	93,43	92,89	12	92,74	92,98	13
Baden-Württemberg	88,55	89,70	37	86,94	89,07	39	87,40	88,34	39
Bayern	91,11	91,16	49	91,46	91,66	50	91,43	91,54	51
Saarland	91,77	91,83	4	91,69	91,93	4	93,66	92,41	4
Berlin	93,56	93,38	10	93,53	93,53	10	93,81	93,47	10
Brandenburg	95,49	95,45	19	95,47	95,34	21	94,22	95,32	21
Mecklenburg-Vorpommern	95,63	96,22	5	95,10	94,60	6	95,01	94,98	6
Sachsen	95,86	96,42	30	95,78	96,19	30	95,49	96,20	30
Sachsen-Anhalt	96,20	96,80	15	95,99	96,59	15	96,55	96,77	15
Thüringen	95,80	95,85	18	95,39	95,27	19	95,45	95,20	20
Deutschland	91,72	92,14	403	91,66	92,09	415	91,91	92,30	422

Anlage 19: Auswertung der modifizierten betriebsbezogenen Umsatzrentabilität

Bundesland	2008			2009			2010		
	arithmetisches Mittel in %	Median in %	Grundgesamtheit	arithmetisches Mittel in %	Median in %	Grundgesamtheit	arithmetisches Mittel in %	Median in %	Grundgesamtheit
Schleswig-Holstein	0,98	1,01	8	1,64	1,56	8	1,01	1,39	8
Hamburg	0,35	0,88	5	2,62	2,64	5	3,45	3,36	5
Niedersachsen	0,20	0,53	41	1,59	1,36	41	0,96	1,97	41
Bremen	0,08	0,10	8	0,81	0,84	8	1,13	1,19	8
Nordrhein-Westfalen	0,49	0,83	131	1,81	1,41	131	1,67	1,64	131
Hessen	1,30	0,46	32	1,87	1,08	33	2,29	2,58	36
Rheinland-Pfalz	1,25	1,23	14	1,19	0,69	14	1,85	1,66	15
Baden-Württemberg	0,02	0,51	39	0,24	0,34	41	0,16	0,44	41
Bayern	-0,43	-0,04	51	1,54	1,10	52	2,36	2,34	53
Saarland	0,96	0,35	4	1,10	0,36	4	1,36	0,72	4
Berlin	2,63	1,52	10	3,26	3,51	10	2,84	2,74	10
Brandenburg	3,32	3,18	20	2,96	2,67	21	3,29	3,08	21
Mecklenburg-Vorpommern	4,27	2,14	5	4,96	5,06	6	7,26	2,22	6
Sachsen	4,78	3,38	32	5,45	4,42	32	5,60	4,09	32
Sachsen-Anhalt	1,82	0,52	16	2,52	1,72	16	1,11	1,79	16
Thüringen	6,41	5,74	20	6,95	4,09	20	6,43	3,38	20
Deutschland	1,29	0,89	436	2,24	1,48	442	2,25	1,93	447

Anlage 20: Auswertung des CMI

Bundesland	2008				2009				2010			
	arithmetisches Mittel	Median	Grundgesamtheit	arithmetisches Mittel	Median	Grundgesamtheit	arithmetisches Mittel	Median	Grundgesamtheit	arithmetisches Mittel	Median	Grundgesamtheit
Schleswig-Holstein	1,024	0,960	3	0,990	0,960	5	1,004	1,003	6			
Hamburg	1,004	1,050	3	0,995	1,046	3	0,925	0,869	3			
Niedersachsen	1,030	1,020	25	1,037	1,010	25	1,060	1,020	25			
Bremen	1,140	1,130	4	1,130	1,152	6	1,179	1,156	5			
Nordrhein-Westfalen	0,977	0,952	57	1,001	0,970	59	1,002	0,991	63			
Hessen	0,980	0,910	17	0,987	0,979	19	1,010	0,995	20			
Rheinland-Pfalz	0,880	0,890	8	0,867	0,867	6	0,954	0,925	8			
Baden-Württemberg	0,954	0,938	13	0,943	0,945	18	0,985	0,976	19			
Bayern	0,937	0,912	24	0,942	0,915	27	0,953	0,941	29			
Saarland	0,989	0,989	2	1,035	1,035	2	1,029	1,029	2			
Berlin	1,052	1,001	4	1,078	1,045	4	1,128	1,085	4			
Brandenburg	1,047	0,975	8	1,046	1,003	9	0,965	0,957	10			
Mecklenburg-Vorpommern	0,774	0,774	1	0,765	0,765	1	0,764	0,764	1			
Sachsen	0,939	0,872	13	0,940	0,918	15	0,959	0,932	18			
Sachsen-Anhalt	0,892	0,891	14	0,907	0,907	12	0,911	0,895	14			
Thüringen	1,001	0,928	14	1,020	0,923	14	1,028	0,947	15			
Deutschland	0,975	0,941	210	0,987	0,960	225	0,995	0,971	242			

Anlage 21: Auswertung der durchschnittlichen Verweildauer

Bundesland	2008			2009			2010		
	arithmetisches Mittel in Tagen	Median in Tagen	Grundgesamtheit	arithmetisches Mittel in Tagen	Median	Grundgesamtheit	arithmetisches Mittel in Tagen	Median in Tagen	Grundgesamtheit
Schleswig-Holstein	7,54	7,57	4	7,55	7,36	4	7,53	7,60	4
Hamburg	6,46	6,80	3	6,17	6,60	3	6,08	6,70	3
Niedersachsen	6,96	7,00	31	6,80	6,80	30	6,66	6,67	27
Bremen	7,15	6,76	4	6,30	6,30	2	6,22	6,24	4
Nordrhein-Westfalen	7,47	7,23	41	7,20	7,01	46	7,01	6,85	51
Hessen	7,34	7,52	20	7,22	7,28	23	7,07	7,20	24
Rheinland-Pfalz	7,58	7,59	8	7,24	7,24	9	6,93	6,83	11
Baden-Württemberg	6,99	6,68	21	6,84	6,60	25	6,69	6,58	26
Bayern	6,86	6,70	29	6,53	6,55	32	6,36	6,41	37
Saarland	7,42	7,71	3	7,35	7,59	3	7,23	7,26	3
Berlin	8,08	8,10	5	7,82	7,80	5	7,66	7,50	5
Brandenburg	8,54	8,17	6	7,41	7,16	8	7,32	6,98	10
Mecklenburg-Vorpommern	7,07	7,32	3	7,17	7,45	4	6,95	7,29	4
Sachsen	7,33	7,00	19	7,07	6,90	22	6,93	6,91	21
Sachsen-Anhalt	6,88	6,85	9	6,72	6,64	8	6,54	6,58	9
Thüringen	7,31	6,96	9	7,23	6,91	9	6,89	6,67	11
Deutschland	7,24	7,10	215	7,00	6,83	233	6,83	6,70	250

Anlage 22: Auswertung des Nutzungsgrades

Bundesland	2008			2009			2010		
	arithmetisches Mittel in %	Median in %	Grundgesamtheit	arithmetisches Mittel in %	Median in %	Grundgesamtheit	arithmetisches Mittel in %	Median in %	Grundgesamtheit
Schleswig-Holstein	88,98	93,10	3	87,55	89,39	4	83,55	82,74	4
Hamburg	84,68	84,68	2	82,84	82,84	2	81,98	81,98	2
Niedersachsen	79,78	78,29	23	80,72	80,45	24	80,67	80,01	24
Bremen	94,20	94,20	1	87,79	87,79	1	81,90	81,90	1
Nordrhein-Westfalen	77,34	77,09	30	77,19	76,77	23	77,68	78,72	28
Hessen	78,55	77,09	12	79,84	77,12	12	79,89	78,67	12
Rheinland-Pfalz	75,16	78,31	6	70,67	75,31	7	74,15	73,41	6
Baden-Württemberg	74,23	76,92	13	74,35	76,94	14	76,01	76,47	15
Bayern	78,33	78,92	25	77,87	78,93	30	72,94	77,59	25
Saarland	83,75	81,63	3	84,20	81,02	3	82,73	80,39	3
Berlin	84,20	84,20	1	81,40	81,40	1	80,11	80,11	1
Brandenburg	81,70	78,60	7	82,00	79,62	8	82,75	81,18	8
Mecklenburg-Vorpommern	83,13	83,13	2	80,09	77,30	3	80,17	76,79	3
Sachsen	79,89	81,00	17	78,96	80,25	16	78,42	78,21	18
Sachsen-Anhalt	73,65	74,75	7	76,64	78,84	3	74,48	76,42	5
Thüringen	81,99	84,29	6	82,18	84,35	6	80,26	79,59	6
Deutschland	76,36	78,85	158	76,84	78,99	157	77,78	78,53	161

Literaturverzeichnis

A:

Adler, Hans / Düring, Walter / Schmaltz, Kurt (2007): Rechnungslegung und Prüfung der Unternehmen, Kommentar zum HGB, AktG, GmbHG, PublG nach den Vorschriften des Bilanzrichtlinien-Gesetzes, bearbeitet von Forster, Karl-Heinz u.a., Teilband 6, 6. neu bearbeitete Auflage, Stuttgart 2007, § 266 ff. HGB.

AOK-Gesundheitspartner (2012): Landesbasisfallwerte, in: <http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/krankenhaus/lbfw/index.html>, abgerufen am 19. Dezember 2012.

AOK-Gesundheitspartner (2013): Landesbasisfallwerte, in: <http://www.aok-gesundheitspartner.de/bw/krankenhaus/lbfw/index.html>, abgerufen am 20. Januar 2013.

Augurzky, Boris (2011): Investitionspauschalen als Weg in die Monistik? In: Klauber, J.; Geraedts, M.; Friedrich, J.; Wasem, J. (Hrsg.) Krankenhaus-Report 2011. Schwerpunkt: Qualität durch Wettbewerb, Stuttgart 2011.

Augurzky, Boris et al. (2011): Krankenhaus-Rating Report 2011, Die fetten Jahre sind vorbei, Heft 67, S. 3-3. Essen 2010.

B:

Bachert, Robert (2004): Kosten- und Leistungsrechnung, Controlling und Rechnungswesen in Sozialen Unternehmen, Weinheim und München 2004.

Baetge, Jörg (1998): Bilanzanalyse, Düsseldorf 1998.

Baetge, Jörg / Kirsch, Hans-Jürgen / Thiele, Stefan (2005): Bilanzen, 8. Wesentlich überarbeitete Auflage, Düsseldorf 2005.

Bleymüller, Josef / Gehlert, Günther (2011): Statistische Formel, Tabellen und Statistik-Software, Münster 2011.

Blum, Karl / Offermanns, Matthias (2010): Forderungsmanagement der Krankenhäuser, in: Das Krankenhaus, 102. Jahrgang, 4/2010, S. 297-303.

Bundesanzeiger (2012): Klinikum Esslingen GmbH, Esslingen am Neckar, Jahresabschluss zum Geschäftsjahr zum 01. 01 2010 bis zum 31. 12 2010, in: https://www.bundesanzeiger.de/ebanzwww/wexsservlet?&session.sessionid=14f6ad948d9d76c796eedf4dd0bb145e&page.navid=detailsearchdetailtodetailsearchdetailprint&fts_search_list.destHistoryId=67771&fts_search_list.selected=156ccddb667366a4, abgerufen am 14. März 2013.

Brüggemann, Nils (2005): Der Krankenhaus-Betriebsvergleich als Instrument für das Krankenhausmanagement, Bayreuth 2005.

Bundesärztekammer (2011): Honorarärztliche Tätigkeit in Deutschland, Positionsbestimmung der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, in:

http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/honoraraerzte_26052011.pdf,

abgerufen am 25. Juli 2012.

Burger, Anton (1995): Jahresabschlussanalyse, München / Wien / Oldenburg 1995.

Busse, Reinhard / Schreyögg, Jonas / Tiemann, Oliver (2010): Management im Gesundheitswesen, 2. Auflage, Heidelberg 2010.

C:

Coenenberg, Adolf G. (2003): Jahresabschluss und Jahresabschlussanalyse, 19. Auflage, Stuttgart 2003.

Coenenberg, Adolf G. (2009): Jahresabschluss und Jahresabschlussanalyse, 21. Auflage, Stuttgart 2009.

Cording, Frauke (2007): Public Private Partnership in der Investitionskostenfinanzierung öffentlicher Krankenhäuser, Frankfurt 2007.

D:

Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (Hrsg.) (2012): Kodierleitfaden Gastroenterologie Version 2012, Münster 2012.

Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (2008): Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern, Anlage zum DKG-Rundschreiben Nr. 137/2008 vom 30. Mai 2008, Berlin 2010.

Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (2010): Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionstätigkeit in den Bundesländern, Anlage zum DKG-Rundschreiben Nr. 275/2010 vom 16. September 2010, Berlin 2010.

Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (2011): Zahlen, Daten, Fakten 2011, Düsseldorf 2011.

Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (2012): KHG-Investitionsförderung, Auswertung der AOLG-Zahlen für das Jahr 2010, unter:
www.dkgev.de/media/file/9573.RS191-11_Anlage_1.pdf, abgerufen am 27. November 2012.

Deutsches Krankenhaus Institut e.V. (2001): Krankenhaus Barometer Herbstumfrage 2001, Düsseldorf 2002.

Deutsches Krankenhaus Institut e.V. (2007): Krankenhaus Barometer Umfrage 2007, Düsseldorf 2007.

DRS 2 (2005): Deutscher Rechnungslegungs Standard Nr. 2, Berlin 2010.

DRS 20 (2012): Deutscher Rechnungslegungs Standard Nr. 20, Berlin 2012.

E:

Eichhorn, Siegfried (1975): Krankenhausbetriebslehre - Theorie und Praxis des Krankenhausbetriebes, Band I. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage, Stuttgart u.a. 1975.

Eichhorn, Siegfried (Hrsg.) (2008): Krankenhaus-Managementlehre - Theorie und Praxis eines integrierten Konzepts, 1. Auflage, Stuttgart 2008.

Emmerich, Klaus (2011): Finanzmanagement im Krankenhaus -Innovative Ansätze-, Heideberg 2011.

Ermschel, Ulrich / Möbius, Christian / Wengert, Holger (2011): Investition und Finanzierung, 2. Auflage, Mannheim, Karlsruhe, Stuttgart, 2011.

Everling, Oliver / Kampe, Dieter M. (Hrsg.) (2008): Rating im Health-Care-Sektor, Schlüssel zur Finanzierung von Krankenhäusern, Kliniken, Reha-Einrichtungen, 1. Auflage, Wiesbaden 2008.

F:

Fleßa, Steffen (2010): Grundzüge der Krankenhausbetriebslehre. 2., überarbeitete Auflage, München 2010.

Flintrop, Jens (2008): Die Baupauschale für Kliniken wird einen Innovations-schub auslösen, in: Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 105, Heft 7, 15. Februar 2008, S. A 310-311.

Frodl, Andreas (2010): Gesundheitsbetriebslehre, Betriebswirtschaftslehre des Gesundheitswesens, 1. Auflage, Wiesbaden 2010.

Frodl, Andreas (2011): Kostenmanagement und Rechnungswesen im Gesundheitsbetrieb, 1. Auflage, Wiesbaden 2011.

Frodl, Andreas (2012 a): Finanzierung und Investitionen im Gesundheitsbetrieb, Betriebswirtschaftslehre des Gesundheitswesens, 1. Auflage, Wiesbaden 2012.

Frodl, Andreas (2012 b): Controlling im Gesundheitsbetrieb, Betriebswirtschaftslehre des Gesundheitswesens, 1. Auflage, Wiesbaden 2012.

Frost, Ira (2012): Statistik für Wirtschaftswissenschaftler, Grundlagen und praktische Anwendungen, in: Wessler Markus (Hrsg.) Die Betriebswirtschaft, Studium + Praxis, Band 28, Renningen 2012.

G:

Gaydoul, Tobias (2009): Qualitätsberichte von Krankenhäusern, Eine empirische Analyse aus informationsökonomischer Sicht, Wiesbaden 2009.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2011): Die gesetzlichen Qualitätsberichte der Krankenhäuser lesen und verstehen, Berlin 2011.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2012 a): Krankenhäuser, in:

http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc_tab?fid=8705&suchstring=krankenhäuser&query_id=&sprache=D&fund_typ=DEF&methode=2&vt=1&verwandte=1&page_ret=0&seite=&p_lfd_nr=3&p_news=&p_sprachkz=D&p_uid=gasts&p_aid=85646132&hlp_nr=3&p_janein=J., abgerufen am 18. September 2012.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2012 b): Reine Belegkrankenhäuser, in: http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc_tab?fid=2055&suchstring=belegkrankenhäuser&query_id=&sprache=D&fund_typ=DEF&methode=2&vt=1&verwandte=1&page_return=0&seite=&p_lfd_nr=1&p_news=&p_sprachkz=D&p_uid=gasts&p_aid=74375287&hlp_nr=3&p_janein=J., abgerufen am 29. November 2012.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2012 c): Diagnoses Related Groups (DRG) in: http://www.gbe-bund.de/glossar/Diagnosis_Related_Groups_DRG.html, abgerufen am 30. November 2012.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2012 d): Planbetten, in: http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gasts&p_aid=&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=2028::Bettenzahlen%20Krankenhaus., abgerufen am 22. August 2012.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2012 e): Krankenhausstatistik-Grunddaten und Methodik, in: http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gastg&p_aid=&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=8148., abgerufen am 22. August 2012.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2012 f): Belegungstage, in: http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gastg&p_aid=&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=11110., abgerufen am 23. August 2012

Gladen, Werner (2001): Kennzahlen- und Berichtssystem, Grundlagen zum Performance Measurement, Wiesbaden 2001.

Gräfer, Horst / Schiller, Bettina / Rösner, Sabrina (2008): Finanzierung, Grundlagen, Institutionen, Instrumente und Kapitalmarkttheorien, 6., völlig neu bearbeitete Auflage, Paderborn 2008.

Graumann, Mathias / Schmidt-Graumann, Anke (2002): Rechnungslegung und Finanzierung der Krankenhäuser, Bonn 2002.

Graumann, Mathias / Schmidt-Graumann, Anke (2011): Rechnungslegung und Finanzierung der Krankenhäuser, Leitfaden für Rechnungslegung, Beratung und Prüfung, 2. Auflage, Bonn 2011.

Greiling, Dorothea (2000): Krankenhausbetriebswirtschaftslehre -Struktur und externe Rahmenbedingungen des Krankenhausesektors-, Hagen 2000.

H:

Handelsblatt (2. November 2011): BKK für Heilberufe wird geschlossen, in: <http://www.handelsblatt.com/unternehmen/versicherungen/zum-jahresende-bkk-fuer-heilberufe-wird-geschlossen/5788186.html>, abgerufen am 4. Dezember 2012.

Haubrock, Manfred / Schär, Walter (Hrsg.) (2002): Betriebswirtschaft und Management im Krankenhaus, 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Bern 2002.

Haubrock, Manfred / Schär, Walter (Hrsg.) (2007): Betriebswirtschaft und Management im Krankenhaus, 4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Bern 2002.

Hentze, Joachim / Kehres, Erich (2005): Buchführung und Jahresabschluss in Krankenhäusern, 2. Auflage, Stuttgart 2005.

Hentze, Joachim / Huch, Burkhard / Kehres, Erich (Hrsg.) (2005): Krankenhaus-Controlling - Konzepte, Methoden und Erfahrungen aus der Krankenhauspraxis, 3., überarbeitete und aktualisierte Auflage, Stuttgart 2005.

Hessisches Statistisches Landesamt (2012): Nutzungsgrad, in: <http://www.statistik-hessen.de/themenauswahl/gesundheitswesen-soziales/landesdaten/gesundheitswesen/krankenhaus/ausgewahlte-daten-fuer-krankenhaeuser/index.html>, abgerufen am 23. August 2012.

I:

IDW PS 720 (2010): Berichterstattung über die Erweiterung der Abschlussprüfung nach § 53 HGrG, Düsseldorf 2010.

IDW RS KHFA 1(2011): Rechnungslegung von Krankenhäusern, Düsseldorf 2011.

InEK GmbH (2011): G-DRG German Diagnosis Related Groups Version 2012, Definitionshandbuch, Band 1 (DRGs A01A-I98Z), Siegburg 2011.

K:

Koch, Heinz Joachim / Schüller, Ludwig / Tillmann, André (2008): Die neue Baupauschale in NRW, Konsequenzen für die Ertragslage der Krankenhäuser, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus, 25. Jahrgang, 1/2008, S. 66-70.

Küting, Karlheinz / Weber, Claus-Peter: Die Bilanzanalyse, 9. Auflage, Stuttgart 2009.

Krankenhausesellschaft Schleswig-Holstein e.V (2012): Krankenhausträger,

in:

<http://www.kgsh.de/default.asp?doc=http://www.kgsh.de/top5100.asp?key=24&char=K&rnd=0,158550441265106.>, abgerufen am 28. August 2012.

L:

Löwenstein, Karl Prinz zu: Fachleute im Interview Teil 2, "Auch in dünn besiedelten Gebieten ist eine profitable Krankenhausführung möglich", in: <http://www.kpmg.de/Themen/11701.htm>, abgerufen am 28. August 2012.

M:

Meyer, Claus (2008): Betriebswirtschaftliche Kennzahlen und Kennzahlensysteme, 5., überarbeitete und erweiterte Auflage, Sternenfels, 2008.

Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren Baden-Württemberg (2010): Krankenhausplan Baden-Württemberg 2010, Textteil, S. 1-16., Stuttgart 2010.

Mörsch, Michael / Derix, Frank (2010): Stand der Investitionsfinanzierung 2010, in: Das Krankenhaus, 102. Jahrgang, S. 731-735.

N:

Neubau, Günter / Minartz, Christof (2008): Rolle des Ratings in der Klinikfinanzierung, in: Everling, Oliver / Kampe, Dieter M. (Hrsg.) (2008): Rating im Health-Care-Sektor, Schlüssel zur Finanzierung von Krankenhäusern, Kliniken, Reha-Einrichtungen, 1. Auflage, Wiesbaden 2008.

O:

Ostwald, Dennis A. / Ehrhard, Tobias / Brunsch, Friedrich / Schmidt, Harald / Friedl, Corinna (2010): Fachkräftemangel. Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030, Frankfurt am Main, 2010.

o.V. (2010): Krankenhausinvestitionen bleiben eine ständige Herausforderung, in: Das Krankenhaus, 102. Jahrgang, 9. Heft 2010, S. 819-820.

P:

Peemöller, Volker H (2003): Bilanzanalyse und Bilanzpolitik, 3. Auflage, Wiesbaden 2003.

Penter, Volker / Arnold, Christoph (2009): Zukunft deutsches Krankenhaus - Thesen, Analysen, Potenziale, 1. Auflage 2009, Kulmbach 2009.

Perridon, Louis / Steiner, Manfred / Rathgeber, Andreas (2012): Finanzwirtschaft der Unternehmung, 16., überarbeitete und erweiterte Auflage, München 2012.

Petersen, Karl / Zwirner, Christian / Künkele, Kai P. (2010): Bilanzanalyse und Bilanzpolitik nach BilMoG, Einzelabschluss und Konzernabschluss, 2. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Herne 2010.

Prätsch, Joachim / Schikorra, Uwe / Ludwig, Eberhard (2001): Finanzmanagement, München und Wien 2001.

Purzer, Karl / Haertle, Renate: Das Rechnungswesen der Krankenhäuser. Handkommentar, Stuttgart 1978, letzte Ergänzungslieferung 31. Oktober 2010.

PricewaterhouseCoopers (Hrsg.) (2010): Leitfaden für Jahresabschlüsse der Krankenhäuser, 3. Auflage, Frankfurt am Main 2010.

Q:

Quaas, Michael: Zur Zukunft kommunaler Krankenhäuser Rechtliche Risiken und Verfahrensschritte einer Privatisierung, in: Das Krankenhaus, 93. Jahrgang, 2001, Heft 1, S. 40-45.

R:

Rehkugler, Heinz. / Podding, Thorsten (1998): Bilanzanalyse, 4., völlig überarbeitete und erweiterte Auflage, München 1998.

Rühle, Jörg (2000): Wertmanagement im Krankenhaus, Köln 2000.

Russ, Wolfgang (1986): Der Anhang als dritter Teil des Jahresabschlusses -Eine Analyse der bisherigen und der zukünftigen Erläuterungsvorschriften für die Aktiengesellschaften, 2. Auflage, Bergisch-Gladbach 1986.

S:

Schanbacher, Brent (2010): Rückstellungen für MDK-Risiken muss Korrektur der Budgetausgleiche berücksichtigen, in: Ebner, Stolz, Mönning, Bachem (Hrsg.): Novus - öffentliche Hand und Gemeinnützigkeit- II/2010, Stuttgart, S. 6.

Schult, Eberhard (1999): Bilanzanalyse -Möglichkeiten und Grenzen externer Unternehmensbeurteilung, 10., erweiterte Auflage, Berlin 1999.

Seidlitz, Frank (2010): Investitionsstau in Kliniken –Patienten leiden, in:

<http://www.welt.de/wirtschaft/article8118147/Investitionsstau-in-Kliniken-Patienten-leiden.html>, Abruf am 5. Dezember 2012.

Statistisches Bundesamt (2011 a): Gesundheit, Grunddaten der Krankenhäuser 2010, Fachserie 12 - -Reihe 6.1.1, Wiesbaden 2011.

Statistisches Bundesamt (2011 b): Gesundheit, Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik), Diagnosen, Prozeduren, Fallpauschalen und Case Mix der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern, Fachserie 12 - Reihe 6.4, Wiesbaden 2011.

Statistisches Bundesamt (2012 a): Gesundheit, Grunddaten der Krankenhäuser 2011, Fachserie 12 - -Reihe 6.1.1, Wiesbaden 2012.

Statistisches Bundesamt (2012 b): Gesundheitsausgaben, in:

<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Tabellen/Ausgabentraeger.html>, abgerufen am 13. Dezember 2012.

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2012): Krankenhausverzeichnis, Stand 31.12.2010, Wiesbaden 2012.

T:

Tesch, Jörg / Wißmann, Ralf (2009): Lageberichterstattung, 2., aktualisierte Auflage, Weinheim 2009.

V:

Verband der privaten Krankenversicherungen (2012): Zahlenbericht der privaten Krankenversicherung 2011/2012, in:

<https://bestellungen.pkv.de/zahlenberichte/zahlenbericht-2011-2012/>, abgerufen am 13. März 2013.

W:

Wagenhofer, Alfred (2002): Bilanzierung und Bilanzanalyse, 7. Auflage, Wien 2002.

Weber, Manfred (2001): Kennzahlen -Unternehmen mit Erfolg führen, 2., aktualisierte Auflage, Planegg 2001.

Weber, Lars: Das Krankenhaus im DRG-Zeitalter, Norderstedt 2001.

Weidmann, Christina / Kohlhepp, Ralf (2011): Die gemeinnützige GmbH, Errichtung und Besteuerung einer gGmbH, Wiesbaden 2011.

Wehrheim, Michael / Schmidt, Thorsten (2009): Jahresabschlussanalyse, Instrumente, Bilanzpolitik und Kennzahlen, 3., überarbeitete Auflage, Stuttgart 2009.

Winterer, Arndt (2009): Neue Wege der Krankenhausfinanzierung- leistungsbezogene Investitionsförderung in NRW, in: Klauber, Jürgen / Robra, Bernt-Peter / Schellschmidt, Henner (2009): Krankenhaus-Report 2008/2009, Stuttgart 2009.

Z:

Zapp, Winfried (Hrsg.)(2010): Kennzahlen im Krankenhaus, 1. Auflage, Osnabrück 2010.

Gesetze:

- AO:** Abgabenordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 1. Oktober 2002 (BGBl. I S. 3866; 2003 I S. 61), zuletzt geändert durch Artikel 9 des Gesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1566).
- AbgrV:** Verordnung über die Abgrenzung der im Pflegesatz nicht zu berücksichtigenden Investitionskosten von den pflegesatzfähigen Kosten der Krankenhäuser (Abgrenzungsverordnung - AbgrV), vom 12. Dezember 1985 (BGBl. I S. 2255), geändert durch: Art 4a des Gesetzes zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz - KHRG) vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534, 548).
- AEUV:** Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union, in der Fassung aufgrund des am 1.12.2009 in Kraft getretenen Vertrages von Lissabon.
- AktG:** Aktiengesetz vom 6. September 1965 (BGBl. I S.1089) (BGBl. III 4121-1), zuletzt geändert durch Gesetz vom 22.12.2011 (BGBl. I S. 3044).
- BayUniKlinG:** Gesetz über die Universitätsklinika des Freistaates Bayern (Bayerisches Universitätsklinikagesetz - BayUniKlinG), vom 23. Mai 2006, letzte berücksichtigte Änderung: § 1 G vom 9. Juli 2012, 339.
- BPfIV:** Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespfllegesatzverordnung - BPfIV), vom 26. September 1994, (BGBl. I S. 2750), zuletzt geändert durch Art. 8 des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz - GKV-VStG) vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983).
- FPV:** Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2012 (Fallpauschalenvereinbarung 2012 - FPV 2012).

- GewO:*** Gewerbeordnung, in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Februar 1999 (BGBl. I S. 202), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 5. Dezember 2012 (BGBl. I S. 2415).
- GewStG:*** Gewerbesteuerengesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 15. Oktober 2002 (BGBl. I S. 4167), zuletzt geändert durch Artikel 5 des Gesetzes vom 7. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2592).
- GmbHG:*** Gesetz betreffend Gesellschaften mit beschränkter Haftung, vom 20. April 1892 (RGBl. S. 477) in der Fassung und Bekanntmachung vom 20. Mai 1898 (RGBl. S. 846) (BGBl. III FNA 4132-1), zuletzt geändert durch Gesetz vom 22.12.2011 (BGBl. I S. 3044).
- InsO:*** Insolvenzordnung vom 5. Oktober 1994 (BGBl. I S. 2866), zuletzt geändert durch Gesetz vom 29. Juli 2009 (BGBl. I S. 2355).
- HGrG:*** Gesetz über die Grundsätze des Haushaltsrechts des Bundes und der Länder (Haushaltsgrundsätzegesetz - HGrG) vom 19. August 1969 (BGBl. I S. 1273), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 27. Mai 2010 (BGBl. I S. 671).
- KHEntgG:*** Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (KHEntgG) vom 23. April 2002 (BGBl. I Nr. 27 v. 29. April 2002, S. 1412, 1422), zuletzt geändert durch Art. 7 des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz - GKV -VStG) vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S.2983).
- KHBV:*** Verordnung über die Rechnungs- und Buchführungspflichten von Krankenhäusern (Krankenhaus-Buchführungsverordnung - KHBV), in der Fassung der Bekanntmachung vom 24. März 1987 (BGBl. I S. 1045), die durch Artikel 5 des Gesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1613) geändert worden ist.

- KHG:** Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG), in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 885), zuletzt geändert durch Art. 6 des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz - GKV -VStG) vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S.2983).
- KHGG NRW:** Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW) vom 11.12.2007 (GV. NRW. S. 702), zuletzt geändert am 14.2.2012 (GV NRW S. 97) - in Kraft getreten am 25. Februar 2012.
- KHPauschV BW:** Verordnung der Landesregierung über die Pauschalförderung nach dem Landeskrankenhausgesetz (Krankenhaus-Pauschalförderverordnung Baden-Württemberg), vom 29. Juni 1998, zuletzt geändert durch Verordnung vom 19. Juni 2012 (GBl. S. 437).
- KHStatV:** Krankenhausstatistik-Verordnung vom 10. April 1990 (BGBl. I S. 730), zuletzt geändert durch Artikel 4b des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534).
- KStG:** Körperschaftsteuergesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 15. Oktober 2002 (BGBl. I S. 4144), zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 7. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2592).
- Psych-PV:** Psychiatrie-Personalverordnung vom 18. Dezember 1990 (BGBl. I S. 2930), geändert durch Artikel 4 der Verordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750).
- SGB V:** Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V),-Gesetzliche Krankenversicherung-, vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477); zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 22. Juli 2012 (BGBl. I S. 1613).

SGB XI: Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI), „Soziale Pflegeversicherung, vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014), zuletzt geändert durch Art. 2c des Gesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1601).

UKG: Gesetz über die Universitätsklinika Freiburg, Heidelberg, Tübingen und Ulm (Universitätsklinika-Gesetz - UKG) in der Fassung vom 15. September 2005, letzte berücksichtigte Änderung: §§ 6 und 9 geändert durch Artikel 22 der Verordnung vom 25. Januar 2012 (GBl. S. 65, 67).