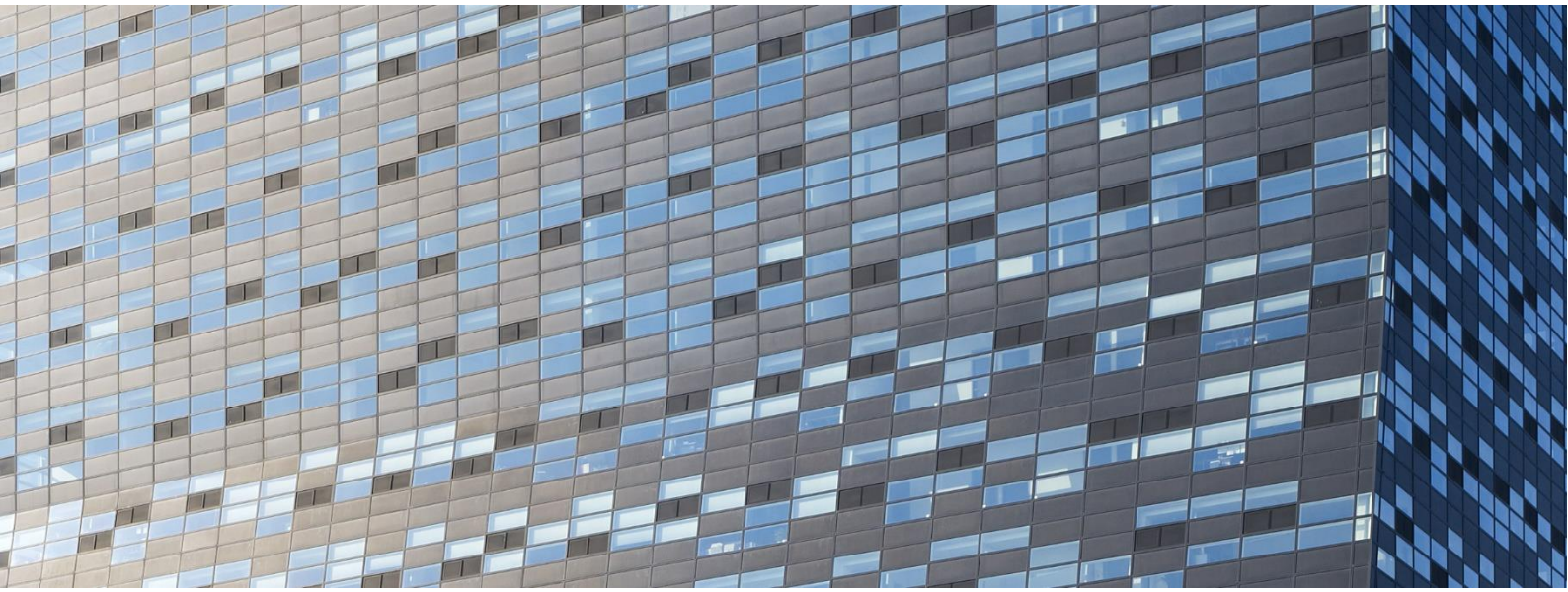
Krankenhäuser in Deutschland – aktuelle Markttrends



LB ImmoWert

Krankenhäuser in Deutschland – aktuelle Markttrends

Begriffsabgrenzung

Im Rahmen des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG) werden Krankenhäuser als „Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und verpflegt werden können, …"[1] definiert.

Laut der HypZert Studie ist eine Unterteilung der Allgemeinkrankenhäuser in vier Kategorien üblich: Häuser der Grund-, Regel-, Schwerpunkt- und Maximalversorgung.[2]

Unterteilung der Allgemeinkrankenhäuser:

Krankenhäuser der Grundversorgung

- Typische Betriebsgröße: 250 Betten für rund 75.000 Einwohner im Einzugsbereich
- Verfügt entweder über eine Abteilung der Fachrichtung Innere Medizin oder der Chirurgie.

Krankenhäuser der überörtlichen Regelversorgung

- Typische Betriebsgröße: 250 Betten für rund 75.000 Einwohner im Einzugsbereich
- Verfügt über eine Abteilung der Fachrichtung Innere Medizin oder der Chirurgie.
- Bei Bedarf können auch die Fachrichtungen Gynäkologie und Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohren- und Augenheilkunde sowie in Einzelfällen auch Urologie und Orthopädie hinzukommen.

Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung (auch als Zentralversorger bezeichnet)

- Typische Betriebsgröße: 700 Betten für rund 400.000 Einwohner im Einzugsbereich
- Verfügt über eine Abteilung der Fachrichtung Innere Medizin und über getrennte Abteilungen für Unfallchirurgie und Viszeralchirurgie sowie Radiologie und Anästhesie.
- Des Weiteren kann auch Dermatologie, Pädiatrie, Neurologie und Psychiatrie sowie Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie vorhanden sein.

Krankenhäuser der Maximalversorgung

- Betriebsgröße: 1.000 und mehr Betten für ein Einzugsgebiet ab 1,5 Mio. Einwohner
- Verfügt über eine Abteilung der Fachrichtung Innere Medizin und über getrennte Abteilungen für Unfallchirurgie und Viszeralchirurgie sowie Radiologie und Anästhesie.
- Des Weiteren kann auch Dermatologie, Pädiatrie, Neurologie und Psychiatrie sowie Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie vorhanden sein.

[1] Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG, §2 Begriffsabgrenzung. (unter https://www.gesetze-im-internet.de/khg/BJNR010090972.html#BJNR010090972BJNG000302305)
[2] Vgl. HypZert e.V. (2008): Studie Bewertung von Krankenhäuser

Des Weiteren besteht eine Abgrenzung in weitere Krankenhausarten:

Fachkrankenhäuser

In diesen Fachkrankenhäusern liegt der Schwerpunt auf einer Fachdisziplin oder auf einer Patienten-Altersgruppe

Bundeswehrkrankenhäuser

In diesen Krankenhäusern werden Leistungen für Angehörige der Bundeswehr erbracht.

Die Krankenhäuser in Deutschland befinden sich überwiegend in der Hand von drei Trägergruppen.[3]

Trägergruppen:

Private Träger

Diese benötigen nach § 30 der Gewerbeordnung als Privatkrankenanstalten eine Konzession der zuständigen Behörde.[4]

Öffentliche Träger

Hierunter fallen öffentlich-rechtliche oder privatrechtliche Einrichtungen. Dieses sind beispielsweise Landeskrankenhäuser oder kommunale Einrichtungen.

Freigemeinnützige Träger

Dies umfasst Krankenhäuser von Trägern der kirchlichen und freien Wohlfahrtspflege, von Kirchengemeinden oder Stiftungen.

Abgrenzung zu Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen

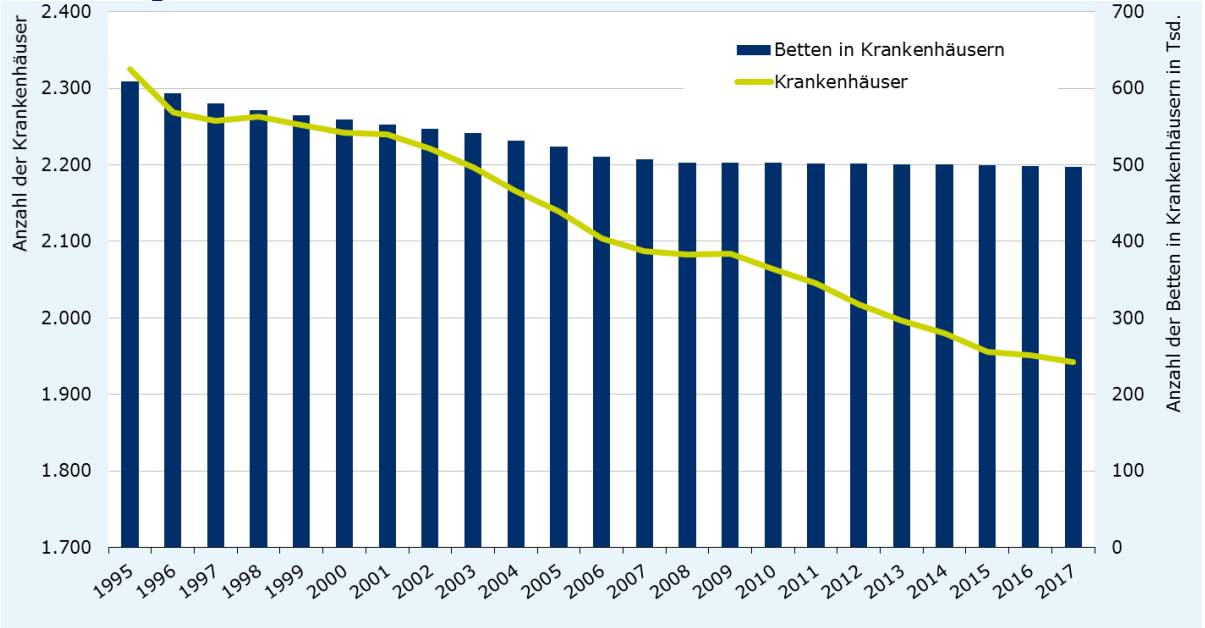
Laut der HypZert Studie zur Bewertung von Rehakliniken haben sich Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen neben der stationären Krankenbehandlung zu einem eigenständigen Teil der gesundheitlichen Versorgung entwickelt. Dabei wird unter dem Begriff Rehabilitation die „Wiedereingliederung eines Kranken, körperlich oder geistig Behinderten in das berufliche und gesellschaftliche Leben"… verstanden.[5] Die Rehabilitation wird heute dabei in Teilaspekte wie medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation unterteilt. Ein wesentliches Unterscheidungskriterium zu Krankenhäusern besteht darin, dass die Umsätze bei Rehakliniken über Tagessätze berechnet werden und nicht wie bei Krankenhäusern über Fallpauschalen.

[3] Vgl. HypZert e.V. (2008): Studie Bewertung von Krankenhäusern
[4] Gewerbeordnung, § 30 Privatkrankenanstalten (unter: https://www.gesetze-im-internet.de/gewo/__30.html)
[5] Vgl. HypZert e.V. (2007): Studie Bewertung von Rehakliniken

Marktentwicklung bei den Krankenhäusern in Deutschland

Die Entwicklung der wesentlichen Kennzahlen zu den Krankenhäusern in Deutschland zeigt deutlich, dass sich seit 1995 wesentliche Veränderungen bei den Strukturen von Krankenhäusern ergeben haben.

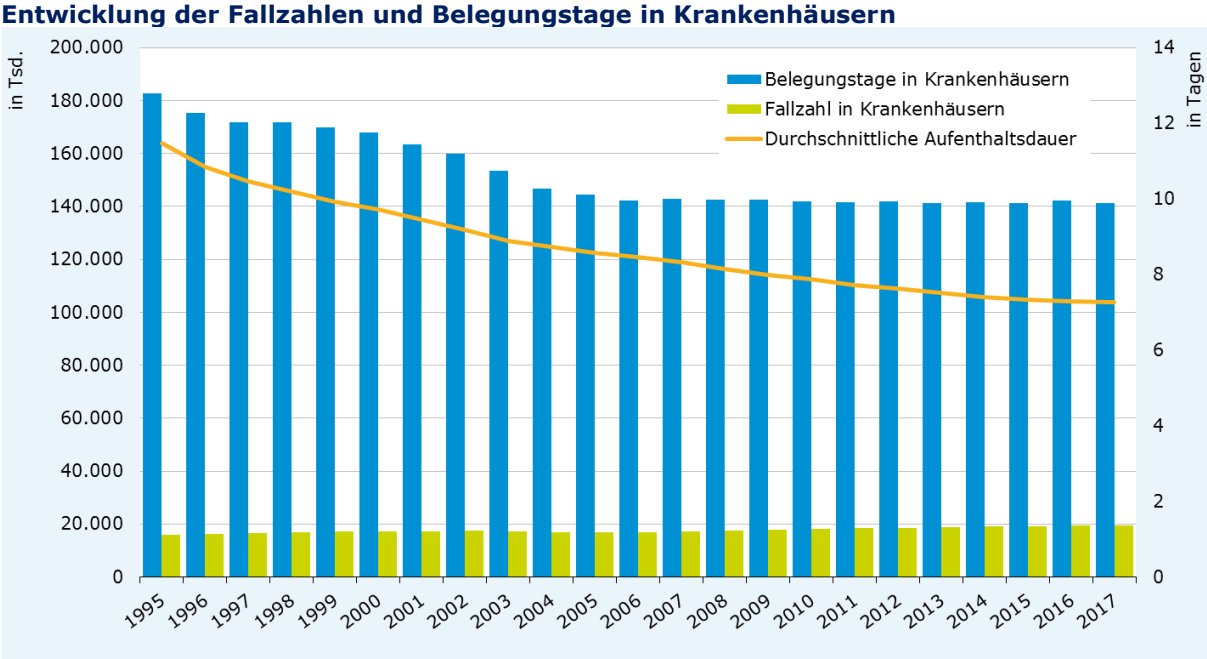
Entwicklung der Anzahl der Krankenhäuser sowie der Krankenhausbetten in Deutschland



Quelle: Statistisches Bundesamt; Darstellung: LBImmoWert Research

Bei der Anzahl der Krankenhäuser zeigte sich in dem Zeitraum 1995 bis 2017 ein deutlicher Abbau. So reduzierte sich die Anzahl der Krankenhäuser insgesamt von 2.325 Krankenhäuser in 1995 auf 1.942 Krankenhäuser in 2017. In den letzten zwei Jahren kam es zu einer Verlangsamung bei dem Rückgang und die Anzahl der Krankenhäuer reduzierte sich in 2016 lediglich noch um 0,3 % bzw. in 2017 um 0,5 %. In dem Zeitraum 1995 bis 2017 hatte sich die Anzahl der Krankenhäuser im Durchschnitt jährlich um 0,8 % reduziert.

Entwicklung der Fallzahlen und Belegungstage in Krankenhäusern



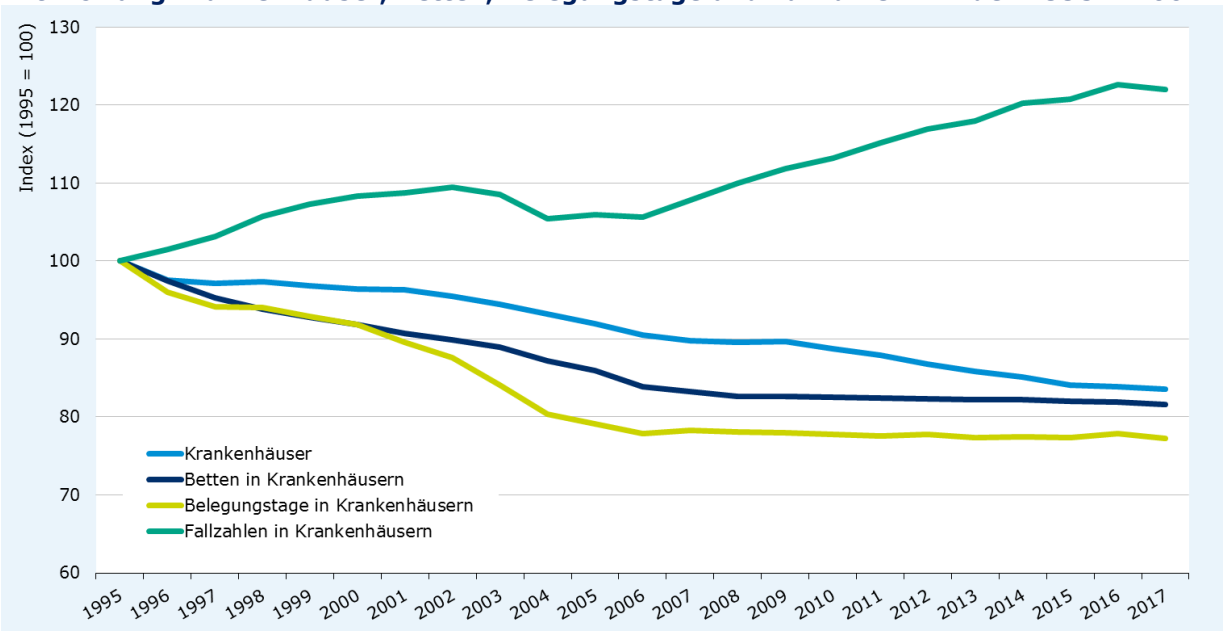
Quelle: Statistisches Bundesamt; Darstellung: LBImmoWert Research

Die Reduzierung der Krankenhäuser ist unmittelbar auch mit einem Rückgang der Betten in Krankenhäusern einhergegangen. So reduzierten sich die Betten von ca. 609.000 Betten im Jahr 1995 auf 497.000 im Jahr 2017. Im Durchschnitt war damit die Bettenzahl in dem Zeitraum 1995 bis 2017 jährlich um 0,9 % gesunken. Der deutlichste Bettenabbau zeigte sich dabei bis ins Jahr 2009. Danach kam es nur noch zu einem geringfügigen Rückgang bei den Krankenhausbetten.

Auch bei den Belegungstagen war in dem zeitlichen Rahmen 1995 bis 2017 ein Rückgang zu beobachten. So kam es hier zu einem durchschnittlichen, jährlichen Rückgang um 1,2 %. Im Jahr 1995 wurden noch ca. 182,6 Mio. Belegungstage registriert, während im Jahr 2017 es lediglich noch 141,2 Mio. Belegungstage waren.

Bei den Fallzahlen[6] zeigte sich dagegen in dem gleichen zeitlichen Rahmen ein Anstieg. So erhöhten sich die Fallzahlen von 15,9 Mio. im Jahr 1995 auf eine Fallzahl von 19,4 Mio. im Jahr 2017. Dies entspricht einem durchschnittlichen, jährlichen Wachstum von 0,9 %. Da die Belegungstage zurückgingen, die Fallzahlen sich aber erhöhten, kam es zu einem Rückgang bei der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 11,5 Tagen in 1995 auf 7,3 Tage in 2017.

Entwicklung Krankenhäuser, Betten, Belegungstage und Fallzahlen – Index 1995 = 100



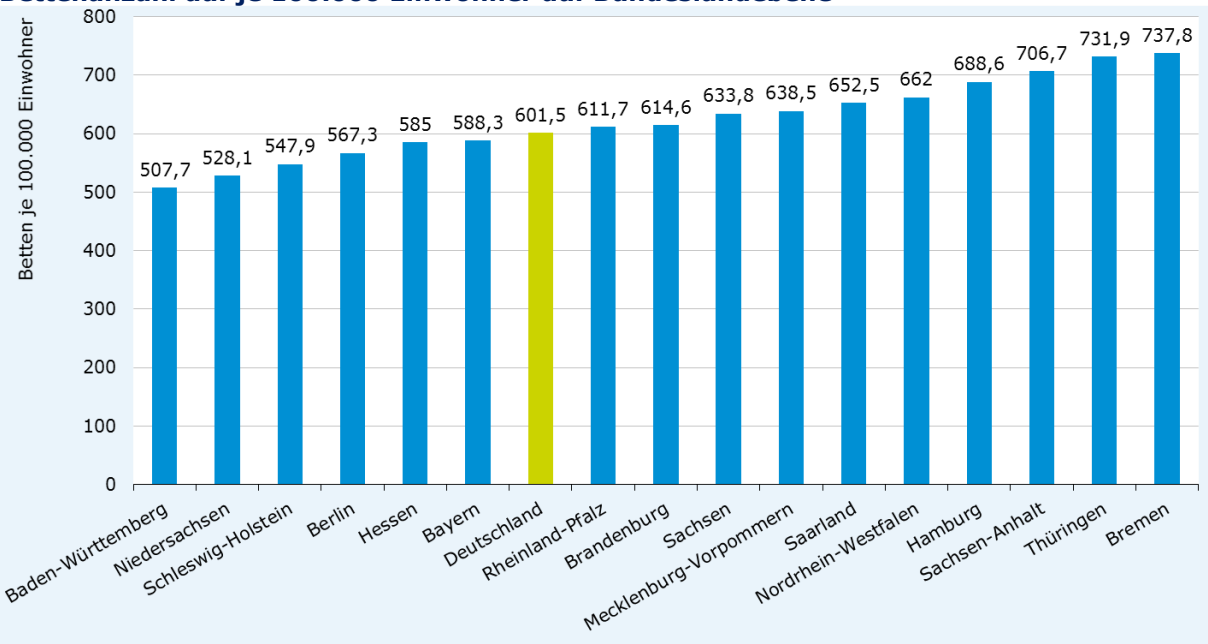
Quelle: Statistisches Bundesamt; Darstellung: LBImmoWert Research

In den Bundesländern Bremen und Thüringen stehen die meisten Betten bezogen auf 100.000 Einwohner zur Verfügung. Bezogen auf 100.000 Einwohner standen 2017 im Bundesland Bremen ca. 738 Betten bzw. im Bundesland Thüringen ca. 732 Betten bereit. Die niedrigste Bettenzahl bezogen auf 100.000 Einwohner konnte hier das Bundesland Baden-Württemberg mit lediglich rund 508 Betten bieten. Bundesweit betrachtet stehen auf 100.000 Einwohner ca. 602 Betten zur Verfügung.

[6] Fallzahl ist laut der Deutschen Krankenhaus Gesellschaft wie folgt definiert:

$$Fallzahl = \frac{Patientenzugang + Patientenabgang}{2}$$

Bettenanzahl auf je 100.000 Einwohner auf Bundeslandebene



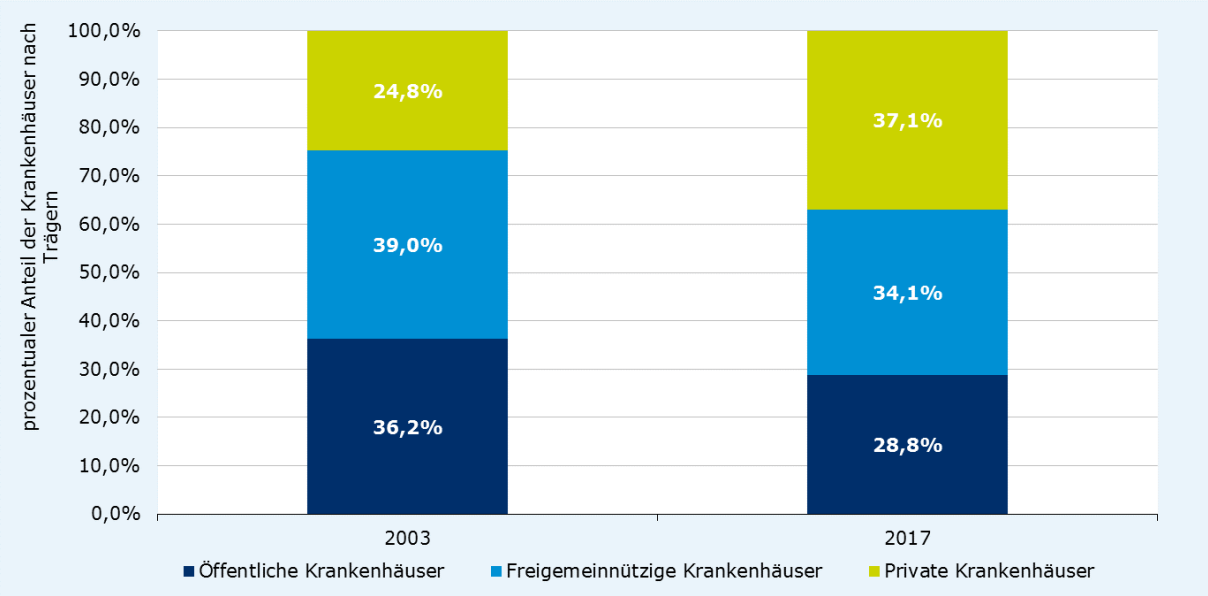
Quelle: Statistisches Bundesamt; Darstellung: LBImmoWert Research

Strukturveränderungen bei Krankenhäusern

Deutliche Veränderungen bei der Struktur der Krankenhäuser zeigte sich bei den Trägern. Hier hat sich seit Jahren eine deutliche Verlagerung hin zu mehr privaten Krankenhäusern gezeigt.

In dem Zeitraum 2003 bis 2017 zeigte sich ein Anstieg bei den privaten Krankenhäusern. So erhöhte sich der Anteil der Kliniken, welcher in der Hand privater Träger ist, von 25 % auf 37 %. Diese Entwicklung ging zu Lasten der Krankenhäuser in der Hand von öffentlichen bzw. von freigemeinnützigen Trägern. So reduzierte sich der Anteil der öffentlichen Krankenhäuser von 36 % auf 29 % bzw. der Anteil der freigemeinnützigen Kliniken von rund 39 % auf 34 %.

Verteilung der Krankenhäuser in Deutschland auf die unterschiedlichen Träger 2003 vs. 2017

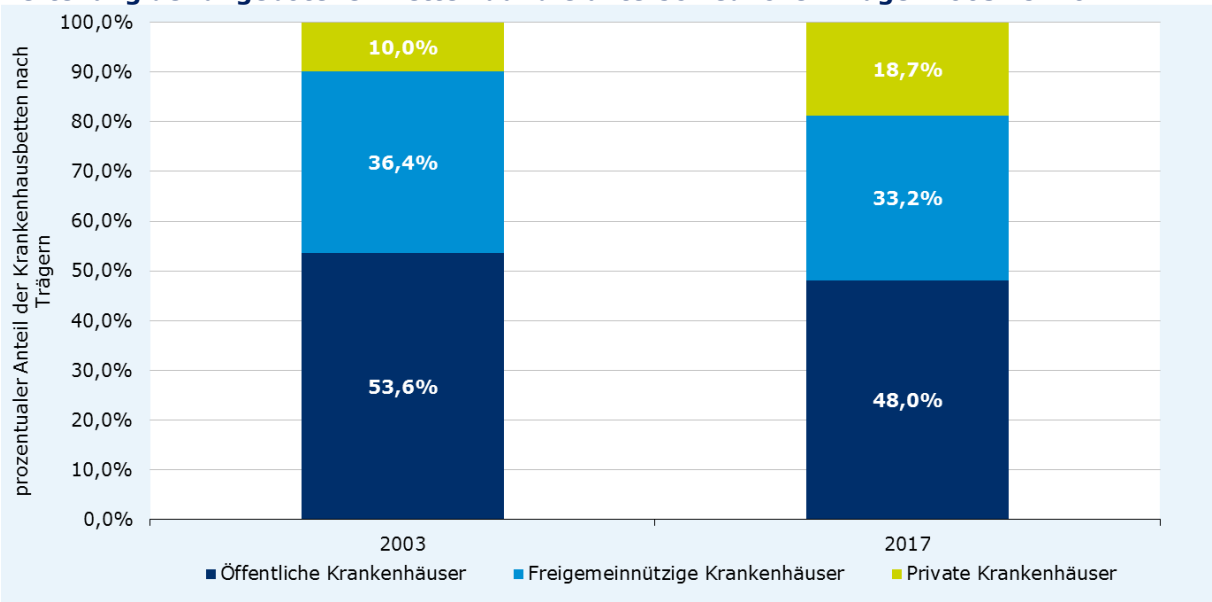


Quelle: Statistisches Bundesamt; Darstellung: LBImmoWert Research

Bezogen auf die angebotenen Krankenhausbetten ist der Anstieg der Betten, welche sich in der Hand von privaten Trägern befinden, nicht so deutlich ausgeprägt. So erhöhte sich der Anteil der Betten, welche in privaten Kliniken angeboten wurden, von 10,0 % im Jahr 2003 auf 18,7 % in 2017. Bei den Betten in freigemeinnützigen Krankenhäusern kam es dagegen zu einem Rückgang um fast 3 % von 36,4 % in 2003 auf 33,2 % in 2017. Weiterhin wird hier die Bedeutung von den öffentlichen Krankenhäusern ersichtlich. 48 % der Betten und damit die Mehrzahl der Betten entfallen weiterhin auf öffentliche Krankenhäuser.

Der Rückgang der öffentlichen Krankenhäuser zu Gunsten der privaten Krankenhäuser, beruht vor allem darauf, dass viele öffentlich-rechtliche Betreiber dazu übergegangen sind, ihre Krankenhäuser zu privatisieren um ihre wirtschaftliche Situation zu verbessern. Teils fanden auch Teilschließungen von Abteilungen bzw. Teilstandorten statt, um Effizienzsteigerungen an einem zentralen Standort zu erzielen.

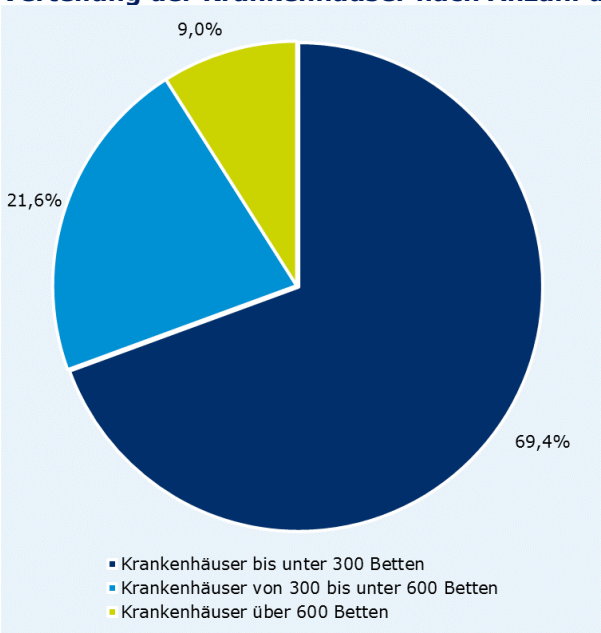
Verteilung der angebotenen Betten auf die unterschiedlichen Träger 2003 vs. 2017



Quelle: Statistisches Bundesamt; Darstellung: LBImmoWert Research

In dem Zeitraum 1991 bis 2004 war ein deutlicher Rückgang der Krankenhäuser mit mehr als 600 Betten zu registrieren gewesen. So reduzierte sich der Anteil der Krankenhäuser mit mehr als 600 Betten von 9,5 % auf 6,8 %. Diese Entwicklung war vor allem zugunsten der Krankenhäuser mit unter 300 Betten verlaufen. Deren Anteil bezogen auf die Krankenhäuser insgesamt stieg von 68,2 % in 1991 auf 71,6 %. Die Größenklassen 300 bis 600 Betten war stabil bei rund 22 % geblieben. Bis ins Jahr 2017 kam es jedoch wieder zu einer Umstrukturierung bei der Bettenanzahl in Krankenhäusern. Im Jahr 2017 verfügten 69 % der Krankenhäuser über weniger als 300 Betten. Die Kategorie 300 bis 600 Betten machte weiterhin 21,6 % aus. Der Anteil über Krankenhäuser mit mehr als 600 Betten war wieder angestiegen auf 9,0 %.

Verteilung der Krankenhäuser nach Anzahl der Betten im Jahr 2017



Quelle: Statistisches Bundesamt; Darstellung: LBImmoWert Research

Entwicklung der Kosten in Krankenhäusern

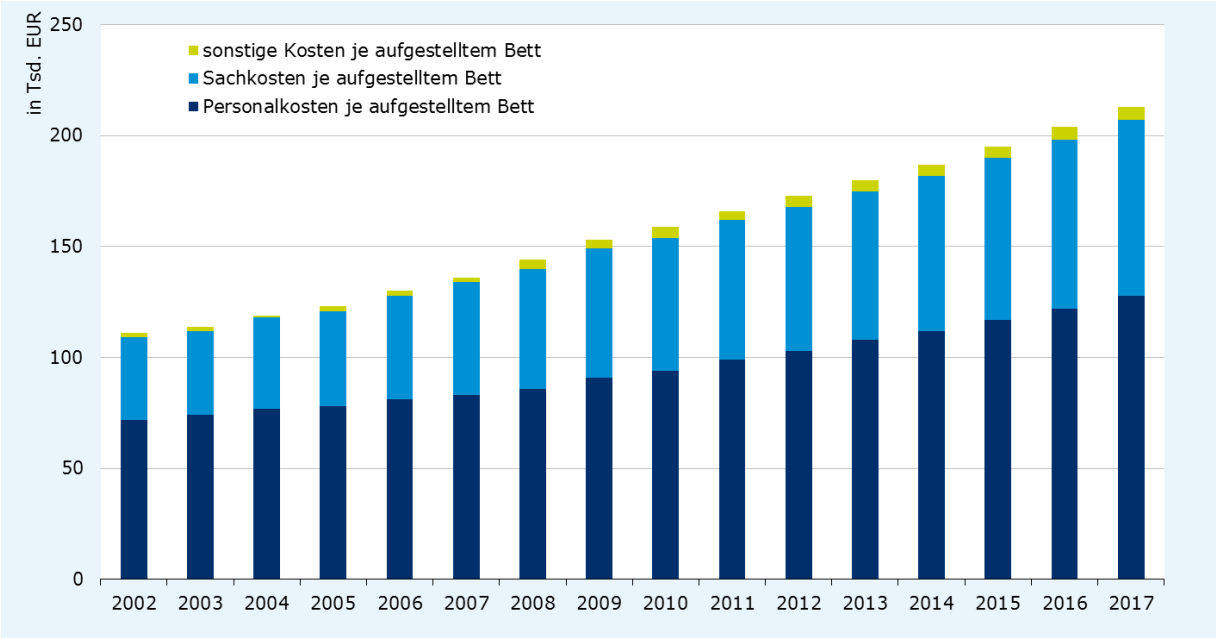
Die wirtschaftliche Situation von Krankenhäusern ist seit Jahren von steigenden Kosten beeinflusst. Laut dem Krankenhausbarometer 2019 vom Deutschen Krankenhaus Institut, dessen Ergebnisse auf einer schriftlichen Befragung einer repräsentativen Stichprobe von zugelassenen Allgemeinkrankenhäusern ab 100 Betten in Deutschland beruht, zeigte sich, dass 40 % der Krankenhäuser im Jahr 2018 Verluste schrieben bzw. nur 51 % einen Jahresüberschuss erzielen konnten. Ein ausgeglichenes Jahresergebnis erzielten 9 % der befragten Krankenhäuser.[7]

Bezogen auf die Bettengröße erreichten 53 % der Krankenhäuser mit mehr als 600 Betten einen Jahresüberschuss. In dieser Größenkategorie mussten nur 33 % der Krankenhäuser mit einem Jahresdefizit zurechtkommen.

Die Brutto- Gesamtkosten je Klinik stiegen von 30,25 Mio. EUR im Jahr 2002 auf 63,0 Mio. EUR im Jahr 2017 an. Dies entspricht in dem Zeitrahmen 2002 bis 2017 einem durchschnittlichen, jährlichen Wachstum von 5,0 %. Die Brutto-Gesamtkosten je aufgestelltem Bett erhöhten sich in dem selben Zeitraum jährlich im Durchschnitt um 4,4 %, das heißt die Brutto-Kosten je Bett waren von 111.000 EUR im Jahr 2002 auf 213.000 EUR in 2017 angestiegen.

[7] Deutsches Krankenhaus Institut 2019: Krankenhausbarometer 2019

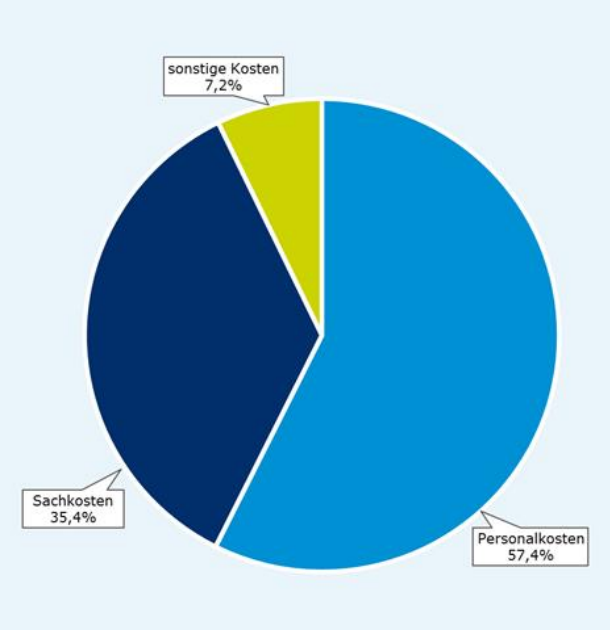
Entwicklung der Brutto-Gesamtkosten je aufgestelltem Bett unterteilt in Personal- und Sachkosten



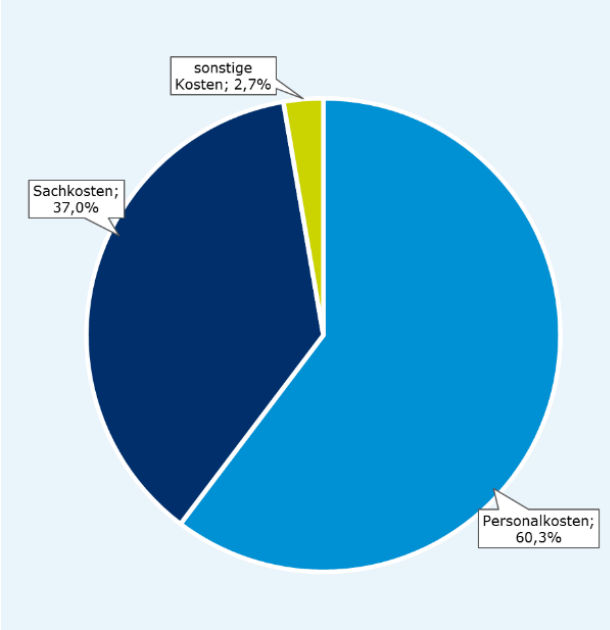
Quelle: Statistisches Bundesamt; Darstellung: LBImmoWert Research

Da die Personalkosten in diesem Zeitraum nur eine durchschnittliche, jährliche Wachstumsrate von 3,9 % aufwiesen, die Sachkosten jedoch jährlich im Durchschnitt um 5,2 % anstiegen, ging der Anteil der Personalkosten je aufgestelltem Bett bezogen auf die Brutto-Gesamtkosten je Bett zurück. Im Jahr 2017 beliefen sich die Brutto-Gesamtkosten pro aufgestellten Bett auf 213.000 EUR. Dabei entfielen 57,4 % auf Personalkosten und 35,4 % Sachkosten.

Kostenverteilung je aufgestelltem Bett



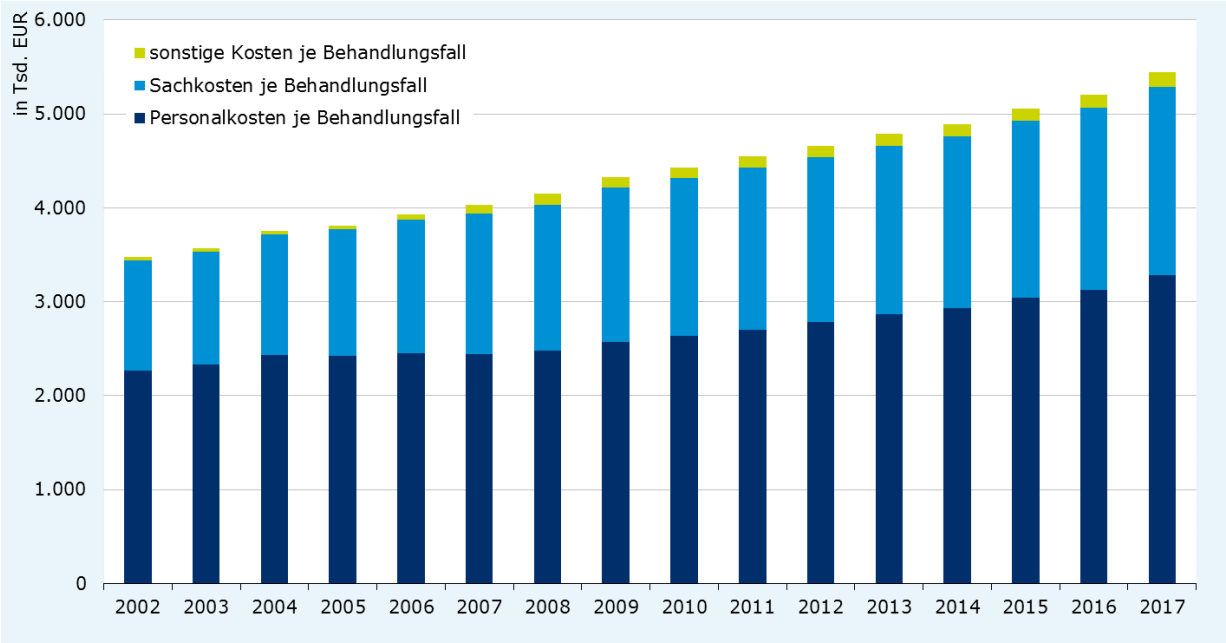
Kostenverteilung je Behandlungsfall



Quelle: Statistisches Bundesamt; Darstellung: LBImmoWert Research

Die Brutto-Gesamtkosten je Behandlungsfall erhöhten sich von 3.477 EUR im Jahr 2002 auf 5.439 EUR. Damit waren die Brutto-Gesamtkosten je Behandlungsfall jährlich im Durchschnitt um 3,0 % angestiegen. Ähnlich bei den Kosten bezogen auf die aufgestellten Betten waren die Personalkosten nicht so stark angestiegen wie die Gesamtkosten. Das durchschnittliche, jährliche Wachstum lag hier bei 2,5 %, während die Sachkosten mit einer durchschnittlichen, jährlichen Wachstumsrate von 3,7 % deutlich angestiegen waren. Im Jahr 2017 bewegten sich die Brutto-Gesamtkosten je Behandlungsfall bei 5.439 EUR, davon waren 2.010 EUR Sachkosten und 3.281 EUR Personalkosten.

Entwicklung der Brutto-Gesamtkosten je Behandlungsfall unterteilt in Personal- und Sachkosten



Quelle: Statistisches Bundesamt; Darstellung: LBImmoWert Research

Ermittlung der Umsätze von Krankenhäusern

Umsätze von Krankenhäuser -im oben definierten Sinne- ergeben sich nach der Strukturänderung vor ca. 15 Jahren im Wesentlichen über Fallpauschalen (DRG - Diagnosis Related Groups; deutsch: diagnosebezogene Fallgruppen).

Bei dieser Abrechnungsart wird der Betreiber/Arzt für seine Leistung über eine sogenannte Fallpauschale bezahlt (Kostenträger i.d.R. Krankenkassen). Die Höhe der Zahlung richtet sich nach dem Landesbasisfallwert (z.B. Bayern ab 2020: 3.654,45 EUR/Fall) und den Schweregrad der zu behandelnden Erkrankung (je höher, desto schwerer ist die Behandlung und umso höher das Honorar für den zu behandelnden Fall; ein CMI (Case Mix Index) von 1,0 bedeutet einen durchschnittlichen Schweregrad; bei 2,0 ist ein vergleichsweise hoher Schweregrad erreicht).

Die Aufenthaltsdauer der Patienten ist daher eher zweitrangig. In der Presse ist hier immer wieder von der sogenannten „blutigen Entlassung" die Rede, da zusätzliche Aufenthaltstage den Betreiber keinen Zusatzverdienst bringen. Dies ist jedoch nicht als Regelfall anzusehen.

In einer für die Immobilienwertermittlung von Krankenhäusern leicht vereinfachten Darstellung (Ausgleichsbeträge etc. fehlen beispielsweise hierbei) wird zur Ermittlung des Jahresumsatzes der durchschnittliche Schweregrad der in der Klinik behandelten Fälle gebildet, der sogenannte Case Mix Index (CMI). Diesen multipliziert man dann mit den behandelten Fällen p.a. und dem Basisfallwert (Beispiel: CMI: 1,0; Basisfallwert: 3.654,45 EUR; 3.000 Fälle; 3.654,45 EUR x 3.000 x 1,0 = ~10,96 Mio. EUR Umsatz). Zusätzlich sind weitere Umsatzkomponenten, insbesondere Zusatzleistungen, Leistungen bei Selbstzahlern, Kantineneinnahmen etc. zu berücksichtigen (i.d.R. sind diese < 10 % des Fallpauschalen-Umsatzes).

Der jeweilige Landesbasisfallwert wird jährlich angepasst, so dass hier im Wesentlichen die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen berücksichtigt ist.

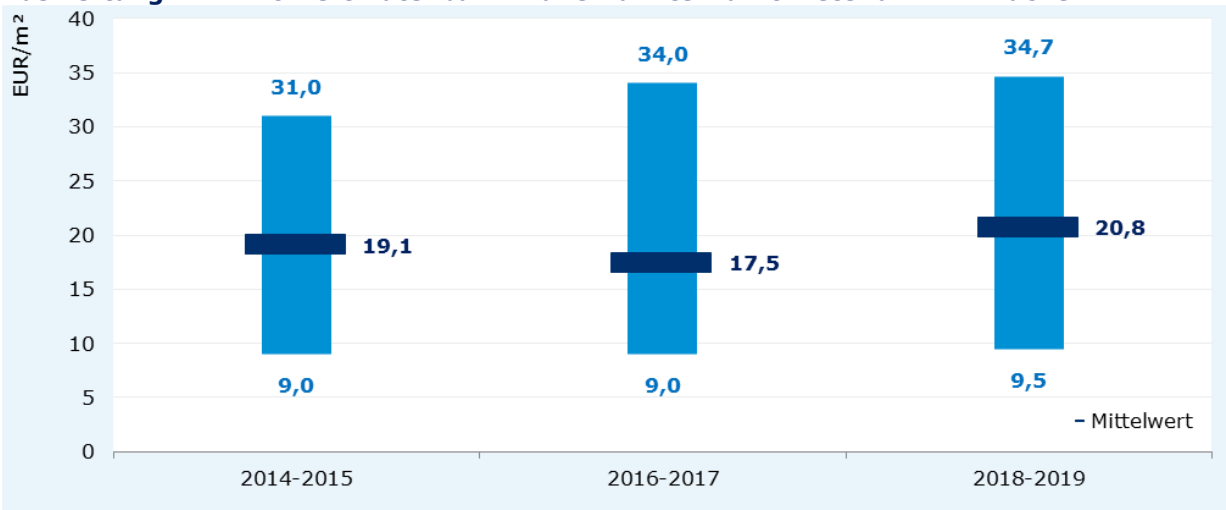
Bewertung von Krankenhäusern – Entwicklung Marktmiete und Vervielfältiger

Im Rahmen der Bewertung eines Krankenhauses sind makroökonomische Faktoren, wie Bevölkerungsentwicklung und Wirtschaftskraft , sowie die bestehende Konkurrenz an Krankenhäusern im Umfeld zu betrachten.[8] Eine wesentliche Kennzahl stellt seit der Einführung der Fallpauschale die Fallzahlen eines Krankenhauses dar, diese haben sich im Rahmen der bundesweiten Betrachtung positiv entwickelt, wohingegen die Bettenzahlen tendenziell rückläufig waren.

Für die Bewertung von Krankenhäusern sind aufgrund der unterschiedlichen Struktur der zu bewertenden Krankenhäuser Spezialkenntnisse notwendig. Die unten angegebenen Kennzahlen sollen nur ein Anhaltspunkt sein, im welchem Rahmen sich die Mieten für Klinikflächen bzw. das x-fache des Jahresrohertrages bewegen.

Basis für die hier verwendeten Grafiken stellen die im Rahmen der Gutachtenerstellung gewonnen Werte zur anerkannten Miete sowie zum Vielfachen des Jahresrohertrages dar.

Auswertung LBImmoWert Datenbank – anerkannte Marktmiete für Klinikflächen

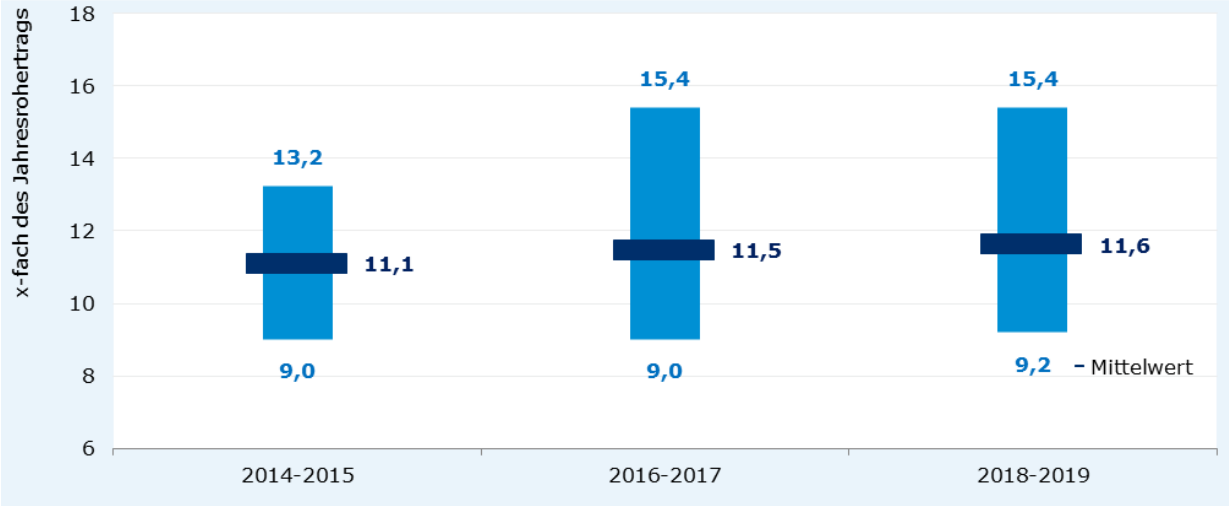


Quelle: LBImmoWert Datenbank; Darstellung: LBImmoWert Research

Bei den Mieten zeigt sich bei der Betrachtung des Zeitraums 2014 bis 2019 eine relativ stabile Entwicklung. Nur bei den maximal Werten, welche überwiegend in hoch spezialisierten Krankenhäusern meist mit großen chirurgischen Abteilungen anzutreffen waren, ist ein leichter Anstieg zu erkennen. Die Minimum-Miete bewegte sich in dem gesamten Zeitraum bei 9,00 EUR/m² bzw. bei 9,50 EUR/m². Die Schwankungen bei der Durchschnittsmiete sind nicht im Zusammenhang mit einem tendenziellen Mietpreisanstieg zu sehen. Vielmehr basieren die ersichtlichen Schwankungen auf den unterschiedlichen Bewertungsobjekten, welche verschiedene Ausstattungs- bzw. Flächenqualitäten aufgewiesen hatten.

[8] Vgl. HypZert e.V. (2008): Studie Bewertung von Krankenhäuser

Auswertung LBImmoWert Datenbank – Vielfaches des Jahresrohertrages



Quelle: Statistisches Bundesamt; Darstellung: LBImmoWert Research

Auch bei den Vervielfältigern zeigt sich nur im unteren Bereich sowie beim Mittelwert ein minimaler Anstieg. Über den Zeitraum 2016 bis 2019 betrachtet bewegten sich die Vervielfältiger im Bereich vom 9,0-fachen bis zum 15,4-fachen des Jahresrohertrages. Der Mittelwert lag beim ca. 11,5-fachen.

Der im Rahmen der Bewertung der Krankenhäuser gewählte Pachtansatz reichte von rund 4 % bis 11 %. Der Mittelwert beim Pachtansatz bewegte sich bei ca. 7 % vom Umsatz.

Ansprechpartner

Carmen Schlichting

Leitung Research

Telefon: +49 89 12 22 17-134
E-Mail: carmen.schlichting@lb-immowert.de

Die Ausarbeitung wurden in Zusammenarbeit mit den LBImmoWert Klinikspezialisten erstellt:

Martin Dütsch

Gutachter und Klinikspezialist

Telefon: +49 89 12 22 17-532
E-Mail: Martin.Duetsch@lb-immowert.de

Bernd Sattler

Gutachter und Klinikspezialist

Telefon: +49 89 12 22 17-323
E-Mail: Bernd.Sattler@lb-immowert.de

Karsten Wagner

Gutachter und Klinikspezialist

Telefon: +49 89 12 22 17-533
E-Mail: Karsten.Wagner@lb-immowert.de

COPYRIGHT, Stand Februar 2020: LB Immobilienbewertungsgesellschaft mbH – Ein Unternehmen der BayernLB, (kurz: LBImmoWert), D-81675 München, Bundesrepublik Deutschland. Alle Rechte vorbehalten. Bei Zitaten wird um Quellenangabe „LBImmoWert" gebeten. Die in dieser Analyse enthaltenen Daten und Informationen beruhen auf öffentlich zugänglichen Quellen, die wir für zuverlässig halten. Eine Garantie für die Richtigkeit oder Vollständigkeit der Angaben können wir nicht übernehmen, und keine Aussage in dieser Analyse ist als solche Garantie zu verstehen. Alle Meinungsäußerungen geben die aktuelle Einschätzung des Verfassers/der Verfasser wieder. Die in dieser Analyse zum Ausdruck gebrachten Meinungen können sich ohne vorherige Ankündigung ändern. Für den Inhalt dieser Meinungsäußerungen und Prognosen, für die Verwendung dieser Analyse sowie für zukünftige wirtschaftliche und technische Entwicklungen kann keine Haftung übernommen werden.

LB Immobilienbewertungsgesellschaft mbH

Prinzregentenstraße 78
81675 München

Telefon: +49 89 12 22 17-0
E-Mail: kontakt@lb-immowert.de
www.lb-immowert.de

Geschäftsführung
Christian Seidel
Monika Preithner

Registergericht
Amtsgericht München,
HRB 189550

Umsatzsteuer-ID
gemäß § 27a Umsatzsteuergesetz
DE 22180284