

Liquiditätsmanagement im Krankenhaus – Voraussetzung zur Kreditfinanzierung

Karl-Heinz Bächstädt

1. Veränderung der Kreditfinanzierung durch Basel II	150
2. Anforderungen an ein modernes Liquiditätsmanagement	150
3. Einfluss des Liquiditätsmanagements auf das Rating	152
3.1 Rating durch Banken und durch Ratingagenturen	152
3.2 Liquiditätsrelevante Faktoren im DSGV-Rating	152
3.3 Bewertung der Informationsquellen	157
4. Transparenz durch Frühwarnsystem und Risikoreporting der Bank	158
4.1 Frühwarnsystem der Bank	158
4.2 Bankinternes Berichtswesen	159
5. Aufbau eines modernen Liquiditätsmanagements	160
5.1 Debitorenmanagement	160
5.1.1 Zahlungsverzögerungen und Zahlungsverweigerungen	161
5.1.2 Empirische Bedeutung von Zahlungsverzögerungen und Zahlungsverweigerungen	162
5.1.3 Handlungsoptionen der Krankenhäuser	164
5.2 Kreditorenmanagement	165
5.3 Liquiditätsrisikomanagement	166
6. Entscheidungskriterien für die Einführung oder den Ausbau eines modernen Liquiditätsmanagements	167
Literaturverzeichnis	167

1. Veränderung der Kreditfinanzierung durch Basel II

Aufgabe des Liquiditätsmanagements ist es, das Krankenhaus zur richtigen Zeit, am richtigen Ort, in der richtigen Höhe und in der erforderlichen Struktur mit liquiden Finanzmitteln zu versorgen, um Illiquidität und Überliquidität zu vermeiden. In den Anforderungen des Ratings kommt dieser Funktion daher eine zentrale Bedeutung zu.

Die neuen Eigenkapitalvorschriften für Banken,¹ besser bekannt unter dem Stichwort „Basel II“,² haben nicht nur weitreichende Folgen für alle Kreditinstitute, sondern auch für deren Kunden, soweit sie Kredite in Anspruch nehmen.

Gemäß den Vorschriften von „Basel II“ sind Kredite der Banken an Unternehmen und damit auch an Krankenhäuser einem Rating zu unterwerfen. Ohne ein Rating dürfen zukünftig grundsätzlich keine Kredite vergeben werden.³ Das Ratingergebnis – und damit die Einordnung in eine Ratingklasse seitens der Bank – soll nicht nur die Höhe des Kreditzins bestimmen, sondern auch die Ablehnung des Kreditwunsches (bei einer „schlechten“ Ratingnote).

Vor diesem Hintergrund wird zukünftig eine Optimierung der Ratingnote elementarer Bestandteil der Unternehmensstrategie und -politik des Krankenhausmanagements werden. Die Finanzierungs- und Liquiditätspolitik bzw. das Finanz- und Liquiditätsmanagement nimmt dabei einen wesentlichen Stellenwert ein.

2. Anforderungen an ein modernes Liquiditätsmanagement

Liquiditätsmanagement wird häufig nur unzureichend betrieben. Die Gründe reichen vom fehlenden betriebswirtschaftlichen Know-how bis hin zur mangelnden Verfügbarkeit von Zeit.⁴ Genaue Kenntnisse der Klinikleitung über die Einflussfaktoren der Liquidität mit den anhaftenden Risiken sind aber von vitaler Bedeutung für das Krankenhaus und gewinnen durch Basel II zusätzliches Gewicht.

¹ Hierzu werden auch die Sparkassen gerechnet.

² Der offizielle Titel lautet: „Internationale Konvergenz der Kapitalmessung und Eigenkapitalanforderungen“ des Baseler Ausschusses für Bankenaufsicht vom 26. Juni 2004.

³ Vgl. Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Mindestanforderungen an das Risikomanagement vom 20. Dezember 2005 (Rundschreiben 18/2005) (im Folgenden zitiert: MaRisk), BTO 1.2. Ausnahmen gelten lediglich für Kreditengagements mit geringem Risikogehalt, vgl. Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Anlage 1: MaRisk – Regelungstext mit Erläuterungen (i. d. F. vom 6. März 2007), S. 24.

⁴ Abgesehen von der auch noch gelegentlich anzutreffenden völligen Ablehnung eines solchen Instrumentariums.

Als Steuerungsinformationen werden häufig lediglich die aktuellen Kontoauszüge der Bank und bereits veranlasste Ein- und Auszahlungen genutzt. Sie sind jedoch für eine mittel- oder langfristige Steuerung der Liquidität unzureichend, weil keine Faktoren berücksichtigt werden, die zukünftig die Liquidität beeinflussen.

Ein modernes Liquiditätsmanagement unterscheidet kurz-, mittel- und langfristige Betrachtungszeiträume. Während die kurzfristige Betrachtung auf den täglich anfallenden Informationen wie beispielsweise Kontoauszüge und veranlasste Zahlungen beruht, werden für die mittel- und langfristige Betrachtung Sachverhalte einbezogen, die sich aus der Buchhaltung, der Businessplanung und deren Abgleich mit den Ist-Zahlen ergeben.

Diese Informationsquellen sind jedoch um ein effizientes Risikomanagement zu ergänzen. Der Gesetzgeber fordert das bereits für kapitalmarktorientierte Unternehmen im „Gesetz zur Kontrolle und Transparenz im Unternehmensbereich“ (KonTraG). Diese Vorgaben sollen aber auch auf andere größere Unternehmen ausstrahlen. Ein solches Instrumentarium zeichnet sich dadurch aus, dass

1. alle Risiken identifiziert und katalogisiert werden und
2. die Bewertung des einzelnen Risikos mit der Wahrscheinlichkeit des Eintritts des Ereignisses sowie der voraussichtlichen Schadenshöhe erfolgt.

Daraus können nicht nur Vorsorgemaßnahmen zur Minderung bzw. Vermeidung des Schadens, sondern auch die mindestens erforderliche Risikotragfähigkeit des Krankenhauses und deren liquiditätsmäßigen Konsequenzen abgeleitet werden. Das Krankenhausmanagement wird durch ein konsequent durchgeführtes Liquiditätsmanagement in die Lage versetzt, rechtzeitig Vorsorge für sich abzeichnende Engpässe bei den liquiden Mitteln zu betreiben.

Zur Steuerung der Liquidität empfiehlt sich der Einsatz einer der Größe des Krankenhauses und der Komplexität ihrer Finanzströme angemessenen Spezialsoftware, denn die anfänglich gerne unter Nutzung von Tabellenkalkulationsprogrammen selbst erstellten Finanz- und Liquiditätspläne bergen zu viele Fehlerquellen und Schwachstellen. Beispielfhaft sind unvollständige Erfassung aller Parameter und ihrer Verknüpfungen, mangelnde Datenkonsistenz und -integrität, Manipulationsgefahr und fehlende Revisionsicherheit zu nennen. Die auf dem Markt befindlichen Softwareprodukte erlauben die durchzuführen Aufgaben mit relativ geringem Aufwand.

Konzeption und Implementierung eines Liquiditätsmanagements erfordern aber auch die Einbeziehung des organisatorischen und personellen Umfeldes innerhalb des Krankenhauses mit den daraus resultierenden Geschäftsprozessen und Techniken der Informationsverarbeitung. Häufig werden auch Anpassungen in der Ablauforganisation notwendig.

3. Einfluss des Liquiditätsmanagements auf das Rating

Eine fehlende oder mangelhafte Liquiditätspolitik des Krankenhauses kann sich bei der Bank in folgenden Bereichen negativ niederschlagen:

- als Bewertung im Ratingsystem,
- als Meldung im Frühwarnsystem und
- als Stellungnahme im internen Risikoreporting.

3.1 Rating durch Banken und durch Ratingagenturen

Ratings können von selbstständigen Ratingagenturen (externes Rating) oder von Banken (internes Rating) durchgeführt werden.

Ein externes Rating wird in der Regel vom Krankenhaus bei einer Ratingagentur in Auftrag gegeben, zum Beispiel bei den großen internationalen Ratingagenturen Standard & Poor's (S&P), Moody's Investors Service (Moody's), Fitch Ratings, Dominion Bond Rating Service (DBRS) oder den in Deutschland auf mittelständische Unternehmen spezialisierten Ratingagenturen Euler Hermes Rating, URA Unternehmens Ratingagentur, Creditreform Rating, Prof. Dr. Schneck Rating, RS Rating Services. Ein externes Rating wird zwar bei der Beschaffung von Fremdkapital auf dem Kapitalmarkt erwartet, ist aber nicht immer unabdingbare Voraussetzung für die Kapitalaufnahme und wäre in diesen Fällen somit noch vermeidbar.

Dagegen sind interne Ratings der Bank Voraussetzung für nahezu jede Form der Kreditaufnahme. Zudem ist ein Rating des Krankenhauses von der Bank nicht nur im Rahmen der Kreditwürdigkeitsprüfung vorzunehmen (also vor der Kreditentscheidung), sondern auch nach Gewährung des Kredits bei regelmäßigen oder anlassbezogenen Beurteilungen des Kreditnehmers zu wiederholen, jedoch mindestens einmal jährlich.⁵ Das bedeutet, dass grundsätzlich kein Kredit mehr ohne ein Rating gegeben wird. Ausnahmen finden sich lediglich für Kreditengagements mit geringem Risikogehalt.⁶ Im Einzelfall könnte daher das Krankenhaus unter diese Regelung fallen und von den geringeren Anforderungen profitieren. Die Bank darf sich in diesen Fällen z. B. auf die Prüfung der Ordnungsmäßigkeit der Tilgung durch den Kreditnehmer beschränken.⁷

⁵ Vgl. Mindestanforderungen an das Risikomanagement der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht vom 20. Dezember 2005, BTO 1.2 Textziffer 5.

⁶ Vgl. Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Anlage 1: MaRisk – Regelungstext mit Erläuterungen (i. d. F. vom 6. März 2007), S. 24.

⁷ Vgl. Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Anlage 1: MaRisk – Regelungstext mit Erläuterungen (i. d. F. vom 6. März 2007), S. 24.

3.2 Liquiditätsrelevante Faktoren im DSGVO-Rating

Die hohe Bedeutung des Liquiditätsmanagements im Rahmen des Ratings lässt sich beispielsweise den Ratingsystemen der Bankenverbände entnehmen und soll am Rating der Sparkassenorganisation für die Unternehmenskunden aufgezeigt werden.⁸

Das Rating der Sparkassenorganisation (DSGV-Rating⁹) unterteilt die unternehmerischen Kundengruppen nach Firmen-, Gewerbe-, Geschäftskunden, Freien Berufen und Existenzgründern. Die Differenzierung der ersten drei Gruppen erfolgt zunächst nach (Netto-) Umsatz (siehe Tabelle 1):

Tabelle 1: Abgrenzung von Kundengruppen in der Sparkassenorganisation

Kundengruppen	Netto-Umsatz
Firmenkunden	> 2.500.000 Euro
Gewerbekunden	< 2.500.000 Euro
Geschäftskunden	< 250.000 Euro und Obligo < 50.000 Euro

Die Firmenkunden werden noch nach kleinen und großen Firmenkunden (Umsatz > 20.000.000 Euro) unterteilt. Kleine Firmenkunden finden sich in zwei Umsatzgrößenklassen, große Firmenkunden in drei Umsatzgrößenklassen wieder. Darüber hinaus gibt es eine Unterscheidung nach der Geschäftstätigkeit in die Sektoren Produktion, Handel, Dienstleistung und Freie Berufe.

Daneben existieren noch Segmente für Investoren, Bauträger, Betreiber (Sozial-, Beherbergungs-, Handelsimmobilien) und Wohnungsbaugesellschaften.

Das DSGVO-Rating erfolgt in vier Stufen:

1. Finanzrating (Jahresabschluss)
2. Qualitatives Rating (qualitative Faktoren)
3. Ratingabstufung („Warnsignale“)
4. Bonitätseinfluss („Haftungsverbünde“)

Die Zusammenhänge zeigt Abbildung 1.

Am Ende steht also das für die Beurteilung der Kreditanfrage zugrunde gelegte Kundenrating bzw. das „integrierte Kundenrating“ bei Einbeziehung der Haftungsverbünde.

Beim DSGVO-Rating greifen Liquiditätsaspekte im Rahmen des Finanzratings (Stufe 1), des qualitativen Ratings (Stufe 2) und der Warnsignale (Stufe 3).

⁸ Aufgrund der Dominanz der Banken bei der Beschaffung von Fremdfinanzierungsmitteln in Deutschland wird sich nachfolgend auf das von den Kreditinstituten durchgeführte Rating fokussiert. Zum Rating durch Ratingagenturen vgl. beispielsweise Everling/Trieu (2007), S. 150–171, hier S. 164–170.

⁹ DSGVO = Deutscher Sparkassen- und Giroverband e.V.

Das Finanzrating (Stufe 1) basiert auf dem der Bank eingereichten Jahresabschluss der letzten drei aufeinander folgenden Jahre, also Bilanz, Gewinn- und Verlustrechnung und Anhang, ergänzt – sofern erstellt – um den Lagebericht. Über die Kennzahlen zur Finanzlage wird bewertet, in welchem Maße das Unternehmen mit Eigen- und Fremdkapital finanziert ist und ob es seinen Zahlungsverpflichtungen nachkommen kann.

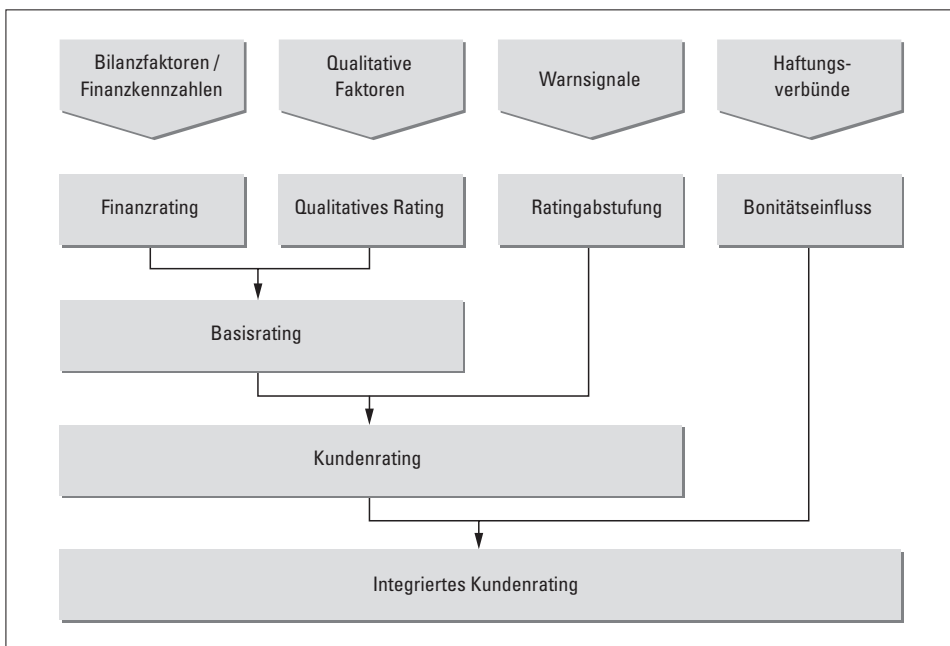


Abbildung 1: Ratingprozess des DSGV

Im Rahmen der Analyse dieser Jahresabschlüsse und damit dem Finanzrating werden folgende liquiditätsrelevante Kennzahlen berechnet:

- im Rahmen des Gewerbekundenratings:

Cashflow-Kennzahl 1

$$\frac{\text{Cashflow}^{10}}{\text{Kurzfristiges Fremdkapital}}$$

Liquiditätskennzahl

$$\frac{\text{Flüssige Mittel}}{\text{Bilanzsumme}}$$

¹⁰ Der Begriff „Cashflow“ wird nicht einheitlich verwendet, sondern in Abhängigkeit vom betrachteten Kontext entsprechend definiert. Grundsätzlich geht es um den in einer Periode erwirtschafteten Zahlungsmittelüberschuss. In der Bankpraxis wird er als Summe aus Betriebsergebnis und Abschreibungen auf Sachanlagen definiert.

Kapitalbindung

$$\frac{\text{Kurzfristige Bankverbindlichkeiten} + \text{kurzfristige Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen} + \text{Akzepte} + \text{kurzfristige sonstige Verbindlichkeiten}}{\text{Gesamtleistung}}$$

Kreditorenlaufzeit

$$\frac{(\text{Warenverbindlichkeiten} + \text{Akzepte}) \times 360}{\text{Materialaufwand}}$$

■ im Rahmen des Firmenkundenratings:

Cashflow-Kennzahl 1

$$\frac{\text{Cashflow}}{\text{Kurzfristiges Fremdkapital}}$$

Cashflow-Kennzahl 2

$$\frac{\text{Betriebsergebnis} + \text{Abschreibungen auf Sachanlagen}}{\text{Fremdkapital} - \text{Flüssige Mittel}}$$

Kapitalbindung

$$\frac{\text{Kurzfristige Bankverbindlichkeiten} + \text{kurzfristige Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen} + \text{Akzepte} + \text{kurzfristige sonstige Verbindlichkeiten}}{\text{Gesamtleistung}}$$

Kreditorenlaufzeit

$$\frac{(\text{Warenverbindlichkeiten} + \text{Akzepte}) \times 360}{\text{Materialaufwand}}$$

Ziel des qualitativen Ratings (Stufe 2) ist die Beurteilung des Unternehmens in seiner Gesamtheit. Ergänzend zu den wirtschaftlichen Faktoren werden das Management und der Markt untersucht.

Für die Firmenkunden kommen beim qualitativen Rating neben den oben aufgeführten Kennzahlen noch sogenannte „harte“ Faktoren hinzu. So wird danach gefragt, ob das Unternehmen über einen Finanzleiter (Gewichtung 5 Prozent) sowie eine Finanz- und/oder Liquiditätsplanung (Gewichtung 19 Prozent) verfügt. Überdies werden die Anzahl der Tage, die das Konto in den letzten zwölf Kalendermonaten überzogen war (Gewichtung 20 Prozent) und die Dauer der Geschäftsbeziehung (Gewichtung 10 Prozent) erfasst und vorgegebenen Intervallen zugeordnet, die entsprechend bewertet werden.

Bei den großen Firmenkunden wird genauer nachgefragt, da die „harten“ qualitativen Fragen an Aussagekraft verlieren. Sogenannte „weiche“ qualitative Faktoren in den Bereichen

„Planung und Steuerung“, „Unternehmensführung“, „Markt und Produkt“ sowie „Wertschöpfungskette“ werden erhoben. Dann soll der Firmenkundenberater beispielsweise die Finanz- und Liquiditätsplanung sowie das Liquiditätsmanagement des Unternehmens bewerten. Auch hier werden das Kontoverhalten und die Dauer der Geschäftsbeziehung berücksichtigt.

In der dritten Stufe auf dem Weg zum Kundenrating werden sogenannte „Warnsignale“ erfasst, die zu einer Abstufung der bisherigen Ratingnote führen. Hierzu gehören Kontoüberziehungen, Lastschriftrückgaben, Scheckrückgaben, Verzögerungen bei der Begleichung von Darlehensraten, Wechselproteste, Kontopfändungen und Kreditkündigungen anderer Banken. Im Rahmen der betrieblichen Liquiditätspolitik werden besonders die Vermeidung von Überziehungen und Lastschriftrückgaben im Fokus stehen. Die Auswirkungen eines Warnsignals können lediglich eine Abstufung um eine bestimmte Anzahl von Klassen beinhalten, sie können aber auch zu einem nicht überschreitbaren (niedrigen) Maximalwert der Ratings führen.

Haftungsverbände werden in der vierten Stufe des DSGVO-Ratings untersucht, wenn das Unternehmen innerhalb einer Konzernstruktur agiert.

Die Auswirkungen von einzelnen Werten auf die Ratingnote sind nicht ohne weiteres erkennbar, weil in der von der Sparkassenorganisation verwendeten logistischen Regressionsfunktion die Gewichtungen von den Ausprägungen der Merkmale abhängig sind. Extreme Ausprägungen von Faktoren haben in bestimmten Datenkonstellationen unterschiedliche Konsequenzen für das Rating des Unternehmens.¹¹ Die Gewichtung der Faktoren untereinander ist also dynamisch und ihre Effekte lassen sich daher kaum prognostizieren.

Zwar besteht für die Kundenberater grundsätzlich die Möglichkeit, sogenannte „Überschreibungen“ vorzunehmen. Im Rahmen des Finanzratings können sie die Ratingnote nach oben und unten verändern, bei den Warnsignalen regelmäßig nur nach unten. Doch sind manuelle Veränderungen der maschinell vorgeschlagenen Ratingnoten vom Bankmitarbeiter zu klassifizieren und ausführlich zu begründen. Die Begründung wird in einer Datenbank abgelegt. Später erfolgen hierzu Auswertungen. Dadurch dürfte die Bereitschaft der Kundenberater und Kreditsachbearbeiter erheblich eingeschränkt sein, von den Vorgaben des Ratingsystems abzuweichen und sich von ihrer persönlichen Erfahrung leiten zu lassen.

Zu ähnlichen Ergebnissen käme man bei einer Untersuchung der Ratingsysteme für die Volks- und Raiffeisenbanken (BVR-II-Rating)¹² und für die privaten Banken (BV Rating).¹³ Darüber hinaus haben große Banken und Spezialinstitute eigene Ratingsysteme entwickelt.

¹¹ Vgl. Everling (2003), S. 165–187, hier S. 182.

¹² BVR = Bundesverband der Deutschen Volksbanken und Raiffeisenbanken e.V.

¹³ BV = Bank-Verlag.

3.3 Bewertung der Informationsquellen

Im Liquiditätsbereich lassen sich somit drei wesentliche Einflussfaktoren auf die Ratingnote identifizieren:

1. Existenz des Instruments „Finanz- und Liquiditätsplanung“
2. Güte (Qualität) der Finanz- und Liquiditätsplanung bzw. Unternehmensplanung
3. Erfolgreiches Liquiditätsmanagement

Für die Analyse und Bewertung des Liquiditätsmanagements durch die Bank im Rahmen des (bankinternen) Ratings werden zwei Quellen herangezogen:

- der Jahresabschluss und
- die Finanz- und Liquiditätsplanung bzw. Unternehmensplanung.

Zwar werden die meisten Daten und Informationen zur Berechnung der Kennzahlen dem Jahresabschluss entnommen. Für ein positiveres Rating ist somit auch die Bilanzpolitik mitverantwortlich und eine kurzfristige Verbesserung des Ratings kann schon mit bilanzpolitischen Maßnahmen erreicht werden.¹⁴

Liegen jedoch keine Planungen vor, die der Bank zur Verfügung gestellt werden könnten, so wirkt allein dieser Tatbestand schon sehr negativ und führt zu einem schlechteren Rating. Da – im Gegensatz zu früher – angeforderte, aber nicht vorhandene oder nicht zur Verfügung gestellte Unterlagen nicht mehr bei der Analyse unberücksichtigt bleiben, sondern negativ bewertet werden, schlägt sich allein das Vorliegen von Planzahlen schon positiv im Rating nieder.

Bei mehrjährigen Geschäftsverbindungen gewinnt die Bank zudem ein Bild über die Prognosequalität der Unternehmens- bzw. Finanz- und Liquiditätsplanung, die ebenfalls in das Rating eingeht.

Liquiditätspolitik und -management sollte somit

- aus bilanzieller Sicht als auch
- aus Sicht der Finanz- und Liquiditätsplanung

betrieben werden.

Die aus der Finanz- und Liquiditätsplanung gewonnene Vorausschau erleichtert nicht nur das operative Liquiditätsmanagement, sondern stärkt die finanzielle Stabilität des Krankenhauses und erleichtert die Einhaltung der mit der Bank getroffenen Vereinbarungen.

¹⁴ Vgl. hierzu Huber/Simmert (2007), S. 167–196 und Thießen (2004), S. 572–575.

4. Transparenz durch Frühwarnsystem und Risikoreporting der Bank

Zusätzliche Transparenz über die finanzielle Lage des Krankenhauses schaffen Frühwarnsysteme und regelmäßige Risikoreports innerhalb der Bank, sodass – aus der Sicht der Bank – riskantere Kreditvergaben nicht mehr unerkannt bleiben, auch wenn (noch) keine Rückstände bei Tilgungen oder Zinszahlungen vorliegen.

Die deutsche Bankenaufsicht¹⁵ hatte Ende 2005 nach einem längeren Diskussionsprozess die sogenannten „Mindestanforderungen an das Risikomanagement“ (MaRisk) veröffentlicht.¹⁶ Infolgedessen waren alle Banken unter anderem verpflichtet, ein Frühwarnsystem und ein Risikoreporting einzuführen.

4.1 Frühwarnsystem der Bank

Die Bankenaufsicht fordert von den Banken den Aufbau eines Frühwarnsystems,¹⁷ damit diese frühzeitig erhöhte Risiken und wirtschaftliche Schwierigkeiten von Kreditnehmern identifizieren können. Auf diese Weise soll erreicht werden, dass Banken möglichst früh Gegenmaßnahmen ergreifen können, zum Beispiel eine intensivere Betreuung des Kredits. Hintergrund dieser Regelung ist, dass in vielen Fällen Banken von Kreditausfällen überrascht wurden, obwohl sie sich frühzeitig angekündigt hatten und damit erkennbar gewesen wären.¹⁸

Da diese Systeme IT-gestützt ablaufen, werden Kontoüberschreitungen und Abweichungen von den Vereinbarungen offensichtlich, sodass beispielsweise personelle Engpässe in der Bank in Zukunft keine Rolle mehr spielen werden.

Für das Kreditinstitut besteht zwar grundsätzlich die Möglichkeit, vorab festzulegen, dass bestimmte Arten von Kreditgeschäften oder Kredite bis zu einem bestimmten Volumen nicht in das Frühwarnsystem einbezogen werden brauchen, doch da die Auswahl unter Risikoaspekten zu erfolgen hat, kann diese Option bei den meisten Kreditgeschäften vernachlässigt werden.¹⁹

¹⁵ Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Bonn.

¹⁶ Einer der Vorläufer waren die Ende 2002 veröffentlichten „Mindestanforderungen an das Kreditgeschäft der Kreditinstitute“, die in den MaRisk aufgingen.

¹⁷ Vgl. MaRisk, BTO 1.3.

¹⁸ Frühwarnsysteme werden zwar in der Bankenbranche schon seit über 25 Jahren für sinnvoll gehalten, doch in der Bankpraxis verfügten früher nur sehr wenige Institute über ein solches System.

¹⁹ Vgl. MaRisk, BTO 1.3 Textziffer 3.

4.2 Bankinternes Berichtswesen

Weiterhin hat die Bankenaufsicht den Banken ein Risikoreporting vorgeschrieben und ihnen dafür zugleich eine Mindestuntergliederung mitgegeben.²⁰ Damit soll der Geschäftsleitung bzw. dem Vorstand eine detaillierte Zusammenstellung über die von der Bank eingegangenen Kreditrisiken zur Verfügung gestellt werden, um sie bzw. ihn in die Lage zu versetzen, frühzeitig gegen bedrohliche Risiken vorgehen zu können. Die Vorgaben der Bankenaufsicht orientieren sich bewusst an den Regelungen zur Corporate Governance, dem KonTraG²¹ und dem TransPubG.²²

Die Risikoberichterstattung der Bank weist einen regelmäßigen und einen anlassbezogenen Part auf:

- Zum einen ist regelmäßig, mindestens vierteljährlich, ein sogenannter „Risikobericht“ zu erstellen. Adressat ist die Geschäftsleitung. Diese wiederum hat ihr Aufsichtsorgan, zum Beispiel den Aufsichts- oder Verwaltungsrat, in angemessener Weise schriftlich zu informieren.
- Im Risikobericht sind nicht nur die Risikosituation im Kreditgeschäft zu beschreiben, sondern zwingend auch eine Bewertung vorzunehmen und Vorschläge zu unterbreiten. Insbesondere sind Ausführungen zu „bemerkenswerten“ Krediten und „bedeutenden Überziehungen“, und zwar auch kreditnehmerbezogen, vorzunehmen und diese zu kommentieren.
- Zum anderen sind im Rahmen der sogenannten „Ad hoc-Berichterstattung“ die Geschäftsleitung und die zuständigen Entscheidungsträger der Bank über sogenannte Ereignisse von wesentlicher Bedeutung unverzüglich zu informieren.²³

Die Risikoberichterstattung soll von einer unabhängigen Stelle innerhalb der Bank erfolgen. Die Zuständigkeit darf nicht im Vertrieb, dem sogenannten „Marktbereich“, angesiedelt sein. Das bedeutet, dass der regelmäßige Ansprechpartner des Krankenhauses, der Firmenkundenberater, auf die Weitergabe von Informationen, auch welcher Art und welchen Inhalts, an die Geschäftsleitung grundsätzlich keinen Einfluss hat. Das gilt auch für die Leitungsebene, zum Beispiel Filial-, Niederlassungs- und Regionalleiter oder Vertriebsvorstand. Aber auch wenn der Kreditsachbearbeiter regelmäßiger Ansprechpartner des Krankenhauses sein sollte, hat die verantwortliche Stelle die Anforderungen der Bankenaufsicht einzuhalten und damit ebenfalls die geforderte Unabhängigkeit zu wahren. Mit den Aufgaben der „unabhängigen Stelle“ wird meist das Controlling (bei größeren Banken das Kreditrisikocontrolling) beauftragt sein.

²⁰ Vgl. MaRisk, BTR 1 Textziffer 7.

²¹ Gesetz zur Kontrolle und Transparenz im Unternehmensbereich.

²² Gesetz zur weiteren Reform des Aktien- und Bilanzrechts, zu Transparenz und Publizität (Transparenz- und Publizitätsgesetz).

²³ Vgl. MaRisk, AT 4.3.2 Textziffern 4–6, BTR 1 Textziffer 7.

In der Vergangenheit ließen sich Kontoüberziehungen – auch erheblicheren Umfangs – in der Regel mit dem Firmenkundenberater und dem Filialleiter regeln, ohne dass die Geschäftsleitung der Bank zwingend informiert wurde oder werden musste. Da sich zukünftig zumindest bedeutende Kontoüberziehungen nicht mehr generell verheimlichen lassen, ist zu erwarten, dass Firmenkundenberater und Filialleiter ihre Bereitschaft zu von ihnen kurzfristig gestatteten „geduldeten“ Überziehungen wesentlich einschränken, um innerbetriebliche Rückfragen und eine entsprechende negative Aufmerksamkeit zu vermeiden.

Somit ist nicht nur aufgrund des Ratings, sondern auch aufgrund des Frühwarnsystems und des Risikoreportings der Banken eine adäquate Finanz- und Liquiditätsplanung und ein Finanz- und Liquiditätsmanagement seitens des Krankenhauses unerlässlich, um die mit der Bank getroffenen Vereinbarungen, zum Beispiel im Rahmen der Kontoführung, einzuhalten.

5. Aufbau eines modernen Liquiditätsmanagements

Zu den wesentlichen Komponenten eines Liquiditätsmanagements zählen

- die Finanz- und Liquiditätsplanung (möglichst mit einer integrierten Unternehmensplanung),
- das Debitorenmanagement,
- das Kreditorenmanagement und
- das Liquiditätsrisikomanagement.

Die Finanz- und Liquiditätsplanung bildet die Grundlage. Ihre Durchführung sollte – wie in Abschnitt 2 ausgeführt – einschlägiger Software vorbehalten bleiben. Die weiteren Komponenten werden in den nächsten Abschnitten skizziert.

5.1 Debitorenmanagement

Das Debitorenmanagement nimmt üblicherweise einen hohen Stellenwert im Rahmen der Liquiditätssteuerung ein, weil Forderungen grundsätzlich mit Risiken behaftet sind. Im Gesundheitswesen war dagegen durch die – zumindest bis zur Gesundheitsreform 2007²⁴ – fehlende Insolvenzfähigkeit der gesetzlichen Krankenkassen²⁵ ein Schutz vor Zahlungsausfällen nach Behandlungen von gesetzlich Versicherten und deren Familienmitgliedern gegeben. Diese verfügen über einen Sachleistungsanspruch gegenüber ihrer Krankenkas-

²⁴ Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 26. März 2007.

²⁵ Vgl. § 171b SGB V Einführungsregelung zur Insolvenzfähigkeit von Krankenkassen.

se, sodass ein Rückgriff auf den Patienten sowohl direkt als auch indirekt (im Rahmen einer Ausfallhaftung) ausscheidet.

Trotzdem kann das Krankenhaus auf ein Debitorenmanagement nicht verzichten: Zwar sind seine Forderungen – zumindest bis zur Gegenwart – nicht insolvenzgefährdet, sodass eine Bonitätsprüfung der Krankenversicherungen (Debitoren) von untergeordneter Bedeutung ist, doch darf daraus noch keine fristgemäße Begleichung der Rechnungen abgeleitet werden.

Seit vielen Jahren beklagen Krankenhäuser, dass die Kostenträger einen erheblichen Teil der Rechnungen für stationäre Krankenhausaufenthalte nicht in der vereinbarten Zahlungsfrist bezahlen würden. Teilweise komme es auch zu Zahlungsverweigerungen über Teilbeträge oder die Gesamtsumme. Die Außenstände sollen sich nach einer Erhebung des Deutschen Krankenhausinstituts e. V. zuletzt auf jährlich 6,3 Milliarden Euro belaufen.²⁶

5.1.1 Zahlungsverzögerungen und Zahlungsverweigerungen

Zahlungsverzögerungen werden seitens der gesetzlichen Krankenkassen regelmäßig mit der Prüfung von eingereichten Rechnungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) begründet. Die Krankenkassen sind nach § 275 SGB V in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, verpflichtet, unter anderem bei der Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung eine gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes anzufordern. Dieser hat das Recht, Informationen über die Leistung bei dem Krankenhaus einzuholen (§ 276 SGB V). Davon wird immer häufiger Gebrauch gemacht. Die Beanstandungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen weisen zwar erhebliche Unterschiede im Hinblick auf Größe und Art des Krankenhauses auf, liegen aber in der Regel unter 5 Prozent.²⁷

Neben der vermehrten Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen werden als weitere Gründe für Zahlungsverzögerungen Probleme mit dem Datenaustausch nach § 301 SGB V, unvollständig eingereichte Unterlagen oder die Klärung der Mitgliedschaft von Patienten angeführt.²⁸

Zahlungen werden von den Krankenkassen verweigert, wenn die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung aufgrund des im Sozialgesetzbuch V (SGB V) verankerten Grundsatzes „ambulant vor stationär“ angezweifelt oder bestritten, die vom Krankenhausarzt gewählte medizinische Behandlung des gesetzlich versicherten Patienten nicht nachvollzogen oder anerkannt wird oder die Kodierung eines Falls im DRG-Kontext fehlerhaft ist oder Zweifel weckt.

²⁶ Vgl. Westphal, in: Kampe/Bächstädt (2007), S. 244–250, hier S. 246.

²⁷ Vgl. Westphal, in: Kampe/Bächstädt (2007), S. 244–250, hier S. 248–249.

²⁸ Vgl. Schlüchtermann/Königer/Albrecht (2007), S. 220–242, hier S. 229. Für einen Teil der Verzögerungen wird allerdings den Krankenhäusern eine Mitverantwortung zugewiesen, weil sie in ihrem Einflussbereich liegen, vgl. ebenda.

Rechtlich betrachtet dürfte es keinen Platz für Zahlungsverzögerungen und -verweigerungen geben. Gemäß § 112 SGB V 1. Absatz schließen die Landesverbände der Krankenkassen mit der Landeskrankenhausesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land auf der Basis von Rahmenempfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausesellschaft oder der Bundesverbände der Krankenhausträger (§ 112 SGB V 5. Absatz) gemeinsam Verträge, die für die Krankenkassen und die zugelassenen Krankenhäuser im Land unmittelbar verbindlich sind (§ 112 SGB V 2. Absatz). Die sogenannte zweiseitige Rahmenempfehlung zu § 112 SGB V zu den allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung zwischen Deutscher Krankenhausesellschaft und den GKV-Spitzenverbänden enthält unter anderem Vorgaben für die Zahlungsfristen.

Nach den Verbandsempfehlungen sollen die Krankenkassen die Rechnungen innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungseingang zahlen.²⁹ Durch die Rechnungsprüfung werden bestehende Zahlungsfristen nicht außer Kraft gesetzt. Beanstandungen können auch noch nach Bezahlung der Rechnung erhoben werden,³⁰ der Erstattungsanspruch erlischt nicht durch die Zahlung. Nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes hat eine Krankenkasse eine formal ordnungsgemäß erstellte Rechnung auch dann fristgerecht zu begleichen, wenn sie Beanstandungen rechnerischer oder sachlicher Art hat. Bei einer begründeten Beanstandung kann die Krankenkasse eine Erstattung der zuviel gezahlten Beträge verlangen.

Im Grunde dürfte es daher nicht zu solch hohen Außenständen kommen.

5.1.2 Empirische Bedeutung von Zahlungsverzögerungen und Zahlungsverweigerungen

Wie empirische Untersuchungen des Deutschen Krankenhausinstituts zeigen waren fast alle Krankenhäuser von Zahlungsverzögerungen oder Zahlungsverweigerungen betroffen. Einen Überblick gibt Abbildung 2 (siehe nächste Seite).

Hinsichtlich der Zahlungsverzögerungen war im Jahre 2005 verglichen mit dem Vorjahr eine erhebliche Verbesserung zu konstatieren, doch immerhin wurden noch bei fast 60 Prozent der Krankenhäuser Rechnungen über stationäre Leistungen „im nennenswerten Umfang“ nicht fristgerecht (gemäß vereinbarter Zahlungsfrist) bezahlt.³¹

²⁹ Vgl. Rahmenempfehlung zu § 112 SGB V zu den allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung zwischen Deutscher Krankenhausesellschaft und GKV-Spitzenverbänden.

³⁰ Die meisten Verträge auf Landesebene enthalten entsprechende vertragliche Regelungen, teilweise gibt es aber auch länderspezifische oder krankenhausesindividuelle Abweichungen. Vgl. Deutsches Krankenhausinstitut (2006), S. 39.

³¹ Die Angabe „im nennenswerten Umfang“ wurde nicht operationalisiert.

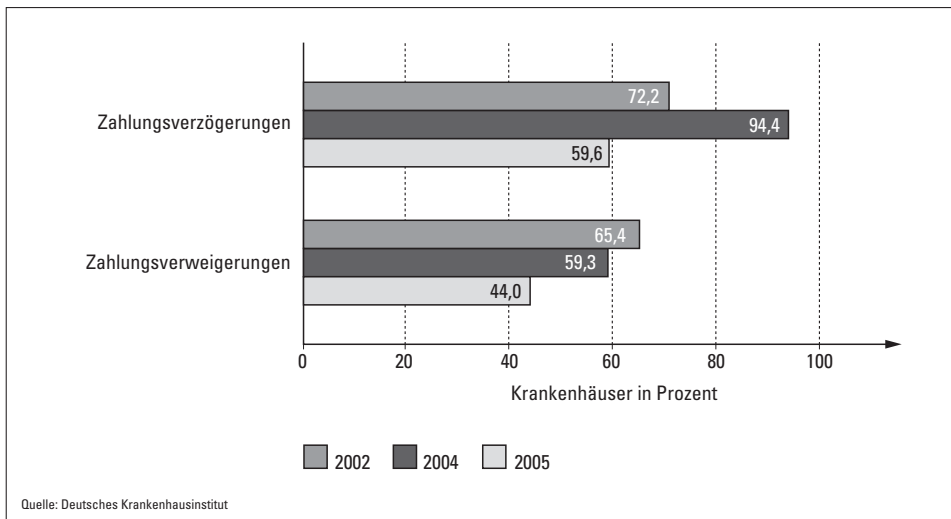


Abbildung 2: Zahlungsverzögerungen und Zahlungsverweigerungen

Der Verringerung des Anteils der Zahlungsverzögerungen wird hauptsächlich auf die von der Deutschen Krankenhausgesellschaft, einzelnen Landeskrankenhausgesellschaften und vom Deutschen Krankenhausinstitut geführten Diskussionen sowie die zunehmende Routine bei der Abrechnung der Fallpauschalen zurückgeführt.

Der Durchschnittswert von 59,6 Prozent täuscht zudem über die Verteilung nach Regionen und Betriebsgrößen. Waren in Westdeutschland nahezu 62 Prozent der Kliniken betroffen, betrug der entsprechende Anteilswert in Ostdeutschland 48 Prozent. 79 Prozent der großen Krankenhäuser mit mehr als 600 Betten waren von Zahlungsverzögerungen betroffen, aber lediglich 48 Prozent der kleinen Kliniken mit weniger als 100 Betten. Je größer ein Krankenhaus in Westdeutschland ist, umso höher ist somit die Wahrscheinlichkeit, von Zahlungsverzögerungen betroffen zu sein.

Rückläufig ist seit mehreren Jahren der Anteil der Krankenhäuser, die vollständige oder teilweise Zahlungsverweigerungen für stationäre Leistungen in erheblichem Maße beklagten. Auch dafür werden die beiden bereits genannten Gründe herangezogen.

Ebenso nivelliert auch hier der arithmetische Mittelwert von 44 Prozent regionale und Größenklassenunterschiede und die Analyse weist Gemeinsamkeiten zu den vorherigen Ergebnissen auf. Jede dritte ostdeutsche, aber 46 Prozent der westdeutschen Kliniken monierten Zahlungsverweigerungen. 71 Prozent der Krankenhäuser mit über 600 Betten gegenüber 28 Prozent der Krankenhäuser mit unter 100 Betten beanstandeten eine Verweigerung der Krankenversicherungen.

Die segmentspezifischen Betroffenheiten der Krankenhäuser von Zahlungsverzögerungen und von Zahlungsverweigerungen weisen also Parallelen auf.

Leider geben die veröffentlichten Zahlen keine Auskunft darüber, welcher Anteil vom Gesamtumsatz der Krankenhäuser von verzögerten und verweigerten Zahlungen betroffen ist.

Fokussiert man die Analyse auf die stationären Fälle, betrachtet also die Zahlungsverzögerungen und Zahlungsverweigerungen³² nicht mehr aus der Perspektive des Krankenhauses, sondern setzt sie in Bezug zu den stationären Fällen, so lag deren Anteil 2005 durchschnittlich bei 16,7 Prozent. Auch hier ragen die großen Krankenhäuser negativ heraus, bei denen in rund 20 Prozent der Fälle Zahlungen verspätet oder nur teilweise erfolgten.

Sowohl der Anteil der nicht fristgerecht gezahlten Rechnungen als auch der der Zahlungsverweigerungen bewegen sich also nach wie vor auf einem sehr hohen Niveau.³³

5.1.3 Handlungsoptionen der Krankenhäuser

Die Handlungsoptionen der Krankenhäuser zur Verbesserung des Zahlungsverhaltens der Krankenkassen sind begrenzt.

Gerichtliche Klagen gegen gesetzliche Krankenkassen sind zwar vor den Sozialgerichten möglich, doch verbessern sie kurzfristig nicht die Liquidität, weil Verfahren vor Sozialgerichten die durchschnittlich längsten Verfahrensdauern aufweisen. Mit einem Urteil in erster Instanz ist meist erst nach mehreren Jahren zu rechnen.

Außerdem stehen Krankenhaus und Krankenkasse schon aufgrund der doch überschaubaren Zahl von Marktteilnehmern und der hoch reglementierten Marktstrukturen sowie der vom Gesetzgeber vorgegebenen Regelungen zur Marktsteuerung in engen Marktbeziehungen.

Darüber hinaus wirken Verhandlungen um knapper werdende Mittel grundsätzlich zulasten von Leistungsanbietern, sodass auch unter diesem Aspekt mäßige Einflüsse auf eine konsequente Eintreibung rückständiger Forderungen ausgehen.

Bei Verhandlungen mit Krankenkassen über Budgets hängt das Verhandlungsergebnis mangels gewichtiger alternativer Nachfrager mehr noch als in den allermeisten anderen Branchen in erheblichem Maße auch von dem Geschäftsklima ab, das aus Sicht der Krankenkasse durch ein stringentes Mahnwesen belastet wird. Eine der Industrie vergleichbare Vorgehensweise bei rückständigen Zahlungen wirkt vermutlich kontraproduktiv. Außerdem haben Krankenhäuser in der Regel noch kein effizientes Mahnwesen aufgebaut.

Eine schnelle und kostengünstige Alternative zur Liquiditätsverbesserung wäre die Aufrechnung von offenen Forderungen der Krankenhäuser mit den von ihnen an die jewei-

³² „Im nennenswerten Umfang“

³³ Zur Zahlungsmoral der gewerblichen Wirtschaft vgl. die halbjährlich im Frühjahr und im Herbst erscheinenden Studien der Creditreform Wirtschaftsforschung sowie die Auswertungen der jährlichen Unternehmensbefragungen der KfW-Bankengruppe: Verband der Vereine Creditreform e.V. (Hrsg.), Wirtschaftslage und Finanzierung im Mittelstand, Neuss; KfW-Bankengruppe (Hrsg.), Unternehmensbefragung, Frankfurt am Main.

ligen Krankenkassen abzuführenden Sozialversicherungsbeiträgen ihrer Arbeitnehmer aufgrund ihrer Funktion als Arbeitgeber (Krankenhausträger).³⁴ Über die juristische Zulässigkeit dieser Vorgehensweise liegt aber noch keine Rechtsprechung vor.

Auch die Politik zeigte sich trotz des offensichtlich rechtswidrigen Verhaltens der gesetzlichen Krankenkassen machtlos: Als Ursachen hierfür werden die Unterfinanzierung des Systems, das Ziel der Beitragssatzstabilität und die Verschuldung vieler Krankenkassen genannt.³⁵

Belastbare Informationen über das zukünftige Zahlungsverhalten der Krankenversicherungen als Ausgangsbasis für eine aktive Gestaltung der Zahlungskonditionen können aufgrund der sich im Wandel befindlichen Zahlungsmoral noch nicht vorliegen.³⁶

Daher bleibt den Krankenhäusern im Wesentlichen nur, die Grundlagen für ein möglichst effizientes Debitorenmanagement (als Teil des Liquiditätsmanagements) zu schaffen. Hierzu gehört beispielsweise die Verbesserung des oft noch ausbaufähigen Forderungsmanagements. Durch organisatorische Maßnahmen kann erreicht werden, dass die Rechnungsstellung zeitnah und entsprechend den Vorgaben erfolgt, um den Zeitraum zwischen Kostenentstehung und Zahlungseingang zu minimieren.

Fazit: Liquiditätsprobleme können nicht nur durch Zahlungsausfälle, sondern auch aus dem Zahlungsverhalten erwachsen. Im Mittelpunkt des Debitorenmanagements in Krankenhäusern steht somit die realistische Einschätzung des erwarteten Zahlungseingangs. Insofern ist nachvollziehbar, dass Kreditgeber im Rahmen des Ratingprozesses einen Schwerpunkt auf die Qualität des Debitorenmanagements legen.

5.2 Kreditorenmanagement

Aufgabe des Kreditorenmanagements ist die Sicherstellung der vertragsgemäßen Zahlungen an die Lieferanten und andere Gläubiger. Sie haben

- zur richtigen Zeit,
- am richtigen Ort,
- in der richtigen Höhe und
- in der richtigen Währung

zu erfolgen.

Durch die Einhaltung der Zahlungsziele lassen sich beispielsweise Skontofristen nutzen oder Verzugszinsen vermeiden. Neben diesen finanziellen Vorteilen kann das Krankenhaus

³⁴ Vgl. Kugler, Sascha, Aufrechnung von Leistungsforderungen der Krankenhäuser mit abzuführenden Sozialversicherungsbeiträgen, 21. November 2006, in: http://www.123recht.net/Aufrechnung-von-Leistungsforderungen-der-Krankenh%C3%A4user-mit-abzuf%C3%BChrenden-Sozialversicherungsbeitr%C3%A4gen_a19218.html (7. Juni 2007).

³⁵ Vgl. Westphal, in: Kampe/Bächstädt(2007), S. 244–250, hier S. 247.

³⁶ Vgl. hierzu beispielsweise Bächstädt (2006), S. 18–23, hier S. 20–23.

darüber hinaus seine Verhandlungsposition im Einkauf stärken und mit Verweis auf seine Zahlungsgepflogenheiten in Einkaufsverhandlungen bessere Konditionen anstreben. Darüber hinaus wird auf Seiten des Lieferanten die Bereitschaft zur termingerechten Lieferung gefördert und bei eventuellen Lieferschwierigkeiten die Lieferbereitschaft erhalten.

5.3 Liquiditätsrisikomanagement

Für die Bewertung der Qualität der Unternehmensplanung und des Liquiditätsmanagements ist neben dem Debitoren- und dem Kreditorenmanagement das Risikomanagement ein wichtiges Kriterium. Die Darstellung der Risiken und deren Bewertung belegt die Fähigkeit der Klinikleitung, dass sie Risiken rechtzeitig erkennt und hierfür entsprechende Vorsorge treffen kann.³⁷ Durch die Existenz eines Risikomanagements werden die qualitativen Faktoren im Rating verstärkt, was die Ratingnote positiv beeinflusst.

Für die wesentlichen im Unternehmen auftretenden Risiken hat sich folgende Einteilung durchgesetzt:³⁸

- Kreditrisiko (Bonitätsrisiko),
- Marktrisiko,
- Liquiditätsrisiko,
- Betriebsrisiko,
- Rechtsrisiko.

Die wesentlichen Risiken sind zu identifizieren und anschließend zu katalogisieren, ihre Eintrittswahrscheinlichkeiten und möglichen Ausprägungen zu schätzen sowie Gegenmaßnahmen für den Fall des Eintretens festzulegen. Ihre potenziellen Auswirkungen auf die Liquidität sind im Rahmen der Liquiditätsplanung, aber auch des Liquiditätsmanagements zu berücksichtigen. Das gilt im besonderen Maße für das Risiko der Illiquidität. Damit wird das Risiko bezeichnet, dass das Krankenhaus aufgrund fehlender liquider Mittel seinen fälligen Zahlungsverpflichtungen nicht fristgerecht und/oder in voller Höhe nachkommen kann.³⁹

Die möglichen Effekte aus den Liquiditätsrisiken und die hierauf aufbauende Liquiditätsrisikopolitik werden im Wesentlichen von der Risikotragfähigkeit des Krankenhauses bestimmt. Sie hängt von seinen vorhandenen Liquiditätsreserven und seinen Finanzierungsspielräumen ab. Darüber hinaus wird die Liquiditätsrisikopolitik von der – sowohl allgemeinen als auch liquiditätsspezifischen – Risikoeinstellung des Managements bestimmt.

³⁷ Vgl. allgemein zum Risikomanagement in Krankenhäusern: Von Eiff (Hrsg.) (2006).

³⁸ In Anlehnung an die damaligen Vorschläge des Baseler Ausschusses für Bankenaufsicht vom Juli 1994 und an die vom damaligen Bundesaufsichtsamt für das Kreditwesen erlassene „Verlautbarung über Mindestanforderungen an das Betreiben von Handelsgeschäften der Kreditinstitute“ vom 23. Oktober 1995.

³⁹ Zahlungsunfähigkeit ist fast immer der Grund für die Eröffnung des Insolvenzverfahrens (§ 17 InsO). Bei juristischen Personen kann zwar auch die Überschuldung Eröffnungsgrund sein (§ 19 InsO), sie spielt in der Praxis allerdings fast keine Rolle.

6. Entscheidungskriterien für die Einführung oder den Ausbau eines modernen Liquiditätsmanagements

Die aus einem modernen Liquiditätsmanagement zu erzielenden Erträge bzw. Kosteneinsparungen können nicht ohne Weiteres mit den durch sie verursachten Kosten verglichen werden, um daraus eine Investitionsentscheidung hinsichtlich des Einsatzes einer (modernen) Finanz- und Liquiditätsplanung abzuleiten.

Denn ein besseres Liquiditätsmanagement bringt zwar auch wirksame Verbesserungen in der Gewinn- und Verlustrechnung, und zwar auch unter Berücksichtigung der Kosten für die Einführung eines Liquiditätsmanagementsystems. Es gewinnt jedoch in erster Linie seine Bedeutung als eine Voraussetzung zur Erweiterung – oder Beibehaltung – des Fremdfinanzierungsrahmens bei der Bank, indem es einen Beitrag zur Verbesserung des Ratings leistet.

Zusammengefasst können als positive Effekte vermerkt werden:

- bessere Kennzahlen im Rahmen des Finanzratings,
- bessere Bewertung im Rahmen des qualitativen Ratings,
- besserer Liquiditätsstatus,
- niedrigere Zinskosten,
- höhere Sicherheit für den Fortbestand des Krankenhauses.

Der daraus entstehende Nutzen, der vor allem in der Sicherung der Liquidität und damit der Existenz der Klinik besteht, überwiegt bei Weitem den Nachteil etwaiger zusätzlicher Kosten.⁴⁰

In der Gesamtbewertung dürfte hieraus unter finanziellen Erwägungen sogar ein positives Ergebnis zu konstatieren sein. Unterhalb einer bestimmten Ratingnote ist zu erwarten, dass Kreditanträge abgelehnt werden und somit kein Fremdkapital seitens der Banken mehr angeboten wird. Daher erscheint es als zwingende Voraussetzung zur Finanzierungssicherheit von Krankenhäusern, zukünftig über ein leistungsfähiges Liquiditätsmanagement zu verfügen.

Literaturverzeichnis

- ACHLEITNER, A.-K./EVERLING, O./NIGGEMANN, K. A. (Hrsg.) (2007): Finanzrating. Gestaltungsmöglichkeiten zur Verbesserung der Bonität, Wiesbaden 2007.
- ALPARSLAN, A./BÄCHSTÄDT, K.-H./GELDERMANN, A. (2007): Systeme und Kriterien des Finanzratings, in: ACHLEITNER, A.-K., EVERLING, O., NIGGEMANN, K. A. (Hrsg.), Finanzrating. Gestaltungsmöglichkeiten zur Verbesserung der Bonität, Wiesbaden 2007, S. 95–121.

⁴⁰ Dies ist vergleichbar mit dem Nutzen einer Versicherung.

- AUGURZKY, B./ENGEL, D./KROLOP, S./SCHMIDT, C. M./TERKATZ, S. (2006): Krankenhaus Rating Report 2006. Die Entwicklung der deutschen Krankenhäuser – Wege zu einer nachhaltig finanzierbaren Patientenversorgung, Essen, Köln 2006.
- BÄCHSTÄDT, K.-H. (2006): Betriebliches Forderungsmanagement unter Ratingaspekten, in: Kredit & Rating Praxis, H. 2/2006, S. 18–23.
- BÄCHSTÄDT, K.-H. (2005): Höhere Transparenz der Unternehmensliquidität durch Rating, Frühwarnsysteme und internes Reporting der Bank, in: Kredit & Rating Praxis, H. 4/2005, S. 16–19.
- BÄCHSTÄDT, K.-H./BAUER, C./GELDERMANN, A. (2007): Rating auf Basis Neuronaler Netze und der integrierten Softwareumgebung SAP R/3, in: GLEISSNER, W./EVERLING, O. (Hrsg.), Rating-Software. Welche Produkte nutzen wem?, München 2007, S. 395–412.
- BÄCHSTÄDT, K.-H./GELDERMANN, A. (2006): Die Pferdezucht als Vorbild. Erkenntnisse aus der Genetik könnten Banken helfen, ihre Ratingnoten für Kredite genauer und kostengünstiger zu ermitteln, in: Bankmagazin, H. 4/2006, S. 28–29.
- BÄCHSTÄDT, K.-H./ROITH, L. (2005): Mit Liquiditätsmanagement die Rating-Note positiv beeinflussen, in: RatingAktuell, H. 3/2005, S. 58–63.
- BAYER, T. (2005): Gesundheitswirtschaft: Peitsche der Transparenz, in: Financial Times Deutschland vom 17.3.2005.
- BIERING, H. (2003): Das Ratingsystem der Bank für Sozialwirtschaft AG, in: KÖNIG, J./OERTHEL, C./PUCH, H.-J. (Hrsg.), Soziale Arbeit im gesellschaftlichen Wandel. Ziele, Inhalte, Strategien, Starnberg 2003, S. 167–176.
- BICKMANN, C. (2005): Due Diligence und das Kreditrating von Krankenhäusern, in: VON EIFF, W./KLEMMANN, A. (Hrsg.), Unternehmensverbindungen. Strategisches Management von Kooperationen, Allianzen und Fusionen im Gesundheitswesen, Wegscheid 2005, S. 364–380.
- BÜSCHGEN, H. E./EVERLING, O. (Hrsg.) (2007): Handbuch Rating, 2. Auflage, Wiesbaden 2007.
- DEUTSCHES KRANKENHAUSINSTITUT (Hrsg.) (2006): Krankenhaus Barometer. Umfrage 2006, Düsseldorf 2006. (Autoren: Karl Blum, Mathias Offermanns, Patricia Schilz).
- EVERLING, O./TRIEU, M. L. (2007): Rating von Krankenhäusern, in: KAMPE, D. M./BÄCHSTÄDT, K.-H. (Hrsg.), Die Zukunft der Krankenhausfinanzierung, Wegscheid 2007, S. 150–171.
- GLEISSNER, W./EVERLING, O. (Hrsg.) (2007): Rating-Software. Welche Produkte nutzen wem?, München 2007.
- HUBER, A. S./SIMMERT, D. B. (2007): Gestaltungsmöglichkeiten zur Verbesserung des Finanzratings, in: ACHLEITNER, A.-K./EVERLING, O./NIGGEMANN, K. A. (Hrsg.), Finanzrating. Gestaltungsmöglichkeiten zur Verbesserung der Bonität, Wiesbaden 2007, S. 167–196.
- KAMPE, D. M. (2007): Für Krankenhäuser Rating, ein Gebot der Stunde!, in: Kredit & Rating Praxis, H. 2/2007, S. 24.
- KAMPE, D. M./BÄCHSTÄDT, K.-H. (Hrsg.) (2007): Die Zukunft der Krankenhausfinanzierung, Wegscheid 2007.
- KRAMER, J. W. (2004): Besonderheiten beim Rating von Krankenhäusern, Wismar 2004.
- KRAMER, J. W. (2005): Internes Rating spezieller Kundensegmente bei den Banken in Mecklenburg-Vorpommern, unter besonderer Berücksichtigung von Nonprofit-Organisationen, Wismar 2005, S. 27–30.
- PAX-BANK EG (Hrsg.) (2003): NPO-Rating Basel II. Ratgeber zum Rating für Non-Profit-Organisationen, Köln 2003.
- RÖDL & PARTNER (Hrsg.) (2002): Rating in der Sozialwirtschaft und im Krankenhausmarkt. Worauf sich sozialwirtschaftliche Unternehmen und Kliniken einstellen müssen, o. O. 2002.
- THIESSEN, F. (2004): Rating im Kreditgeschäft und strategisches Kreditnehmerverhalten, in: Zeitschrift für das gesamte Kreditwesen, H. 11/2004, S. 572–575.
- EIFF, W. VON (2006): Risikomanagement. Kosten-/Nutzen-basierte Entscheidungen im Krankenhaus, Wegscheid 2006.