

WP Dr. Jörg Goddemeier/Dr. Nicolas Krämer

Schönheits-OP für die Krankenhausbilanz

Nutzung bilanzpolitischer Spielräume

Vor dem Hintergrund zunehmender Anforderungen an die Wirtschaftlichkeit von Kliniken und im Hinblick auf Kapitalbeschaffungsaspekte zum Abbau des Investitionsstaus wird die Bedeutung guter Bilanzkennziffern für Krankenhäuser immer größer. Viele Bilanzierungswahlrechte und Ermessensspielräume, die in anderen Wirtschaftsunternehmen häufig angewendet werden, kommen für Kliniken allerdings nicht in Frage. Hinzu kommt, dass die Gestaltungsmöglichkeiten durch das Bilanzrechtsmodernisierungsgesetz (BilMoG) weiter eingeschränkt werden. Die beiden Autoren zeigen Möglichkeiten auf, eine sinnvolle adressatenorientierte Bilanzpolitik zu betreiben.

Begriffsdefinition und Ziele der Bilanzpolitik

In der Managementliteratur wird als Bilanzpolitik die Grundausrichtung des Bilanzierenden bei der Nutzung von Ausweis-, Gliederungs- und Erläuterungswahlrechten (formelle Bilanzpolitik) sowie bei der Nutzung von Bewertungswahlrechten, Ermessensspielräumen und Sachverhaltsgestaltungen (materielle Bilanzpolitik) bezeichnet.¹⁾ ► **Abbildung 1** liefert einen Überblick über die alternativen bilanzpolitischen Gestaltungsmöglichkeiten.

Zu nennen ist zunächst die Senkung des auszuweisenden Jahresergebnisses zur Verringerung der Steuerlast – ein Ziel, das vor allem für viele privat geführte Kliniken von Bedeutung sein mag, in der insgesamt vor allem gemeinnützig geprägten Krankenhausträgerlandschaft aber eine tendenziell untergeordnete Rolle spielt. Dies galt lange Zeit auch für die Beeinflussung des Ergebnisses zur Anhebung der erfolgsabhängigen Vergütung der Leitungskräfte – ein Aspekt, dessen Stellenwert sich in einer Zeit, in der auch öffentlich-rechtliche und freigemeinnützige Krankenhäuser vermehrt nicht nur verwaltet, sondern ak-

tiv „gemanagt“ werden, mehr und mehr wandelt. Die Beeinflussung der Ausschüttungen an die Anteilseigner spielt hingegen primär in privaten Klinikkonzernen eine Rolle.

Vor allem sollte es bei bilanzpolitischen Aktivitäten um die Schaffung von Vertrauen bei Patienten, Lieferanten, Mitarbeitern, Krankenkassen und den kapitalgebenden Banken gehen. Nach Basel III werden bei Darlehen sogenannte Financial Covenants immer wichtiger. Das bedeutet, dass die Kreditvergabe an die Einhaltung bestimmter Bilanzkennzahlen gekoppelt ist und ein Darlehen bankseitig schlimmstenfalls sogar gekündigt oder abgetreten werden kann, sobald bestimmte Kennziffern nicht wie vereinbart erreicht werden.

Restriktionen

Bilanzpolitische Einschränkungen ergeben sich zum einen aus dem in § 252 Absatz 1 Nr. 6 HGB kodifizierten Stetigkeitsprinzip, nach dem einmal gewählte Bewertungsmethoden zu Zwecken der Vergleichbarkeit beibehalten werden müssen und von denen nur in begründeten Ausnahmefällen abgewichen werden darf. Dieser Aspekt wird auch im BilMoG betont, aus dem sich für freigemeinnützige Krankenhäuser insbesondere die wesentliche Einschränkung ergibt, dass Rückstellungen für Instandhaltungsmaßnahmen, die frühestens im vierten Monat nach dem Jahresabschlussstichtag durchgeführt werden, nicht mehr gebildet werden dürfen.

Ausgangssituation

Nicht nur bezüglich der bilanzpolitischen Ziele unterscheiden sich Kliniken von Unternehmen anderer Branchen, auch die Ausgangssituation ist

Abbildung 1: Instrumente der Bilanzpolitik



Quelle: modifiziert nach Wagenhofer, A.; Ewert, R. (2007), Seite 240.

Abbildung 2: Ausgewählte Bilanzkennziffern im Vergleich

Vermögensstruktur	Krankenhausbranche	Gesamtwirtschaft
Anlagenintensität (%)	65,7	24,0
Kapitalumschlag	0,7	1,3
Quote der flüssigen Mittel (%)	6,9	4,3
Forderungsreichweite (Tage)	45,1	28,5
Kapitalstruktur	Krankenhausbranche	Gesamtwirtschaft
Eigenkapitalquote (%)	64,3	25,5
Verschuldungsgrad	0,5	2,0
Kurzfristige Fremdkapitalquote (%)	23,5	55,3
Kapitalbindung (%)	11,7	13,9
Fremdkapitalstruktur (%)	22,5	35,8
Lieferantenreichweite (Tage)	43,9	38,8
Finanzkraft	Krankenhausbranche	Gesamtwirtschaft
Cash Flow zur Gesamtleistung (%)	2,4	4,9
Gesamtkapitalrentabilität (%)	6,5	15,8
Cash Flow ROI (%)	2,1	7,8
Dynamische Entschuldungsdauer (Jahre)	1,9	4,0
Rentabilität	Krankenhausbranche	Gesamtwirtschaft
Eigenkapitalrentabilität	1,9	14,3
Gesamtkapitalrentabilität (%)	2,0	6,3
Umsatzrendite (%)	0,9	3,1
Liquidität	Krankenhausbranche	Gesamtwirtschaft
Liquidität I. Grades (%)	27,8	8,2
Liquidität II. Grades (%)	120,8	75,5
Liquidität III. Grades (%)	150,4	118,3

Quelle: Eigene Darstellung auf der Basis des Zahlenmaterials des Creditreform Branchenratings Krankenhäuser, herausgegeben von der Creditreform Rating AG (2009).

eine andere. Krankenhausbilanzen sind einer empirischen Auswertung der Creditreform zufolge zwar einerseits von einer hohen Eigenkapitalquote (64,3 Prozent, in denen Sonderposten als eigenkapitalersetzend enthalten sind) und Anlagenintensität (65,7 Prozent), andererseits aber auch im Vergleich zur Gesamtwirtschaft von niedrigen Eigenkapital- (1,9 Prozent) und Umsatzrenditen (0,9 Prozent) geprägt, wie ► **Abbildung 2** belegt. Die Gesundheitsbranche zeigt sich also kapitalstark, aber ertragsschwach. Hinzu kommen knappe öffentliche Kassen und ein Investitionsstau, dem wiederum eine vergleichsweise niedrige Fremdkapitalquote von 23,5 Prozent gegenübersteht. Die Darlehensaufnahme hängt aber zunehmend, wie oben ausgeführt, von bestimmten Kennzahlen ab, weswegen im Folgenden konkrete Maßnahmen aufgezeigt werden, mit Hilfe derer Krankenhäuser ihre Bilanzstruktur verbessern können.

Maßnahmen

Eine vor diesem Hintergrund naheliegende Möglichkeit, die Ertragslage positiv zu beeinflussen, besteht darin, Grundstücke und andere Anlagen zu verkaufen. Sind diese unterbewertet, kommt es dabei zu einer Auflösung stiller Reserven. Mit Anlagenverkäufen geht jedoch auch ein Verlust von Besicherungsmöglichkeiten im Rahmen von Darlehensaufnahmen einher. Eine Alternative, die zudem die Bilanzstruktur nicht sichtbar

belastet, aber zusätzliche Anhangangaben erforderlich macht, stellt das Leasing von medizintechnischen Geräten und anderen Anlagegütern dar. Leasingaufwendungen sind im Sinne der relevanten Krankenhausfinanzierungsgesetzgebung voll förderfähig und lassen die kapitalbasierten Bilanzkennzahlen, wie zum Beispiel den Verschuldungsgrad, in der Regel unverändert. Das erweitert den finanziellen Spielraum. Die Leasingraten können durch Vertragsart, Laufzeit und Restwertkalkulation der jeweiligen Liquiditätslage angepasst werden. Eine geeignete Kombination aus Anlagenverkauf und Leasing stellen sogenannte Sale-and-lease-back-Geschäfte dar, bei denen durch den Verkauf und das sofortige Zurückleasen von Vermögenswerten ein positiver Liquiditätseffekt entsteht. Es sei darauf hingewiesen, dass bei Leasingverträgen grundsätzlich das Prinzip der wirtschaftlichen Betrachtungsweise zu beachten ist, nach dem das Leasingobjekt trotz des fehlenden juristischen Eigentums in der Bilanz des Leasingnehmers auszuweisen ist, wenn dieser die Chancen und Risiken trägt und den Eigentümer über die gesamte Nutzungsdauer

hinweg wirksam von einer Nutzung ausschließen kann.²⁾ Eine weitere Möglichkeit, über das Anlagevermögen Ergebnispolitik zu betreiben, besteht in der Anpassung von Abschreibungssätzen durch die Veränderung von Nutzungsdauern. Diese sollten aber stets wohl begründet sein, im Folgenden konstant bleiben und sich grundsätzlich an der betriebsgewöhnlichen Nutzungsdauer orientieren. Anhaltspunkte für die den planmäßigen Abschreibungen zugrunde liegenden Nutzungsdauern geben die allgemeinen und branchenspezifischen Abschreibungstabellen des Bundesfinanzministeriums, die aber insofern Ermessensspielräume bieten, als dass viele im Krankenhausalltag benötigte Anlagegüter nicht aufgeführt werden.

Analog zu Abschreibungen können auch durch die Anpassung von Einzel- und Pauschalwertberichtigungen auf Forderungen Individual- und Verfahrensspielräume genutzt werden. Neben den Wertberichtigungen bieten sich im Forderungsbebereich noch weitere Ansatzpunkte einer aktiven Bilanzpolitik. So besteht unter der Voraussetzung der Einwilligung des Patienten die Möglichkeit, Forderungen im Rahmen eines Factorings an ein Inkassounternehmen abzutreten oder durch andere Maßnahmen, wie eine zeitnahe Rechnungsstellung und ein effektives Mahnwesen, das Forderungsmanagement zu optimieren. Krankenhäuser haben diesbezüglich dringenden Nachholbedarf. Abbildung 2 belegt, dass die Forderungsreichweite von Krankenhäusern im Vergleich zur Gesamtwirtschaft mit 45,1 Tagen unangemessen hoch ist. Ein hoher Bestand an

offenen Forderungen kann nicht nur zu Liquiditätsengpässen führen, sondern verschlechtert obendrein die Bonität des Krankenhauses, was sich wiederum nachteilig auf das Kreditrating auswirkt.³⁾ Idealerweise wird das Forderungsmanagement in ein aktives Working Capital Management integriert, das neben der debitorischen auch eine kreditorische Perspektive umfasst, im Rahmen derer es vor allem um eine Vermeidung zu früher Zahlungen an die Lieferanten und gleichzeitig um die Ausschöpfung von Skonto-Vereinbarungen geht. Konkret bewirkt eine umfassende Working Capital Optimierung in einem Krankenhaus:⁴⁾

- Freisetzung von gebundenem Kapital,
- Verbesserung der Liquiditätskennzahlen,
- Erweiterung der Finanzierungsspielräume,
- Verringerung des Fremdkapitals und mithin der Bilanzsumme, in der Folge: höhere Eigenkapitalquote,
- Reduktion des Zinsaufwands,
- Verbesserung von Bonität und Rating nach Basel III.

Das Working Capital umfasst per definitionem auch die Vorräte. Diese machen zwar nur 3,2 Prozent der Bilanzsumme eines durchschnittlichen Krankenhauses aus,⁵⁾ trotzdem existiert auch hier ein bilanzpolitischer Handlungsspielraum. Nach dem BilMoG erhöht sich bei der Bewertung der Überlieger die bisherige Bewertungsuntergrenze, die sich aus den Einzelkosten zusammensetzte, um Behandlungs- und Materialgemeinkosten sowie um die durch die Behandlung verursachten Abschreibungen. Die Kalkulation der Gemeinkostenzuschlagssätze beinhaltet Ermessensspielräume. Alternativ können entweder die Kosten der allgemeinen Verwaltung, Aufwendungen für soziale Einrichtungen sowie freiwillige soziale Leistungen (beispielsweise die betriebliche Altersversorgung) aktiviert werden. Berechnungsmodelle zur retrograden Bewertung der unfertigen Leistungen auf der Basis der DRG-Fallpauschalen sollten auf deren Kompatibilität mit der neuen Bewertungsuntergrenze überprüft werden. Vor allem der oftmals pauschal vorgenommene Risikoabschlag müsste neu berechnet werden. Auch hier gilt es, das Stetigkeitsprinzip zu beachten.⁶⁾

Ein aktives Working Capital Management zielt insbesondere auch auf eine Beschleunigung der Rechnungsstellung, wodurch ein Fast Close ermöglicht wird. Als Hospital Fast Close bezeichnet man die beschleunigte Aufstellung, Prüfung, Feststellung und Veröffentlichung von Krankenhausabschlüssen.⁷⁾ In diesem Zusammenhang kann ein frühzeitiger Buchungsstopp dazu führen, dass Geschäftsvorfälle, die nach Abschlussaufstellung und -prüfung bekannt werden, nicht mehr in das alte, sondern in das neue Geschäftsjahr gebucht werden. Solche Sachverhalte können sich negativ auf das Jahresergebnis auswirken, zum Beispiel wenn die Pflicht zur Rückstellungsbildung besteht.

Abschließend sei auf weitere Möglichkeiten hingewiesen, mit Hilfe derer die Passiva reduziert werden können. Gemäß § 249 Absatz 1 Satz 1 HGB sind Rückstellungen für *ungewisse* Verbindlichkeiten und für *drohende* Verluste aus *schwebenden*

Geschäften zu bilden. In Satz 2 heißt es, dass ferner Rückstellungen zu bilden sind für im Geschäftsjahr unterlassene Aufwendungen für Instandhaltung, die im folgenden Geschäftsjahr innerhalb von drei Monaten nachgeholt werden, und für Gewährleistungen, die ohne rechtliche Verpflichtung erbracht werden. Bereits die im Gesetzestext verwendeten Formulierungen zeigen, dass sich insbesondere der Rückstellungsbereich für Bilanzpolitik anzubieten scheint. Wie bereits ausgeführt, wurden die Handlungsspielräume durch das BilMoG zwar eingeeignet, gleichwohl kann nach wie vor zum Beispiel die Höhe der Pensionsrückstellungen durch unterschiedliche Annahmen künftiger Tarifsteigerungen beeinflusst werden. Zur Kalkulation der Höhe der Rückstellungen für Altersteilzeit wird in vielen Krankenhäusern mit excelbasierten Tools gearbeitet. Hier hat die Praxis gezeigt, dass die Ergebnisse der Berechnung der ATZ-Rückstellung teilweise von der versicherungsmathematisch exakten Berechnung abweichen – in der Regel ergebnisverbessernd. Zudem ist eine gutachterliche Stellungnahme eines Versicherungsmathematikers als Buchungs- und Prüfungsbeleg einer internen Berechnung vorzuziehen. Bis zum 31. Dezember 2009 waren Rückstellungen nach § 253 Absatz 1 HGB a.F. nur in Höhe des Betrags anzusetzen, der nach vernünftiger kaufmännischer Beurteilung notwendig ist. Sie durften nur abgezinst werden, soweit die ihnen zugrunde liegenden Verbindlichkeiten einen Zinsanteil enthielten. Lediglich Rentenverpflichtungen, für die eine Gegenleistung nicht mehr zu erwarten war, waren mit ihrem Barwert zu bewerten.

Durch Einführung des BilMoG sind Rückstellungen gemäß § 253 Absatz 1 Satz 2 HGB in Höhe des nach vernünftiger kaufmännischer Beurteilung notwendigen Erfüllungsbetrages zu bewerten. Der Begriff „Erfüllungsbetrag“ drückt aus, dass damit auch künftige Preis- und Kostensteigerungen im Rahmen der Rückstellungsbewertung zu berücksichtigen sind. Im Bereich der Personalrückstellungen bedeutet dies die Berücksichtigung künftiger Gehalts- und Rentensteigerungen sowie eines Karrieretrends.

Zudem ist für Rückstellungen eine Abzinsungspflicht eingeführt worden. Gemäß § 253 Absatz 2 Satz 1 HGB sind Rückstellungen mit einer Restlaufzeit von mehr als einem Jahr mit dem ihrer Restlaufzeit entsprechenden durchschnittlichen Marktzinssatz der vergangenen sieben Geschäftsjahre abzuzinsen. Altersversorgungsverpflichtungen oder vergleichbare langfristig fällige Verpflichtungen dürfen pauschal mit dem durchschnittlichen Marktzinssatz abgezinst werden, der sich bei einer angenommenen Restlaufzeit von 15 Jahren ergibt. Die Abzinsungspflicht gilt entsprechend für auf Rentenverpflichtungen beruhende Verbindlichkeiten, für die eine Gegenleistung nicht mehr zu erwarten ist.

Die Übergangsvorschrift gemäß Artikel 67 EGHGB erlaubt die ergebniswirksame Verteilung der Differenzbeträge zwischen der alten HGB-Regelung und der HGB-Regelung i.d.F. des BilMoG über maximal 15 Jahre, sofern die neue Regelung zu einem höheren Rückstellungsbetrag führt. Dabei muss mindestens $\frac{1}{15}$ jedes Jahr zugeführt werden. Ergibt sich ein negativer Differenzbetrag, das heißt, die neue Regelung führt zu einer niedrigeren Rückstellung und der aufzulösende Be-

trag ist nicht bis zum 31. Dezember 2024 wieder zuzuführen, so ist die Rückstellung über eine „Auflösung“ zu vermindern und der Betrag ergebnisneutral in die Gewinnrücklage einzustellen.

Erträge aus der Abzinsung sind in der Gewinn- und Verlustrechnung gesondert unter dem Posten „Sonstige Zinsen und ähnliche Erträge“ und Aufwendungen entsprechend gesondert unter dem Posten „Zinsen und ähnliche Aufwendungen“ auszuweisen. Der nach § 253 Absatz 2 HGB anzuwendende Abzinsungszinssatz wird von der Deutschen Bundesbank nach Maßgabe einer Rechtsverordnung (RückAbzinsV) ermittelt und monatlich bekanntgegeben. Im Internet können die Abzinsungszinssätze unter www.bundesbank.de/statistik/statistik_zinsen.php#abzinsung abgerufen werden.

Grundsätzlich sind Rückstellungen wie Vermögensgegenstände und Schulden nach § 252 Absatz 1 Nr. 3 HGB zum Abschlussstichtag einzeln zu bewerten. Damit soll verhindert werden, dass Rückstellungen im Hinblick auf stille Reserven an anderer Stelle unterlassen oder mit Gewinnen aus anderen Geschäften verrechnet werden.

Es sind jedoch auch Gruppenbewertungen möglich, wenn eine Vielzahl gleichartiger Geschäfte vorliegt. Dies betrifft zum Beispiel Archivierungskostenrückstellungen und Rückstellungen für noch nicht genommenen Urlaub oder für zeitversetzte Bezüge. In diesen Fällen kann die Bewertung auf der Basis von Durchschnittsgehältern je Dienststart erfolgen.

Fazit

In Summe eröffnen die aufgezeigten Maßnahmen den Krankenhaus-Entscheidern Möglichkeiten, die Bilanzstruktur zu verbessern und in Zeiten knapper öffentlicher Kassen und des Investitionsstaus dem Teufelskreis aus niedriger Bonität, schlechtem Rating und daraus resultierenden ungünstigen Darlehensbedingungen zu entrinnen. Abschließend sei nochmals darauf hingewiesen, dass vom Stetigkeitsprinzip nur in begründeten Ausnahmefällen abgewichen werden darf.

Anmerkungen

- 1) Vergleiche Baetge, J.; Kirsch, H.-J.; Thiele, S. (2004), Seite 33 f. und 153 ff., Graw, H.; Keller, C. U. (2004), Seite 27 ff. und Küting, K.; Weber, C.-P. (2004), Seite 411 ff.
- 2) Vergleiche Schanbacher, B.; Berger, W. (2009), Seite 76 f.
- 3) Vergleiche Krämer, N.; Rödl, H. (2010), Seite 30
- 4) Vergleiche Krämer, N.; Niederberghaus, D.; Kischkel, S. (2011), Seite 54
- 5) Vergleiche Hanneken, A.; Perner, P. (2009), Seite 542
- 6) Vergleiche Schanbacher, B.; Berger, W. (2009), Seite 77 f.
- 7) Vergleiche Krämer, N.; Vogel, J. (2010), Seite 1212

Literatur

Baetge, J.; Kirsch, H.-J.; Thiele, S.: Bilanzanalyse, 2. Auflage, Düsseldorf 2004

Creditreform Rating AG (Hrsg.): Creditreform Branchenrating 88510 Krankenhäuser (Analysezeitpunkt 2009), Neuss 2009

Graw, H.; Keller, C. U.: Bilanzmanipulation – Risiko und Krisenfrüherkennung durch

Jahresabschlussanalysen, in: Kredit & Rating Praxis, 30. Jg. (2004), Heft 1/2004, Seite 27–31

Hanneken, A.; Perner, P.: Working Capital Management – schlummerndes Kapital wecken, in: das Krankenhaus, 101. Jg. (2009), Heft 6/209, Seite 540–542

Krämer, N.; Niederberghaus, D.; Kischkel, S.: Ein Weg zu mehr Liquidität: Wie Krankenhäuser ihr Working Capital nachhaltig verbessern können, in: KU Gesundheitsmanagement, 80. Jg. (2011), Heft 4/2011, Seite 54–57

Krämer, N.; Vogel, J.: Hospital Fast Close – der schnelle Weg zum Jahresabschluss, in: Das Krankenhaus, 102. Jg. (2010), Heft 11/2010, Seite 1212–1218

Krämer, N.; Rödl, H.: Strategien zur Mobilisierung von Liquiditätsreserven im Krankenhaus, in: KU Gesundheitsmanagement, 79. Jg. (2010), Heft 4/2010, Seite 29–32

Küting, K.; Weber, C.-P.: Die Bilanzanalyse, Lehrbuch zur Beurteilung von Einzel- und Konzernabschlüssen, 7. Auflage, Stuttgart 2004

Schanbacher, B.; Berger, W.: Bilanzpolitik im Krankenhaus, in f&w, 26. Jg. (2009), Heft 1/2009, Seite 76–78

Wagenhofer, A.; Ewert, R.: Externe Unternehmensrechnung, 2. überarbeitete und erweiterte Auflage, Berlin 2007

Anschriften der Verfasser

Wirtschaftsprüfer Dr. Jörg Goddemeier, Senior Manager und Prokurist der KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Rheinlanddamm 185–189, 44139 Dortmund/
Dr. Nicolas Krämer, Leiter Finanz- und Rechnungswesen der Kaiserswerther Diakonie und des Florence-Nightingale-Krankenhauses, Alte Landstraße 179, 40489 Düsseldorf