



BFS-Report

Erfolgsfaktor Kapital in der Sozialwirtschaft

BFS-Report

Erfolgsfaktor Kapital in der Sozialwirtschaft

Autoren:

Jens Hayer

Markus Sobottke

Impressum

Verlag/Herausgeber

Bank für Sozialwirtschaft AG
Konrad-Adenauer-Ufer 85
Telefon 0221 97356-0
Telefax 0221 97356-478
bfs@sozialbank.de
www.sozialbank.de

Vorstand

Prof. Dr. Harald Schmitz (Vorsitzender)
Thomas Kahleis
Oliver Luckner

Aufsichtsratsvorsitzender

Dr. Matthias Berger

Autoren

Jens Hayer, Referent des Vorstandsvorsitzenden

Markus Sobottke, Leiter Research

Gestaltung

Visual Department
Konkordiastraße 61, 40219 Düsseldorf

Druck

Druckhaus Ley + Wiegandt
Möddinghofe 26, 42279 Wuppertal

Haftung und Copyright

Der vorliegende Report enthält Angaben, Analysen, Prognosen und Konzepte, die für den Kunden zur unverbindlichen Information dienen. Es handelt sich hierbei um keine juristische oder sonstige Beratung und stellt kein Angebot jedweder Art dar. Eine Gewähr für die Richtigkeit und inhaltliche Vollständigkeit der Angaben kann von uns nicht übernommen werden.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung der Bank für Sozialwirtschaft AG unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Köln, März 2018
ISBN: 978-3-93559-46-4

Vorwort

Nach wie vor sind die Branchen der Sozialwirtschaft in zahlreiche einzelne Trägerunternehmen fragmentiert. In zentralen Sektoren ist jedoch ein dynamischer Konsolidierungs- und Konzentrationsprozess zu beobachten. Aus Sozialunternehmen werden Sozialkonzerne. Diese Entwicklung hat viele Triebfedern und das Potenzial, die Strukturen wesentlich und nachhaltig zu verändern.

Finanzkapital ist ein entscheidender Faktor in diesem Prozess. Kenntnisse über die aktuelle Situation und eine fundierte Meinung über den weiteren Verlauf sind in hohem Maße entscheidungsrelevant für die Akteure und Gestalter der Sozialwirtschaft.

Mit dem Report „Erfolgsfaktor Kapital in der Sozialwirtschaft“ möchte die Bank für Sozialwirtschaft die aktuellen Entwicklungen aufzeigen, einen Ausblick geben und zentrale Handlungsfelder ansprechen.

Allen Lesern wünsche ich eine interessante und erkenntnisreiche Lektüre. Nutzen Sie bei Fragen gerne die Kontaktdaten der Autoren oder kommen Sie direkt auf mich zu. Wir freuen uns auf einen konstruktiven Dialog.

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke ending in a small flourish.

Prof. Dr. Harald Schmitz

Vorsitzender des Vorstandes der Bank für Sozialwirtschaft AG

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
Abbildungsverzeichnis	6
Tabellenverzeichnis	7
Management Summary	8
Einleitung	14
1 Entwicklungen in der Sozialwirtschaft	15
2 Markt- und Branchenveränderungen in der Sozialwirtschaft	26
2.1 Strategische Ausrichtung der Marktakteure	26
2.2 Konsolidierungs- und Konzentrationsprozess	37
2.3 Kapitalbedarf und Finanzierungsstrategien der Akteure	53
2.4 Szenario: Sozialwirtschaft im Jahr 2030	61
3 Handlungsfelder	65
3.1 Handlungsfelder der Politik	66
3.2 Handlungsfelder der Unternehmen	69
3.3 Handlungsfelder der Finanzinstitute	72
Anhang	74
Literaturverzeichnis	76
Bank für Sozialwirtschaft	81

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Entwicklung der Trägerschaftsanteile im stationären Pflegemarkt im Zeitraum von 2005 bis 2015	37
Abbildung 2:	Entwicklung der Trägerschaftsanteile im Krankenhausmarkt im Zeitraum von 2005 bis 2015	38
Abbildung 3:	Entwicklung der Trägerschaftsanteile im stationären Rehabilitationsmarkt im Zeitraum von 2005 bis 2015	38
Abbildung 4:	Entwicklung der Zahl der Krankenhausträger im Zeitraum von 2006 bis 2016	40
Abbildung 5:	Entwicklung der Zahl der Träger von Rehabilitationskliniken im Zeitraum von 2006 bis 2016	42
Abbildung 6:	Top 5 Betreiber im Krankenhaus-, Rehabilitations- und Pflegemarkt im Jahr 2016	45
Abbildung 7:	Kapitalbedarfe in der Sozialwirtschaft	54
Abbildung 8:	Kapitalbedarf in den Segmenten Krankenhaus, stationäre Pflege und stationäre medizinische Rehabilitation im Zeitraum von 2017 bis 2021	56
Abbildung 9:	Entwicklung des Marktanteils privat-gewerblicher Unternehmen in der Sozialwirtschaft	63
Abbildung 10:	Handlungsfelder für Politik, Unternehmen und Finanzinstitute	65

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Unterschiede zwischen den Strategien großer freigemeinnütziger und privat-gewerblicher Unternehmen	29
Tabelle 2: Top 5 Betreiber in der stationären Pflege in den Jahren 2011 und 2016	43
Tabelle 3: Beispiele für Anteilseigner großer privat-gewerblicher Betreibergruppen in der Sozialwirtschaft	46
Tabelle 4: Beispiele für Investoren auf den Immobilienmärkten der Sozialwirtschaft	49
Tabelle 5: Finanzierungsinstrumente in der Sozialwirtschaft (Beispiele)	58
Tabelle 6: Beispiele für den Einsatz von Schuldscheindarlehen in der Sozialwirtschaft	60
Tabelle 7: Überblick Gemeinnützigkeitsrecht	68

Management Summary

Die kontinuierlich steigende Nachfrage u. a. nach Betreuung, Pflege und medizinischer Versorgung macht die Sozialwirtschaft zu einer wichtigen Säule des gesamtwirtschaftlichen Wachstums und des Arbeitsmarktes in Deutschland. Begrenzte finanzielle und personelle Ressourcen zügeln jedoch die Expansion des Angebots. Gleichzeitig verändern sich die Rahmenbedingungen der Leistungserbringung durch Reformmaßnahmen im Leistungs- und Ordnungsrecht auf Bundes- und Länderebene erheblich. Im Fokus stehen Weiterentwicklung und Ausbau ambulanter Versorgungsstrukturen und die Erhöhung der Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung. Notwendige Investitionen werden zu einer Herausforderung, da die Möglichkeiten zum Erwirtschaften von Überschüssen und Rendite tendenziell eingeengt werden. Vor diesem Hintergrund ist die wirtschaftliche Situation der Einrichtungsträger in den letzten Jahren insgesamt angespannt geblieben.

Der Erfolg jedes einzelnen Unternehmens entscheidet sich im lokalen/regionalen Markt. Dabei sind ein bedarfsgerechtes und qualitativ hochwertiges Angebot, eine exzellente Kompetenz der vor Ort handelnden Personen, ein hoher Vernetzungsgrad der Einrichtungen, eine besondere Attraktivität als Arbeitgeber sowie eine ausgeprägte unternehmerische Anpassungsfähigkeit an die sich wandelnden Rahmenbedingungen elementare Erfolgsfaktoren.

Differenzen in der strategischen Ausrichtung sind zwischen den großen freigemeinnützigen und privat-gewerblichen Unternehmen festzustellen. Freigemeinnützige Unternehmen sind bedingt durch ihr Selbstverständnis und das verbandliche Regionalprinzip oftmals nur innerhalb definierter regionaler Grenzen mit einem branchenübergreifenden Leistungsportfolio aktiv. Demgegenüber ist bei den großen privat-gewerblichen Unternehmen eine deutschlandweite Präsenz mit einer Branchenspezialisierung vorzufinden.

Große Unterschiede sind hinsichtlich der Expansionsstrategien festzustellen. Während bei den meisten großen freigemeinnützigen Unternehmen ein organisches Wachstum im Fokus steht, expandieren die großen privat-gewerblichen Unternehmen im Wesentlichen durch Zukäufe im Rahmen einer Buy-and-Build-Strategie in Verbindung mit einem organischen Wachstum. Für eine solche externe Expansionsstrategie fehlen den

freigemeinnützigen Unternehmen u. a. Erfahrungen mit der Umsetzung entsprechender Transaktionsprozesse und Finanzmittel. Zu beachten ist jedoch, dass allein die Unternehmensgröße und das Umsatzwachstum kein hinreichender Garant für die Wettbewerbsfähigkeit und für den wirtschaftlichen Erfolg sind. Wesentlich ist die Ertragsstärke. Allerdings spielt eine betriebswirtschaftliche Mindestgröße für die Zukunftsfähigkeit eine wichtige Rolle. Aufgrund der zunehmenden Komplexität der Märkte und der zu bewältigenden Herausforderungen wird diese zukünftig weiter steigen.

Mit zunehmender Dynamik verläuft der Konsolidierungs- und Konzentrationsprozess in der Sozialwirtschaft. Zur Hebung von Synergien und Stärkung der Wettbewerbssituation finden am Markt regelmäßig Fusionen und Akquisitionen statt. Im Zeitraum von 2006 bis 2016 hat sich die Anzahl der Einrichtungsträger sowohl auf dem Krankenhaus als auch auf dem Rehabilitationsmarkt um rund 25 Prozent reduziert. Damit einhergehend ist die Anzahl der einzeln geführten Einrichtungen signifikant zurückgegangen. In dem von einer stetigen Zunahme des Angebots geprägten stationären Pflegemarkt hat sich daher der Marktanteil der TOP 5 Betreiber von 7 Prozent im Jahr 2011 auf 11 Prozent im Jahr 2016 erhöht.

Treiber des Konsolidierungs- und Konzentrationsprozesses sind aktuell vor allem privat-gewerbliche Betreiber aus dem In- und Ausland, die ausgestattet mit Finanzmitteln von strategischen Investoren oder Finanzinvestoren ihre Marktanteile deutlich ausbauen konnten. Das Engagement der Investoren hat infolge des durch die Niedrigzinspolitik begründeten hohen Anlagedrucks, der guten Rahmenbedingungen in Deutschland, des vergleichsweise hohen Anteils der privat-gewerblichen Unternehmen sowie der starken Fragmentierung der Märkte in der Sozialwirtschaft in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Die Konsolidierungsbereitschaft vieler freigemeinnütziger Unternehmen ist im Vergleich merklich geringer ausgeprägt. Hier wirken Governance-Strukturen und das gemeinnützige Selbstverständnis teilweise als bremsende Faktoren.

Neben dem Betreibermarkt sind in den Bereichen Pflege und Rehabilitation auch auf dem Immobilienmarkt verstärkt in- und ausländische Investoren aktiv. Das zunehmende Interesse in Verbindung mit einem ausgeprägten Nachfrageüberhang hat die Verkaufs-

preise der Immobilien kontinuierlich ansteigen lassen. Den Einrichtungsbetreibern fällt es unter diesen Rahmenbedingungen jedoch immer schwerer, die dadurch gestiegenen Miet- und Pachtzahlungen zu erwirtschaften.

Aktuell deutet vieles darauf hin, dass sich der Konsolidierungs- und Konzentrationsprozess in den nächsten Jahren fortsetzen wird. Die Dynamik ist u. a. abhängig von der Entwicklung des Zinsniveaus und der Integrationsgeschwindigkeit der Unternehmen. Bei unveränderten gesetzlichen und strukturellen Rahmenbedingungen ist mit dem Einstieg weiterer Investoren sowie (supra-)nationaler Unternehmen in den deutschen Markt zu rechnen. Barrieren im Konsolidierungsprozess können sowohl das Kartellrecht als auch die mit der Übernahme der Altersversorgungsverpflichtungen verbundenen Risiken sein. Darüber hinaus kann auch das Gemeinnützigkeitsrecht aufgrund möglicher Steuernachzahlungen bei Übernahmen ein Hindernis darstellen.

Eine weitere Erhöhung des Leistungsvolumens in vielen Bereichen der Sozialwirtschaft, Sanierungs- und Modernisierungsbedarfe sowie die Weiterentwicklung von Geschäftsmodellen werden den Bedarf an Kredit- und Kapitalmarktmitteln weiter steigern. Neben der Instandhaltung, der Anpassung an gesetzliche Anforderungen und dem Neubau von Immobilien gewinnen Investitionsanlässe wie die Umsetzung von Expansionsstrategien, Innovation und Digitalisierung sowie Maßnahmen für die Gewinnung und Bindung sowie die Aus- und Weiterbildung des Personals an Bedeutung. Alleine in den drei Bereichen Krankenhaus, stationäre Pflege und stationäre medizinische Rehabilitation ergibt sich auf Grundlage aktueller Hochrechnungen und Umfragen im Zeitraum von 2017 bis 2021 nur für Immobilien- und Ausstattungsinvestitionen ein geschätzter Finanzierungsbedarf in Höhe von insgesamt rund 44 Milliarden Euro bzw. 9 Milliarden Euro pro Jahr. Der Kapitalzugang kann daher zu einem kritischen Erfolgsfaktor in der Sozialwirtschaft werden. Dabei beeinflussen regionale und branchenspezifische Unterschiede die Finanzierungsbedarfe der einzelnen Unternehmen teilweise erheblich.

Die rückläufige öffentliche Förderung hat bereits in der Vergangenheit dazu geführt, dass die Unternehmen in der Sozialwirtschaft einen immer größer werdenden Teil ihrer Investitionen mit Eigen- und Fremdkapital finanzieren müssen. Generell steht ihnen

hierzu unabhängig von der Trägerschaft eine Vielzahl an Finanzierungsinstrumenten zur Verfügung. Lediglich die Aufnahme von Beteiligungskapital kommt für gemeinnützige Unternehmen nicht in Frage, da eine Gewinnausschüttung gemäß Gemeinnützigkeitsrecht in der Regel nicht zulässig ist. Die großen freigemeinnützigen und privat-gewerblichen Träger verfolgen in der Regel sehr unterschiedliche Finanzierungsstrategien. Während Kredite neben Fördermitteln und Eigenkapital das mit Abstand wichtigste Finanzierungsinstrument der freigemeinnützigen Unternehmen sind, setzen die großen privat-gewerblichen Unternehmen verstärkt auf Mittel des Kapitalmarktes. Vor dem Hintergrund des großen Kapitalbedarfs in den nächsten Jahren könnten die Finanzierungsstrategien der Unternehmen mit einem ausschließlichen Fokus auf dem Kreditmarkt an ihre Grenzen stoßen. Die Erhöhung der regulatorischen Anforderungen hat bei Banken zu einer restriktiveren Kreditvergabepraxis und zu einer größeren Risikoaversion geführt. Finanzierungsengpässe bestehen bereits heute bei der Akquisitions- und Innovationsfinanzierung sowie bei großvolumigen Investitionsprojekten.

Durch eine Verschlechterung der Rahmenbedingungen bezüglich der Gewinnerzielungsmöglichkeiten würde für eine Reihe von Unternehmen, insbesondere für freigemeinnützige, der Zugang zum Kredit- und Kapitalmarkt stark eingeschränkt. Bis 2030 hätte dies eine Forcierung der Privatisierung in den Märkten der Sozialwirtschaft zur Folge. Oligopolstrukturen werden sich bei einer deutschlandweiten Betrachtung nicht herausbilden. Regional sind diese jedoch nicht auszuschließen. Zudem wird die Konzentration deutlich zunehmen, und ein Großteil der Einrichtungen wird sowohl auf regionaler als auch auf nationaler Ebene in Konzernstrukturen organisiert sein.

Für die Zukunft existieren eine Reihe von Herausforderungen bzw. Handlungsfelder. Diese sind nicht nur auf die Unternehmen beschränkt. Auch die Politik und die Finanzinstitute sind gefordert. Für die Politik besteht in der Schaffung langfristiger und verlässlicher Rahmenbedingungen im Ordnungs- und Leistungsrecht eines der wesentlichen Handlungsfelder. Diese müssen für alle Trägerschaften (öffentlich, freigemeinnützig und privat-gewerblich) ein nachhaltiges Wirtschaften und das Erzielen angemessener Gewinne ermöglichen, um die erforderlichen Mittel des Kredit- und Kapitalmarktes generieren zu können und nötige Innovationen, die zu einer Verbesserung der Versor-

ungsstruktur und -qualität beitragen, voranzutreiben. Auf der Gegenseite ist auch die Verbesserung der Zugangsbedingungen für private Kapitalgeber unabdingbar. Im Zuge der Finanzmarktregulierung wurden die Anforderungen für die Auflegung von Finanzierungsinstrumenten signifikant erhöht. Für institutionelle Investoren, wie z. B. Versicherungen und Pensionskassen, wurden zudem im Jahr 2016 Anreize für Investitionen im Bereich Infrastrukturanlagen, wie z. B. Windkraftanlagen und Straßen, gesetzt. Die Einrichtungen der Sozialwirtschaft sind hiervon jedoch ausgenommen. Kritisch ist auch zu sehen, dass die Kalkulation der Leistungsentgelte der Krankenhäuser keine Aufwendungen für Zinsen berücksichtigt.

Nicht neu sind die Diskussionen über eine zukunftsfähige Reform des Gemeinnützigkeitsrechts. Zuletzt hat Anfang 2016 das sogenannte Gewinnerzielungsverbot für die Wohlfahrtspflege zu einer großen Verunsicherung geführt; die diesbezüglichen restriktiven Anforderungen hat das Bundesfinanzministerium Ende 2017 weitgehend wieder entschärft. Das Gemeinnützigkeitsrecht gilt es so auszugestalten, dass die Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen erhalten bleibt.

Ein wichtiges Handlungsfeld für die Unternehmen besteht in der Weiterentwicklung der Geschäftsmodelle und der Integration von digitalen Angeboten bzw. Dienstleistungen. Der Nachweis und die Sicherstellung einer hohen Leistungs- und Betreuungsqualität werden eine zentrale Rolle einnehmen. In den Geschäftsmodellen werden ambulante Leistungen sowie Präventions- und Nachsorgeangebote eine immer größere strategische Bedeutung gewinnen. Dabei stehen die traditionellen Anbieter in den einzelnen Märkten stärker mit neuen Akteuren, wie z. B. der Wohnungswirtschaft und Technologiefirmen, im Wettbewerb. Zudem ist davon auszugehen, dass die Versorgungssteuerung zukünftig über Plattformen ggf. branchenfremder Unternehmen, welche mit den Kostenträgern und Leistungsanbietern Kooperationsvereinbarungen abschließen, erfolgt.

Der bereits bestehende Fachkräftemangel wird sich zukünftig weiter verschärfen. Für die Gewinnung und Bindung der erforderlichen Fachkräfte sind angemessene Gehälter, attraktive Arbeitsbedingungen sowie umfassende Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten erforderlich.

Ein erfolgreicher Zugang zum Kreditmarkt bedingt für die Unternehmen, sich auf die damit verbundenen Anforderungen einzustellen. Dies sind neben einer guten Bonität und angemessenen Sicherheiten insbesondere eine professionelle Finanzplanung und ein darauf aufbauender Nachweis der Kapitaldienstfähigkeit. Für den Kapitalmarktzugang sind darüber hinaus eine hohe Transparenz und eine gute Finanzkommunikation von Bedeutung.

Insbesondere für die gemeinnützigen Unternehmen ist die Erschließung der in den eigenen Strukturen vorhandenen Ertrags- und Kostensenkungspotenziale ein Handlungsfeld. Hierzu zählen die bessere Vernetzung der eigenen Angebote und der Abbau von Doppelstrukturen. Zudem setzt die erfolgreiche Bewältigung der vielfältigen Herausforderungen eine zeitnahe Entscheidungsfindung und -umsetzung voraus. Dazu bedarf es einer weiteren Professionalisierung der Corporate-Governance-Strukturen.

Die Herausforderungen der Finanzinstitute bestehen darin, die Bedürfnisse der Unternehmen in der Sozialwirtschaft zu identifizieren und die vorhandenen Finanzierungsinstrumente auf diese zu adaptieren. Darüber hinaus müssen diese als Intermediär zwischen den Unternehmen und der Sozialwirtschaft nahestehenden Investoren bzw. dem Kapitalmarkt fungieren. Dies kann beispielsweise durch innovative Finanzprodukte wie Mezzanine Fonds oder Kreditfonds erfolgen.

Einleitung

Dieser Report richtet sich an Leistungsanbieter, Investoren und Finanziers insbesondere in den Geschäftsfeldern Altenhilfe, Krankenhaus und Rehabilitation sowie an die politischen Entscheider auf Bundes- und Länderebene. Er gliedert sich in drei Kapitel.

Zunächst gibt Kapitel 1 einen Überblick über Trends in der Sozialwirtschaft, welche die Basis für einen fortschreitenden Konzentrationsprozess bilden. Konkrete Markt- und Branchenveränderungen werden in Kapitel 2 aufgezeigt. Dazu betrachtet Kapitel 2.1 grundlegende Strategievarianten von Sozialunternehmen und arbeitet Gegensätze und Gemeinsamkeiten in der strategischen Ausrichtung großer freigemeinnütziger und privat-gewerblicher Anbieter heraus. Die Spezifika der Konsolidierungs- und Konzentrationsprozesse stehen im Fokus von Kapitel 2.2. Danach werden in Kapitel 2.3 der Kapitalbedarf und die Finanzierungsstrategien der Akteure untersucht: Welche Investitionsanlässe und welcher Kapitalbedarf werden gesehen? Welche Finanzierungsinstrumente kommen zum Einsatz und wo drohen Finanzierungslücken?

Aus den gewonnenen Erkenntnissen wird in Kapitel 2.4 ein Szenario für die Sozialwirtschaft im Jahr 2030 entworfen. Dieses sieht eine weiter zunehmende Bedeutung des Kredit- und Kapitalmarktes für die Investitionsfinanzierung in der Sozialwirtschaft und die Gefahr einer Kreditklemme insbesondere für freigemeinnützige Unternehmen. Der Report formuliert die Konsequenzen hinsichtlich Branchen- und Versorgungsstrukturen. Aus den Prognosen leiten die Autoren in Kapitel 3 schließlich zentrale Herausforderungen und Handlungsfelder für die Politik, die Sozialunternehmen und die in der Sozialwirtschaft aktiven Finanzinstitute ab.

Neben Literatur- und Statistikauswertungen sowie eigenen Erhebungen basieren die Ausführungen auf den Erkenntnissen aus persönlichen Interviews und zwei Workshops mit Branchenexperten. Zum Kreis der Gesprächspartner gehörten Vertreter großer freigemeinnütziger und privat-gewerblicher Unternehmen aus den Sektoren Altenhilfe, Krankenhaus und Rehabilitation sowie Investoren, Berater, Analysten und Wissenschaftler (vgl. Anhang). Den Interviewpartnern und den Teilnehmern der Workshops gilt ein besonderer Dank.

1 Entwicklungen in der Sozialwirtschaft

Die kontinuierlich steigende Nachfrage u. a. nach Betreuung, Pflege und medizinischer Versorgung macht die Sozialwirtschaft zu einer wichtigen Säule des gesamtwirtschaftlichen Wachstums und des Arbeitsmarktes. Begrenzte finanzielle und personelle Ressourcen zügeln jedoch die Expansion des Angebots. Gleichzeitig verändern sich die Rahmenbedingungen der Leistungserbringung z. T. erheblich – insbesondere durch Reformmaßnahmen im Leistungs- und Ordnungsrecht auf Bundes- und Länderebene. Im Hinblick auf zentrale Bereiche der Sozialwirtschaft wartete die zurückliegende 18. Legislaturperiode mit einer beispiellosen Reformdichte auf. Im Fokus stehen eine Ambulantisierung und die Qualität der Leistungserbringung. Auch wird die Finanzierung notwendiger Investitionen tendenziell anspruchsvoller. Der Rückgang öffentlicher Fördermittel ist durch den Einsatz von Eigen- und Fremdkapital zu kompensieren. Dies setzt eine entsprechende Ertragskraft der Sozialunternehmen und das Erwirtschaften hinlänglicher Überschüsse voraus. Für beides engen sich die Möglichkeiten tendenziell ein.

Die Nachfrage nach medizinischer und pflegerischer Betreuung steigt dynamisch an. Sie verteilt sich auf ein zunehmend differenziertes Versorgungsspektrum.

Zentrale Sektoren der Sozialwirtschaft sind durch ein langjährig wachsendes Marktvolumen geprägt. So ist im Zeitraum 2011 bis 2015 die jahresdurchschnittliche Anzahl der Leistungsempfänger der Sozialen Pflegeversicherung um 21,5 Prozent auf etwa 2,9 Millionen Personen gestiegen.¹ Im gleichen Zeitraum hat sich die Zahl der stationären Krankenhausfälle um 4,6 Prozent auf rund 19,2 Millionen² und die Fallzahl in der stationären Rehabilitation um 2,3 Prozent auf etwa 2 Millionen erhöht.³

Während diese Ausweitung der Leistungserbringung im Bereich des Wohnens und der Pflege von Senioren mit einem Ausbau der Kapazitäten im Sinne zusätzlicher Einrichtungen und Plätze einhergeht, ist insbesondere in den Sektoren Krankenhaus und Re-

¹ Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2017a)

² Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2016a)

³ Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2016b)

habilitation ein leichter Rückgang der Einrichtungs- und Bettenzahlen festzustellen. Insbesondere im Krankenhaussektor resultiert diese Entwicklung aber nur zum Teil aus der Schließung von Einrichtungen, sondern vielmehr aus der Bildung von Einrichtungsverbänden, die statistisch mittels Institutskennezeichen einheitlich erfasst werden (vgl. Kapitel 2.2).

Erheblich an Bedeutung gewinnen in allen Branchen teilstationäre und ambulante Angebote. Im Pflegesektor expandieren die teilstationäre Tagespflege, ambulante Pflegedienste und die verschiedenen Formen des Wohnens mit optionaler ambulanter Betreuung und Pflege (z. B. ambulant betreute Wohngemeinschaften) seit Jahren sehr kräftig. Im Krankenhaussektor zeigt sich diese Entwicklung im deutlichen Zuwachs der Medizinischen Versorgungszentren und der Zahl ambulanter Operationen. Auch die Zahl ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen ist erheblich gestiegen.

Auf regionaler Ebene verlaufen die Angebots- und Bedarfsentwicklungen z. T. sehr unterschiedlich. Gründe hierfür sind u. a. Diskrepanzen in der demografischen Entwicklung sowie unterschiedliche Strategien einzelner Bundesländer und Kommunen für die Entwicklung der Versorgungsstrukturen.

Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung, abnehmender informeller Unterstützungspotenziale z. B. durch Familienangehörige sowie zusätzlicher Behandlungsmöglichkeiten auf Basis des medizinisch-technischen Fortschritts ist für die einzelnen Geschäftsfelder der Sozialwirtschaft auch künftig ein bedeutender Anstieg der Nachfrage und – bei entsprechenden Rahmenbedingungen – auch des Angebots zu erwarten.

So wird sich nach Erkenntnis verschiedener Untersuchungen die Zahl der Pflegebedürftigen bis 2030 auf mindestens 3,5 Millionen erhöhen.⁴ Gegenüber 2015 entspräche dies einem Anstieg um mehr als 20 Prozent. Für den gleichen Zeitraum wird ein Zuwachs der stationären Krankenhaufälle um mindestens 5 Prozent auf rund 20,2 Millionen Fälle

⁴ Vgl. Augurzky et al. (2015)

prognostiziert.⁵ Für den Bereich der Rehabilitation zeichnet sich eine Fallzahlerhöhung um etwa 3,5 Prozent auf rund 2,04 Millionen Fälle ab.⁶

Der Gesetzgeber forciert die Verlagerung von stationären Fällen in ambulante Bereiche.

Insbesondere im Pflege- und Krankenhaussektor forciert der Gesetzgeber eine Leistungsverlagerung von stationären Fällen in ambulante Bereiche. So veränderten die verschiedenen Pflegereformen seit 2008 die Leistungsansprüche an die Pflegekassen erheblich. In der Folge haben ambulante und teilstationäre Versorgungsformen unter finanziellen Gesichtspunkten stark an Attraktivität gegenüber der Heimunterbringung gewonnen. Für Krankenhäuser hat nicht nur der medizinische Fortschritt die Möglichkeiten zur Teilnahme an der ambulanten Leistungserbringung deutlich ausgeweitet. Maßgeblich waren auch entsprechend unterstützende Regelsetzungen, beispielsweise für ambulante Operationen, Medizinische Versorgungszentren, die ambulante spezialfachärztliche Versorgung, die Integrierte Versorgung sowie für die ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei regionaler Unterversorgung. Auch im Rehabilitationssektor ist eine merkliche Zunahme der ambulanten Versorgung festzustellen, die allerdings in erster Linie dem entsprechenden Bewilligungsverhalten der Kostenträger geschuldet ist.⁷ Je nach Wirksamkeit der Versorgungssteuerung werden ambulante Versorgungsformen auch künftig überproportional an Bedeutung gewinnen. Allerdings werden stationäre Pflegeeinrichtungen und Rehabilitationskliniken sowie stationäre Krankenhausbehandlungen weiterhin elementare Pfeiler der pflegerischen und medizinischen Versorgung sein. Jedoch sind die Betriebskonzepte und Geschäftsmodelle intensiv auf Weiterentwicklungsbedarfe zu prüfen (vgl. Kapitel 2.1).

Die Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung und von Immobilienstrukturen steigen merklich.

⁵ Vgl. Augurzky et al. (2017a)

⁶ Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2016b) und Hayer, J./Karapolat, N. (2016)

⁷ Vgl. Hayer, J./Karapolat, N. (2016)

Die Voraussetzungen zur Beteiligung an der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie die Leistungsvergütung sind in zunehmendem Maße von Qualitätsindikatoren abhängig. So soll mit dem am 1. Januar 2016 in Kraft getretenen Krankenhausstrukturgesetz die Qualität als neues Kriterium bei der Leistungsvergütung stationärer akutmedizinischer Versorgung und im Rahmen der Krankenhausplanung herangezogen werden. Vom Gemeinsamen Bundesausschuss bestimmte Indikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sind Leitfäden für die Krankenhausplanung auf Länderebene.

Im Pflegesektor verschärfen die Bundesländer insbesondere die ordnungsrechtlichen Vorgaben an die Gebäudequalität. Dies betrifft u. a. Höchstgrenzen für die Platzzahl pro Einrichtung insgesamt, eine Mindestquote für Einbettzimmer sowie Vorgaben für Wohnflächen und Barrierefreiheit. Für zahlreiche Bestandseinrichtungen sind entsprechend veränderte Rahmensetzungen mit einem erheblichen Sanierungs- und Investitionsbedarf verbunden. Neben den landesheimrechtlichen Vorgaben steigen die Hürden für den Neubau stationärer Pflegeeinrichtungen auch durch höhere Anforderungen beispielsweise der Energieeinsparverordnung und von Brandschutzverordnungen.

Der Fachkräftemangel wirkt immer stärker als limitierender Faktor für die adäquate Ausweitung von Versorgungsangeboten.

Parallel zur Ausweitung der Leistungsvolumina in zentralen Bereichen der Sozialwirtschaft steigt der Bedarf an qualifizierten Mitarbeitern. Von Oktober 2010 bis Oktober 2017 hat sich die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in den Wirtschaftszweigen Pflege und Soziales sowie Gesundheitswesen um rund 1,2 Millionen auf etwa 4,8 Millionen Personen erhöht. Dies entspricht einer durchschnittlichen jährlichen Wachstumsrate von 4,2 Prozent, die deutlich über der Steigerungsrate in der deutschen Gesamtwirtschaft in Höhe von 2,1 Prozent liegt.⁸ Seit Jahren wird es immer schwieriger, den steigenden Bedarf der Sozialwirtschaft an Mitarbeitern adäquat zu decken. Insbe-

⁸ Vgl. Bundesagentur für Arbeit (2010) und Bundesagentur für Arbeit (2017a)

sondere in den Gesundheits- und Pflegeberufen sind zum Teil akute Engpässe bei den benötigten Fachkräften feststellbar. So kamen laut der Fachkräfteengpassanalyse der Bundesagentur für Arbeit im Oktober 2017 auf 100 gemeldete Stellen für examinierte Altenpflegekräfte und -spezialisten⁹ im Bundesdurchschnitt lediglich 29 Arbeitslose. Die durchschnittliche Vakanzzeit der Stellenangebote lag mit 171 Tagen rund 68 Prozent über dem Durchschnitt aller Berufe auf Ebene der Fachkräfte und Spezialisten. In zentralen Beschäftigungsfeldern der Sozialwirtschaft – v. a. bei den Alten- und Krankenpflegekräften sowie den Ärzten – sinken die Arbeitslosen-Stellen-Relationen und steigen die Vakanzzeiten kontinuierlich.¹⁰ Für die kommenden Jahre und Jahrzehnte erwarten zahlreiche Studien eine weitergehende Verschärfung dieser Engpassentwicklung.

Die öffentliche Investitionsförderung verliert erheblich an Bedeutung.

Bei der direkten Finanzierung von Investitionen in der Sozialwirtschaft geraten Fördermittel der öffentlichen Hand zunehmend in den Hintergrund. In der stationären Pflege und der Rehabilitation erfolgt die Finanzierung bereits monistisch. Das heißt, sowohl die Betriebs- als auch die Investitionskosten sind aus der Vergütung der Leistungserbringung zu finanzieren. Somit bedarf es einer nahezu vollständigen Vor-Finanzierung von Investitionskosten mittels Eigen- und Fremdkapital.

Dagegen obliegt im dualen System der Krankenhausfinanzierung gemäß Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) den Bundesländern die Investitionsförderung der Plankrankenhäuser und der Hochschulkliniken. Zwar bestehen hinsichtlich Umfang und Form der KHG-Förderung deutliche Unterschiede zwischen den Ländern. Auch wurde das KHG-Fördermittelvolumen seit 2013 nominal – also in jeweiligen Preisen – wieder leicht erhöht. Jedoch kann insgesamt langfristig ein merklicher Rückgang der Bedeutung von KHG-Fördermitteln für die Investitionsfinanzierung von Krankenhäusern konstatiert werden. Für das Jahr 2015 zeigt das RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung auf,

⁹ Spezialisten mit Zusatzausbildung z. B. im Bereich klinische Geriatrie, Rehabilitation, palliative Versorgung oder Onkologie

¹⁰ Vgl. Bundesagentur für Arbeit (2017b)

dass das Gesamtvolumen der KHG-Fördermittel für Plankrankenhäuser (ohne Hochschulkliniken) mit rund 2,8 Milliarden Euro nur noch ca. 52 Prozent des insgesamt auf etwa 5,4 Milliarden geschätzten förderfähigen Investitionsbedarfs abdeckte. Nicht zuletzt vor dem Hintergrund der Schuldenbremse sei davon auszugehen, dass der langfristige Trend eines realen Wertverlustes der Fördermittel anhalten wird.¹¹

Entsprechend der nachlassenden Relevanz der öffentlichen Investitionsförderung gewinnt die Finanzierung über den Kredit- und Kapitalmarkt an Bedeutung für die Sozialunternehmen (vgl. Kapitel 2.3).

Die wirtschaftliche Situation der Einrichtungsträger entwickelt sich insgesamt stabil, jedoch mit deutlichen Unterschieden zwischen den Branchen sowie den Trägergruppen.

Trotz verschiedener Belastungsfaktoren haben sich zentrale Kennzahlen für die Wirtschaftlichkeit von stationären Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern in den letzten Jahren durchschnittlich leicht verbessert. Bei Rehabilitationskliniken dagegen bleibt die Situation insgesamt angespannt.

Auswertungen des Pflegeheim Rating Reports 2017 des RWI zeigen auf, dass sich die wirtschaftliche Situation der Pflegeheime zwischen 2012 und 2015 insgesamt positiv entwickelt hat. In diesem Zeitraum ist die EBITDAR-Marge bezogen auf die Gesamterlöse der Pflegeheime von 13,8 Prozent auf 14,4 Prozent gestiegen. Einen deutlichen Unterschied können die Autoren des Rating Reports zwischen der Ertragslage der freigemeinnützigen und der privat-gewerblichen Pflegeheimträger feststellen. Für 2015 weisen nur 5,5 Prozent der privat-gewerblichen Anbieter einen Jahresverlust aus; bei den freigemeinnützigen Trägern sind es dagegen 13,1 Prozent. Für die Heime in öffentlicher Trägerschaft liegt dieser Anteil bei neun Prozent. Unabhängig von der Trägerschaft weisen Pflegeheimketten nach den Untersuchungen des RWI durchschnittlich eine bes-

¹¹ Vgl. Augurzky et al. (2017a)

sere Wirtschaftlichkeit und eine geringere Ausfallwahrscheinlichkeit auf als Einzeleinrichtungen. Deutliche Unterschiede zwischen den Trägerschaftslagern sind hinsichtlich der Eigenkapitalquoten festzustellen. In 2015 betrug die durchschnittliche Eigenkapitalquote inkl. Sonderposten (Fördermittel) nach den Erhebungen des Rating Reports 16,4 Prozent für die privat-gewerblichen, 30,4 Prozent für die freigemeinnützigen und 40,2 Prozent für die öffentlichen Träger.¹²

Ertragslage und Kapitalstruktur der Krankenhäuser sind Untersuchungsgegenstände des jährlich erscheinenden RWI Rating Reports für diese Branche. Demnach lag der Durchschnittswert über alle Krankenhäuser für die EBITDA-Marge in 2015 bei 5,6 Prozent ohne die Berücksichtigung von KHG-Mitteln und bei 8,0 Prozent mit KHG-Mitteln. Privat-gewerbliche Kliniken wiesen mit 10,5 bzw. 11,8 Prozent im Schnitt eine deutlich bessere Ertragslage auf als freigemeinnützige (4,2/6,7 Prozent) und öffentliche (2,8/5,9 Prozent). Im Zeitverlauf hat sich die Ertragslage schwankend entwickelt. Über alle Träger betrachtet, konnten die Kliniken ihre EBITDA-Margen seit einem Tiefpunkt in 2012 (4,0/6,6 Prozent) kontinuierlich verbessern, dies jedoch mit abnehmender Dynamik (5,3/7,7 Prozent in 2015). Die Größe einer Klinik (gemessen an ihrer Bettenzahl) und die Zugehörigkeit zu einer Kette wirken sich zumindest bei freigemeinnützigen und privat-gewerblichen Trägern nicht signifikant auf die Ertragslage aus.¹³

Die zwei wesentlichen Determinanten für die wirtschaftliche Lage der Rehabilitationskliniken haben sich in den vergangenen Jahren gegensätzlich entwickelt. Während wie oben dargestellt die Anpassungen der Vergütungen unterhalb der entsprechenden Steigerungen der Kosten lagen, konnte die Auslastung der Betten deutlich verbessert werden. Im Gesamteffekt ergibt sich eine angespannte wirtschaftliche Situation der Einrichtungsträger. So sank der Median der Umsatzrendite (vor Steuern) von 1,5 Prozent in 2011 auf 1,3 Prozent in 2013. Die Spannbreite reichte im Jahr 2013 von - 22,5 Prozent bis + 15,4 Prozent. Dagegen steigerten die Rehabilitationskliniken ihre durchschnittliche Eigenkapitalquote von 23,4 Prozent im Jahr 2011 auf 25,3 Prozent im Jahr 2013. Deutliche

¹² Vgl. Augurzky et al. (2017b)

¹³ Vgl. Augurzky et al. (2017a)

Unterschiede hinsichtlich der wirtschaftlichen Lage sind zwischen den drei Trägergruppen festzustellen. So wiesen die öffentlichen Rehabilitationsträger im Zeitraum 2011 bis 2013 im Median durchgängig eine negative Umsatzrendite aus. Demgegenüber lag der entsprechende Wert bei freigemeinnützigen und privat-gewerblichen Trägern im positiven Bereich. Dabei hat sich die Lage der Privat-gewerblichen im Zeitverlauf von 2011 bis 2013 verbessert und bei den Freigemeinnützigen verschlechtert.¹⁴

Die Möglichkeiten zum Erwirtschaften von Überschüssen gestalten sich nach wie vor sehr restriktiv und werden tendenziell sogar weiter beschnitten. Insofern wird die Befähigung und Bereitschaft der Sozialsysteme zur Finanzierung von Überschüssen und Renditen zu einer politischen Kernfrage der Sozialwirtschaft.

Unter anderem hinsichtlich der Investitionsfinanzierung über den Kredit- und Kapitalmarkt ist eine entsprechende Ertragskraft und das Erwirtschaften hinlänglicher Überschüsse eine zentrale Voraussetzung. Für Sozialunternehmen bleibt dies weiterhin eine große Herausforderung, insbesondere aufgrund diesbezüglich restriktiv gestalteter rechtlicher Rahmenbedingungen.

So ist im bestehenden System regulierter Leistungsentgelte für die akutmedizinische Versorgung in Krankenhäusern selbst die Refinanzierung der Betriebskosten nicht gewährleistet, was die Möglichkeiten zum Generieren von Überschüssen als Basis erforderlicher Investitionsmittel stark begrenzt.¹⁵ Es bleibt abzuwarten, inwieweit die u. a. zur Verbesserung der wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser im Jahr 2015 beschlossene Reihe von Reformgesetzen (insbesondere das Krankenhausstrukturgesetz) zur Verbesserung dieser Situation beitragen kann. Denn erforderliche Konkretisierungen der einzelnen Regelungen wurden durch die Selbstverwaltungspartner noch nicht abschließend umgesetzt. Fest steht, dass für die Investitions- und Finanzierungsfähigkeit

¹⁴ Vgl. Hayer, J./Karapolat, N. (2016)

¹⁵ Vgl. Kunstmann, F./Hayer, J. (2014)

einer Klinik weiterhin Effizienzgewinne u. a. auf Basis leistungs- und vergütungsadäquater Einrichtungsstrukturen, einer strategischen Leistungsspezialisierung sowie Größenvorteilen in Konzernstrukturen maßgeblich sein werden (vgl. Kapitel 2.1).

Im Bereich der stationären Rehabilitation, in dem es keine gesetzlichen Vorschriften über die genaue Ausgestaltung der Vergütung, keine kollektivvertraglichen Regelungen und keinen Kontrahierungszwang gibt, ist der Preis ein Hauptkriterium für die Auswahl der zu belegenden Klinik durch die mit einer sehr großen Verhandlungsmacht ausgestatteten Rehabilitationsträger. Die Tatsache, dass Vergütungserhöhungen in den letzten Jahren tendenziell unterhalb der Kostensteigerungen lagen, verweist auch für die Rehabilitation auf sehr schwierige Rahmenbedingungen hinsichtlich des Erwirtschaftens angemessener Überschüsse und Renditen.¹⁶

Diese Möglichkeiten werden auch im Bereich der stationären Pflegeeinrichtungen durch Rechtsetzung- und Rechtsprechung tendenziell eingeschränkt. Bereits im September 2011 hat das Bundessozialgericht mit Urteilen zur Auslegung des § 82 SGB XI eine grundlegende Neuordnung der Investitionskostenrefinanzierung stationärer Pflegeeinrichtungen angestoßen. Demnach haben die Einrichtungsträger Anspruch auf die Refinanzierung ausschließlich von tatsächlich entstandenen oder von sicher im Berechnungszeitraum entstehenden Ausgaben. Unzulässig sind unter anderem Querfinanzierungen vom investiven Bereich in den operativen Betrieb und jegliche Gewinnerzielung im investiven Bereich. Auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts hat der Bundesgesetzgeber Ende 2012 mit einer Novellierung des § 82 SGB XI reagiert. Die Bundesländer sehen sich in unterschiedlichem Maße gefordert, die Regelungen ihrer Landesheimgesetze und Verordnungen zur Umlage von Investitionskosten auf die Heimentgelte an die Änderungen des § 82 SGB XI anzupassen. Besonders restriktiv ist dabei Nordrhein-Westfalen vorgegangen, was die Investitionsfinanzierung in diesem Bundesland bisher massiv beeinträchtigt.

¹⁶ Vgl. Hayer, J./Karapolat, N. (2016)

Für die noch bedeutsamere Erlössäule stationärer Pflegeeinrichtungen – die Erbringung von Pflege- und Betreuungsleistungen – verändert das Anfang 2017 in Kraft getretene Dritte Pflegestärkungsgesetz (PSG III) die Rahmenbedingungen für das Erwirtschaften von betriebsnotwendigen Überschüssen voraussichtlich spürbar. Künftig sollen alle Träger – nicht nur die tarifgebundenen – die Gehälter ihrer Beschäftigten bis auf Tarifniveau über den Pflegesatz refinanzieren können. Im Gegenzug können die Kostenträger von allen Anbietern weitgehende Transparenz über die tatsächlich gezahlten Gehälter fordern. Die vereinbarte Personalvergütung soll in vollem Umfang bei den Beschäftigten ankommen. Parallel dazu wird mit dem PSG III ebenfalls ausdrücklich klar gestellt, dass dem Betreiber eine Gewinnchance zusteht und seine unternehmerischen Risiken in der Vergütung berücksichtigt werden sollen. Wie diese Gewinnchance und die Wagniskompensation zu bemessen ist, hat der Gesetzgeber im Detail nicht vorgezeichnet, sondern der Aushandlung der Vertragspartner und im Streitfall der Entscheidung der Schiedsstelle überlassen. Sowohl eine Studie des IEGUS-Instituts zur Rechtslage und Quantifizierung der Vergütung des unternehmerischen Wagnisses in der stationären Pflege¹⁷ als auch die Begründung zu einem einschlägigen Urteil des Landessozialgerichts NRW vom 6. April 2017¹⁸ legen nahe, dass undifferenzierte Ansätze – wie die Gewinnchancen aus einer dem Pflegesatzangebot unterlegten Auslastungsquote von 98 Prozent oder ein pauschaler Gewinnzuschlag zwischen ein und vier Prozent – keine sachgerechte Basis für solche Aushandlungen sein können. Vielmehr sind allgemeine unternehmerische, branchen- und regionalspezifische sowie einrichtungsindividuelle Aspekte zu berücksichtigen. Diesem Ansatz folgend, kommt die genannte IEGUS-Studie zu einem regionalspezifischen Wagniszuschlag zwischen 4,84 Prozent und 5,62 Prozent zzgl. eines betrieblich-spezifischen Wagniszuschlags. Damit ist es mit einem im Vergleich zur Gesamtwirtschaft leicht überdurchschnittlichen Wagnis verbunden, als Unternehmer im Sektor der stationären Altenhilfe tätig zu sein. Es wird sich zeigen, ob bei den Vergütungsverhandlungen im Pflegesektor künftig tatsächlich die opportune Detailtiefe Anwendung findet und das unternehmerische Wagnis adäquat vergütet wird.

¹⁷ IEGUS Institut (2018)

¹⁸ AZ: L 5 P 3/16 KL

Generell befürchten die Anbieter, dass durch die Neuregelung künftig das Erwirtschaften von betriebsnotwendigen Überschüssen eher gefährdet sein könnte.

Nicht zuletzt weil sich die Perspektiven für eine Gewinnerzielung über eine hohe Auslastung vor dem Hintergrund der Neuregelungen des PSG II (neue Pflegegrade, veränderte Leistungssätze der Sozialen Pflegeversicherung, einrichtungseinheitliche Eigenanteile etc.) erheblich verschlechtert haben, ist es für die Wirtschaftlichkeit und Investitionsfähigkeit stationärer Pflegeeinrichtungen äußerst kritisch zu bewerten, wenn den Unternehmen kaum mehr Bereiche bleiben, um Überschüsse zu generieren. Denn diese werden zwingend benötigt, um Unternehmerrisiken aus Personalfuktuation, Belegungsschwankungen, Zahlungsausfällen etc. abzufedern sowie als Basis für Investitionen zum Erhalt und der Fortentwicklung der Unternehmen. Insofern entwickelt sich die Befähigung und Bereitschaft der Sozialsysteme zur Finanzierung von Überschüssen und Renditen zu einer politischen Kernfrage der Sozialwirtschaft.

2 Markt- und Branchenveränderungen in der Sozialwirtschaft

2.1 Strategische Ausrichtung der Marktakteure

Die in Kapitel 1 beschriebenen Entwicklungen in der Sozialwirtschaft verdeutlichen, dass der Strauß an Determinanten für die strategische Ausrichtung von Sozialunternehmen zunehmend vielfältiger und bunter wird. Der Umgang mit den zahlreichen Herausforderungen und Chancen bedarf zumeist einer konsequenten Weiterentwicklung der Leistungs- und Organisationsstrukturen.

Im Fokus der vorliegenden Strategieanalyse stehen große Sozialunternehmen in den Branchen Altenhilfe, Krankenhaus und Rehabilitation in Deutschland. Die Träger weisen einen Jahresumsatz zwischen 80 Millionen und 2,2 Milliarden Euro aus. Unternehmen mit einem Aktionsschwerpunkt auf Krankenhäusern liegen im oberen, reine Rehabilitationsträger im unteren Bereich dieser Bandbreite. Bei den in die Untersuchungen einbezogenen privat-gewerblichen Anbietern wird der Umsatz in erster Linie in nur einem Geschäftsfeld generiert. Dagegen erbringen die meisten der befragten freigemeinnützigen Sozialunternehmen als Komplexträger Leistungen in mehreren Sektoren. Neben Krankenhausversorgung, Altenhilfe und Rehabilitation erstrecken sich die unternehmerischen Aktivitäten auf die Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung, die Kinder- und Jugendhilfe, Bildungsangebote und Hospize.

In der Sozialwirtschaft sind drei grundlegende Varianten der Unternehmensstrategien zu unterscheiden:

- deutschland- bzw. europaweites Leistungsangebot
- regional differenziertes und vernetztes Leistungsangebot
- spezialisierte Nischenanbieter

Hinsichtlich der im Fokus dieses Reports stehenden Branchen Pflege, Krankenhaus und Rehabilitation sind alle drei Strategievarianten anzutreffen. Die Entwicklungsgeschichte und Zielsetzungen, der verbandliche oder konzernbezogene Kontext sowie weitere allgemeine und regionale Rahmenbedingungen des jeweiligen Unternehmens bzw. Geschäftsfelds determinieren die konkrete strategische Ausgestaltung auf betrieblicher Ebene.

Dabei ist eine deutschland- oder sogar europaweite Präsenz fast ausschließlich bei großen privat-gewerblichen Anbietern gegeben – z. B. Helios (Fresenius SE) und Asklepios im Krankenhaussektor, Alloheim und Pro Seniore in der Pflege sowie Median und Celenus in der Rehabilitation. Aus dem freigemeinnützigen Trägerschaftslager ist lediglich die Johanniter Seniorenhäuser GmbH deutschlandweit mit Angeboten des Wohnens und der Pflege von Senioren vertreten. Von Deutschland aus betrachtet spielen im Strategiefeld bundesweiter Angebote Konzerne aus dem europäischen Ausland eine immer größere Rolle. Beispiele sind die französischen Unternehmen Korian und Orpea, die über Töchter wie Curanum und Celenus Pflege- und Rehabilitationsleistungen anbieten (vgl. Kapitel 2.2).

Unabhängig von einer deutschlandweiten oder regional begrenzten Präsenz sind in der Sozialwirtschaft insbesondere solche Geschäftsmodelle von herausragender Bedeutung, bei denen das Leistungsangebot entsprechend standortbezogener Rahmenbedingungen differenziert gestaltet wird. Die Rahmenbedingungen werden u. a. durch die lokale Nachfrage, rechtliche Regelungen sowie die Wettbewerbs- und Arbeitsmarktsituation abgesteckt. Hieran sollten sich Faktoren wie Einrichtungsgrößen, Ambulantisierungsgrad und Schwerpunkte im medizinischen oder betreuenden Versorgungsspektrum ausrichten. Eine enge Vernetzung zu Anbietern in den gleichen Leistungsbereichen sowie auf vor- und nachgelagerten Versorgungsstufen ist eine elementare Voraussetzung für den Erfolg solcher Geschäftsmodelle. Regional differenzierte und vernetzte Leistungsangebote sind zumeist bei freigemeinnützigen Trägern vorzufinden. Aber auch privat-gewerbliche Unternehmen entwickeln ihre Angebote zunehmend in diese Richtung.

Hochspezialisierte Nischenanbieter spielen v. a. im Krankenhaussektor und in der Rehabilitation eine Rolle – etwa als Fachkliniken für spezielle Suchterkrankungen. Solche Einrichtungen haben häufig ein bundesweites Einzugsgebiet, oder sie sind als Fachkrankenhäuser für spezifische Krankheitsbilder sehr präzise in die örtliche Versorgungsstruktur eingebunden. Sie werden sowohl von privat-gewerblichen als auch freigemeinnützigen Trägern betrieben.

Der Unternehmenserfolg entscheidet sich unabhängig von der Trägerschaft und der Größe im regionalen bzw. lokalen Markt.

Von den im Rahmen dieses Reports betrachteten Branchen der Sozialwirtschaft sind insbesondere der Pflege- und Krankensektor in sehr hohem Maße als regionale bzw. lokale Märkte anzusehen. Dies bezieht sich sowohl auf die Leistungsnachfrage als auch auf das Arbeitskräfteangebot. Elementare Faktoren für den Erfolg im regionalen bzw. lokalen Markt sind ein bedarfsgerechtes und qualitativ hochwertiges Angebot, exzellente Kompetenz der vor Ort verantwortlichen Personen, ein hoher Vernetzungsgrad der Einrichtungen, eine besondere Attraktivität als Arbeitgeber sowie eine hinreichende unternehmerische Anpassungsfähigkeit – nicht zuletzt auf Basis einer probaten Sachverständigkeit, eines angemessenen Gestaltungswillens und der Wirksamkeit der Entscheidungsstrukturen und -strukturen. Im Vergleich dazu spielt die Zugehörigkeit zu einem bestimmten Verband oder zu einer größeren Kette eine untergeordnete Rolle.

Große Bedeutung für den Geschäftserfolg im regionalen Markt haben sektorbezogene oder auch sektorübergreifende Kooperationen und Vernetzungen. So können beispielsweise Krankenhäuser von einer interdisziplinären Abstimmung und Spezialisierung vor Ort profitieren.¹⁹ Für die vernetzten Sozialunternehmen besteht der Anreiz, durch entsprechende Kooperationen auch in einem wettbewerblich geprägten Marktumfeld das Patienten- bzw. Bewohneraufkommen und damit das Erlösvolumen zu stabilisieren oder zu steigern. Darüber hinaus lassen sich Effizienzsteigerungen realisieren, z. B. durch die gemeinsame Nutzung medizinischer Großgeräte und vorhandener Räumlichkeiten. Synergieeffekte können sich auch für den personalwirtschaftlichen Bereich ergeben. So ermöglichen Kooperationsnetzwerke z. B. das Teilen von Auszubildenden, die Einrichtung von Qualifizierungsnetzwerken und das Angebot eigener Fortbildungsmaßnahmen. Nicht zuletzt profitieren auch Patienten und betreute Personen, wenn sich durch die Zusammenarbeit der Anbieter die Qualität und Effizienz der Versorgung erhöhen.

¹⁹ Beispielsweise kooperieren im Rahmen des sog. „Oldenburger Modells“ seit über zwei Jahrzehnten zwei konfessionelle und ein städtisches Krankenhaus erfolgreich in der niedersächsischen Stadt.

Insbesondere bei kleineren bis mittelgroßen Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken mit einem hoch spezialisierten Leistungsportfolio ist eine enge Vernetzung mit den übrigen regionalen Angeboten zumeist ein entscheidender Erfolgsfaktor. Nur bei Spezialisten mit einem bundesweiten Einzugsgebiet ist die regionale Vernetzung i. d. R. weniger relevant.

Fruchten können die genannten Aspekte freilich nur, wenn der jeweilige Markt nachhaltig ein ausreichendes Geschäftspotenzial bietet. Bei Entscheidungen über die Neuschaffung, den Ausbau, die Veränderung oder auch grundsätzlich über die Fortsetzung oder das Beenden von Angeboten haben Sozialunternehmen einen Standort detailliert und regelmäßig auf den Prüfstand zu stellen. Dies gilt für freigemeinnützige genauso wie für privat-gewerbliche Träger. Jedes einzelne Angebot und jede Einrichtung muss für sich selbst dauerhaft wirtschaftlich tragfähig sein.

Neben der allgemeingültigen strategischen Maxime, dass sich der Unternehmenserfolg vor allem im regionalen bzw. lokalen Markt entscheidet, sind z. T. deutliche Unterschiede zwischen großen freigemeinnützigen und privat-gewerblichen Unternehmen festzustellen (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Unterschiede zwischen den Strategien großer freigemeinnütziger und privat-gewerblicher Unternehmen

	freigemeinnützige Unternehmen	privat-gewerbliche Unternehmen
Geschäftsgebiet	i. d. R. nur innerhalb definierter regionaler Grenzen aktiv	deutschlandweit aktiv
Angebots-/ Leistungsgestaltung	lokale vertikale Diversifikation	unternehmerische Aktivitäten sind (supra-)national organisiert, Angebote/Leistungen sind jeweils auf die lokalen Gegebenheiten angepasst („globale“ Strategie)
Branchen	Aktivitäten in mehreren Branchen	Spezialisierung auf eine Branche
Wachstum	Fokus: organisches Wachstum	Fokus: anorganisches Wachstum

Quelle: Eigene Darstellung

Die freigemeinnützigen Unternehmen sind oftmals nur innerhalb definierter regionaler Grenzen aktiv, in denen sie zumeist eine starke Marktstellung aufweisen. Sie nutzen i. d. R. lokale vertikale Diversifikationsstrategien.

Die Geschäftstätigkeit vieler freigemeinnütziger Anbieter ist historisch bedingt sowie aufgrund entsprechender Festlegungen in Satzungen und verbandlichen Regionalprinzipien auf definierte regionale Grenzen bezogen. Dies können beispielsweise Bundesländer oder anderweitig bestimmte Landesteile sein.

In ihren Wirkungsregionen verfolgen freigemeinnützige Träger i. d. R. lokale vertikale Diversifikationsstrategien. Dies bedeutet, dass bezogen auf eine Branche im Sinne einer Wertschöpfungskette ein differenziertes Angebotsspektrum vorgehalten wird. Für die Branche Altenhilfe beispielsweise kann dieses Spektrum eine Betreuung durch ambulante Pflegedienste, Betreutes Wohnen, ambulante betreute Wohngemeinschaften, teilstationäre Tagespflege sowie vollstationäre Kurzzeit- und Dauerpflege umfassen. Eine solche Leistungsvielfalt hat bei freigemeinnützigen Anbietern zumeist nicht nur historische Hintergründe, sondern ist auch ein zentrales, zukunftsbezogenes strategisches Element. Klumpenrisiken durch Monostrukturen können vermieden und Vorteile hinsichtlich einer Patienten- bzw. Kundensteuerung sowie weitere Potenziale – beispielsweise durch ein stark auf ambulante und teilstationäre Versorgung orientiertes Leistungsrecht der Sozialen Pflegeversicherung – realisiert werden. Darüber hinaus verstehen zahlreiche freigemeinnützige Anbieter die Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen zum Nutzen der betroffenen Personen und vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Herausforderung als eine ihrer genuinen Aufgaben. Im Bereich des Wohnens und der Pflege von Senioren ist beispielsweise das proaktive Voranbringen des Konzepts der Quartiersnahen Versorgung mit einem funktionierenden Zusammenwirken u. a. von professioneller Leistungserbringung und bürgerschaftlichem Engagement zu nennen. Aktuelle Ziele umfassen u. a. die Weiterentwicklung und sektorübergreifende Öffnung von stationären Pflegeeinrichtungen zu örtlichen Pflegezentren. Allerdings sind Fortschritte in der Versorgungssituation von hilfe- oder unterstützungsbedürftigen Personen kein exklusives Zielfeld freigemeinnütziger Sozialunternehmen. Vielmehr verfolgen auch manche privat-gewerblichen Anbieter offensiv diese Absicht.

Die großen privaten Unternehmen sind deutschlandweit aktiv und generieren Wettbewerbsvorteile durch die umfassende Nutzung von Skalen- und Verbundeffekten. Während die unternehmerischen Aktivitäten (supra-)national organisiert sind, ist die Strategie jeweils auf die lokalen Gegebenheiten angepasst („glokale“ Strategie).

Eine deutschlandweite – aber nicht flächendeckende – Präsenz mit Leistungsangeboten ist insbesondere bei großen privat-gewerblichen Sozialunternehmen vorzufinden. Über das Erschließen und Entwickeln einzelner Standorte entscheiden ökonomische Rahmenfaktoren. Hierzu zählen u. a. eine nachhaltig gesicherte Nachfrage entsprechend der örtlichen Perspektiven für Bedarf und Kaufkraft, die rechtlichen Rahmenbedingungen auf Landes- und kommunaler Ebene, die regionale Arbeitsmarkt- und Wettbewerbssituation sowie die Möglichkeiten zum Realisieren von Skalen- und Verbundeffekten durch Vernetzung mit Bestandseinrichtungen desselben Unternehmens.

Bei (supra-)national tätigen Anbietern sind die unternehmerischen Aktivitäten darüber hinaus in nationale und länderübergreifende Konzeptionen, Organisationen und Strategien eingebunden. Als Beispiele sind konzernübergreifende Aus- und Weiterbildungsaktivitäten, Austauschprogramme sowie ein zentrales Immobilien- und Finanzierungsmanagement zu nennen. Auch können Maßnahmen zur Weiterentwicklung von Versorgungskonzepten – beispielsweise für die Demenzbetreuung – wirkungsvoll und effizient auf Konzernebene – ggf. international – entwickelt und dann an den einzelnen Standorten zur Umsetzung gebracht werden.

Auch bei einem (supra-)nationalen Überbau unternehmerischer Aktivitäten stehen die privat-gewerblichen Anbieter vor der Herausforderung, die Angebote und Leistungen nachfragegerecht zu differenzieren und auf lokale Gegebenheiten anzupassen.

Gleiches gilt für das Integrieren der eigenen Einrichtungen und Angebote in lokale Versorgungsnetze. Dabei müssen Einrichtungen, die zu einer privat-gewerblichen Anbieterkette gehören, eine entsprechende Vernetzung häufig erst noch aufbauen. Bei frei-

gemeinnützigen Trägern, die zumeist schon seit Längerem vor Ort etabliert sind, sind solche Verflechtungen i. d. R. schon zu einem höheren Maße ausgeprägt.

Während freigemeinnützige Unternehmen häufig in mehreren Branchen aktiv sind, herrscht bei privat-gewerblichen Anbietern aktuell eine strikte Branchenfokussierung vor.

Unter anderem aufgrund ihres Selbstverständnisses oder Vorgaben in ihren Satzungen sind bei freigemeinnützigen Sozialunternehmen häufig geschäftsfeldübergreifende Angebotsstrukturen vorzufinden. Mit Verweis auf bestimmte Vorteile und Zielstellungen sowie abhängig von den regionalen Voraussetzungen ist zumeist keine Abwendung von diesen Geschäftsmodellen geplant.

So entspricht es den Zielen vieler freigemeinnütziger Sozialunternehmen, für die lokale Bevölkerung soziale Dienstleistungen möglichst für viele Lebenslagen anzubieten – z. B. Erziehung und Bildung, Jugendhilfe, Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung sowie medizinische und pflegerische Versorgung. Zudem wird einem differenzierten Angebot der Vorteil zugeschrieben, negative Veränderungen in den Rahmenbedingungen in einem Geschäftsfeld insgesamt besser verkraften zu können.

Die Angebote müssen aber nicht zwangsläufig durch einen „Komplexträger“ aus einer Hand erbracht werden. Sinnvoll können auch Kooperationen mit anderen (freigemeinnützigen) Akteuren sein. Erfolgreiche Vernetzungen fallen in Ballungsräumen aufgrund der größeren Anzahl von Anbietern i. d. R. leichter als in dünner besiedelten und ländlicheren Regionen. Die Entscheidung zur Beibehaltung bzw. Schaffung einer breiten, horizontal differenzierten Leistungspalette ist folglich in hohem Maße von den regionalen Gegebenheiten abhängig.

Eine strikte Branchentrennung ist dagegen bei privat-gewerblichen Anbietern vorherrschend. Begründet ist dies u. a. durch die erheblichen Unterschiede bzgl. der Aufgabefelder sowie der benötigten Managementbedarfe und Fachexpertise in den einzelnen Branchen. Der entsprechende Aufwand auf Unternehmensebene steigt parallel zu

der dynamisch zunehmenden Komplexität der Märkte – v. a. durch Veränderungen in den rechtlichen Rahmenbedingungen. Hierdurch ist ein Agieren von kleinen und mittelgroßen Unternehmen in mehreren Branchen aufgrund personeller und finanzieller Restriktionen häufig eine besondere Herausforderung. Größere Konzerne bewerten den Aufwand eines branchenübergreifenden Managements zumeist als unmäßig gegenüber dem potenziellen Nutzen. Hinzu kommt, dass kapitalstarke private Investoren zumeist nicht an einer Diversifizierung ihres Portfolios interessiert sind. Skaleneffekte werden von diesen ausschließlich durch Konzentration auf einzelne Marktsegmente angestrebt.

Die strikte Branchenfokussierung eines Unternehmens bedeutet nicht, dass ein Geschäftsfeld nur mit einem einzigen Angebot bewirtschaftet wird, beispielsweise die Altenhilfe ausschließlich mit stationären Pflegeeinrichtungen. Im Gegenteil legen auch privat-gewerbliche Akteure zunehmend Wert auf eine vertikale Differenzierung ihrer Angebote innerhalb einer Branche.

Während bei großen freigemeinnützigen Unternehmen ein organisches Wachstum im Fokus steht, expandieren große privat-gewerbliche Unternehmen im Wesentlichen durch Zukäufe im Rahmen einer Buy-and-Build-Strategie in Verbindung mit einem organischen Wachstum.

Deutliche Unterschiede zwischen freigemeinnützigen und privat-gewerblichen Unternehmen sind hinsichtlich der Umsetzung der Expansionsziele durch organisches oder anorganisches Wachstum festzustellen.

Bei den meisten freigemeinnützigen Sozialunternehmen steht ein organisches Wachstum klar im Fokus. Übernahmen von Bestandseinrichtungen werden nur sehr selektiv vorgenommen. Sie bleiben i. d. R. auf die für das eigene Unternehmen festgelegten regionalen Grenzen beschränkt. Zudem berichten große freigemeinnützige Sozialunternehmen insbesondere aus dem Pflege- und Krankenhaussektor, dass von dem grundsätzlich breiten Angebot an Übernahmemöglichkeiten tatsächlich nur ein kleiner Teil die Voraussetzungen und Perspektiven für eine nachhaltig sinnvolle Integration in das eigene Unternehmen mitbringt. Dennoch findet auch im freigemeinnützigen Träger-

schaftslager anorganisches Wachstum statt. So können durch gezielte Übernahmen im Hinblick auf das eigene Leistungsportfolio Lücken geschlossen und Entwicklungspotenziale zeitnah realisiert werden. Auch werden vereinzelt freigemeinnützige Unternehmen übernommen, um durch den Zusammenschluss mit einem stärkeren Partner deren Zukunftsfähigkeit zu sichern.

Für eine weitergehende, externe Expansionsstrategie fehlen den freigemeinnützigen Unternehmen allerdings häufig wesentliche Voraussetzungen. Unzureichende Erfahrungen mit der Umsetzung entsprechender Transaktionsprozesse können noch relativ einfach durch externe Beratung kompensiert werden. Schwerer wiegt ein Mangel an sachkundigen Entscheidungsträgern und schlanken Entscheidungsstrukturen als Voraussetzungen für kompetente und zügige Beschlussfassungen. Das größte Hemmnis für einen höheren Grad an anorganischem Wachstum freigemeinnütziger Unternehmen ist jedoch die Finanzierung. Sehr häufig fehlen die Voraussetzungen, um geeignete Instrumente des Kapitalmarktes zu nutzen (vgl. Kapitel 2.3).

Bei großen privat-gewerblichen Sozialunternehmen sind die genannten Einschränkungen selten vorzufinden. Ihre entsprechenden Spielräume für Unternehmensübernahmen verbunden mit ihrer bundesweit ausgerichteten Geschäftsstrategie führen dazu, dass ein anorganisches Wachstum für sie eine große Relevanz hat. Im Rahmen der Buy-and-Build-Strategie werden komplementäre Unternehmen übernommen und in einer größeren Unternehmensgruppe zusammengeführt. In den letzten Jahren hat für privat-gewerbliche Unternehmen im Bereich des Wohnens und der Pflege von Senioren aber auch ein organisches Wachstum zunehmend an Bedeutung gewonnen. An interessanten Standorten werden Grundstücke erworben und eigene Einrichtungen errichtet.

Die grenzüberschreitende Expansion von Sozialunternehmen ist in allen europäischen Ländern bisher auf wenige Ausnahmen beschränkt. Aufgrund der besonderen Rahmenbedingungen der sozialwirtschaftlichen Märkte in Deutschland bei gleichzeitig nur noch eingeschränkten Wachstumspotenzialen im jeweiligen Heimatmarkt hat Deutschland in den vergangenen Jahren privat-gewerbliche Betreiber aus anderen europäischen Ländern angezogen (vgl. Kapitel 2.2). Umgekehrt bieten die europäischen Staaten für

deutsche Sozialunternehmen kaum Zugkraft. Die wenigen grenzüberschreitenden Engagements freigemeinnütziger Träger sind weniger explizit strategisch unterlegt als vielmehr auf individuellen Verbindungen zu Akteuren im jeweiligen Land begründet.

Umsatzwachstum alleine ist kein Erfolgsfaktor. Wesentlich ist die Ertragsstärke.

Neben den Festlegungen für das Geschäftsgebiet, die Branchendiversifizierung bzw. -fokussierung und für einen Schwerpunkt auf organischer oder anorganischer Expansion ist insbesondere die Zielvorgabe für die zu erreichende Größe des eigenen Unternehmens bzw. Konzerns ein entscheidendes Element der Strategie. Neben einigen trägerbezogenen Unterschieden sind auch hier viele Gemeinsamkeiten festzustellen.

Hierzu zählt, dass Umsatzwachstum alleine kein hinreichender Garant für den wirtschaftlichen Erfolg eines Trägers ist. Möglichkeiten für die Steigerung von Skalierungseffekten durch Größenwachstum sind bei Sozialunternehmen vergleichsweise schnell erschöpft. Insbesondere ist ein Anstreben von Skalierungseffekten ohne ausreichenden Bezug zu den lokalen Marktgegebenheiten als problematisch anzusehen.

Deshalb steht unter der Maxime „Qualität vor Quantität“ bei den meisten Trägern mittlerweile eine selektive Wachstumsstrategie mit qualitativ hochwertigen und strategisch sinnvollen Erweiterungen oder Zukäufen im Fokus. Entscheidend sind u. a. zukunftsfähige Leistungsangebote und Bedarfsfelder, die nachhaltig positive Deckungsbeiträge versprechen, sowie eine möglichst schon funktionierende Einbindung in regionale Versorgungsnetze.

Die Unternehmensgröße hat einen entscheidenden Einfluss auf die Wettbewerbs- und Investitionsfähigkeit.

Allerdings sind sich sowohl privat-gewerbliche als auch freigemeinnützige Akteure der generellen Bedeutung der Unternehmensgröße für ihre Zukunftsfähigkeit bewusst.

So sind im Krankenhaussektor aus Gründen der Qualitätssicherung bestimmte Fallzahlen und das Einhalten fachärztlicher Mindestbesetzungsregelungen die Zugangsvoraussetzungen zu einigen Leistungsfeldern. Zudem kann bei Verhandlungen mit Kostenträgern, z. B. im Rahmen von Selektivverträgen, ein signifikanter regionaler und zunehmend auch ein hoher nationaler Marktanteil ein entscheidender Vorteil oder sogar eine zwingende Voraussetzung sein.

Auch für die Attraktivität als Arbeitgeber kann die Unternehmensgröße und u. U. die Einbindung in eine Konzernstruktur Vorteile bieten. Beispielsweise bieten sich in größeren Unternehmenseinheiten i. d. R. bessere Weiterbildungsmöglichkeiten für ärztliches Personal und Karriereperspektiven.

Die Bedeutung der Unternehmensgröße steigt auch aufgrund der zunehmenden Komplexität der Märkte. Zur Bewältigung der immer schnelleren und kleinteiligeren Veränderungen in den rechtlichen Rahmenbedingungen auf Bundes- und Länderebene bedarf es zumeist entsprechender Stabsstellen. Hinzu kommen steigende Anforderungen an die Weiterentwicklung des Unternehmens, z. B. hinsichtlich der Digitalisierung, Angebotsinnovationen und Marketingmaßnahmen. Mit der Unternehmensgröße steigt die Tragfähigkeit entsprechender Overheadkosten.

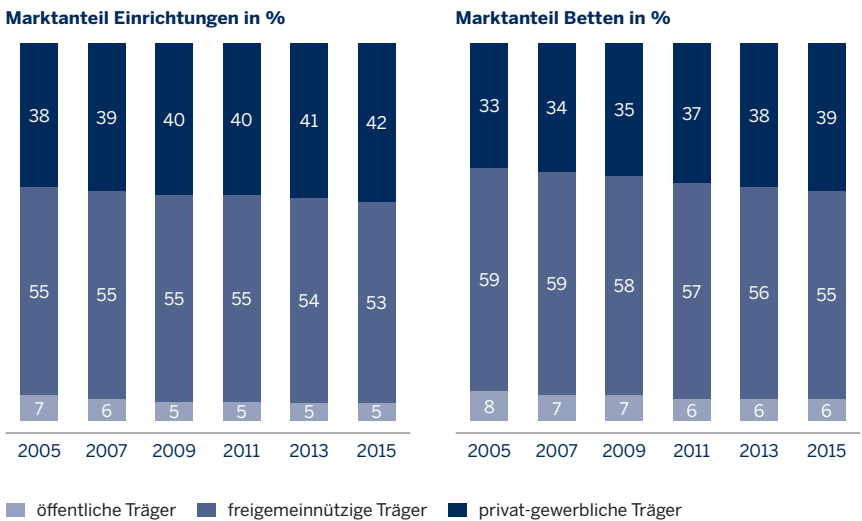
Nicht zuletzt ist die Betriebsgröße ein wichtiger Faktor für die Finanzierung von Investitionen und Innovationen. Kleine und mittlere Unternehmen haben einen restriktiven Zugang zum Kapitalmarkt. Sie sind zumeist in hohem Maße auf Bankkredite angewiesen. Außerdem ist die operative Tätigkeit im jeweiligen Kerngeschäft i. d. R. ihre einzige Ertragsquelle. Dagegen sind bei größeren Unternehmen regelmäßig Finanzerträge und sonstige Erträge – z. B. aus Vermietung und Verpachtung – vorhanden.

2.2 Konsolidierungs- und Konzentrationsprozess

Der Konsolidierungs- und Konzentrationsprozess in den Märkten der Sozialwirtschaft schreitet voran.

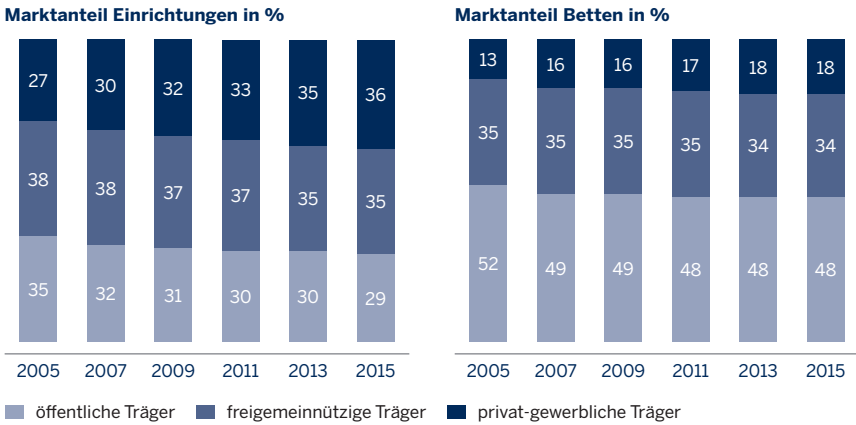
Ein Blick auf die Trägerstruktur in den Märkten der Sozialwirtschaft zeigt im Zehnjahreszeitraum (2005 bis 2015) eine signifikante Zunahme des Marktanteils der privat-gewerblichen Träger sowohl in Bezug auf Einrichtungen als auch auf Betten bzw. Plätze. Eine Ausnahme ist lediglich der Rehabilitationsmarkt, in dem der Anteil der privat-gewerblichen Träger im Vergleich mit den anderen Märkten bereits in der Vergangenheit deutlich höher lag (vgl. Abbildungen 1 bis 3).

Abbildung 1: Entwicklung der Trägerschaftsanteile im stationären Pflegemarkt im Zeitraum von 2005 bis 2015



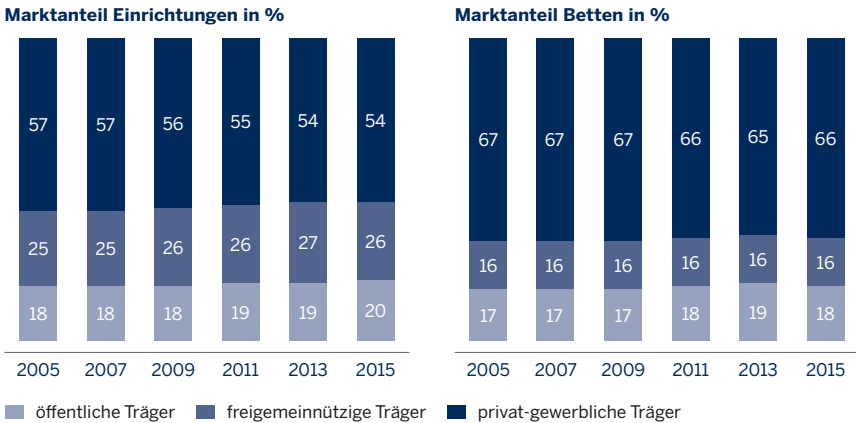
Quelle: Statistisches Bundesamt (2007, 2009, 2011, 2013, 2015 und 2017a), eigene Berechnungen.

Abbildung 2: Entwicklung der Trägerschaftsanteile im Krankenhausmarkt im Zeitraum von 2005 bis 2015



Quelle: Statistisches Bundesamt (2006a, 2008a, 2010a, 2012a, 2014a und 2016a), eigene Berechnungen.

Abbildung 3: Entwicklung der Trägerschaftsanteile im stationären Rehabilitationsmarkt im Zeitraum von 2005 bis 2015



Quelle: Statistisches Bundesamt (2006b, 2008b, 2010b, 2012b, 2014b und 2016b), eigene Berechnungen.

Zu beachten ist hierbei die unterschiedliche Entwicklung der Kapazitäten auf den einzelnen Märkten. Während auf dem Krankenhaus- und Rehabilitationsmarkt im betrachteten Zeitraum die Anzahl der Einrichtungen und Betten rückläufig war, wurden die Kapazitäten auf dem Pflegemarkt infolge der demografischen Entwicklung deutlich ausgebaut.

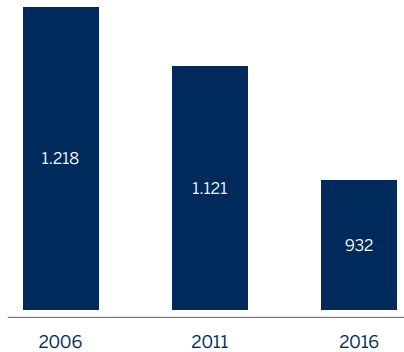
Neben der Veränderung der Trägerstruktur ist in der Sozialwirtschaft seit vielen Jahren eine stetige Konsolidierung und Konzentration in den Märkten zu beobachten. Am Markt finden regelmäßig Fusionen und Akquisitionen von Einrichtungsträgern bzw. Unternehmen statt, um u. a. Synergien zu heben und die Wettbewerbssituation zu stärken. Hierbei spielen u. a. der steigende Wettbewerbsdruck sowie die angespannte wirtschaftliche Situation vieler Einrichtungsträger eine wesentliche Rolle (vgl. Kapitel 1). Die Entwicklung in den einzelnen Märkten wird im Folgenden kurz dargestellt.

Krankenhausmarkt

Die Anzahl der Krankenhäuser hat sich nach der amtlichen Statistik des Statistischen Bundesamtes im Zeitverlauf von 2006 bis 2016 von 2.104 auf 1.951 und folglich um 113 bzw. rund 7 Prozent reduziert. Hierbei ist zu beachten, dass mit dem Rückgang nicht grundsätzlich die Schließung von Einrichtungen verbunden war. Vielmehr verbergen sich dahinter oftmals Zusammenlegungen von Standorten zu Wirtschaftseinheiten.²⁰ Deutlich größer war der Rückgang der Anzahl der Träger. Hier ist eine Verringerung von 1.218 im Jahr 2006 auf 932 im Jahr 2016 festzustellen. Dies entspricht einer Verringerung von 286 bzw. rund 23 Prozent (vgl. Abbildung 4).

²⁰ Krankenhäuser, die über mehrere Standorte, aber nur über ein einheitliches Institutskennzeichen verfügen, werden in der Statistik nur einmal gezählt. Die Anzahl der tatsächlichen Marktaustritte bzw. Schließungen lag beispielsweise im Zeitraum von 2006 bis 2013 bei 48 Krankenhäusern (nach dem Statistischen Bundesamt lag der Rückgang bei 108 Einrichtungen); vgl. Preusker et al. (2014).

Abbildung 4: Entwicklung der Zahl der Krankenhausträger im Zeitraum von 2006 bis 2016



Quelle: Augurzky et al. (2013), Statistisches Bundesamt (2017b), eigene Berechnungen und Recherchen.

Die Dynamik des Konsolidierungsprozesses hat in den letzten Jahren zugenommen. Lag der Rückgang der Anzahl der Krankenhausträger im Zeitraum von 2006 bis 2011 bei 97 bzw. 8 Prozent, so waren es im nachfolgenden Fünfjahreszeitraum 189 bzw. 17 Prozent. Von den aktuell am Markt tätigen 932 Trägern sind 296 der öffentlichen, 338 der freigemeinnützigen und 298 der privat-gewerblichen Trägerschaft zuzuschreiben. Ein signifikantes Fortschreiten von Krankenhausprivatisierungen war in der jüngsten Vergangenheit nicht zu beobachten. Vielmehr sind die meisten Akquisitionen, Fusionen und Zusammenschlüsse in den letzten Jahren innerhalb der eigenen Trägerart zu konstatieren. Im Bereich der freigemeinnützigen Träger kam es sogar vereinzelt zu Fusionen über bisher kaum überwindbare Konfessionsgrenzen hinweg.²¹ In geringem Maße sind Akquisition von insolventen Krankenhäusern durch (ausländische) Strategen festzustellen.²² Hierbei stand im Vordergrund, durch den Kauf eines Krankenhauses die Voraussetzungen für den Erwerb von Medizinischen Versorgungszentren zu schaffen.

²¹ Ein Beispiel ist der Erwerb der katholischen Klinik Neu-Mariahilf durch das evangelische Krankenhaus Weende im Jahr 2014 in Göttingen.

²² Ein Beispiel ist der Kauf des St. Marien Krankenhauses vom insolventen Südhessischen Klinikverbund durch die belgische börsennotierte Eurofins-Gruppe im Jahr 2016.

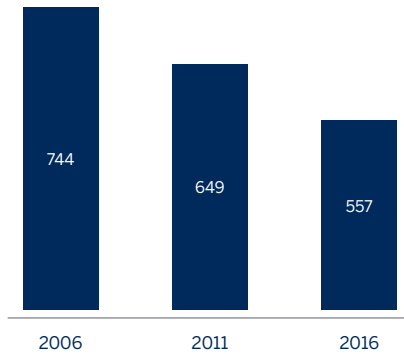
Einhergehend mit der abnehmenden Zahl von Einrichtungen und Einrichtungsträgern, hat sich auch der Anteil der Einzeleinrichtungen, d. h. der Einrichtungen, die keiner Klinikette oder Klinikgruppe²³ angehören, im Zeitverlauf deutlich verringert. Im Jahr 2006 lag der Anteil der Einzeleinrichtungen noch bei 40,3 Prozent. Bis 2016 hat sich der Anteil kontinuierlich um 5,5 Prozentpunkte auf 34,8 Prozent reduziert. Demzufolge gehören mittlerweile 65,2 Prozent der Kliniken zu einem Träger mit mindestens zwei Krankenhäusern. Dabei weisen die Krankenhäuser in privat-gewerblicher Trägerschaft mit 40,6 Prozent den höchsten Anteil an Einzeleinrichtungen auf. Hierunter befindet sich jedoch eine Vielzahl von Kliniken ohne Versorgungsvertrag und mit weniger als zehn Betten. Bei den freigemeinnützigen und öffentlichen Krankenhäusern liegt der Anteil der Solisten bei jeweils rund 32 Prozent. Die durchschnittliche Anzahl der Einrichtungen pro Träger hat sich im Zuge dieser Entwicklungen rein rechnerisch im Zeitverlauf von 1,7 auf 2,1 erhöht.

Rehabilitationsmarkt

Im Gegensatz zu den anderen Branchen in der Sozialwirtschaft liegt der Anteil der privat-gewerblichen Einrichtungen und Träger im Rehabilitationsmarkt traditionell deutlich höher. Die Entwicklung der Kapazitäten zeigt einen ähnlichen Verlauf wie im Krankenhausmarkt. So hat sich die Anzahl der Rehabilitationskliniken von 1.255 im Jahr 2006 auf 1.149 im Jahr 2016 verringert (- 8 Prozent). Bei den Trägern ist im Zeitraum von 2006 bis 2016 ein Rückgang von 744 auf 557 zu konstatieren. Folglich hat sich die Anzahl der Träger in diesem Zehnjahreszeitraum um rund 25 Prozent reduziert (vgl. Abbildung 5).

²³ Als Klinikette oder Klinikgruppe wird ein Unternehmen bezeichnet, welches mindestens zwei Kliniken betreibt.

Abbildung 5: Entwicklung der Zahl der Träger von Rehabilitationskliniken im Zeitraum von 2006 bis 2016



Quelle: Hayer und Karapolat (2016), Statistisches Bundesamt (2017b), eigene Berechnungen und Recherchen.

Diese unterteilen sich aktuell in 287 privat-gewerbliche, 190 freigemeinnützige und 80 öffentliche Träger. Die mit Abstand größte Konsolidierungsdynamik ist im Bereich der privat-gewerblichen Einrichtungsträger zu beobachten. Deren Anzahl hat sich von 427 im Jahr 2006 auf 287 im Jahr 2016 reduziert (- 33 Prozent). Hierzu beigetragen hat sowohl die Schließung von Einrichtungen als auch die ausgeprägte Expansionsstrategie einzelner privat-gewerblicher Träger. Ein prägnantes Beispiel sind die Median Kliniken. Mit den Entwicklungen einhergehend, hat sich der Anteil der Einzeleinrichtungen im betrachteten Zeitraum von 51,2 Prozent auf 39,6 Prozent verringert.

Pflegemarkt

Im Vergleich mit dem Krankenhaus- und Rehabilitationsmarkt ist zu beachten, dass der stationäre Pflegemarkt durch eine stetige Zunahme der Angebote und Kapazitäten geprägt ist. Allein im Zeitraum von 2011 bis 2015 hat sich die Anzahl der Pflegeheime von 12.354 auf 13.596 (+ 10 Prozent) sowie die Anzahl der verfügbaren Plätze von 875.549

auf 928.939 (+ 6 Prozent) erhöht.²⁴ Daten zur Entwicklung der Anzahl der Träger stehen für den Pflegemarkt nicht zur Verfügung. Jedoch deutet ein Vergleich der nach Betten größten Betreiber in den Jahren 2011 und 2016 auch im Pflegemarkt auf ein Voranschreiten des Konsolidierungs- bzw. Konzentrationsprozesses hin (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: Top 5 Betreiber in der stationären Pflege in den Jahren 2011 und 2016

Pflegemarkt (stationär) 2011		Pflegemarkt (stationär) 2016	
Träger/Betreiber	Marktanteil	Träger/Betreiber	Marktanteil
Pro Seniore Gruppe	2 %	Korian Gruppe	3 %
Kursana	2 %	Pro Seniore Gruppe	2 %
Johanniter	1 %	Orpea Gruppe	2 %
Curanum AG	1 %	Alloheim Gruppe	2 %
Marseille Kliniken AG	1 %	Kursana	2 %

Quelle: Angaben der Unternehmen, Statistisches Bundesamt (2013 und 2017a), eigene Berechnungen.

Kamen die Top 5 der Betreiber im Jahr 2011 auf einen Marktanteil von insgesamt 7 Prozent, so waren es im Jahr 2016 bereits 11 Prozent. Auffällig ist, dass sich aktuell keine freigemeinnützigen Träger mehr auf den vorderen Plätzen wiederfinden. Hierbei sind jedoch die föderalen Strukturen der Wohlfahrtsverbände mit einer Vielzahl rechtlich selbstständiger Gliederungen zu beachten. Wenn man diese aggregiert betrachtet, haben diese nach wie vor den mit Abstand größten Marktanteil im Bereich der stationären Pflege. So entfallen beispielsweise rund 12 Prozent der stationären Plätze auf den Deutschen Caritasverband und circa 14 Prozent auf die Diakonie Deutschland.²⁵

²⁴ Vgl. Statistisches Bundesamt (2013 und 2017a).

²⁵ Die regionalen rechtlich selbstständigen Gliederungen der Deutschen Caritas verfügten im Bereich der stationären Pflege am 31.12.2014 über 1.450 Einrichtungen mit Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI und 112.682 Betten bzw. Plätze; vgl. Deutscher Caritasverband e. V. (2015). Bei der Diakonie Deutschland waren es 1.890 Einrichtungen mit 133.955 Betten bzw. Plätzen zu Beginn des Jahres 2014; vgl. Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V. (2015).

Marktanteile hinzugewinnen konnten insbesondere die beiden französischen Betreibergruppen Korian und Orpea sowie Alloheim. Das kräftige Wachstum dieser Betreiber in den letzten Jahren fußt im Wesentlichen auf der Akquisition bereits bestehender privat-gewerblicher Unternehmensgruppen. Zu nennen sind beispielsweise die Übernahmen der Residenzgruppe Bremen sowie der Pflegegruppe Vitalis durch Orpea. Auch die meisten freigemeinnützigen Träger haben im betrachteten Zeitraum ihre Angebote ausgebaut. Dies geschah allerdings primär durch ein organisches Wachstum der Unternehmen. Zudem konnten sie mit der starken Expansion der großen privat-gewerblichen Träger nicht Schritt halten.

Aktuell wird die Konsolidierung/Konzentration im Bereich der privat-gewerblichen Träger insbesondere von internationalen Investoren sowie von supranationalen Unternehmen forciert.

Im Fokus des Konsolidierungs-/Konzentrationsprozesses standen in den letzten Jahren vor allem privat-gewerbliche Betreiber aus dem In- und Ausland, die durch Zukäufe ihre Marktanteile in den entsprechenden Branchen teilweise deutlich vergrößern konnten. Ein Blick auf die einzelnen Märkte zeigt jedoch deutliche Unterschiede bezüglich der Marktanteile der Top 5 Betreiber (vgl. Abbildung 6).

Abbildung 6: Top 5 Betreiber im Krankenhaus-, Rehabilitations- und Pflegemarkt im Jahr 2016

Krankenhausmarkt 2016		Rehamarkt 2016		Pflegemarkt 2016	
Träger/Betreiber	Marktanteil*	Träger/Betreiber	Marktanteil*	Träger/Betreiber	Marktanteil*
Helios (Fresenius SE)	6 %	Rentenversicherung	10 %	Korian Gruppe	3 %
Asklepios	3 %	Median	10 %	Pro Seniore Gruppe	2 %
Sana	2 %	Asklepios/Medicilin	5 %	Orpea Gruppe	2 %
Rhön	1 %	Helios	3 %	Alloheim Gruppe	2 %
Vivantes	1 %	Celenos	2 %	Kursana	2 %
Top 5:	13 %	Top 5:	30 %	Top 5:	11 %

* Der Marktanteil bezieht sich jeweils auf die Anzahl der Betten.

Quellen: Angaben der Unternehmen, Statistisches Bundesamt (2016a, 2016b und 2017b), eigene Berechnungen.

Während der Marktanteil der Top 5 Betreiber im Pflege- und Krankenhausmarkt nur bei 11 bzw. 13 Prozent liegt, kommen diese im Rehabilitationsmarkt bereits auf 30 Prozent. Begründet ist dies u. a. durch die unterschiedliche Attraktivität und Einstiegsmöglichkeiten für Investoren und ausländische Betreiber in den einzelnen Märkten. Auffällig ist, dass sich mit Ausnahme der Rentenversicherung nur privat-gewerbliche Betreiber unter den Top 5 Betreibern befinden.

Bei der Betrachtung der Eigentumsverhältnisse bzw. der Anteilseigner dieser teilweise börsennotierten Betreiber zeigt sich eine große Kapitalstärke durch die Beteiligung von internationalen Investoren. Diese haben ihre Gelder über Mehr- und Minderheitsbeteiligungen an Unternehmen in der Sozialwirtschaft platziert (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3: Beispiele für Anteilseigner großer privat-gewerblicher Betreibergruppen in der Sozialwirtschaft

Betreiber	Branche	Börsennotierung	Investoren/Hauptanteilseigner
Korian (u. a. Curanum, Phönix, Casa Reha)	Pflege	Ja	kanadischer Pensionsfonds „Canada Pension Plan Investment Board (CPPIB)“, Dr. Jean-Claude Marian (Gründer von Orpea), Familie Peugeot sowie die britische Versicherungsgruppe Standard Life plc
Orpea (u. a. Silver Care, Residenzgruppe Bremen, Celenus)	Pflege, Rehabilitation	Ja	französische Versicherungsgruppe Predica SA, kanadischer Pensionsfonds „Public Sector Pension Investment Board“ sowie die französische Versicherungsgruppe Malakoff Assurances SA
Alloheim (u. a. AGO und Senator Unternehmensgruppe)	Pflege	Nein	Nordic Capital (schwedische Private-Equity-Gesellschaft)
Fresenius (u. a. Helios- und Wittgensteiner-Kliniken)	Krankenhaus, Rehabilitation	Ja	Else Kroner Fresenius Stiftung, Allianz Global Investors, Blackrock, Henderson Group
Charleston	Pflege	Nein	EQT Partners (schwedische Private-Equity-Gesellschaft)
Pflegen & Wohnen, Vitanas	Pflege	Nein	Oaktree Capital Management (amerikanische Investmentgesellschaft)
Dorea GmbH	Pflege	Nein	Quadriga Capital (deutsche Private-Equity-Gesellschaft)
Armonea	Pflege		Verinvest und Palmyra Brands (belgische Investmentgesellschaften der Gründungsfamilien von Anheuser-Busch InBev sowie der Familie Van den Brande)
Median Kliniken	Rehabilitation	Nein	Waterland (niederländische Private-Equity-Gesellschaft)
Sana Kliniken	Krankenhaus, Rehabilitation	Nein	Versicherungsgruppen Ergo, Allianz, Continentale und Debeka

Quelle: Eigene Recherchen, Stand 31.12.2017.

Das Engagement der Investoren hat insbesondere bedingt durch den hohen Anlagendruck, die guten Rahmenbedingungen in Deutschland allgemein sowie auf den Märkten der Sozialwirtschaft signifikant zugenommen. Begünstigt wurde diese Entwicklung zudem durch einen mit vielen anderen europäischen Ländern vergleichsweise hohen Anteil privat-gewerblicher Anbieter sowie die starke Fragmentierung der Märkte. Ohne diese Voraussetzungen sind Wachstumsstrategien nur schwierig umzusetzen. So sind beispielsweise in Deutschland rund 41 Prozent der stationären Einrichtungen im Bereich der Pflege in privat-gewerblicher Trägerschaft. In Italien und Frankreich sind es hingegen nur 20 Prozent und in Belgien 33 Prozent. Zudem ist in Deutschland im Gegensatz zu anderen Ländern noch eine Vielzahl kleiner und mittelständischer privat-gewerblicher Unternehmen am Markt vorzufinden, die im Rahmen des fortschreitenden Konsolidierungsprozesses als Übernahmekandidaten in Betracht kommen und folglich ein weiteres anorganisches Wachstum ermöglichen.

Dies hat auch dazu geführt, dass in den vergangenen Jahren verstärkt privat-gewerbliche Betreiber aus anderen europäischen Ländern in den deutschen Markt eingetreten sind. Die bekanntesten Beispiele sind die französischen Pflegeheimgruppen Korian und Orpea. Bei diesen kam hinzu, dass die Wachstumspotenziale in den Heimatmärkten (z. B. Frankreich) ausgeschöpft sind und sie somit für weiteres Wachstum neue Märkte erschließen müssen. Bei den Anteilseignern und Kapitalgebern dieser Unternehmen handelt es sich größtenteils um Pensionsfonds, Versicherungsgesellschaften sowie Private-Equity-Gesellschaften. Diese Konstellation findet sich jedoch nicht nur bei den Marktführern. Weitere Beispiele aus dem Bereich Pflege sind Beteiligungen von Quadriga Capital an der Dorea GmbH, von EQT Partners an der Charleston Holding sowie von Oaktree Capital Management an Pflegen & Wohnen und Vitanas.²⁶

Vereinzelte internationale Investoren haben auch in anderen, bisher von freigemeinnützigen Anbietern dominierten Märkten investiert. So ist seit 2010 die privat-ge-

²⁶ Stand: 15.08.2017.

werbliche dänische Falck Unternehmensgruppe im Rettungswesen aktiv.²⁷ Hauptanteilseigner sind die Lundbeckfond Invest AS und die Kirbki Invest AS. Im Bereich der Kindergärten ist im Jahr 2016 das schwedische Unternehmen AcadeMedia auf den deutschen Markt gekommen. Beteiligt am größten Unternehmen im Bereich Bildung in Nordeuropa ist EQT Partners.

Grundsätzlich zu unterscheiden ist zwischen strategischen Investoren (z. B. Korian, Orpea und Fresenius) und Finanzinvestoren (z. B. die Private-Equity-Gesellschaften Waterland und The Carlyle Group). Aufgrund der meist kurzfristigen und auf einen gewinnbringenden Wiederverkauf ausgerichteten Strategie ist insbesondere die Entwicklung der Betreiber mit einem Finanzinvestor als Eigentümer kritisch zu sehen.

Zu beachten ist, dass der Einstieg von Investoren und ausländischen Anbietern in den deutschen Sozialmarkt kein neues Phänomen ist. Bereits vor der Finanzmarktkrise war dieser Trend zu beobachten. Beispiele sind der in der Schweiz ansässige Gesundheitsdienstleister Ameos und der schwedische Gesundheitskonzern Capio.

Im Gegensatz zu den privat-gewerblichen Unternehmen ist die Konsolidierungsbereitschaft vieler freigemeinnütziger Unternehmen merklich geringer ausgeprägt. Hier wirken Governance-Strukturen und das gemeinnützige Selbstverständnis teilweise als bremsende Faktoren.

Neben dem Betreibermarkt sind auch auf dem Immobilienmarkt verstärkt in- und ausländische Investoren aktiv.

Durch die in der Sozialwirtschaft teilweise vorzufindende Trennung von Betrieb und Immobilie, sogenannte Investor-Betreiber-Modelle, sind Investoren aus dem In- und

²⁷ Die deutsche Falck Unternehmensgruppe ist Teil des in Dänemark ansässigen Falck Konzerns (Falck AS). Die Falck AS ist eine Aktiengesellschaft nach dänischem Recht, die aber an keiner Börse gelistet ist. Aktuell ist die Falck Unternehmensgruppe in Deutschland an rund 60 Standorten (in 8 Bundesländern) mit 470 Fahrzeugen und 2.500 Mitarbeitern aktiv; vgl. www.falck.de, Stand: 15.08.2017.

Ausland neben dem Betreibermarkt auch auf dem Immobilienmarkt vorzufinden (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4: Beispiele für Investoren auf den Immobilienmärkten der Sozialwirtschaft

Fond	Herkunftsland	Portfolio	Weitere Informationen
Hemsö Fastighets AB/ Hemsö GmbH	Schweden	Rund 300 Sozialimmobilien aus den Ländern Schweden, Finnland und Deutschland. Davon 41 in Deutschland (nur Pflegeheime). In Schweden und Finnland auch Eigentümer von Immobilien im Bildungs-, Gesundheits- und Rechtswesen.	Hauptanteilseigner der Hemsö Fastighets AB ist der staatliche schwedische Pensionsfonds „Tredje AP-Fonden“.
AviaRent Capital Management S. a. r. l.	Deutschland	Die einzelnen Fonds für institutionelle Anleger investieren in Immobilien in den Bereichen Seniorenpflegeheime, Mikro-Apartments und Kindertagesstätten in Deutschland.	AviaRent ist ein unabhängiger, nicht börsennotierter Spezialfondsmanager. In seinen Fonds mit einem Gesamtvolumen von rund 1,1 Milliarden Euro hält AviaRent ca. 4.500 Einheiten für Pflege und betreutes Wohnen und ca. 2.500 Mikro-Apartments sowie Kindertagesstätten mit ca. 2.000 Plätzen.
Aedifica SA/ Aedifica Asset Management GmbH	Belgien	Rund 170 Immobilien (Bereiche Pflege, Seniorenwohnen und Hotel) aus den Ländern Belgien, Deutschland und Schweden. Davon 21 im Bereich Pflege in Deutschland.	Aedifica ist ein börsennotierter REIT (Real-Estate-Investment-Trust). Insgesamt hat Aedifica rund 1,4 Mrd. Euro in Immobilien investiert. Davon etwa 200 Mio. Euro in Deutschland.
Primonial Real Estate Investment Management	Frankreich	Immobilien aus den Bereichen Büro, Pflege, Gesundheitsversorgung, Bildung, Einzelhandel und Wohnen in den Ländern Frankreich, Belgien, Deutschland und Italien. 68 Pflegeheime in Deutschland.	Das Immobilienvermögen von Primonial beträgt über 10 Mrd. Euro. Im Bereich Pflegeimmobilien hält der Investor Objekte im Wert von über 3 Mrd. Euro (davon rund 1 Mrd. Euro in Deutschland).

Quelle: Eigene Recherchen, Angaben der Unternehmen, Stand 15.08.2017.

Die Trennung von Betrieb und Immobilie ist insbesondere auf dem Pflege- und Rehabilitationsmarkt weit verbreitet.²⁸ Demgegenüber sind solche Modelle auf dem Krankenhausmarkt nicht üblich. Generell sind auf dem Sozialimmobilienmarkt bereits seit längerem Family Offices sowie institutionelle Investoren wie etwa Versicherungen und Pensionsfonds aus dem In- und Ausland aktiv. In den letzten Jahren haben das niedrige Zinsniveau und fehlende Anlagealternativen zu einem deutlichen Anstieg der Nachfrage nach Sozialimmobilien geführt. In den Markt eingestiegen sind vor allem neue Akteure aus dem Ausland. Beispiele sind Aedifica SA aus Belgien und Primonial Real Estate Investment Management aus Frankreich. Allein das Transaktionsvolumen bei Pflegeimmobilien lag im Jahr 2016 bei mindestens 3 Milliarden Euro. Der überwiegende Teil entfiel auf große Portfoliotransaktionen.²⁹ Ein Großteil der von Investoren gehaltenen Immobilien werden von privat-gewerblichen Unternehmen betrieben.

Das zunehmende Interesse von in- und ausländischen Investoren sowie ein signifikanter Nachfrageüberhang haben in den letzten Jahren zu einem kontinuierlichen Anstieg der Kaufpreise für Sozialimmobilien geführt. So ist der Kaufpreisfaktor für Pflegeheime im Zeitraum von 2012 bis 2016 um 26 Prozent auf das 17-Fache der Jahresmiete gestiegen. Die Steigerungsrate lag damit nicht höher als im Bereich der Wohn- und Gewerbeimmobilien.³⁰ Kritisch zu betrachten sind jedoch die Käufe bzw. Transaktionen von institutionellen Akteuren mit einem kurzfristigen Investitionsfokus und Renditestreben. Dies kann letztendlich zu einem weiteren Anstieg der Kaufpreisfaktoren führen. Gleichzeitig können die Betreiber der Einrichtungen unter den aktuellen Rahmenbedingungen, die u. a. durch die Erhöhung gesetzlicher Anforderungen sowie ansteigende Kosten geprägt sind, nur noch geringere Margen erwirtschaften. Diese gegenläufigen Entwicklungen können letztendlich zu einer Preisblase am Markt führen.

Kritisch zu sehen ist darüber hinaus die zunehmende Verbreitung des sogenannten „Aufteiler-Modells“. Hierbei werden vom Projektentwickler eines Pflegeheims einzelne

²⁸ Vereinzelt sind Immobilieninvestoren auch im Bereich Kindergärten aktiv, z. B. AviaRent Capital Management S. a. r. l. (vgl. Tabelle 3).

²⁹ Vgl. CBRE GmbH (2017).

³⁰ Vgl. Terranus Consulting GmbH (2017).

Apartments zu oftmals sehr hohen Einstandspreisen in Höhe von bis zu 180.000 Euro pro Wohneinheit, dies entspricht einem Kaufpreisfaktor von über 20, an Privatanleger verkauft. Die Käufer unterschätzen jedoch oftmals das Risiko. So muss beispielsweise bei einer erforderlichen Anpassung des Raumkonzepts infolge der Änderung gesetzlicher Vorschriften Kapital nachgeschossen werden. Zudem ist ein Wiederverkauf aufgrund eines stark eingeschränkten Zweitmarktes schwierig. Auch für die Betreiber sind solche Modelle mit Risiken behaftet. Zu nennen sind beispielsweise unsichere Entscheidungswege bei Investitionsbedarfen aufgrund des Mitspracherechts der einzelnen Eigentümer.³¹

Barrieren im Konsolidierungsprozess sind sowohl das Kartellrecht als auch die Pensionsverpflichtungen der Unternehmen. Darüber hinaus kann auch das Gemeinnützigkeitsrecht hinderlich sein.

Aktuell deutet vieles darauf hin, dass sich der Konsolidierungs-/Konzentrationsprozess in den Märkten der Sozialwirtschaft in den nächsten Jahren fortsetzen wird. Hierzu beitragen wird insbesondere die hohe Nachfrage internationaler Investoren nach Anlagemöglichkeiten in der deutschen Sozialwirtschaft. Bei guten gesetzlichen und strukturellen Rahmenbedingungen ist auch der Eintritt weiterer kapitalstarker supranationaler Anbieter in den deutschen Markt sehr wahrscheinlich.

Ein weiterer Treiber ist der in den einzelnen Märkten unterschiedlich stark ausgeprägte Investitionsstau, der vor allem von Trägern in freigemeinnütziger und öffentlicher Trägerschaft aus eigener Kraft nicht bewältigt werden kann. Infolgedessen wird es zu weiteren Fusionen und Zusammenschlüssen kommen. Aufgrund des starken Wettbewerbs und der schwierigen wirtschaftlichen Situation werden auch weiterhin Unternehmen vollständig vom Markt gedrängt werden. Dies wird neben Einzeleinrichtungen vor allem Träger betreffen, die es versäumt haben, ihre Geschäftsmodelle zukunftsfähig auszurichten.

³¹ Vgl. HypZert GmbH (2015).

Jedoch ist die Anzahl der attraktiven, zukunftsfähigen und verkaufswilligen Unternehmen bzw. Träger limitiert. Zudem wird die vollständige Integration der übernommenen Einrichtungen bzw. Unternehmen in die bestehenden Prozesse zunächst Zeit und Ressourcen in Anspruch nehmen. Fusionen und Übernahmen werden sich in der Regel weiterhin größtenteils innerhalb der eigenen Trägergruppen abspielen. Insbesondere aufgrund des Gemeinnützigkeitsrechts nehmen privat-gewerbliche Unternehmen von einer Übernahme gemeinnütziger Träger meist Abstand. So können bei Übernahme und Aufhebung oder Änderung der Satzung für das laufende und die vorangegangenen zehn Geschäftsjahre nachträglich Körperschaft- und Gewerbesteuer und hierauf zu entrichtende Zinsen fällig werden.³² Hinzu kommt das teilweise starke Beharrungsvermögen gemeinnütziger Unternehmen, welches selbst bei angestrebten Fusionen innerhalb des eigenen Verbands oftmals im Weg steht.

Schwerpunktmäßig im Krankenhausmarkt nimmt das Kartellrecht im Konsolidierungs-/Konzentrationsprozess eine immer wichtigere Rolle ein. Zusammenschlüsse von Krankenhäusern unterliegen nach dem Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) der Kontrolle durch das Kartellamt, wenn im letzten Geschäftsjahr vor dem Zusammenschluss die Umsatzerlöse der beteiligten Unternehmen 500 Millionen Euro übersteigen und mindestens ein beteiligtes Unternehmen im Inland Umsatzerlöse von mehr als 25 Millionen Euro erreicht hat.³³ Wenn der weltweite Gesamtumsatz aller beteiligten Unternehmen zusammen mehr als 5 Milliarden Euro bzw. mehr als 2,5 Milliarden Euro beträgt, findet die europäische Fusionskontrolle Anwendung. Zu einer Wachstumsgrenze wird dies vor allem für große privat-gewerbliche und freigemeinnützige, aber auch für öffentliche Krankenhausträger. In den letzten Jahren wurden einige Fusionsvorhaben einer intensiveren Prüfung unterzogen und dabei einzelne Vorhaben untersagt oder nur mit Nebenbestimmungen freigegeben.³⁴ Insgesamt sind im Zeitraum von 2004 bis 2016

³² Vgl. Abgabenordnung §§ 61 Absatz 3, 63 Absatz 2 und 233a Absatz 1.

³³ Zu beachten ist, dass die Fusionskontrolle nicht nur bei Erwerb einer Beteiligung von mindestens 25 Prozent, sondern auch bei Kontrolle eines anderen Unternehmens (z. B. durch spezielle Kooperations- und Managementverträge) greift.

³⁴ Ein Beispiel ist die Untersagung des Zusammenschlusses der Kreiskliniken Esslingen mit dem Klinikum Esslingen im Jahr 2014.

beim Bundeskartellamt von über 250 geprüften Verfahren 210 mit einer Freigabe beendet. Lediglich 7 Verfahren endeten mit einer Untersagung. In den übrigen Fällen lag entweder keine Kontrollpflicht des Kartellamts vor, oder die Verfahren sind noch nicht abgeschlossen.³⁵

Eine immer größere Herausforderung im Rahmen von Fusionen und Übernahmen ist aufgrund der Risiken und möglicher hoher Kosten die betriebliche Altersvorsorge einschließlich der Zusatzversorgung. Da traditionellerweise öffentliche und freigemeinnützige Unternehmen sehr häufig Verpflichtungen für die betriebliche Altersvorsorge eingegangen sind, betrifft diese Thematik insbesondere Übernahmen von Einrichtungsträgern aus diesen beiden Trägerschaftslagern. Die in der Bilanz nach dem Handelsgesetzbuch (HGB) für die Pensionszusagen zu bildenden Rückstellungen sind mit dem ihrer Restlaufzeit entsprechenden durchschnittlichen Marktzinssatz der vergangenen zehn Geschäftsjahre abzuzinsen.³⁶ Diese Berechnungssystematik führt aufgrund der Niedrigzinsphase zu einem deutlichen Anstieg der Rückstellungen. Nach Berechnungen des Instituts der deutschen Wirtschaft führt ein Absinken des HGB-Zinssatzes um einen Prozentpunkt zu einer Erhöhung der Pensionsrückstellungen zwischen 14 und 17 Prozent.³⁷

2.3 Kapitalbedarf und Finanzierungsstrategien der Akteure

Investitionsbedarfe bestehen insbesondere im Bereich der Immobilienfinanzierung (Sanierung, Neubau etc.) sowie zunehmend der Unternehmens- und Innovationsfinanzierung (z. B. Digitalisierung, Start-ups).

³⁵ Vgl. Bundeskartellamt (2017).

³⁶ Für Unternehmen die nach den internationalen Rechnungslegungsvorschriften (IFRS) bilanzieren, gelten andere Regelungen. In der Sozialwirtschaft bilanzieren jedoch nur sehr wenige und ausschließlich privat-gewerbliche Unternehmen nach IFRS (z. B. Asklepios).

³⁷ Vgl. Institut der deutschen Wirtschaft Köln (2016).

Der Kapitalbedarf in der Sozialwirtschaft wird in den nächsten Jahren ansteigen (vgl. Abbildung 7). Im Zuge des fortschreitenden Konsolidierungs- und Konzentrationsprozesses sind die Unternehmen mehr denn je gefordert, den bestehenden Investitions- und Modernisierungsstau zu beseitigen und sich durch bedarfsgerechte Angebote sowie tragfähige Geschäftsmodelle zukunftsfähig aufzustellen. Des Weiteren ist eine Ausweitung des Angebots aufgrund steigender Bedarfe in vielen Bereichen der Sozialwirtschaft unabdingbar. Hinzu kommt, dass kurz- und mittelfristig eine Vielzahl der bestehenden Einrichtungen an neue gesetzliche Anforderungen und neue fachliche Standards angepasst werden müssen.

Abbildung 7: Kapitalbedarfe in der Sozialwirtschaft



Quelle: Eigene Darstellung.

Aufgrund des Konsolidierungs- und Konzentrationsprozesses wird zudem zunehmend Kapital für die Umsetzung von Expansionsstrategien benötigt. Immer wichtiger im Hinblick auf die Zukunftsfähigkeit ist die Finanzierung von Innovationen. Hierzu zählen insbesondere technische Innovationen. Die Dynamik und die Konsequenzen der Digitalisierung werden in vielen Unternehmen der Sozialwirtschaft bislang unterschätzt.³⁸ Hierbei

³⁸ Vgl. FINSOZ e. V. (2016).

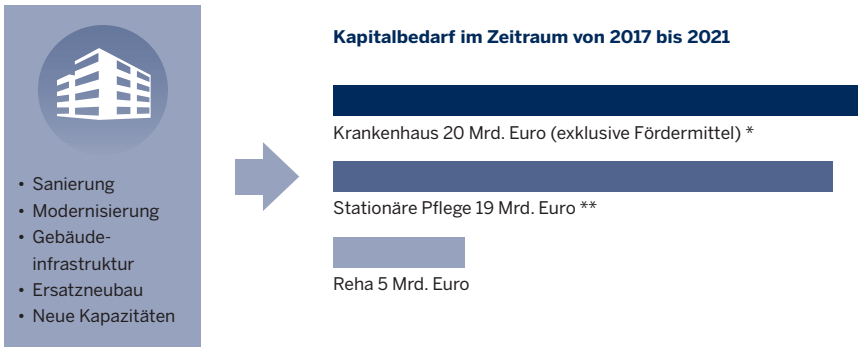
ist zu beachten, dass digitalisierte Leistungen bisher i. d. R. noch nicht in der Regelfinanzierung verankert sind. Dies erschwert die Finanzierung über den Kreditmarkt folglich erheblich. Nicht zu vernachlässigen sind außerdem aufgrund des Fachkräftemangels Investitionen für die Gewinnung und Bindung sowie die Aus- und Weiterbildung des Personals.

Die für die einzelnen Anlässe benötigten finanziellen Mittel werden die Unternehmen aufgrund rückläufiger Fördermittel verstärkt mit Eigen- und Fremdkapital decken müssen.

Alleine in den Segmenten Krankenhaus sowie stationäre Pflege und medizinische Rehabilitation besteht in den nächsten fünf Jahren ein Finanzierungsbedarf in Höhe von rund 44 Milliarden Euro.

Betrachtet man alleine die drei Segmente Krankenhaus, stationäre Pflege und stationäre medizinische Rehabilitation, ergibt sich auf Grundlage aktueller Hochrechnungen und Umfragen im Zeitraum von 2017 bis 2021 ein geschätzter Finanzierungsbedarf in Höhe von rund 44 Milliarden Euro bzw. 9 Milliarden Euro pro Jahr. Dabei beeinflussen regionale und branchenspezifische Unterschiede die Finanzierungsbedarfe der einzelnen Unternehmen teilweise erheblich. Mit Einbezug der Fördermittel im Bereich Krankenhaus ergibt sich ein Kapitalbedarf von circa 58 Milliarden Euro (vgl. Abbildung 8).

Abbildung 8: Kapitalbedarf in den Segmenten Krankenhaus, stationäre Pflege und stationäre medizinische Rehabilitation im Zeitraum von 2017 bis 2021



* Inklusive Fördermitteln liegt der Kapitalbedarf im Bereich Krankenhaus bei rund 34 Mrd. Euro.

** Ohne Investitionen für die Erfüllung neuer gesetzlicher Vorgaben.

Quelle: Augurzky et al. (2015), BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft (2015), Borges und Zimolong (2016), eigene Berechnungen.

Ein Großteil des Kapital- und Finanzierungsbedarfs wird für die Instandhaltung und den Neubau der Immobilien benötigt. Dabei wurden Investitionen für die Erfüllung neuer gesetzlicher Vorgaben (z. B. Einzelzimmerquoten in Pflegeheimen in Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen) bei der Schätzung nicht berücksichtigt. Dahinter folgen Investitionen in die medizinisch-technische Ausstattung und die EDV-Systeme. Nicht in den Schätzungen enthalten sind beispielsweise die Bedarfe der Unternehmen für die Finanzierung von Akquisitionen und Innovationen.

Dass in den Jahren 2017 bis 2021 allerdings tatsächlich 44 Milliarden Euro bzw. inklusive Fördermitteln 58 Milliarden Euro von den Unternehmen investiert werden können, ist sehr fraglich. Begründet ist dies durch die teilweise schwierige finanzielle Lage der Unternehmen und der daraus resultierenden geringen Eigenmittelausstattung in Verbin-

derung mit einem eingeschränkten Zugang zum Kredit- und Kapitalmarkt. So sind nach Berechnungen des RWI nur 63 Prozent der Krankenhäuser und 54 Prozent der Pflegeheime voll investitionsfähig.³⁹ Im Bereich der medizinischen Rehabilitation schätzen sich sogar 73 Prozent der Einrichtungen als schwach oder nicht investitionsfähig ein.⁴⁰

Bei der Investitionsfinanzierung sind Kredite neben Fördermitteln und Eigenkapital das mit Abstand wichtigste Finanzierungsinstrument der freigemeinnützigen Unternehmen. Die privat-gewerblichen Unternehmen setzen verstärkt auf Kapitalmarktmittel.

Bereits in der Vergangenheit mussten die Unternehmen in der Sozialwirtschaft einen gewichtigen Teil ihrer Investitionen mit Eigen- und Fremdkapital finanzieren. Dies trifft insbesondere auf den Pflege- und Rehabilitationsmarkt zu. Aber auch bei den Krankenhäusern hat die Angewiesenheit auf den Kredit- und Kapitalmarkt infolge nicht ausreichender Fördermittel zugenommen. Zudem ist infolge einer Umstellung der Förderung auf Investitionspauschalen in einigen Bundesländern der Bedarf an Vorfinanzierungen in den letzten Jahren merklich angestiegen.

Die großen freigemeinnützigen und privat-gewerblichen Träger verfolgen in der Regel sehr unterschiedliche Finanzierungsstrategien. Während in privat-gewerbliche Unternehmen bereits seit einigen Jahren in zunehmendem Umfang Mittel des Kapitalmarktes (z. B. durch Privat-Equity-Kapital und Schuldscheindarlehen) fließen, ist die Finanzierung der freigemeinnützigen Unternehmen neben Eigen- und Fördermitteln in der Regel auf den Bankkredit beschränkt.

Dabei steht den Unternehmen in der Sozialwirtschaft unabhängig von der Trägerschaft ein großes Angebot an Finanzierungsinstrumenten zur Verfügung. Lediglich die Aufnahme von Beteiligungskapital kommt für gemeinnützige Unternehmen nicht in Frage, da eine Gewinnausschüttung gemäß Gemeinnützigkeitsrecht in der Regel nicht zulässig

³⁹ Vgl. Augurzky et al. (2015) und Augurzky et al. (2017a).

⁴⁰ Vgl. Borges und Zimolong (2016).

ist.⁴¹ Von den Unternehmen signifikant genutzt wird aber nur eine sehr geringe Anzahl der zur Verfügung stehenden Instrumente (vgl. Tabelle 5).

Tabelle 5: Finanzierungsinstrumente in der Sozialwirtschaft (Beispiele)

Fond	Verbreitung Sozialwirtschaft *	Finanzierungsvolumen **	Vereinbarkeit Gemeinnützigkeit
Kredit	hoch	gering/mittel/hoch	ja
Crowdfunding	gering	gering/mittel	ja
Schuldscheindarlehen	gering	hoch	ja
Anleihe	gering	hoch	ja
Private Equity	gering	mittel/hoch	nein
Social Venture Capital	gering	gering/mittel	bedingt
Investor-Betreiber-Modell	mittel	mittel/hoch	ja
Mezzanine Kapital	gering	mittel/hoch	ja
Leasing	gering	gering/mittel/hoch	ja

* gering = Finanzierungsinstrument wird von weniger als 5 Prozent der Unternehmen/Organisationen genutzt, mittel = Finanzierungsinstrument wird von 5 bis 25 Prozent der Unternehmen/Organisationen genutzt, hoch = Finanzierungsinstrument wird von mehr als 25 Prozent der Unternehmen/Organisationen genutzt.

** gering = Volumen kleiner als 1 Million Euro, mittel = Volumen zwischen 1 und 5 Millionen Euro, hoch = Volumen größer als 5 Millionen Euro.

Hinweis: Es handelt sich jeweils um subjektive Einschätzungen.

Quelle: Eigene Darstellung.

Ein wesentlicher Eckpfeiler bei der Finanzierung von Investitionen in der Sozialwirtschaft ist unabhängig von der Trägerschaft des Unternehmens der Kredit. Ende des ersten Quartals 2017 lag das von Banken an Unternehmen in der Sozial- und Gesundheitswirtschaft vergebene Kreditvolumen bei rund 93,1 Milliarden Euro. Seit Anfang des Jahres 2010 ist eine Steigerung des Kreditvolumens um 5,2 Milliarden Euro bzw. 5,9 Prozent zu beobachten. Auffällig ist dabei die Entwicklung in den einzelnen Bankengruppen.

⁴¹ Gewinnausschüttungen von gemeinnützigen Unternehmen sind zwar zivilrechtlich zulässig, steuerlich bleibt der Status der Gemeinnützigkeit aber nur erhalten, wenn die empfangenden Gesellschafter selber auch gemeinnützige Gesellschaften sind.

Während bei den Privatbanken bis 2015 ein signifikant rückläufiges Kreditvolumen zu konstatieren ist, konnten die genossenschaftlichen Kreditinstitute⁴² die Kreditvergabe in diesem Bereich deutlich ausbauen. Das Niveau bei den öffentlich-rechtlichen Kreditinstituten war im Zeitverlauf konstant.⁴³

Begünstigt wurde die starke Fokussierung auf Fremdkapitalfinanzierungen bisher durch die insgesamt günstige Entwicklung am Kreditmarkt. Die Finanzierungskosten haben sich dort für die Unternehmen in den letzten Jahren aufgrund der Geldpolitik der Europäischen Zentralbank sehr positiv entwickelt. So lag beispielsweise der durchschnittliche Effektivzins für Neukredite mit einem Volumen von über 1 Million Euro und einer anfänglichen Zinsbindung von über 5 Jahren im Juni 2017 bei 1,54 Prozent. Zum Vergleich: Im Jahr 2008 waren es im Durchschnitt noch mehr als 5 Prozent.⁴⁴ Neben dem Kredit kommt im Bereich der Ausstattungsförderung oftmals das Leasing zum Einsatz.

Zumindest im Bereich der privat-gewerblichen Träger ist auch das Investor-Betreiber-Modell weit verbreitet. Bei den meisten freigemeinnützigen Unternehmen wird dieses Finanzierungsmodell jedoch sehr skeptisch gesehen und ist daher auch deutlich weniger stark verbreitet. Gründe sind insbesondere die Renditeanforderungen der Immobilieninvestoren sowie die Abhängigkeit vom Vermieter, welche z. B. eine eingeschränkte Handlungsfähigkeit bei notwendigen baulichen Anpassungen mit sich bringen kann. Aufgrund der Niedrigzinsphase setzen jedoch auch viele privat-gewerbliche Träger wieder verstärkt auf das Eigentumsmodell. Dies gilt sowohl für bereits bestehende als auch für neu zu schaffende Immobilien.

Die großen privat-gewerblichen Träger generieren das benötigte Kapital zunehmend am Kapitalmarkt. Hierzu werden Anleihen und in den letzten Jahren in stärkerem Maße Schulscheindarlehen emittiert (vgl. Tabelle 6).

⁴² Zu den genossenschaftlichen Banken zählen u. a. die Bank für Sozialwirtschaft AG, die Deutsche Ärzte- und Apothekerbank eG sowie alle Kirchenbanken.

⁴³ Vgl. Deutsche Bundesbank (2017a und 2017b), eigene Berechnungen.

⁴⁴ Vgl. Deutsche Bundesbank (2017).

Tabelle 6: Beispiele für den Einsatz von Schuldscheindarlehen in der Sozialwirtschaft

Unternehmen	Emissionsvolumen	Emissionsjahr
Asklepios Kliniken GmbH	780 Mio. Euro	2017
Asklepios Kliniken GmbH	580 Mio. Euro	2015
Korian S.A.	356 Mio. Euro	2014
Orpea	277 Mio. Euro	2016
Sana Kliniken AG	300 Mio. Euro	2014
Schön Klinik SE	125 Mio. Euro	2016

Quelle: Eigene Recherchen.

Eingesetzt werden die Mittel des Kapitalmarktes insbesondere für die Realisierung der Expansionsstrategien sowie die Ablösung von Bankkrediten. Die Laufzeit der Emissionen beträgt in der Regel zwischen fünf und zehn Jahren. Durch die Aufnahme der Kapitalmarktmittel stärken die Unternehmen ihre Dispositionsfreiheit sowie Reaktions-schnelligkeit bei konkreten Übernahmemöglichkeiten.

Der Zugang zum Kapitalmarkt hängt in hohem Maße von einem zukunftsfähigen Geschäftsmodell, einer hohen Transparenz und einer angemessenen Rentabilität ab. Die letztgenannten Punkte erfüllen viele freigemeinnützige Unternehmen nicht. Hinzu kommt, dass sie die Renditeansprüche der Kapitalgeber i. d. R. als zu hoch ablehnen. Es ist jedoch festzustellen, dass sich vereinzelt auch Unternehmen aus dem freigemeinnützigen Bereich intensiv mit den Finanzierungsinstrumenten des Kapitalmarktes beschäftigen und den Einsatz prüfen. Bisher wurde aufgrund des niedrigeren Zinses bzw. des Kostenvorteils jedoch immer der Kredit vorgezogen.

Die zukünftig notwendigen Investitionen wollen viele Unternehmen ausschließlich mit Eigenmitteln, Fördermitteln und Krediten finanzieren. Dies trifft vor allem für freigemeinnützige Unternehmen zu.

Die anstehenden Investitionen will ein Großteil der Unternehmen mit Eigen- und Fördermitteln sowie Krediten finanzieren. Zur Deckung der zukünftigen Finanzierungsbedarfe werden die Mittel des Kreditmarkts allein wahrscheinlich jedoch nicht ausreichen. Zudem bestehen bereits heute Finanzierungsengpässe insbesondere bei der Akquisitions- und Innovationsfinanzierung sowie bei großvolumigen Investitionsprojekten. Die Erhöhung der regulatorischen Anforderungen, z. B. in Form einer gestiegenen Eigenkapitalhinterlegung bei der Darlehensvergabe, hat bei Banken zu einer restriktiveren Kreditvergabepraxis und zu einer größeren Risikoaversion geführt. Wenn sich diese Entwicklung fortsetzt, könnten die Finanzierungsstrategien der Unternehmen mit einem ausschließlichen Fokus auf den Kreditmarkt an ihre Grenzen stoßen. Hiervon betroffen wären aktuell insbesondere die freigemeinnützigen Träger.

2.4 Szenario: Sozialwirtschaft im Jahr 2030

Wie in Kapitel 2.2 gezeigt, wird die Konsolidierung und Konzentration der Märkte aktuell insbesondere von internationalen Anbietern und Investoren forciert. In den nächsten Jahren ist mit einer Fortsetzung dieser Entwicklung und folglich mit einer deutlichen Veränderung einzelner Bereiche in der Sozialwirtschaft zu rechnen. Angesichts des hohen Investitions- und Finanzierungsbedarfs (vgl. Kapitel 2.3) ist der Zugang zu den Kredit- und Kapitalmärkten neben dem Fachkräftemangel und einem zukunftsfähigen Geschäftsmodell ein wesentlicher Erfolgsfaktor für die Wettbewerbsfähigkeit der einzelnen Unternehmen. Welche Auswirkungen eine mögliche Kapitalklemme auf die Trägerstruktur/Branchenstruktur haben kann, wird nachfolgend in einem Szenario skizziert.

Im Jahr 2030 hat die Konzentration in den einzelnen Bereichen Pflege, Krankenhaus und Rehabilitation, bedingt durch Fusionen, Akquisitionen, Marktaustritte etc., merklich zugenommen. Ein Großteil der Einrichtungen ist sowohl auf regionaler als auch auf überregionaler und nationaler Ebene in Konzernstrukturen organisiert. Diese sind in der Lage, die in der Vergangenheit immer komplexer gewordenen wirtschaftlichen und rechtlichen Anforderungen durch die geschaffenen internen Strukturen zu bewältigen.

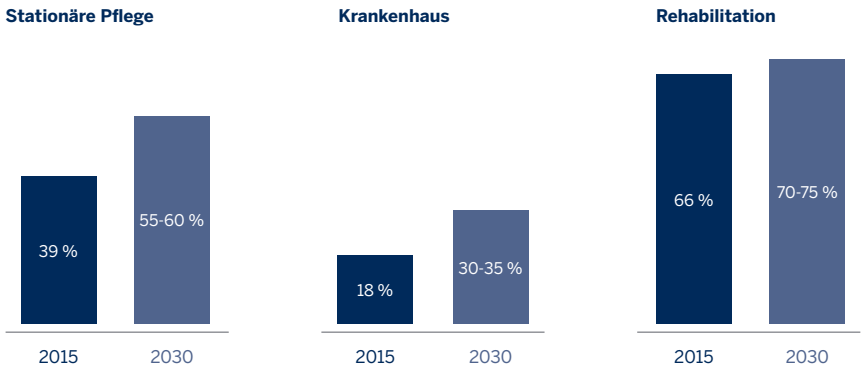
Für einen Großteil der notwendigen Investitionen müssen die Unternehmen Mittel des Kredit- und Kapitalmarktes akquirieren. Staatliche Fördermittel spielen bei der Investitionsfinanzierung nur noch eine untergeordnete Rolle. Ein wichtiger Finanzierungsbau-stein sind dagegen Kredite geworden, die durch staatliche Mittel gefördert werden.

Durch restriktive Rahmenbedingungen hat der Gesetzgeber seit 2017 die Möglichkeiten der Unternehmen für die Erzielung von Gewinnen erschwert. Da angemessene Gewinne und folglich eine angemessene Rendite neben weiteren Kriterien (vgl. Kapitel 3.2) eine grundlegende Voraussetzung für den Zugang zum Kredit- und Kapitalmarkt sind, ist dieser für eine Reihe von Unternehmen stark eingeschränkt oder sogar vollständig ver-schlossen.

Von dieser Kapitalklemme und den daraus resultierenden Finanzierungsproblemen be-troffen sind insbesondere Unternehmen in freigemeinnütziger und öffentlicher Träger-schaft. In der Durchschnittsbetrachtung verfügten diese im Vergleich mit den privat-gewerblichen Trägern bereits im Jahr 2013 über eine signifikant geringere Ertragskraft (vgl. Kapitel 1). Hinzu kommt, dass die übergeordneten Träger der öffentlichen und frei-gemeinnützigen Unternehmen (z. B. Kommunen, Stiftungen und Bistümer) kein Eigen-kapital mehr für Investitionen und Verlustausgleiche zur Verfügung stellen können.

Die geschilderten Entwicklungen haben bis zum Jahr 2030 zu einer Forcierung der Pri-vatisierung in der Sozialwirtschaft geführt (vgl. Abbildung 9).

Abbildung 9: Entwicklung des Marktanteils privat-gewerblicher Unternehmen in der Sozialwirtschaft



Die Marktanteile beziehen sich jeweils auf den Anteil der Betten/Plätze.

Quelle: Statistisches Bundesamt (2016a, 2016b und 2017a), eigene Berechnungen.

Am deutlichsten sichtbar ist das Voranschreiten der Privatisierung im Jahr 2030 im Bereich der stationären Pflege. Ein Großteil der seit 2015 neu geschaffenen Plätze wird von privat-gewerblichen Trägern betrieben.⁴⁵ Vereinzelt kam es zudem in den letzten Jahren zu Übernahmen von freigemeinnützigen und öffentlichen Trägern. Infolgedessen liegt der Marktanteil von privat-gewerblichen Trägern im Jahr 2030 bei 55 bis 60 Prozent. Dies bedeutet gegenüber dem Stand des Jahres 2015 eine Steigerung um 16 bis 21 Prozentpunkte.

Ein ähnliches Bild zeigt sich im Jahr 2030 für den Krankenhausmarkt. Hier haben die privat-gewerblichen Anbieter seit 2015 zwischen 12 und 17 Prozentpunkten hinzugewonnen. Einerseits ist der überwiegende Anteil des voranschreitenden Abbaus von Kapazitäten auf die freigemeinnützigen und öffentlichen Träger entfallen.⁴⁶ Anreize für den Ab-

⁴⁵ Bereits in den Jahren 2013 bis 2015 lag der Anteil der privat-gewerblichen Unternehmen an den neu geschaffenen Plätzen bei rund 80 Prozent; vgl. Statistisches Bundesamt (2017a), eigene Berechnungen.

⁴⁶ Das RWI rechnet ohne Anpassungen bis zum Jahr 2030 im Krankenhausmarkt mit Überkapazitäten in Höhe von 13 Prozent bzw. rund 64.000 Betten; vgl. Augurzky et al. (2017a).

bau von Überkapazitäten wurden u. a. durch verschiedene Krankenhausstrukturfonds, deren Errichtung erstmals mit dem Krankenhausstrukturgesetz 2015 beschlossen wurde, gesetzt. Andererseits waren freigemeinnützige und öffentliche Träger aufgrund der finanziellen Verfassung und des nicht mehr zu bewältigenden Investitionsstaus in erhöhtem Maße gezwungen, Einrichtungen abzugeben bzw. zu verkaufen.

Im Vergleich mit dem Pflege- und Krankenhausmarkt nur moderate Veränderungen sind im Rehabilitationsmarkt festzustellen. Begründet ist dies durch den bereits im Jahr 2015 hohen Marktanteil der privat-gewerblichen Träger. Bis 2030 hat sich dieser auf 70 bis 75 Prozent und folglich um 4 bis 9 Prozentpunkte erhöht.

Bei einer deutschlandweiten Betrachtung hat sich in keiner Branche eine Oligopol-Struktur, d. h. ein Markt, bei dem viele Nachfrager nur wenigen Anbietern gegenüberstehen, herausgebildet. Auf regionaler Ebene, insbesondere in ländlichen Regionen, sind im Jahr 2030 oligopol- oder monopolartige Strukturen in den einzelnen Bereichen jedoch vorzufinden. Die rechtlichen Rahmenbedingungen ermöglichen zwar insbesondere im Bereich der Pflege eine im Vergleich mit dem Jahr 2017 stärkere Einflussnahme der Kommunen auf die Entwicklung der regionalen Versorgungsstruktur. Aufgrund der finanziellen Lage und fehlender Kompetenzen wird dieses Recht aber von nur sehr wenigen Kommunen wahrgenommen.

Die skizzierten Entwicklungen haben zu einer merklichen Intensivierung von bereits im Jahr 2017 geführten Debatten geführt. In diesem Zusammenhang zu nennen sind die Gefährdung der Versorgungsqualität und der Versorgungssicherheit vor Ort sowie negative Auswirkungen auf die bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur infolge der voranschreitenden Privatisierung in einzelnen Märkten der Sozialwirtschaft. Die Weiterentwicklung der an gesellschaftlichen Bedarfen orientierten Versorgungsstrukturen wurde in der Vergangenheit eher den freigemeinnützigen Unternehmen zugeschrieben, während bei den privat-gewerblichen Unternehmen Prozess- und Qualitätsoptimierungen und folglich die Steigerung der Effizienz im Fokus stand.

3 Handlungsfelder

Aus den in den vorangegangenen Kapiteln beschriebenen Entwicklungen ergeben sich für die Zukunft eine Reihe von Herausforderungen bzw. Handlungsfeldern. Diese sind nicht nur auf die Unternehmen beschränkt. Auch die Politik und die Finanzinstitute sind gefordert. Dabei sind insbesondere die im Folgenden beschriebenen Handlungsfelder zu bewältigen (vgl. Abbildung 10).

Abbildung 10: Handlungsfelder für Politik, Unternehmen und Finanzinstitute

Politik	<ul style="list-style-type: none"> • Schaffung langfristiger und verlässlicher Rahmenbedingungen im Ordnungs- und Leistungsrecht • Gesetzliche Rahmenbedingungen müssen ein nachhaltiges Wirtschaften und das Erzielen angemessener Gewinne ermöglichen • Verbesserung der Zugangsbedingungen/Abbau von Barrieren für privates Kapital • Zukunftsfähiges Gemeinnützigkeitsrecht, welches die Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen erhält
Unternehmen	<ul style="list-style-type: none"> • Weiterentwicklung der Geschäftsmodelle und Ausbau lokaler Versorgungsstrukturen • Gewinnung und Bindung des erforderlichen Personals • Sicherstellung des Zugangs zum Kredit- und Kapitalmarkt (Bonität, Kapitaldienstfähigkeit, Transparenz, professionelle Finanzplanung) • Weitere Professionalisierung der Corporate-Governance-Strukturen (kompetente Besetzung der Gremien, Etablierung schlanker und schneller Entscheidungsprozesse) • Erschließung der in den eigenen Strukturen vorhandenen Ertrags- und Effizienzsteigerungspotenziale
Finanzinstitute	<ul style="list-style-type: none"> • Adaption vorhandener Finanzierungsinstrumente auf die Bedürfnisse der Unternehmen in der Sozialwirtschaft • Intermediär zwischen Unternehmen und Investoren bzw. dem Kapitalmarkt

Quelle: Eigene Darstellung.

3.1 Handlungsfelder der Politik

Für die Politik besteht in der Schaffung langfristiger und verlässlicher Rahmenbedingungen im Ordnungs- und Leistungsrecht eines der wesentlichen Handlungsfelder. Insbesondere im Bereich Krankenhaus und Pflege stellte in den letzten Jahren eine ganze Reihe von Reformen und Gesetzesänderungen die Unternehmen immer wieder vor große Herausforderungen. Folgen waren und sind u. a. kostenintensive Anpassungsbedarfe und das Konterkarieren der Planungen.

Diese Rahmenbedingungen müssen den Unternehmen ein nachhaltiges Wirtschaften und das Erzielen angemessener Gewinne ermöglichen. Mit beispielsweise starren Personal- und Vergütungsvorgaben wurden den Unternehmen bzw. Trägern teilweise Spielräume für ein verantwortungsvolles Wirtschaften genommen. Vor dem Hintergrund des großen Investitionsbedarfs (vgl. Kapitel 2.3) ist die Erzielung einer auskömmlichen Rendite für die zukünftige Investitions- und Wettbewerbsfähigkeit unabhängig von der Trägerschaft unabdingbar. Zudem ist es für die Unternehmen ohne entsprechende Eigenmittel nicht möglich, Innovationen, die letztendlich zu einer Verbesserung der Versorgungsstruktur und -qualität beitragen, voranzutreiben.

Durch die schrittweise Verschärfung der Finanzregulierung hat sich der administrative und monetäre Aufwand für die Initiierung bzw. die Auflegung von bedarfsgerechten Finanzierungsinstrumenten signifikant erhöht. Kritisch ist auch zu sehen, dass beispielsweise die Kalkulation der Leistungsentgelte im Vergütungssystem der Krankenhäuser keine Aufwendungen für Zinsen enthalten. Daher sind die Unternehmen gezwungen, die Effizienzgewinne immer weiter zu steigern. Barrieren gibt es auch aufseiten der potenziellen institutionellen Investoren. So wurden beispielsweise im Jahr 2016 auf europäischer Ebene in Form einer verringerten Eigenmittelhinterlegung für Investitionen Anreize von Versicherungen und Pensionskassen in Infrastrukturanlagen gesetzt.⁴⁷

⁴⁷ Am 2. April 2016 ist die delegierte Verordnung (EU) 2016/467 in Kraft getreten. Diese Änderungsverordnung zur Richtlinie für Versicherungsunternehmen in der Europäischen Union (Solvency II) enthält eine Reihe von Erleichterungen für Versicherungsunternehmen zur Investition in Infrastrukturanlagen. Eine der Erleichterungen ist die Absenkung der Kapitalunterlegung von zuvor 49 Prozent auf 30 Prozent.

Darunter fallen u. a. Straßen, Windkraftanlagen, Gasleitungen und Glasfasernetze. Die Infrastruktur der sozialen Daseinsvorsorge und damit Krankenhäuser, Pflegeheime etc. fallen jedoch nicht in diesen Geltungsbereich.

Die Diskussion über eine zukunftsfähige Reform des Gemeinnützigkeitsrechts ist nicht neu und wird durch Entscheidungen der Finanzgerichte bzw. -behörden stetig neu befeuert. Grundsätzlich bewegt sich das Gemeinnützigkeitsrecht im Spannungsfeld mit dem Postulat eines fairen Wettbewerbs. Die den gemeinnützigen Organisationen gewährten Steuerbefreiungen sind dem Grunde nach als staatliche Subventionen zu bewerten. Diese Befreiung ist wiederum nur so lange gerechtfertigt, wie durch die Tätigkeit der steuerbegünstigten Organisation tatsächlich gemeinnützige Zwecke verwirklicht werden. Daraus resultieren die strengen gesetzlichen Vorgaben vor allem hinsichtlich der Mittelverwendung, die der Gemeinnützigkeitsstatus voraussetzt. Allerdings bringt der Gemeinnützigkeitsstatus unterschiedlich schwer wiegende Nachteile mit sich, die die Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen bzw. Träger mittel- bis langfristig tendenziell gefährden (vgl. Tabelle 7).

Tabelle 7: Überblick Gemeinnützigkeitsrecht

Vorteile Gemeinnützigkeitsstatus	Nachteile Gemeinnützigkeitsstatus
<ul style="list-style-type: none"> • Steuerbefreiungen, insbesondere bei der Körperschafts- und Gewerbesteuer • Zugang zu Zuschüssen/Forderungen der öffentlichen Hand • Nutzung des Gemeinnützigkeitsstatus als zivilgesellschaftliches Gütesiegel • Steuerliche Anerkennung von Spenden an gemeinnützige Organisationen 	<ul style="list-style-type: none"> • Mittel sind zeitnah (i. d. R. innerhalb von 2 Jahren) für gemeinnützige Zwecke zu verwenden • Bildung von Rücklagen ist nur eingeschränkt möglich • Zweckbetriebe nach § 66 AO: <ul style="list-style-type: none"> • Keine Gewinnerzielung, die den konkreten Finanzierungsbedarf der wohlfahrtspflegerischen Gesamtsphäre (Zweckbetriebe nach §§ 66, 67, 68 AO sowie ideeller Bereich) übersteigt • Gewinnverrechnung nur innerhalb der wohlfahrtspflegerischen Gesamtsphäre • Keine gemeinnützigkeitsrechtliche Konzernbetrachtung möglich • Die Erfüllung der Vorgaben ist mit einem hohen administrativen Aufwand verbunden
Neutral	
<ul style="list-style-type: none"> • Einsatz von Mitteln ist nur für in der Satzung bestimmte gemeinnützige Zwecke erlaubt • Ausschüttung von Gewinnen ist verboten • Bei Verstößen oder Verlust des Gemeinnützigkeitsstatus besteht ein Haftungsrisiko (Nachversteuerung) 	

Quelle: Eigene Darstellung.

Ein anschauliches aktuelles Beispiel bietet die Diskussion um das „Gewinnverbot“ für die Wohlfahrtspflege, welches zu großer Verunsicherung in der Branche geführt hat.⁴⁸

⁴⁸ Mit Schreiben des Bundesfinanzministeriums vom 26.01.2016 wurden wesentliche Aspekte des sogenannten Rettungsdiensturteils des Bundesfinanzhofs (BFH-Urteil vom 27.11.2013, I R 17/12) in den Anwendungserlass zur Abgabenordnung (AEAO) übernommen. Hiernach ist die Erzielung von Gewinnen für Zweckbetriebe nach § 66 AO nur in einem gewissen Umfang – z. B. zum Inflationsausgleich oder zur Finanzierung von betrieblichen Erhaltungs- und Modernisierungsmaßnahmen – zulässig, und Gewinne dürfen nicht zur Quersubventionierung anderer Zweckbetriebe (§§ 65, 67, 67a, 68 AO) sowie des ideellen Bereichs verwendet werden.

Die diesbezüglich strengen Kriterien hat das Bundesfinanzministerium Ende 2017 weitgehend wieder entschärft.⁴⁹

Angesichts des sich stetig weiterentwickelnden Marktumfeldes und damit einhergehender Anpassungsbedarfe der Organisationsstrukturen in der Sozialwirtschaft wird das gemeinnützigkeitsrechtliche Korsett zunehmend als zu wenig flexibel empfunden. Insbesondere im Hinblick auf erforderliche Unternehmensumstrukturierungen wird die Frage gestellt, ob das Gemeinnützigkeitsrecht die geeigneten Rahmenbedingungen zur Verfügung stellt, um angesichts des wachsenden Wettbewerbsdrucks die notwendigen unternehmerischen Handlungsspielräume zu erhalten. Ein Ansatzpunkt könnte hier beispielsweise eine gemeinnützigkeitsrechtliche Konzernbetrachtung darstellen, ähnlich wie für den Bereich der Umsatzsteuer das Rechtsinstitut der umsatzsteuerlichen Organschaft eine konzernweite Betrachtung ermöglicht.

Grundsätzlich sollte es nicht darum gehen, die hinter dem Gemeinnützigkeitsrecht stehende berechtigte und anzuerkennende Förderung gemeinnützigen Engagements infrage zu stellen. Vielmehr ist eine Anpassung des Rechtsrahmens hin zu einem zukunftsfähigen Gemeinnützigkeitsrecht geboten, welches die Wettbewerbsfähigkeit der gemeinnützigen Unternehmen und damit die Chancengleichheit für alle Marktteilnehmer sichert.

3.2 Handlungsfelder der Unternehmen

Ein wichtiges Handlungsfeld für die Unternehmen, unabhängig von der Trägerschaft, ist die Weiterentwicklung der Geschäftsmodelle und regionaler Versorgungsstrukturen. Im

⁴⁹ Mit Schreiben des Bundesfinanzministeriums vom 6.12.2017 wurde der AEAO zu § 66 AO erneut ergänzt. Abgestellt wird nun auf den Finanzierungsbedarf der „wohlfahrtspflegerischen Gesamtsphäre“. Das BMF-Schreiben stellt u. a. klar, dass Gewinne aufgrund staatlich regulierter Preise kein Indiz für eine gemeinnützigkeitsschädliche Gewinnerzielungsabsicht sind. Zudem ist die Quersubventionierung von Zweckbetrieben nach §§ 67, 68 AO sowie des ideellen Bereichs (wieder) zulässig.

Wettbewerb auf den einzelnen Märkten der Sozialwirtschaft ist die Sicherstellung einer nachweisbar hohen Leistungs- und Betreuungsqualität von essenzieller Bedeutung. Daneben wird zukünftig die Innovationskraft im Hinblick auf ganzheitliche und passgenaue Konzepte, die sich an den Bedarfen der Leistungsempfänger orientieren, an Bedeutung gewinnen. In diesem Zusammenhang ist auch die Entwicklung und Integration von digitalen Dienstleistungen ein wichtiger Erfolgsfaktor.

Die unterschiedlichen strategischen Ausrichtungen der freigemeinnützigen und privatgewerblichen Unternehmen (vgl. Kapitel 2.1) werden grundsätzlich bestehen bleiben. Kein Unterschied existiert jedoch in dem Ziel, mit einem diversifizierten Leistungsportfolio, bestehend aus ambulanten, teilstationären und stationären Angeboten, einen Großteil der Wertschöpfungskette abzudecken. In den Geschäftsmodellen werden ambulante Leistungen für die Anbieter eine immer größere strategische Bedeutung haben. Auch Präventions- und Nachsorgeangebote werden wichtige Bausteine sein. Dabei ist davon auszugehen, dass die unterschiedlichen ordnungs- und leistungsrechtlichen Vorgaben zwischen den Branchen Krankenhaus, Pflege, Reha etc. sowie branchenintern zwischen den ambulanten und stationären Bereichen grundsätzlich weiterhin bestehen bleiben. Durch selektivvertragliche Regelungen hat sich jedoch eine Reihe von intersektoralen Versorgungsangeboten am Markt etabliert. Dies gilt insbesondere für Anbieter in ländlichen Regionen.

Die traditionellen Anbieter stehen zukünftig in den einzelnen Märkten auch stärker mit neuen Akteuren im Wettbewerb. Ein Beispiel ist die Wohnungswirtschaft im Bereich Pflege. Durch eigene Angebote und eine Vielzahl von Kooperationen wird sie insbesondere mit ambulanten und vorstationären Versorgungsangeboten am Markt aktiv sein. Darüber hinaus werden neue Steuerungsmechanismen die Märkte verändern. Es ist davon auszugehen, dass die Versorgungssteuerung über Plattformen ggf. bisher branchenexterner IT-Anbieter, welche mit den Kostenträgern und Leistungsanbietern Kooperationsvereinbarungen abgeschlossen haben, erfolgt. Eine Konsequenz dieser Entwicklung wird eine steigende Souveränität und Autonomie der Leistungsempfänger sowie eine deutlich erhöhte Transparenz über die Qualität der Angebote bzw. Leistungen sein. Die Wahlfreiheit der Leistungsempfänger wird in vielen Bereichen jedoch

durch die von den Kostenträgern als Steuerungsinstrument eingesetzten Selektivverträge eingeschränkt bleiben.

Der bereits in großen Teilen der Sozialwirtschaft bestehende Fachkräftemangel (vgl. Kapitel 1) wird sich zukünftig weiter zuspitzen. Für die Gewinnung und Bindung des erforderlichen Personals sind neben angemessenen Gehältern u. a. umfassende Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen, betriebliches Gesundheitsmanagement, Angebote zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie flexible Arbeitszeitmodelle von großer Bedeutung. Im Wettbewerb um das erforderliche Personal konkurrieren die Unternehmen sowohl untereinander als auch mit den Unternehmen in den übrigen volkswirtschaftlichen Bereichen.

Für den Zugang zum Kreditmarkt ist es erforderlich, sich auf die damit verbundenen Anforderungen einzustellen. Eine gute Bonität und angemessene Sicherheiten sind hierbei unabdingbar. Die durch Rating ermittelte Bonität wird wesentlich bestimmt durch die Eigenkapitalquote, die Liquiditätssituation und die Rentabilität. Neben Finanzkennzahlen sind für die Einschätzung auch Soft Facts wie das Management-Know-how von Bedeutung. Die Beurteilung der aktuellen wirtschaftlichen Situation erfordert einen zeitnahen Jahresabschluss sowohl der Einrichtung als auch der Trägergesellschaft sowie ein unterjähriges Berichtswesen. Trotz einer eventuell geringen Bonität aufgrund temporär auftretender Schwierigkeiten hinsichtlich der Ratingkennzahlen kann Kreditwürdigkeit durch die Stellung ausreichend werthaltiger Sicherheiten gegeben sein.

Ein zentraler Aspekt für den Zugang zum Kreditmarkt ist die nachhaltige Kapitaldienstfähigkeit. Diese ergibt sich aus einem zukunftsfähigen Geschäftsmodell. Die Einschätzung der Kapitaldienstfähigkeit erfordert einen Businessplan. Dieser umfasst eine mehrjährige Planungsrechnung, die aus einem Investitions- und Finanzplan, Plan-Gewinn- und Verlustrechnungen, Plan-Bilanzen sowie einer Plan-Cashflow-Rechnung besteht. Im Fokus der Kapitalgeber steht der Cashflow. Neben den wirtschaftlichen Kennzahlen liegt die Grundlage für eine erfolgreiche Finanzierung in der kontinuierlichen partnerschaftlichen Zusammenarbeit zwischen dem Kreditnehmer und dem Bankpartner auf Basis einer offenen und vertrauensvollen Kommunikation.

Die Möglichkeiten der Finanzierung über den Kapitalmarkt werden bisher nur von einigen großen privat-gewerblichen Unternehmen genutzt (vgl. Kapitel 2.3). In der Zukunft ist jedoch mit einem steigenden Bedarf zu rechnen. Für den Zugang zum Kapitalmarkt sind über die Anforderungen des Kreditmarktes hinaus insbesondere das erforderliche Finanzierungsvolumen, umfangreiche Publikationspflichten und eine professionelle Finanzkommunikation von Bedeutung. Darüber hinaus ist es für gemeinnützige Unternehmen wichtig, Finanzierungsformen zu wählen, die mit dem Gemeinnützigkeitsstatus vereinbar sind.

Ein weiteres Handlungsfeld ist die Erschließung der in den eigenen Strukturen vorhandenen Ertrags- und Kostensenkungspotenziale. Hierzu zählen u. a. die bessere Verzahnung bzw. Vernetzung der eigenen Angebote und der Abbau von Doppelstrukturen. Hiervon ausgenommen ist der Personalbereich. Aufgrund des Fachkräftemangels ist insbesondere im Bereich der examinierten Pflegekräfte mit steigenden Kosten zu rechnen.

Die Bewältigung der vielfältigen Herausforderungen erfordert, dass die notwendigen unternehmerischen Entscheidungen rechtzeitig getroffen und umgesetzt werden. Hierzu bedarf es insbesondere im Bereich der gemeinnützigen Unternehmen einer weiteren Professionalisierung der Corporate-Governance-Strukturen. Zu nennen sind in diesem Zusammenhang u. a. eine kompetente Besetzung der Gremien sowie eine Etablierung schlanker und schneller Entscheidungsprozesse.

3.3 Handlungsfelder der Finanzinstitute

Grundsätzlich kann der überwiegende Teil der am Markt vorzufindenden Finanzinstrumente auch von den Unternehmen der Sozialwirtschaft, unabhängig von der Trägerschaft, genutzt werden. Die geringe Inanspruchnahme der in anderen Wirtschaftsbereichen intensiver genutzten Instrumente des Kapitalmarktes ist u. a. dadurch begründet, dass die Ausgestaltung der Instrumente nicht mit den Bedarfen der Unternehmen in der Sozialwirtschaft übereinstimmen. Generell ist die Auswahl des

passenden Finanzierungsinstruments von einer Reihe von Faktoren abhängig. Wichtige Aspekte sind u. a. Vereinbarkeit mit dem Gemeinnützigkeitsrecht, Höhe der Finanzierungs- und Transaktionskosten, Verfügbarkeit und Flexibilität des Finanzierungsinstruments, Umfang der Stellung von Sicherheiten und die Offenlegungs- und Informationsanforderungen der Kapitalgeber. Ein weiterer wesentlicher Punkt ist die Auswirkung des Finanzierungsinstruments auf die Bilanzstruktur und den Cashflow des Unternehmens. Denn u. a. die Eigenkapitalquote beeinflusst maßgeblich die Bonität und damit indirekt den Spielraum für weitere Investitionen sowie die Höhe der Finanzierungskosten.

Die Herausforderungen der Finanzinstitute bestehen darin, die Bedürfnisse der Unternehmen in der Sozialwirtschaft zu identifizieren und die vorhandenen Finanzierungsinstrumente auf diese zu adaptieren. Darüber hinaus müssen diese als Intermediär zwischen den Unternehmen und der Sozialwirtschaft nahestehenden Investoren bzw. dem Kapitalmarkt fungieren.

Die Bank für Sozialwirtschaft AG hat in der Vergangenheit bereits mit den BFS Mezzanine Fonds eine Möglichkeit für den Zugang zu Mitteln des Kapitalmarktes geschaffen. Sozialunternehmen konnten damit eigenkapitalergänzendes Mezzanine-Kapital durch die Veräußerung von Genussrechten in Form von Genussscheinen an die Fondsgesellschaft aufnehmen. Das Wesentliche an diesem Finanzierungsinstrument ist, dass es auch für Unternehmen mit Gemeinnützigkeitsstatus geeignet ist, sowohl um Kapitalmarktmittel zu generieren als auch um es als Kapitalanlageprodukt zu nutzen. Dies wurde durch die Vereinbarung von Zinszahlungen anstatt einer Gewinnbeteiligung erreicht. Um die Möglichkeiten des Zugangs zum Kapitalmarkt bzw. zum Kapital institutioneller Investoren mit Bezug zur Sozialwirtschaft weiter zu verbessern, wird von der Bank für Sozialwirtschaft AG aktuell ein Kreditfonds initiiert.

Anhang

Interviewpartner und Workshop-Teilnehmer

Herr Prof. Dr. Peter Borges, Geschäftsführer, aktiva Beratung im Gesundheitswesen GmbH

Herr Carsten Brinkmann, Aufsichtsratsvorsitzender, TERRANUS

Herr Alfons Donat, Geschäftsführer, Dernbacher Gruppe Katharina Kasper

Herr Dr. Klaus Goedereis, Vorsitzender des Vorstands, St. Franziskus-Stiftung Münster

Herr Martin Heumann, Geschäftsführer, Krankenhauszweckverband Rheinland e. V.

Herr Frank Iggesen, Mitglied des Vorstands, HKA Hanseatische Kapitalverwaltung AG

Herr Jan-Hendrik Jessen, Head of Fund Management Operated Properties, PATRIZIA Immobilien AG

Herr Alexander Künzel, Vorsitzender des Vorstands, Bremer Heimstiftung

Frau Susanne Leciejewski, Vorstandsvorsitzende, Celenus SE

Herr Jörg Marx, Vorstand, AGAPLESION gAG

Herr Dr. Daniel Meuthen, Vorstand, AUCTUS Capital Partners AG

Herr Wolfgang Meyer, Vorstandssprecher, Sozialwerk St. Georg

Herr Dr. Markus Nachbauer, Vorstand, Stiftung Liebenau

Herr Prof. Dr. Volker Penter, Head of Health Care, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft

Herr Dr. Michael Philippi, ehem. Vorsitzender des Vorstands, Sana Kliniken AG

Herr Prof. Dr. Rainer Salfeld, Geschäftsführer, Artemed SE

Herr Ulrich Scheibel, Vorstandsmitglied, Evangelische Stiftung Alsterdorf

Herr Dr. Heinz-Jürgen Scheid, Vorsitzender des Vorstands, Marienhaus Stiftung

Herr Hartmut Schmidt, Unternehmensanalyst, HPS Research

Herr Bernhard Schneider, Hauptgeschäftsführer, Evangelische Heimstiftung GmbH

Herr Ralf Stiller, Vorstand Entwicklung, KORIAN Deutschland

Herr Dr. Christoph Tettinger, Geschäftsführer, CBT – Caritas-Betriebsführungs- und Trägergesellschaft mbH

Herr Prof. Dr. Vilain, Geschäftsführender Direktor, Institut für Zukunftsfragen der Gesundheits- und Sozialwirtschaft der EHD (IZGS)

Herr Prof. Dr. Friedrich Vogelbusch, Partner, Warth & Klein Grant Thornton AG

Herr Dr. Bodo de Vries, stellv. Vorsitzender des Vorstands, Ev. Johanneswerk e. V.

Literaturverzeichnis

Augurzky, B./Krolop, S./Hentschker, C./Pilny, A. (2013): Krankenhaus Rating Report 2013 – Krankenhausversorgung zwischen Euro-Krise und Schuldenbremse, medhochzwei Verlag, Heidelberg.

Augurzky, B./Krolop, S./Pilny, A./Schmidt, C./Wuckel, C. (2017a): Krankenhaus Rating Report 2017 – Strukturfonds – beginnt jetzt die große Konsolidierung?, medhochzwei Verlag, Heidelberg.

Augurzky, B./Heger, D./Hentschker, C./Krolop, S./Stroka, M. (2015): Pflegeheim Rating Report 2015, Vincentz Network, Hannover.

Augurzky, B./Heger, D./Kolodziej, I./Krolop, S./Wuckel, C. (2017b): Pflegeheim Rating Report 2017, Vincentz Network, Hannover.

BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft (Hrsg.) (2015): Investitionsfähigkeit der deutschen Krankenhäuser, Köln.

Bundesagentur für Arbeit (2010): Analyse des Arbeitsmarktes in Deutschland Dezember 2010, Nürnberg.

Bundesagentur für Arbeit (2017a): Analyse des Arbeitsmarktes in Deutschland Dezember 2017, Nürnberg.

Bundesagentur für Arbeit (2017b): Blickpunkt Arbeitsmarkt – Fachkräfteengpassanalyse, Dezember 2017, Nürnberg.

Bundesagentur für Arbeit (2015): Arbeitsmarktberichterstattung: Der Arbeitsmarkt in Deutschland – Fachkräfteengpassanalyse, Nürnberg, Stand: Juli 2017.

Bundeskartellamt (Hrsg.) (2017): Jahresbericht 2016, Berlin.

Borges, P./Zimolong, A. (2016): Investitionsbedarf in der medizinischen Rehabilitation – Ergebnisse einer Befragung 2016, aktiva Beratung im Gesundheitswesen GmbH, Köln.

CBRE GmbH (Hrsg.) (2017): Investmentmarkt für Pflegeimmobilien erreicht neues Rekordergebnis, Pressemitteilung vom 12.02.2017, Frankfurt am Main.

Deutsche Bundesbank (Hrsg.) (2017): Zeitreihe BBK01.SUD153: Effektivzinssätze Banken DE/Neugeschäft/Kredite an nichtfinanzielle Kapitalgesellschaften über 1 Mio EUR, anfängliche Zinsbindung über 5 bis 10 Jahre, zuletzt abgerufen am 15.08.2017.

Deutsche Bundesbank (Hrsg.) (2017a): Zeitreihe Kredite an das Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen (Unternehmen und freie Berufe), http://www.bundesbank.de/Navigation/DE/Statistiken/Zeitreihen_Datenbanken/Banken_und_andere_finanzielle_Institute/banken_und_andere_finanzielle_institute_list_node.html?listId=www_s10v_vjkre_82, zuletzt abgerufen am 15.08.2017.

Deutsche Bundesbank (Hrsg.) (2017b): Zeitreihe Kredite an Organisationen ohne Erwerbszweck, http://www.bundesbank.de/Navigation/DE/Statistiken/Zeitreihen_Datenbanken/Banken_und_andere_finanzielle_Institute/banken_und_andere_finanzielle_institute_node.html?openAll=true, zuletzt abgerufen am 15.08.2017.

Deutscher Caritasverband e. V. (Hrsg.) (2015): Einrichtungsstatistik – Erhebung 31.12.2014.

Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V. (Hrsg.) (2015): Einrichtungsstatistik zum 1. Januar 2015, Diakonie Texte 04.2015, Berlin.

FINSOZ e. V. (Hrsg.) (2016): Positionspapier Digitalisierung der Sozialwirtschaft, April 2016, Berlin.

Kunstmann, F./Hayer, J. (2014): BFS-Marktreport 2014 – Krankenhausversorgungsstruktur 2030, Bank für Sozialwirtschaft AG, Köln.

Hayer, J./Karapolat, N. (2016): BFS-Marktreport Rehabilitation 2016 – Die Konsolidierung des Marktes schreitet voran, Bank für Sozialwirtschaft AG, Köln.

HypZert GmbH (2015): HypZert News, Ausgabe 41, Berlin.

IEGUS Institut (Hrsg.) (2018): Unternehmerisches Wagnis in der stationären Pflege – Rechtslage und Quantifizierung der Vergütung unter besonderer Berücksichtigung der Regelungen des dritten Pflegestärkungsgesetzes, medhochzwei Verlag, Heidelberg.

Institut der deutschen Wirtschaft Köln (Hrsg.) (2016): Pressemitteilung – Nr. 48 vom 1. August 2016, Köln.

Preusker, U./Müschenich, M./Preusker, S. (2014): Darstellung und Typologie der Marktaustritte von Krankenhäusern Deutschland 2003-2013, Preusker Health Care OY, Berlin.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2006a): Grunddaten der Krankenhäuser 2005 – Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2006b): Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2005 – Fachserie 12 Reihe 6.1.2, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2007): Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse 2005, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2008a): Grunddaten der Krankenhäuser 2007 – Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2008b): Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2007 – Fachserie 12 Reihe 6.1.2, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2009): Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse 2007, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2010a): Grunddaten der Krankenhäuser 2009 – Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2010b): Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2009 – Fachserie 12 Reihe 6.1.2, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2011): Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse 2009, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2012a): Grunddaten der Krankenhäuser 2011 – Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2012b): Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2011 – Fachserie 12 Reihe 6.1.2, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2013): Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse 2011, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2014a): Grunddaten der Krankenhäuser 2013 – Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2014b): Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2013 – Fachserie 12 Reihe 6.1.2, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2015): Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse 2013, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2016a): Grunddaten der Krankenhäuser 2015 – Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2016b): Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2015 – Fachserie 12 Reihe 6.1.2, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2017a): Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse 2015, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2017b): Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland 2015, Wiesbaden.

Terranus Consulting GmbH (Hrsg.) (2017): Branchen Monitor 2017, Köln.

Bank für Sozialwirtschaft

Die Bank für Sozialwirtschaft AG konzentriert sich als Universalbank ganz auf das Geschäft mit Unternehmen, Verbänden, Stiftungen und anderen Organisationen, die in den Bereichen Soziales (Senioren-, Behinderten-, Kinder- und Jugendhilfe), Gesundheit und Bildung tätig sind.

Zu ihren Kundengruppen zählen ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen, Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen, Medizinische Versorgungszentren, Krankenkassen, Sozialversicherungsträger, Werkstätten und Wohnheime für Menschen mit Behinderung, Wohn- und Tageseinrichtungen für Kinder und Jugendliche, Schulen in freier Trägerschaft und andere Bildungsträger.

Die Bank für Sozialwirtschaft ist deutschlandweit das einzige Institut, das ausschließlich mit institutionellen Kunden aus der Sozial- und Gesundheitswirtschaft arbeitet. Sie gehört zu den zehn größten Banken im Bundesverband der Deutschen Volksbanken und Raiffeisenbanken.

Maßgeschneiderte Finanzierungen und das Wissen um die Wünsche und Bedürfnisse unserer Kunden aus der Sozial- und Gesundheitswirtschaft – dies sind die Grundlagen unseres Geschäftsmodells.

Das Angebot der Bank für Sozialwirtschaft beruht auf den drei klassischen Säulen einer Universalbank: Kreditgeschäft, Einlagen-/Wertpapiergeschäft und Zahlungsverkehr. Unseren Kunden in der Sozial- und Gesundheitswirtschaft bieten wir weitgehend individualisierte Finanzierungslösungen und umfassende begleitende Beratungsleistungen an.

Vor dem Hintergrund ihrer Gründungshistorie und der Struktur der Anteilseigner fungiert die Bank für Sozialwirtschaft zudem deutschlandweit als Plattform für Spendenaktionen.

Geschäftsstellen

Zentrale

50668 Köln

Konrad-Adenauer-Ufer 85

Telefon 0221 97356-0

Telefax 0221 97356-478

E-Mail bfs@sozialbank.de

Geschäftsstellen

10178 Berlin

Oranienburger Straße 13/14

Telefon 030 8402-0

Telefax 030 28402-341

E-Mail bfsberlin@sozialbank.de

01097 Dresden

Theresienstraße 29

Telefon 0351 89939-0

Telefax 0351 89939-585

E-Mail bfsdresden@sozialbank.de

99084 Erfurt

Anger 66-73

Telefon 0361 55517-0

Telefax 0361 55517-579

E-Mail bfserfurt@sozialbank.de

45128 Essen

Huysseallee 15

Telefon 0201 24580-0

Telefax 0201 24580-644

E-Mail bfsessen@sozialbank.de

22297 Hamburg

Alsterdorfer Markt 6

Telefon 040 253326-6

Telefax 040 253326-870

E-Mail bfshamburg@sozialbank.de

30177 Hannover

Podbielskistraße 166

Telefon 0511 34023-0

Telefax 0511 34023-523

E-Mail bfshannover@sozialbank.de

76131 Karlsruhe

Ludwig-Erhard-Allee 6

Telefon 0721 98134-0

Telefax 0721 98134-688

E-Mail bfskarlsruhe@sozialbank.de

50678 Köln

Konrad-Adenauer-Ufer 85

Telefon 0221 97356-0

Telefax 0221 97356-177

E-Mail bfskoeln@sozialbank.de

04109 Leipzig

Neumarkt 9
Telefon 0341 98286-0
Telefax 0341 98286-543
E-Mail bfsleipzig@sozialbank.de

39106 Magdeburg

Joseph-von-Fraunhofer-Straße 2
Am Wissenschaftshafen
Telefon 0391 59416-0
Telefax 0391 59416-539
E-Mail bfsmagdeburg@sozialbank.de

55116 Mainz

Fort-Malakoff-Park
Rheinstraße 4 G
Telefon 06131 20490-0
Telefax 06131 20490-669
E-Mail bfsmainz@sozialbank.de

80335 München

Karlsplatz 10 (Stachus)
Telefon 089 982933-0
Telefax 089 982933-629
E-Mail bfsmuenchen@sozialbank.de

34117 Kassel

Obere Königsstraße 30
Telefon 0561 510916-0
Telefax 0561 510916-859
E-Mail bfskassel@sozialbank.de

90402 Nürnberg

Königstraße 2
Telefon 0911 433300-0
Telefax 0911 433300-619
E-Mail bfsnuernberg@sozialbank.de

18055 Rostock

Mühlendamm 8 b
Telefon 0381 1283739-0
Telefax 0381 1283739-869
E-Mail bfsrostock@sozialbank.de

70174 Stuttgart

Theodor-Heuss-Straße 10
Telefon 0711 62902-0
Telefax 0711 62902-699
E-Mail bfsstuttgart@sozialbank.de

Europa-Büro der BFS

BELGIEN

1040 Brüssel

Rue de Pascale 4-6

Telefon 0032 22303922

Telefax 0032 22802778

E-Mail bfsbruessel@sozialbank.de

BFS Service GmbH

50678 Köln

Im Zollhafen 5 (Halle 11)

Telefon 0221 97356-160

Telefax 0221 97356-164

E-Mail bfs-service@sozialbank.de

BFS Abrechnungs GmbH

31137 Hildesheim

Lavesstraße 8-12

Telefon 05121 935623-0

Telefax 05121 935623-99

E-Mail info@bfs-abrechnung.de

ISBN: 978-3-93559-46-4