

# Krankenhaus-Report 2011

## „Qualität durch Wettbewerb“

Jürgen Klauber / Max Geraedts /  
Jörg Friedrich / Jürgen Wasem (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2011

Auszug Seite 161-172



<b>12</b>	<b>Investitionspauschalen als Weg in die Monistik?.....</b>	<b>161</b>
	<i>Boris Augurzky</i>	
12.1	Einleitung .....	162
12.2	Derzeitige Finanzierungssituation. ....	162
12.3	Neue Konzepte zur Investitionsfinanzierung .....	165
12.4	Auswirkungen eines Übergangs zu einer neuen Investitionsfinanzierung .....	169
12.5	Fazit.....	171
12.6	Literatur .....	172

# 12 Investitionspauschalen als Weg in die Monistik?

Boris Augurzky

## Abstract

Die derzeitige dualistische Krankenhausfinanzierung weist zwei wesentliche Probleme auf: Erstens hat sie zu einer Unterfinanzierung im investiven Bereich von Krankenhäusern und damit zu einem Investitionsstau in der Größenordnung von rund 12 Mrd. Euro geführt. Zweitens führt sie zu einer ineffizienten Kapitalallokation, was durch empirische Untersuchungen gestützt wird. Letzteres Problem ließe sich durch einen Wechsel zu einer monistischen Finanzierung beheben, der allerdings praktisch unmöglich ist. Eine ebenso effektive Alternative stellen Investitionspauschalen dar, die ab 2012 von den Bundesländern eingeführt werden können. Den Ländern ist zu raten, sich aus Effizienzgründen für einen Umstieg zu entscheiden. Langfristig ist sogar ein weiterer Schritt denkbar. Wenn es gelingt, zumindest das bundesweite Investitionsmittelvolumen bezogen auf das Land mit der geringsten Förderung je Fall auf die Krankenversicherungen zu übertragen – idealerweise nach Beendigung des GKV-PKV-Dualismus –, könnten im Durchschnitt etwa drei Viertel der Investitionspauschale über die Krankenversicherungen direkt finanziert werden.

In Germany, operating costs of hospitals are financed by the patients or their health insurance funds, respectively, while investment costs are borne by the federal states – often by granting subsidies to larger investment projects. This so-called dualistic financing is faced with two fundamental problems: First, there is a substantial annual underfunding of investments, cumulating to an estimated 12 billion Euro. Second, it produces an inefficient allocation of capital, which is supported by empirical studies. The latter problem could be solved by switching to monistic financing, i. e. patients or their health care funds pay for all hospital costs which is, however, practically impossible. An investment lump-sum based on DRGs would be an equally effective alternative. From 2012 on there will be a fully elaborated system of investment lump-sums, embedded into the DRG system, which the federal states can optionally choose to implement. For efficiency reasons, they should be advised to do so. In the long run, a further step towards monistic financing is possible. If at least all 16 federal states transferred the investment volume of the state with the lowest subsidy per case to the health insurance funds – ideally after abolishment of the GKV-PKV-dualism – around three quarters of the investment lump-sum could be directly financed by the health insurance funds.

## 12.1 Einleitung

Der Krankenhausmarkt in Deutschland ist geprägt durch ein moderates, aber konstantes Wachstum, das sich nachfrageseitig in den kommenden Jahren aufgrund der demografischen Entwicklung und des medizinisch-technischen Fortschritts fortsetzen wird. Im Zuge dessen steigen die Ausgaben für den Betrieb sowie für Investitionen von Krankenhäusern. Charakteristisch für die Finanzierung der Krankenhäuser ist die sogenannte Dualistik. Danach werden die Betriebskosten von den Patienten bzw. deren Krankenversicherungen finanziert, während Investitionen in die Immobilie oder Ausstattung von den Bundesländern über Steuergelder aufzubringen sind. Die Dualistik trat mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) 1972 in Kraft (Malzahn und Wehner 2010).

Seit mehreren Jahren sind die von den Bundesländern bereitgestellten Investitionsfördermittel rückläufig und nicht ausreichend, um den Investitionsbedarf der Krankenhäuser zu decken. Aus diesem Grund finanzieren Krankenhäuser Investitionen zusätzlich vermehrt über Eigenmittel. Unabhängig von der Unterfinanzierung im investiven Bereich gibt es Grund zur Annahme, dass die dualistische Finanzierung zu einer ineffizienten Allokation von Kapital führt. Auf der Grundlage einer empirisch basierten Darstellung der derzeitigen Finanzierungssituation (Abschnitt 12.2) stellt dieses Kapitel ordnungspolitische Konzepte zu einer Reform der Investitionsfinanzierung dar (Abschnitt 12.3) und diskutiert die Auswirkungen eines möglichen Übergangs zu einer neuen Investitionsfinanzierung (Abschnitt 12.4). Abschnitt 12.5 zieht ein Fazit.

## 12.2 Derzeitige Finanzierungssituation

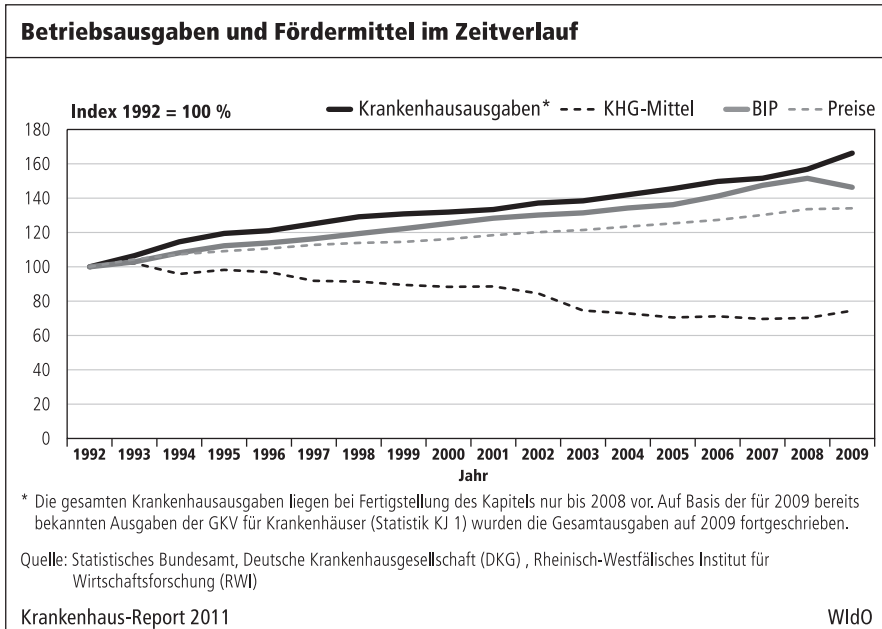
Während die Ausgaben zur Finanzierung der Betriebskosten von Krankenhäusern in den vergangenen Jahren jährlich stiegen, sanken die von den Ländern bereit gestellten Mittel zur Finanzierung von Investitionen (Abbildung 12-1)<sup>1, 2</sup>. Zwischen 1992 und 2009 stiegen die Betriebskosten um 66 %, während die Investitionsfördermittel nach KHG um 26 % zurückgingen. Im Verhältnis zu den Betriebskosten haben sich die KHG-Mittel in diesem Zeitraum sogar mehr als halbiert. Zum Vergleich: das BIP nahm um 46 % und die Preise (Inflation) um 34 % zu.

Auch wenn sich nicht sagen lässt, wie hoch der Anteil der Investitionen am Umsatz idealerweise sein sollte, um ein Krankenhaus zukunftsfähig aufzustellen, liegt der Verdacht nahe, dass vor dem Hintergrund dieser Trends die Fördermittel inzwischen kaum noch ausreichen dürften, um alle nötigen Investitionen finanzieren zu können. Laut Kostennachweis der Krankenhäuser (Statistisches Bundesamt

1 Die gesamten Krankenausgaben liegen bei Fertigstellung des Manuskripts nur bis 2008 vor. Auf Basis der für 2009 bereits bekannten Ausgaben der GKV für Krankenhäuser (Statistik KJ 1) wurden die Gesamtausgaben auf 2009 fortgeschrieben.

2 Darin enthalten sind auch die Investitionsmittel der Krankenversicherungen an Krankenhäuser in den neuen Bundesländern (§ 14 GSG), die in den Jahren 2002 bis 2008 jährlich etwa 160 Mill. € betragen haben dürften und 2014 auslaufen.

Abbildung 12-1



2009b) beliefen sich die bereinigten Kosten der Krankenhäuser 2008 auf 63 245 Mill. Euro. Aufwendungen für die Ambulanzen und für Forschung und Lehre sind dabei herausgerechnet. Zieht man ferner die Kosten der Universitätskliniken (ca. 13,6% der Gesamtkosten) ab, die nach dem Hochschulbauförderungsgesetz gefördert wurden, ergeben sich Betriebskosten für nicht-universitäre Krankenhäuser in Höhe von 54 663 Mill. Euro.

Bei 2 672 Mill. Euro an Fördermitteln 2008 (DKG 2010) ergibt sich damit eine Fördermittelquote von 4,9% der Betriebskosten. Der Umsatz der Krankenhäuser dürfte aber höher als die Kosten gelegen haben, was daher gemessen am Umsatz eine geringere Quote impliziert. In der Welt einer monistischen Finanzierung würden ferner die Fördermittel dem Umsatz hinzugerechnet<sup>3</sup>. Nach Analyse von rund 700 Jahresabschlüssen von Krankenhausunternehmen (Augurzky et al. 2010) dürfte der Umsatz inklusive der Fördermittel um rund 8% höher gelegen haben als die Betriebskosten. Dies würde einer Fördermittelquote von 4,5%, gemessen am so definierten Umsatz, entsprechen. Durch eigenfinanzierte Investitionen hatten die Krankenhäuser 2008 allerdings mehr investiert als sie an Fördermitteln zur Verfügung gestellt bekamen. Auf Basis der Jahresabschlussdaten ergibt sich eine Investitionsquote von näherungsweise 7,7% des Umsatzes.

Geht man davon aus, dass im Durchschnitt 10% des Umsatzes für Investitionszwecke nötig sind, hat sich bis 2008 ein kumulierter Investitionsstau von 12,5 Mrd.

<sup>3</sup> Beispielsweise für monistisch finanzierte Rehabilitationskliniken oder ambulante Praxen dient der Umsatz der Deckung sowohl der Betriebs- als auch Investitionskosten. Der Umsatz fällt damit entsprechend höher aus als bei einer dualistischen Finanzierung.

Euro gebildet (Augurzky et al. 2010).<sup>4</sup> Ein Wert von 10% erscheint realistisch. Nimmt man beispielsweise an, dass die großen privaten Klinikketten alle betrieblich notwendigen Investitionen durchführen, um insbesondere Betriebsabläufe zu optimieren, kommt man auf einen ähnlichen Wert: Ohne Berücksichtigung von öffentlichen Fördermitteln<sup>5</sup> investierten die Rhön Klinikum AG im Durchschnitt der Jahre 2005 bis 2009 jährlich 11% ihres Umsatzes, die HELIOS Kliniken GmbH 7%, die Sana Kliniken AG 6% und die Asklepios Kliniken GmbH in den Jahren 2005 bis 2008 6%. Hinzu kommen jeweils noch öffentliche Fördermittel. Inklusive Fördermittel investierten die Damp Holding AG jährlich 9% ihres Umsatzes in den Jahren 2005 bis 2009, die SRH-Kliniken 10% und die Paracelsus-Kliniken in den Jahren 2005 bis 2008 9% (Schmidt 2010).

Es bleibt festzuhalten, dass die derzeitige Art der Investitionsfinanzierung über Fördermittel offenbar nicht geeignet ist, ein ausreichendes Investitionsvolumen zu garantieren. Zum Mangel an Investitionsfinanzierung kommen jedoch weitere, grundlegendere Probleme der Dualistik zum Tragen, die auch bei ausreichender Finanzierung nicht behoben wären: Die Dualistik führt zu einer Fehlallokation von Kapital. Erstens werden Krankenhausleistungen gegenüber Leistungen anderer Leistungserbringer, die monistisch finanziert werden, wie zum Beispiel den ambulanten, vergünstigt, weil Krankenhauspreise keinen Investitionskostenanteil beinhalten. Es kann zu einer Verzerrung der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen zu Gunsten der Krankenhäuser kommen. Zweitens erzeugt die Dualistik Wettbewerbsverzerrungen zwischen Krankenhäusern. Ein Haus, das eine größere Einzelförderungsmaßnahme bewilligt bekommen hat, stellt sich besser als eines ohne Bewilligung oder als solche, die keinen Antrag auf Einzelförderung gestellt haben.

Drittens kann die Dualistik eine Übernachfrage nach Fördermitteln erzeugen. Da Fördermittel kostenlos zur Verfügung gestellt werden, d. h. eine Verzinsung des bereitgestellten Kapitals nicht vorgesehen ist, können damit auch Investitionen getätigt werden, die keinen positiven Ertrag erbringen. Mithin besteht die Gefahr, dass öffentliches Kapital nicht effizient eingesetzt wird. Zwar werden Fördermittelanträge durch entsprechende Behörden geprüft. Es ist jedoch zweifelhaft, ob Businesspläne der Krankenhäuser vor dem Hintergrund der Rentabilität der Investition begutachtet werden bzw. ob die Behörden in der Lage sind, dies zu tun. Viertens neigen Behörden dazu, Entscheidungsprozesse langwierig zu gestalten, sodass zwischen Förderantrag und endgültiger Bewilligung von Mitteln ein großer Zeitraum liegen kann, der dazu führt, dass sich die Rahmenbedingungen für ein Investitionsvorhaben entscheidend verändern können. Dies erhöht die Planungsunsicherheit für Krankenhäuser und damit das Investitionsrisiko.

Fünftens ist denkbar, dass über Fördermittelanträge nicht nur unter wirtschaftlichen und medizinischen Gesichtspunkten entschieden wird, sondern auch unter politischen, die den wirtschaftlichen und medizinischen Zielen entgegenlaufen können. Sechstens können öffentliche Behörden einer bewussten oder unbewussten

4 Bei der Berechnung des kumulierten Investitionsstaus werden vergangene Investitionslücken jährlich abgeschrieben. Außerdem werden die durch Eigenmittel finanzierten Investitionen gegengegerechnet.

5 Aufgrund der Bilanzierung nach IFRS sind öffentliche Fördermittel nicht direkt im Jahresabschluss ersichtlich; insbesondere wird die Bilanz um die Sonderposten verkürzt.

informellen Beeinflussung z. B. seitens der Krankenhäuser unterliegen, gerade wenn die Entscheidungsfindung intransparent ist. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass eigenverantwortliches Handeln der Krankenhäuser durch die Dualistik geschwächt wird.

Tatsächlich zeigen empirische Untersuchungen auf der Ebene von Jahresabschlüssen, dass ein Mehr an Fördermitteln im Durchschnitt *nicht* zu einer besseren wirtschaftlichen Lage des geförderten Krankenhauses führt. Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der Höhe der Fördermittel und der sogenannten Ausfallwahrscheinlichkeit oder der EBITDA-Marge<sup>6</sup> (Augurzky et al. 2010). Dabei wurden parallel zahlreiche weitere Faktoren, die die Wirtschaftlichkeit beeinflussen können, berücksichtigt.<sup>7</sup> Allerdings zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Art der Fördermittelvergabe und der wirtschaftlichen Lage: Je mehr ein Bundesland seine Mittel in Form der pauschalen Fördermittel statt nach Einzelantrag vergibt, desto *niedriger* fällt die Ausfallwahrscheinlichkeit der Krankenhäuser in dem Bundesland aus.

Beide empirischen Befunde belegen die oben genannten Vermutungen über die Nachteile der Dualistik. Die Bundesländer sollten daher einen Übergang zur Monistik oder zumindest zu einer stärker an Pauschalen orientierten Investitionsfinanzierung aus Eigeninteresse anstreben. Sie könnten damit die zu knappen Fördermittel zumindest effizienter einsetzen.

## 12.3 Neue Konzepte zur Investitionsfinanzierung

Die in der Literatur bereits vielfach diskutierte Monistik wäre ein geeigneter alternativer Finanzierungsweg, um die Nachteile der Dualistik zu beheben (Wasem und Vincenti 2000, Rürup et al. 2008). Die Monistik ist in den meisten Gesundheitsbereichen Realität, zum Beispiel bei Rehakliniken, im ambulanten Sektor, bei den Apotheken, weitgehend auch bei der stationären Pflege<sup>8</sup>. Im Krankenhausbereich wäre sie ebenso denkbar. Die Monistik könnte höchstens dort zu Problemen führen, wo ein Krankenhausstandort nachweislich wirtschaftlich nicht tragbar ist, aber dennoch für die medizinische Versorgung einer Region unverzichtbar ist. Aufgrund der hohen Krankenhausdichte in Deutschland (Augurzky et al. 2010), insbesondere in den alten Bundesländern, dürfte dieser Fall jedoch selten auftreten. Dort, wo er aber auftritt, sollten statt Einzelfördermaßnahmen Sicherstellungszuschläge im Rahmen von Investitionspauschalen ähnlich wie im DRG-System gewährt werden. Denkbar

6 Das EBITDA misst näherungsweise den Cash Flow eines Unternehmens. Es steht für "Earnings before interests, taxes, depreciation, and amortization".

7 Konkret wurden berücksichtigt: die Krankenhausgröße, die Höhe des Basisfallwerts 2008, Ländlichkeit, Standort in West- bzw. Ost- und Nord- bzw. Süddeutschland, Trägerschaft, Klinikette versus Einzelhaus, Höhe des CMI, Einkommensniveau des Kreises eines Krankenhauses.

8 In der stationären Pflege gibt es je nach Bundesland ebenfalls Fördermittel für Investitionen. Theoretisch ist die Finanzierung ebenfalls dualistisch (§ 82 Abs. 3 SGB XI). Jedoch nimmt die Bedeutung der Fördermittel immer mehr ab. Anders als im Krankenhausbereich werden nicht-geförderte Investitionen von den Pflegebedürftigen selbst finanziert.

wäre ein kleiner Infrastrukturfonds ähnlich wie von Rürup et al. (2008) zur Finanzierung von Krankenhausumwandlungen vorgeschlagen für den Fall, dass ein Krankenhaus aufgrund stark rückläufiger Nachfrage nicht mehr benötigt wird.

Um Krankenhausleistungen nach SGB V § 12 ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich erbringen zu können, ist die Monistik der Dualistik überlegen. Allerdings ist der Übergang vom derzeitigen System in die reine Monistik praktisch unmöglich. Da in der reinen Monistik die Patienten bzw. deren Krankenversicherungen einen Investitionskostenanteil zusammen mit den DRG-Fallpauschalen aufzubringen hätten, würde sich deren Aufwand für Krankenhäuser – bei Fortführung der aktuellen Unterfinanzierung im investiven Bereich – um ca. 5%, bei Beendigung der Unterfinanzierung sogar um rund 10% erhöhen. Gleichzeitig würden die Bundesländer dauerhaft um fast 3 Mrd. Euro entlastet. Zur Vermeidung von Be- und Entlastungen müssten die Bundesländer die eingesparten Steuergelder an die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen überführen.

Dies wirft neue Probleme auf. Zwar könnten vermutlich durch geeignete Bundesländer-Vereinbarungen Steuergelder – wie bislang auch – in den Gesundheitsfonds eingespeist werden. Allerdings müsste ein Teil dieser Steuergelder den privaten Krankenversicherern zur Verfügung gestellt werden, was größere Schwierigkeiten aufwerfen würde. Aber selbst bei einer Lösung dessen würde es zu nennenswerten Umverteilungsproblemen zwischen Bundesländern kommen. Länder mit einer derzeit großzügigen Förderpolitik würden durch den Übergang mehr Steuermittel je Bürger abgeben als Länder mit einer restriktiven Förderpolitik. Die Krankenhäuser der Länder mit großzügiger Förderpolitik würden jedoch im Gegenzug keinen höheren Investitionskostenanteil erhalten. Damit ist der Weg zur Monistik unmöglich. In ihrer reinen Form ist sie daher keine Option.

Eine Regionalisierung der Zusatzprämien der Krankenkassen in der Welt des Gesundheitsfonds wäre ein möglicher Weg, regionale Interessenskonflikte zu lösen, der jedoch hier nicht weiter verfolgt werden soll. Zur Lösung regionaler Interessenskonflikte sollten vielmehr die Investitionskostenanteile selbst regionalisiert werden. Zur Vermeidung der Übertragung von Landessteuermitteln an gesetzliche und private Krankenversicherungen sollten sie außerdem durch einen geeigneten Mechanismus direkt durch die Bundesländer ausbezahlt werden. Damit ergäbe sich ein Konzept der sogenannten „regionalen Monistik“ oder „Modell 21“ wie vom Bundesverband deutscher Privatkliniken und dem Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung diskutiert (BDPK und RWI 2007) oder sogenannte Investitionspauschalen, wie sie in der aktuellen Gesetzeslage des KHG verankert sind (§ 10 Abs. 1 KHG). Zwar handelt es sich dabei im engeren Sinne immer noch um eine dualistische Finanzierung: Die Länder finanzieren nach wie vor die Investitionen, die Versicherungen die Betriebskosten. Faktisch wirken Investitionspauschalen jedoch aus Sicht eines Krankenhauses wie in der Monistik.

Nach diesen Konzepten erarbeitet das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK GmbH) analog zum DRG-System sogenannte Investitionsbewertungsrelationen und Investitionsfallwerte. Die Investitionsbewertungsrelationen messen den relativen Investitionsbedarf einer DRG im Verhältnis zu einem Normwert, dem sogenannten Investitionsfallwert. Die Investitionspauschale, die das Krankenhaus je DRG erhält, ergibt sich als Produkt aus Investitionsfallwert und Investitionsbewertungsrelationen. Während die Bewertungsrelationen bundesweit



einheitlich sind, können die Investitionsfallwerte von Land zu Land variieren – analog den DRG-Landesbasisfallwerten. Bezogen auf alle Plankrankenhäuser (ausgenommen Universitätskliniken) mit rund 15,1 Mill. Fällen 2008 belief sich die Investitionspauschale im Status quo bundesweit auf durchschnittlich 177 Euro je Fall. Geht man von einem höheren Investitionsbedarf je Fall aus, müsste der Wert entsprechend höher ausfallen.

Nach § 10 Abs. 1 KHG sollen die Bewertungsrelationen und Fallwerte ab 1.1.2012 für Allgemeinkrankenhäuser (ohne Universitätskliniken) und ab 1.1.2014 für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen anwendbar sein. Für die Universitätskliniken soll es gesonderte Berechnungen geben. Jeweils ein Jahr davor sollen die Investitionsbewertungsrelationen feststehen. Ihre Anwendung ist für die Bundesländer jedoch optional, d. h. sie können entweder eine eigene Pauschalförderung erarbeiten, wie z. B. Nordrhein-Westfalen mit der Baupauschale (Winterer 2009), oder bei der alten Förderpraxis bleiben. Zwar wäre eine verbindliche Einführung in allen Bundesländern erstrebenswert. Die jetzige Regelung lässt jedoch Spielraum für Bundesländer, sich im Wettbewerb gegenüber anderen Ländern abzusetzen. Ein Umstieg auf die Investitionspauschalen führte zu einem effizienteren Einsatz ihrer knappen Steuermittel, sodass bei unverändertem Fördermittelvolumen trotzdem effektiv mehr bei den Krankenhäusern ankäme. Den jeweiligen Landeskrankenhausesgesellschaften ist daher zu empfehlen, sich für einen Umstieg einzusetzen.

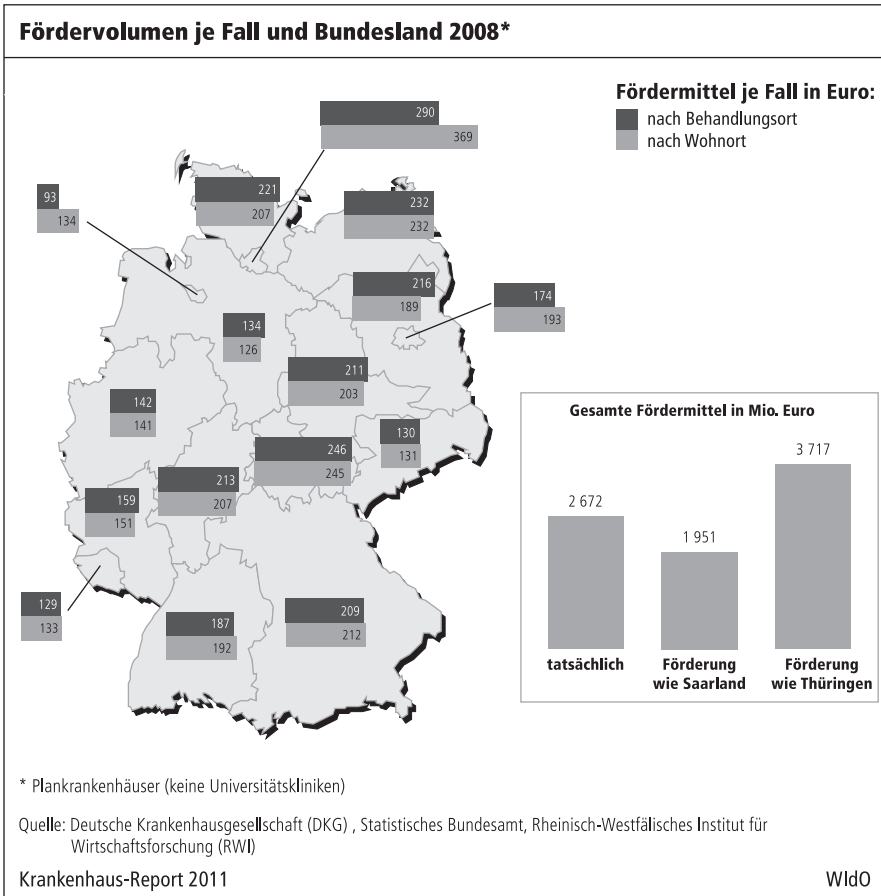
Langfristig denkbar wäre zwar eine Konvergenz der Landes-Investitionsfallwerte auf einen einheitlichen Bundes-Investitionsfallwert. Aufgrund der Tatsache, dass die Länder jedoch – anders als im DRG-System – die Investitionsmittel aufbringen, kann dies nicht gefordert werden. Eine Konvergenz würde von einigen Bundesländern verlangen, mehr Mittel zur Verfügung zu stellen und von anderen, ihre Mittel zu reduzieren. Möglich wäre aber, dass sich die Länder darauf einigten, zumindest die Investitionsmittel beispielsweise auf dem Niveau des Bundeslandês, das die geringste Förderung je Fall aufweist, den Krankenversicherungen zufließen zu lassen und damit zum Teil den Schritt hin zur vollen Monistik zu gehen.

Abbildung 12–2 zeigt das Fördervolumen je Fall und Bundesland. Als Stadtstaat ist Bremen als Referenzgröße nicht geeignet. Mit seinen Fördermitteln finanziert er auch die Patienten aus dem umliegenden Niedersachsen. Bezogen auf die Patienten mit Wohnort Bremen weist Bremen eine ebenso hohe Förderung je Patient auf wie das Saarland. Referenzland sollte daher vielmehr das Saarland sein, das im Jahr 2008 ein Plankrankenhaus<sup>9</sup> mit 129 Euro je Fall gefördert hatte. Würden alle Bundesländer dieses damit verbundene Fördervolumen den Krankenversicherungen zukommen lassen, belief sich 2008 insgesamt auf 1,95 Mrd. Euro, d. h. rund 720 Mill. Euro oder 27% weniger als 2008 tatsächlich insgesamt gefördert. Den Restbetrag über 720 Mill. Euro könnten die Bundesländer im Rahmen eines Infrastrukturfonds (bspw. Rürup et al. 2009) nach Investitionspauschalen oder auch in anderer Form an ihre Krankenhäuser verteilen. Überdies könnte durch zusätzliche Mechanismen für Stadtstaaten mit zahlreichen Patienten aus den umliegenden Bundesländern gleichzeitig auch die Subventionierung der umliegenden Länder reduziert werden.

<sup>9</sup> Ohne Universitätskliniken.



Abbildung 12–2



Zur Übertragung der Mittel der Länder auf die Krankenversicherungen wäre es sehr hilfreich, die Finanzierung der GKV auf eine pauschale Gesundheitsprämie mit steuerfinanziertem Sozialausgleich umzustellen und damit langfristig den Dualismus von GKV und PKV zu beenden. Mit der Übertragung des Mindestfördervolumens an die Versicherungen wäre zum Teil auch die Wettbewerbsverzerrung zwischen stationär und ambulant behoben, was bei einem allmählichen Abbau der Sektorengrenze ambulant/stationär erforderlich ist.

Bleibt schließlich das Problem der unterschiedlichen Ausgangslagen innerhalb eines Bundeslandes beim Umstieg auf Investitionspauschalen. Zum Zeitpunkt des Umstiegs oder in den Jahren davor hat ein gewisser Anteil an Krankenhäusern eines Landes eine Einzelförderung erhalten, während dies für den Rest schon sehr viele Jahre zurückliegt. Damit sind die Startbedingungen bei Einführung von Pauschalen unterschiedlich und müssen zwingend im Rahmen einer Konvergenzphase über mehrere Jahre angeglichen werden. Dies ist lösbar, wie das Beispiel Nordrhein-Westfalen zeigt (Winterer 2009). Im Prinzip entsprechen die Abschreibungen auf ein in der Vergangenheit erhaltenes Fördervolumen eines Krankenhauses den Inves-

titionspauschalen. Das heißt, das betroffene Krankenhaus erhält so lange keine oder eine reduzierte Investitionspauschale, wie es noch Abschreibungen auf eine vergangene Investitionsförderung tätigt. Bereits abgeschriebene Investitionen werden dementsprechend nicht mehr berücksichtigt. Selbstverständlich sollte die in der Konvergenzphase eingesparten Investitionspauschalen auf alle Krankenhäuser eines Landes umgelegt werden

## 12.4 Auswirkungen eines Übergangs zu einer neuen Investitionsfinanzierung

Mittelfristig ist in einigen Bundesländern mit dem Übergang zu Investitionspauschalen zu rechnen. Langfristig wäre sogar ein wie oben geschilderter „Drei-Viertel-Schritt“ zur tatsächlichen Monistik möglich. Mit dem Übergang zu Investitionspauschalen dürfte Bürokratie relativ rasch abgebaut werden. Die Erstellung und Prüfung von Anträgen zu Einzelfördermaßnahmen entfallen. Der öffentliche Dienst wird entlastet und kann sich anderen wichtigen Aufgabenfeldern widmen. Entsprechend werden auch die Krankenhäuser entlastet. Dem kann allerdings eine Mehrbelastung durch Kreditanträge bei Banken gegenüberstehen. Eine Investitionspauschale dürfte zu einem Anstieg der über Kredit finanzierten Investitionen führen. Bislang sind aber geförderte Investitionsvorhaben häufig auch schon mit einem – evtl. kreditfinanzierten – Eigenanteil verbunden, sodass der Zusatzaufwand für die Krankenhäuser insgesamt gering ausfallen sollte. Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass die Entscheidungsprozesse schneller ablaufen bzw. die Geschwindigkeit maßgeblich durch das Krankenhaus bestimmt wird.

Gleichzeitig erhöht sich die Transparenz bei der Fördermittelvergabe. Die Kriterien zum Erhalt der Investitionspauschale sind einsehbar. Eine Bevorteilung oder Benachteiligung von Antragstellern ist ausgeschlossen. Nach einer gewissen Konvergenzphase sind außerdem Wettbewerbsverzerrungen durch Einzelfördermaßnahmen behoben. Jedes Krankenhaus hat dann die gleichen Chancen und Risiken, sich am Markt zu behaupten. Dies hat darüber hinaus zur Folge, dass unwirtschaftliche Einrichtungen oder Überkapazitäten nicht künstlich aufrechterhalten werden.

Krankenhäuser werden Investitionsvorhaben kostenbewusster planen, weil die Finanzierung nicht mehr von einem Dritten getragen wird, sondern faktisch vom Krankenhaus selbst. Auch dürften Investitionen, die keine nachhaltige Verbesserung der Ertrags- oder Kostenlage des Krankenhauses mit sich bringen, seltener durchgeführt werden, außer das Krankenhaus möchte einige Angebote intern subventionieren. Da Fördermittel für Einzelmaßnahmen nicht verzinst werden müssen, ist eine Investitionsrendite von 0% auf das eingesetzte Kapital ausreichend. Da die Investitionspauschale unabhängig vom konkreten Investitionsvorhaben fließt, liegt es im Interesse des Krankenhauses, eine möglichst gute Rendite auf das eingesetzte Kapital zu erzielen. Insgesamt wird also das zur Verfügung stehende knappe Kapital effizienter eingesetzt. Gelingt langfristig sogar der Übergang zu einer „Drei-Viertel-Monistik“, indem die Bundesländer einen Teil der Investitionsfördermittel auf GKV und PKV übertragen – idealerweise durch Beendigung des Dualismus zwischen

GKV und PKV – werden zusätzlich Wettbewerbsverzerrungen zwischen stationären und ambulanten Einrichtungen zu einem erheblichen Teil beseitigt.

Nichtsdestoweniger stellen sich einige kritische Fragen. 1. Wie kann die Krankenhausplanung noch effektiv durchgeführt werden und der Sicherstellungsauftrag der Länder gewährleistet bleiben, wenn nicht gleichzeitig auch gezielte Investitionsmittel des Landes die Planung und Sicherstellung umsetzen helfen? Zunächst sei grundsätzlich darauf hingewiesen, dass ein staatlicher Eingriff, d. h. Krankenhausplanung, nur dort sinnvoll ist, wo die Versorgung in Gefahr sein könnte, d. h. praktisch nur in ländlichen Regionen. Zur Sicherung der Versorgung in gefährdeten Regionen können jedoch neben einer Einzelfördermaßnahme auch andere Instrumente eingesetzt werden, z. B. Sicherstellungszuschläge auf die Investitionspauschale. Damit würde man einer effektiven Steuerung über Preise wie auf freien Märkten zumindest näher sein als über Einzelfördermaßnahmen. Dies sollte ein ausreichender Steuerungsmechanismus sein, dessen Einsatz allerdings eine sehr strenge Prüfung der Gefährdungssituation vorangehen muss.<sup>10</sup>

2. Wenn bei Investitionspauschalen Investitionen stärker unter dem Renditegesichtspunkt getätigt werden, wird dabei nicht die Medizin bzw. die medizinische Qualität aus den Augen verloren? Diese Frage unterstellt einen negativen Zusammenhang zwischen Qualität und Wirtschaftlichkeit. Unter Wettbewerbsbedingungen und einer ausreichenden Qualitätstransparenz sollte sich jedoch ein positiver Zusammenhang einstellen. Erste Analysen auf Basis von BQS-Qualitätsdaten (Augurzky et al. 2010) deuten in der Tat darauf hin, dass der Zusammenhang positiv ist, d. h. Krankenhäuser mit einem besseren Rating und mit höherer Rentabilität auch eine höhere Qualität aufweisen. Der positive Zusammenhang gilt im Übrigen auch in Bezug auf die Patientenzufriedenheit gemessen durch Patientenbefragungen der Techniker Krankenkasse (Augurzky et al. 2010).

3. Nehmen die Banken indirekt Einfluss auf die Krankenhausplanung, wenn die Kreditvergabe im Rahmen von Investitionspauschalen eine größere Bedeutung gewinnt? In der Tat werden Banken durch die Kreditvergabe einen größeren Einfluss auf die Investitionsentscheidungen der Krankenhäuser nehmen. Da die Bank Kapital bereitstellt, muss sie diesen Einfluss im eigenen und im Interesse ihrer Kapitalgeber auch unbedingt geltend machen. Infolgedessen tragen sie zu einer effizienten Kapitalallokation bei. Sollte eine Krankenhausplanung überhaupt nötig sein, dann nur in sehr ländlich geprägten Regionen. Dort kann aber die Landespolitik im Sinne des ersten Einwands im Falle einer erheblichen Gefährdung der Versorgungssicherheit in einer Region z. B. durch Sicherstellungszuschläge eingreifen.

4. Werden Krankenhäuser bei verstärkter Kreditaufnahme als Folge von Investitionspauschalen durch Zinsaufwendungen stärker belastet? Zinszahlungen an Kreditgeber bzw. Ausschüttungen an Eigenkapitalgeber sind erforderlich, um Kapital zu erhalten. In der Summe fließen aber nach Einführung der Investitionspauschale jährlich genau so viele Fördermittel wie im früheren System. Einerseits wird es Krankenhäuser geben, die zunächst Investitionspauschalen ansparen, um zu einem späteren Zeitpunkt zu investieren, und es wird Häuser geben, die mittels einer Kre-

<sup>10</sup> Ferner sei angemerkt, dass die Krankenhausplanung ohnehin oft nur noch dazu dient, die Zahl der Betten für die derzeitige Pauschalförderung festzulegen, also keinen echten Steuerungscharakter mehr hat.

ditaufnahme sofort investieren. Erstere werden Habenzinsen erhalten, letztere Sollzinsen zahlen. Die Differenz zwischen Soll- und Habenzinsen könnte zwar in der Summe eine zusätzliche Belastung für Krankenhäuser darstellen. Gleichzeitig gewinnen sie gegenüber der Einzelförderung jedoch erheblich an Flexibilität und können überdies selbst entscheiden, zu welchem Zeitpunkt sie investieren, d. h. wie lange sie zunächst die Pauschalen ansparen wollen.

## 12.5 Fazit

Die dualistische Krankenhausfinanzierung weist zwei wesentliche Probleme auf. Erstens hat sie zu einer Unterfinanzierung im investiven Bereich von Krankenhäusern und damit zu einem Investitionsstau in der Größenordnung von rund 12 Mrd. Euro geführt. Zweitens führt sie zu einer ineffizienten Kapitalallokation. Das zweite Problem lässt sich durch einen Übergang zu einer monistischen oder quasimonistischen Finanzierung beheben. Durch einen effizienteren Einsatz von Kapital lässt sich damit außerdem die Unterfinanzierung in gewissem Maße reduzieren.

Ein Übergang zu einer echten monistischen Finanzierung über die Krankenversicherung ist praktisch unmöglich. Eine ebenso effektive Alternative stellen Investitionspauschalen dar, bei denen die Bundesländer nach wie vor die Mittel zur Verfügung stellen, die Vergabe der Mittel jedoch über Pauschalen statt über Einzelförderungen erfolgt. Aus Sicht der Krankenhäuser handelt es sich dabei quasi um eine monistische Finanzierung. Nordrhein-Westfalen besitzt mit der Baupauschale seit 2009 bereits eine Form von Investitionspauschalen. Das InEK erarbeitet bis zum 31.12.2010 eine bundesweit einheitliche Systematik zur pauschalen Vergabe von Investitionsmitteln analog zum DRG-System, bestehend aus Investitionsrelativgewichten und einem landesspezifischen Investitionsfallwert.

Über den Investitionsfallwert können die Länder weiterhin die gewünschte Höhe der gesamten Fördermittel festsetzen. Es kommt also zu keiner Umverteilung von Mitteln zwischen Bundesländern. Die Nutzung der Investitionspauschalen des InEK ist für die Länder außerdem optional. Es wird in den kommenden Jahren daher zu einem Systemwettbewerb kommen, bei dem sich zeigen wird, welche Systematik wirksamer ist. Langfristig ist sogar ein weiterer Schritt hin zu einer echten Monistik denkbar: Wenn es gelingt, das Investitionsmittelvolumen der Länder mit der geringsten oder zweitgeringsten Förderung je Fall auf die Krankenversicherungen zu übertragen, idealerweise nach Beendigung des Dualismus zwischen GKV und PKV, könnte im Durchschnitt etwa drei Viertel der Investitionspauschale über die Krankenversicherungen direkt finanziert werden. Das restliche Fördervolumen, das bei Ländern mit großzügiger Förderung noch vorhanden sein würde, könnte dann von diesen Ländern weiter nach „Rest-Pauschalen“ verteilt und in Form von Sicherungszuschlägen verwendet werden.

## 12.6 Literatur

- Augurzky B, Krolop S, Gülker R, Schmidt CM, Schmidt H, Schmitz H, Terkatz S. Krankenhaus Rating Report 2010: Licht und Schatten. RWI : Materialien 59. Essen: RWI 2010.
- BDPK und RWI. Modell 21 – regionale monistische Finanzierung. BDPK-Konzept zur Gestaltung der Krankenhausfinanzierung. Berlin 2007.
- DKG Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern. Stand Juni 2010. Berlin 2010.
- Kma. kma – Das Gesundheitswirtschaftsmagazin. Ausgabe März 2009. kma medien. Berlin: Georg Thieme 2009.
- Malzahn J, Wehner C. Zur Lage der Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser – Bestandsaufnahme und Reformbedarf. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2010. Stuttgart: Schattauer 2010; 107–25.
- Rürup B, M. Albrecht M, Igel C, Häusler B. Umstellung auf eine monistische Finanzierung von Krankenhäusern. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. 2008.
- Schmidt H. Gesundheitsreport 2010/1. Büttelborn 2010.
- Statistisches Bundesamt. Diagnosedaten der Krankenhäuser. Fachserie 12/Reihe 6.2. Wiesbaden 2009a.
- Statistisches Bundesamt. Kostennachweis der Krankenhäuser. Fachserie 12/Reihe 6.3. Wiesbaden 2009b.
- Statistisches Bundesamt. Gesundheit: Ausgaben 1995 bis 2008. Wiesbaden 2010.
- Wasem J, Vincenti A. Monistische Krankenhausfinanzierung, Vorstellungen des Gesetzgebers, Konsequenzen. In: Arnold M, Litsch M, Schwartz FW (Hrsg). Krankenhaus-Report '99. Stuttgart: Schattauer 2000; 231–43.
- Winterer A. Neue Wege der Krankenhausfinanzierung – leistungsbezogene Investitionsförderung in NRW. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). Krankenhaus-Report 2008/2009. Stuttgart: Schattauer 2009; 143–54.