



Ernst Bruckenberger

Investitionsoffensive für Krankenhäuser?



Inhalt

Einleitung.....	1
Alle KHG-Mittel von 1972 bis 2002.....	2
Alle KHG-Mittel pro Planbett/Platz in Euro von 1991 bis 2002 im Ländervergleich.....	4
Alle KHG-Mittel pro Planbett/Platz in Euro 2002 im Ländervergleich	6
Verteilung der KHG-Mittel nach Pauschal- und Einzelförderung 2002 im Ländervergleich	8
Pauschalförderung pro Planbett/Platz und pro Fall in Euro 2002	10
Pauschalförderung pro Planbett/Platz und pro Fall in Euro 2002 im Ranking	14
Selbstenteignung als Notmaßnahme	15
Einzelförderung pro Planbett/Platz in Euro 2002 im Ländervergleich	16
Zu geringe Investitionsquote.....	18
Auswirkungen des Fallpauschalengesetzes (FPG) auf die Investitionsfinanzierung.....	20
Ungeklärter ordnungspolitischer Rahmen.....	20
Änderungen der Angebots- und Ablaufstrukturen	21
Bundeseinheitliche Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität	22
Systemimmanenter Zwang zur monetarischen Finanzierung	23
Ungelöste Abschreibungsproblematik führt zur Insolvenz.....	24
Die derzeitigen Möglichkeiten zur Erhöhung der Investitionsmittel.....	25
Erhöhung der Haushaltsansätze der Länder.....	25
Übernahme des Schuldendienstes durch die Länder.....	26
Eigenmittel und Festbetragsfinanzierung	27
Rationalisierungsinvestitionen zu Lasten der Krankenkassen	28
Eigenfinanzierung außerhalb des KHG zu Lasten der Krankenkassen.....	29
Teilfinanzierung zu Lasten der Krankenkassen	30
Fremdfinanzierung/Kreditfinanzierung.....	31
Auswirkungen von Basel II	32
Umsetzungsprobleme durch Wettbewerbsverzerrungen.....	33
Wettbewerbsverzerrung durch Subventionierung	33
Wettbewerbsverzerrung durch den unterschiedlich hohen investiven „Nachholbedarf“	34
Wettbewerbsverzerrung durch die unterschiedliche Investitionsquote	36
Wettbewerbsverzerrung durch die unterschiedlichen Kosten pro Behandlungsfall	38
Wettbewerbsverzerrung durch eine unterschiedliche Umsetzung der KHG-Förderung	40
Ausblick.....	41
Zunehmende „Grauzonenfinanzierung“	41
Unstrukturierte Privatisierung des Krankenhauswesens.....	42
Ungedeckter Investitionsbedarf als Sprengsatz des Krankenhausfinanzierungssystems.....	43
Europa ante portas.....	44
Investitionsoffensive für Krankenhäuser	45
Zusammenfassung.....	46
Über den Verfasser.....	48

Die demographische Entwicklung, der medizinisch-technische Fortschritt und die Einführung des Fallpauschalensystems in Form der „diagnosis related groups“ (diagnosebezogene Fallgruppen), kurz DRG's genannt, erfordern kurz- bis mittelfristig deutlich veränderte stationäre und ambulante Angebotsstrukturen. Unabdingbare Voraussetzung dafür sind Investitionen in Milliardenhöhe, die von den öffentlichen Händen nicht zur Verfügung gestellt werden können. Die dadurch für die Krankenhäuser ausgelösten zunehmend existenzbedrohenden Probleme werden in der folgenden Analyse thematisiert. Ebenso wird versucht, Lösungsansätze zu finden.



Dr. Ernst Bruckenberger
Lehrbeauftragter der Medizinischen
Hochschule Hannover
Hitzackerweg 1a
30625 Hannover

Telefon: 0049/511-574553
Fax: 0049/511-574553
Email: ernst@bruckenberger.de
Internet: <http://www.bruckenberger.de>

Hannover, 1. Oktober 2002

© Nachdruck und Veröffentlichung nur mit Genehmigung der Verfassers.

Einleitung

Seit der Verabschiedung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) 1972 werden in Deutschland die Krankenhäuser dualistisch finanziert, d.h.

- die Investitionskosten durch öffentliche Förderung und
- die Betriebskosten durch die Benutzer bzw. deren Kostenträger.

Diese dualistische Finanzierung gilt für die Hochschulkliniken (2 Prozent) und die Plankrankenhäuser (88 Prozent), nicht aber für die Vertragskrankenhäuser (5 Prozent) und die sonstigen Krankenhäuser (5 Prozent).

Die Investitionsfinanzierung erfolgt für Baumaßnahmen der Plankrankenhäuser über ein Antragsverfahren begleitet von einer baufachlichen Prüfung durch eine staatliche Prüfstelle. Die finanzielle Abwicklung der durch einen Bewilligungsbescheid der zuständigen Landesbehörde genehmigten Baumaßnahmen erfolgt grundsätzlich über die Bereitstellung von Barmitteln in den Haushalten der Länder. Schuldendienstfinanzierungen durch die Länder gab es bis vor kurzem nur ausnahmsweise. Die kurzfristigen Anlagegüter werden im Interesse der Krankenhäuser aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung und der Gestaltungsfreiheit über eine jährliche Pauschale finanziert.

Eine Refinanzierung von Investitionskosten eines Plankkrankenhauses über den Pflegesatz ist unter den geltenden rechtlichen Voraussetzungen grundsätzlich ausgeschlossen (Ausnahmen: Rationalisierungsinvestition, Teilfinanzierung und Nichtbeantragung jeglicher Fördermittel). Auf den Förderungsanspruch nach dem KHG kann rechtswirksam nicht verzichtet werden. Eine vertragliche Vereinbarung zwischen einem Krankenhausträger und der Bewilligungsbehörde über einen Fördermittelverzicht sämtlicher Fördermöglichkeiten mit dem Ziel der Refinanzierung von Investitionsmitteln über den Pflegesatz ist daher nicht zulässig. Ein gegenteiliges Verhalten ist als „nutzenorientiert“ einzustufen.

Das Bewusstsein der im KHG festgelegten Rechtsverpflichtung zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser im Wege einer zeitnahen Vollfinanzierung ging bei den meisten Ländern seit 1972 zunehmend verloren. Man kann eben ein Gesetz nicht jedes Jahr wieder politisch „abfeiern“. So ist es naheliegend, dass die Verpflichtung für den vergleichsweise großen Mittelbedarf zur Krankenhausfinanzierung im Hinblick auf die angespannte Haushaltslage von Ländern und Kommunen zunehmend als Last empfunden wird. So verständlich eine derartige Haltung ist, sie ist nicht geeignet, die Krankenhausfinanzierung langfristig auf eine sichere Grundlage zu stellen.

Alle KHG-Mittel der Plankrankenhäuser von 1972 bis 2002

Von 1972 bis 2002 wurden in den alten und neuen Bundesländern insgesamt 81,4 Mrd. Euro an KHG-Mitteln zur Verfügung gestellt, d.s. im Bundesdurchschnitt 161.093 Euro pro Planbett/Platz. Die Relation zwischen dem höchsten und niedrigsten Landeswert beträgt 2,6 : 1. In den neuen Bundesländern werden erst seit 1991, d.h. seit 10 Jahren, KHG-Mittel bewilligt. Für sie gilt überdies bis 2004 eine Sonderregelung.

Unter den alten Bundesländern liegt Bayern mit 213.819 Euro pro Planbett/Platz gefolgt vom Saarland mit 174.240 Euro an der Spitze. Die niedrigste KHG-Förderung gab es mit 126.583 Euro pro Planbett/Platz in Nordrhein-Westfalen, gefolgt von Niedersachsen mit 132.481 Euro (siehe Abbildung 1).

In den neuen Bundesländern wurden seit 1991 ausnahmslos bereits mehr KHG-Mittel pro Planbett/Platz zur Verfügung gestellt als in Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen seit dem Jahr 1972. Dabei ist in Mecklenburg-Vorpommern mit 166.263 Euro pro Planbett/Platz der höchste und in Sachsen mit 133.296 Euro der niedrigste Wert zu verzeichnen.

In Berlin ist mit 332.302 Euro pro Planbett/Platz der mit weitem Abstand höchsten Wert feststellbar. Berlin muss jedoch bei den folgenden Vergleichen aufgrund seiner Sonderrolle sowohl für die Bundesrepublik Deutschland (Berlin-West) als auch für die Deutsche Demokratische Republik (Berlin-Ost), die sich auch im Krankenhausbereich niederschlägt, gesondert beurteilt werden.

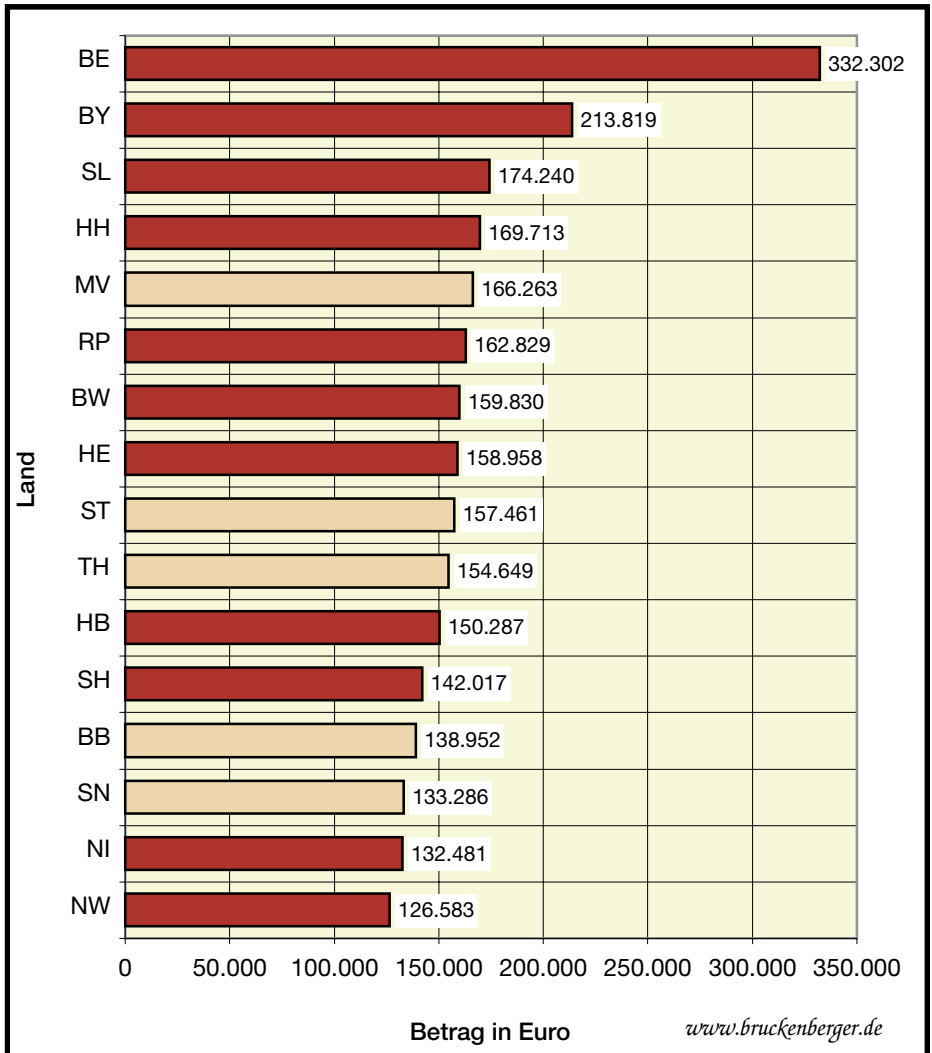
Die folgenden Ländervergleiche zur KHG-Förderung basieren auf den jeweiligen, öffentlich zugängigen, jährlichen Haushaltsansätzen (ohne Verpflichtungsermächtigungen für die Folgejahre). Nicht mit berücksichtigt wurden:

- die Investitionsmittel für die Hochschulkliniken
- die Investitionsmittel für die Vertragskrankenhäuser
- die Eigenmittel der Plankrankenhäuser
- die Mittel zur Restfinanzierung noch nicht ausfinanzierter Maßnahmen und
- die Finanzierung von Zins und Tilgung noch offener Darlehensbeträge.

Eine nachprüfbare Ermittlung dieses Investitionsvolumens für den Zeitraum von 1972 bis 2002 stößt teilweise auf kaum lösbare Schwierigkeiten. Bei einer vergleichenden Bewertung der folgenden Ausführungen und Gegenüberstellungen muss dies entsprechend beachtet werden.

Der Anteil der Betten für die Hochschulkliniken schwankt zwischen den Bundesländern von 0 in 19,0 Prozent der gesamten Bettenkapazität.

Abb. 1: Alle KHG-Mittel der Plankrankenhäuser pro Planbett/Platz in Euro von 1972 bis 2002 im Ländervergleich



Eigene Berechnung und Darstellung auf der Grundlage von Daten der Haushaltsansätze der Länder und des Statistischen Bundesamtes

Legende: BB = Brandenburg *, BE = Berlin, BW = Baden-Württemberg, BY = Bayern, HB = Bremen, HE = Hessen, HH = Hamburg, MV = Mecklenburg-Vorpommern *, NI = Niedersachsen, NW = Nordrhein-Westfalen, RP = Rheinland-Pfalz, SH = Schleswig-Holstein, SL = Saarland, SN = Sachsen *, ST = Sachsen-Anhalt *, TH = Thüringen *

* neue Bundesländer

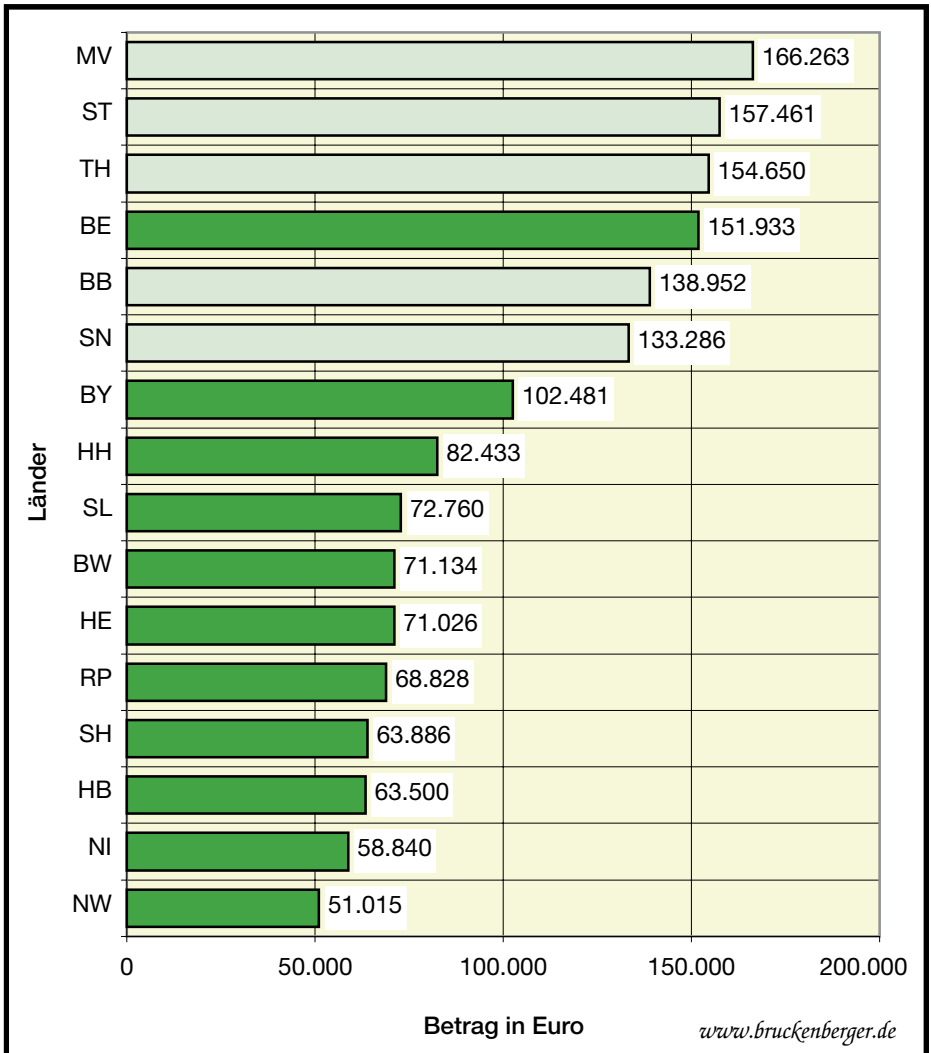
Alle KHG-Mittel der Plankrankenhäuser pro Planbett/Platz in Euro von 1991 bis 2002 im Ländervergleich

Von 1991 bis 2002 wurden in den alten und neuen Bundesländern insgesamt rd. 42,9 Mrd. Euro an KHG-Mitteln zur Verfügung gestellt, das sind im Durchschnitt 84.946 Euro pro Planbett/Platz. Die Relation zwischen dem höchsten und dem niedrigsten Landeswert betrug 3,4 : 1.

In diesem Zeitraum gab es unter den neuen Bundesländern mit 166.263 Euro pro Planbett/Platz die meisten KHG-Mittel in Mecklenburg-Vorpommern und die wenigsten mit 133.285 Euro in Sachsen. Die Relation zwischen dem höchsten und dem niedrigsten Landeswert betrug 1,2 : 1.

Unter den alten Bundesländern liegen Bayern mit 102.481 Euro pro Planbett/Platz und Hamburg mit 82.433 Euro bei der KHG-Förderung vergleichsweise merklich vor den anderen. Die niedrigsten Werte sind mit 51.015 bzw. 58.840 Euro pro Planbett/Platz in Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen feststellbar (siehe Abbildung 2). Die Relation zwischen dem höchsten und dem niedrigsten Landeswert betrug 2,0 : 1.

Abb. 2: Alle KHG-Mittel der Plankrankenhäuser pro Planbett/Platz in Euro von 1991 bis 2002 im Ländervergleich



Eigene Berechnung und Darstellung auf der Grundlage von Daten der Haushaltsansätze der Länder und des Statistischen Bundesamtes

Alle KHG-Mittel der Plankrankenhäuser pro Planbett/Platz in Euro 2002 im Ländervergleich

Von der gesamten KHG-Förderung in Höhe von rd. 3,2 Mrd. Euro im Jahr 2002 entfielen 2,1 Mrd. Euro auf die Einzelförderung von Maßnahmen und 1,1 Mrd. Euro auf die Pauschalförderung kurzfristiger Anlagegüter.

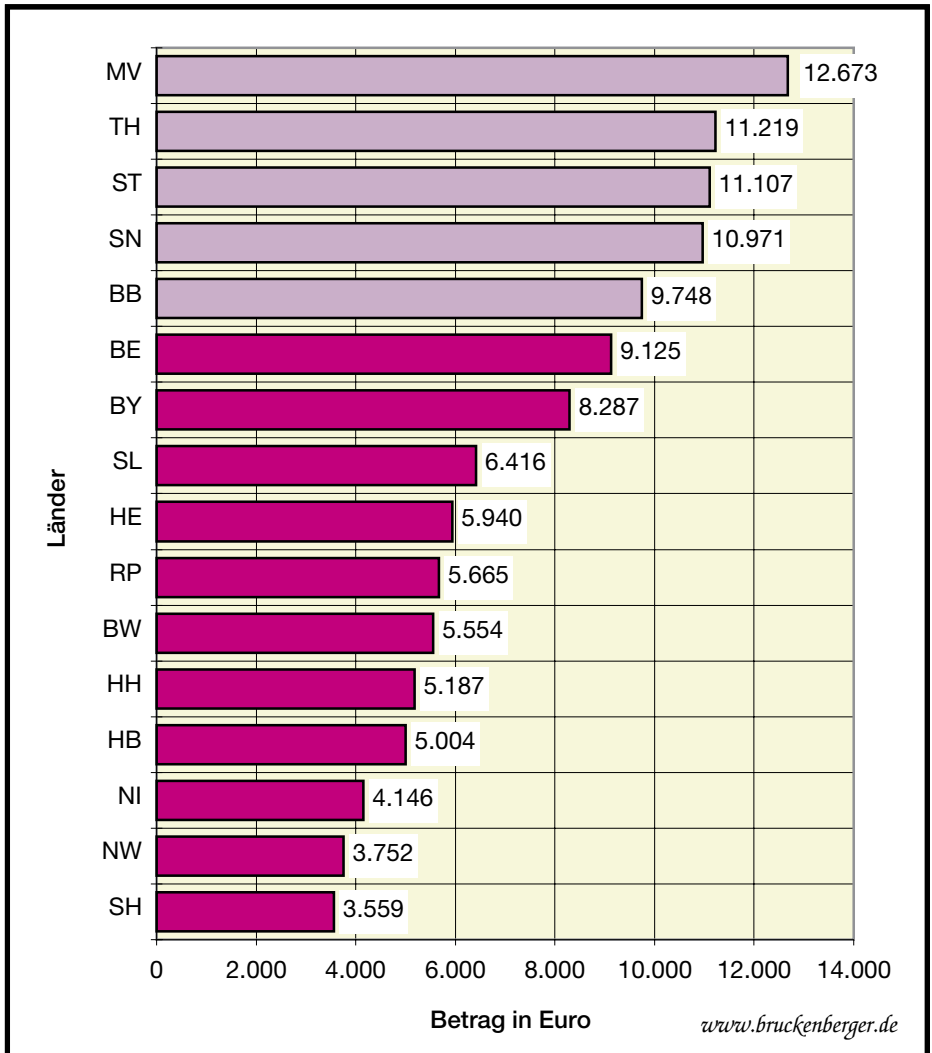
Der Bundesdurchschnittswert der gesamten KHG-Mittel lag im Jahr 2002 bei 6.380 Euro pro Planbett/Platz. Die Relation zwischen dem höchsten und dem niedrigsten Landeswert betrug 3,4 : 1.

In den neuen Bundesländern lag Mecklenburg-Vorpommern mit 12.673 Euro pro Planbett/Platz an der Spitze, Brandenburg bildete mit 9.748 Euro pro Planbett/Platz das Schlusslicht. Die Relation zwischen dem höchsten und dem niedrigsten Landeswert betrug 1,3 :1.

Unter den alten Bundesländern gab es in Bayern mit 8.287 Euro pro Planbett/Platz die meisten und in Schleswig-Holstein und Nordrhein-Westfalen mit 3.559 bzw. 3.752 Euro pro Planbett/Platz die wenigsten KHG-Mittel (s. Abbildung 3). Die Relation zwischen dem höchsten und dem niedrigsten Landeswert betrug 2,6 :1.

Bei dem auf den jährlichen Haushaltsansätzen basierenden Ländervergleich macht sich bei Schleswig-Holstein die Umstellung auf eine Schuldendienstfinanzierung im Jahr 2002 bemerkbar.

Abb. 3: Alle KHG-Mittel der Plankrankenhäuser pro Planbett/Platz in Euro 2002 im Ländervergleich



Eigene Berechnung und Darstellung auf der Grundlage von Daten der Haushaltsansätze der Länder und des Statistischen Bundesamtes

Verteilung der KHG-Mittel nach Pauschal- und Einzelförderung 2002 im Ländervergleich

Der Anteil der Pauschalförderung an den KHG-Mitteln lag 2002 bundesweit bei 35,3 Prozent, der Anteil der Einzelförderung bei 64,7 Prozent. Zwischen den alten und neuen Bundesländern sind merkliche Unterschiede feststellbar (siehe Tabelle 1).

So schwankte der Anteil der Pauschalförderung in den neuen Bundesländern von 10,0 Prozent in Sachsen-Anhalt bis 14,6 in Brandenburg, der Anteil der Einzelförderung entsprechend von 85,4 in Brandenburg bis 90,0 Prozent in Sachsen-Anhalt.

Innerhalb der alten Bundesländer ist die Schwankungsbreite wesentlich größer. So reicht der Anteil der Pauschalförderung von 29,3 Prozent in Bayern bis 79,4 in Schleswig-Holstein, der Anteil der Einzelförderung entsprechend von 20,6 in Schleswig-Holstein bis 70,7 Prozent in Bayern.

Bei der Beurteilung der unterschiedlichen Anteile ist zu beachten, dass die Mittel für die Einzelförderung in einem politisch öffentlichkeitswirksamen Verfahren (Aufstellung des Investitionsprogrammes) festgelegt und verteilt werden, während die krankenhauserne Verteilung der Pauschalförderung autonom durch die einzelnen Krankenhäuser erfolgt.

Tabelle 1: Verteilung der KHG-Mittel nach Pauschal- und Einzelförderung 2002 im Ländervergleich

Land	KHG-geförderte	KHG-Mittel	davon		
	Betten/Plätze	insgesamt	Pauschalförderung	Einzelförderung	Relation
	2002	in Mio Euro	in Mio Euro	in Mio Euro	
Baden-Württemberg	56.306	312,7	157,3	155,4	50,3 : 49,7
Bayern	74.041	613,6	180,0	433,6	29,3 : 70,7
Berlin	19.396	177,0	35,9	141,1	20,3 : 79,7
Brandenburg	16.584	161,7	23,6	138,1	14,6 : 85,4
Bremen	6.593	33,0	17,1	15,9	51,7 : 48,3
Hamburg	11.903	61,7	29,1	32,6	47,2 : 52,8
Hessen	34.219	203,3	95,0	108,3	46,7 : 53,3
Mecklenburg-Vorp.	9.366	118,7	14,0	104,7	11,8 : 88,2
Niedersachsen	45.342	188,0	95,7	92,3	50,9 : 49,1
Nordrhein-Westfalen	129.010	484,1	305,2	178,9	63,0 : 37,0
Rheinland-Pfalz	24.503	138,8	51,1	87,7	36,8 : 63,2
Saarland	6.375	40,9	16,5	24,4	40,3 : 59,7
Sachsen	27.226	298,7	39,9	258,8	13,4 : 86,6
Sachsen-Anhalt	15.694	174,3	17,4	156,9	10,0 : 90,0
Schleswig-Holstein	13.626	48,5	38,5	10,0	79,4 : 20,6
Thüringen	14.937	167,6	20,2	147,3	12,1 : 87,9
Deutschland	505.121	3.222,5	1.136,5	2.086,0	35,3 : 64,7

Eigene Berechnung und Darstellung auf der Grundlage von Daten der Haushaltsansätze der Länder

Pauschalförderung der Plankrankenhäuser pro Planbett/ Platz und pro Fall in Euro 2002

2002 wurden bundesweit 1,1 Mrd. Euro für die Pauschalförderung zur Verfügung gestellt. Der Bundesdurchschnittswert der Pauschalförderung für die kurzfristigen Anlagegüter lag im Jahr 2002 bei 2.250 Euro pro Planbett/Platz. Die Relation zwischen dem höchsten und niedrigsten Wert beträgt 2,5 : 1.

Die neuen Bundesländer weisen bei dem Ländervergleich ausnahmslos die niedrigsten Werte auf, dabei wurden in Sachsen-Anhalt mit 1.107 Euro die wenigsten und in Mecklenburg-Vorpommern mit 1.495 Euro pro Planbett/Platz die meisten Pauschalmittel zur Verfügung gestellt.

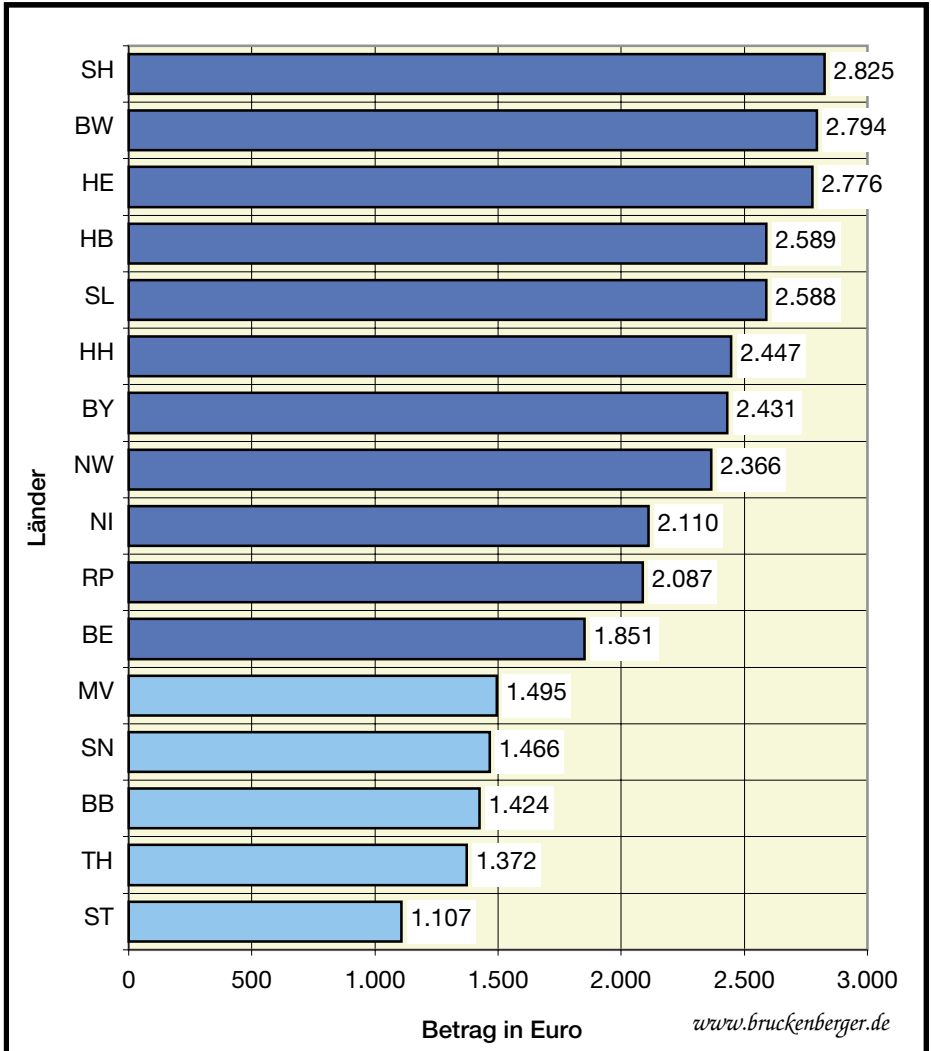
Unter den alten Bundesländern liegt Schleswig-Holstein mit 2.825 Euro pro Planbett/Platz an der Spitze. Am wenigsten Pauschalförderung gab es mit 2.087 bzw. 2.110 Euro pro Planbett/Platz in Rheinland-Pfalz und Niedersachsen (s. Abb. 4).

Der Bundesdurchschnittswert der Pauschalförderung für die kurzfristigen Anlagegüter pro stationärem Fall liegt im Jahr 2002 bei 79 Euro. Die Relation zwischen dem höchsten und niedrigsten Landeswert beträgt 2,8 : 1.

Auch bei dem Vergleich der Pauschalförderung pro Fall weisen die neuen Bundesländer ausnahmslos die niedrigsten Werte aus, dabei wurden in Sachsen-Anhalt mit 36 Euro die wenigsten und in Sachsen mit 51 Euro pro Fall die meisten Pauschalmittel zur Verfügung gestellt.

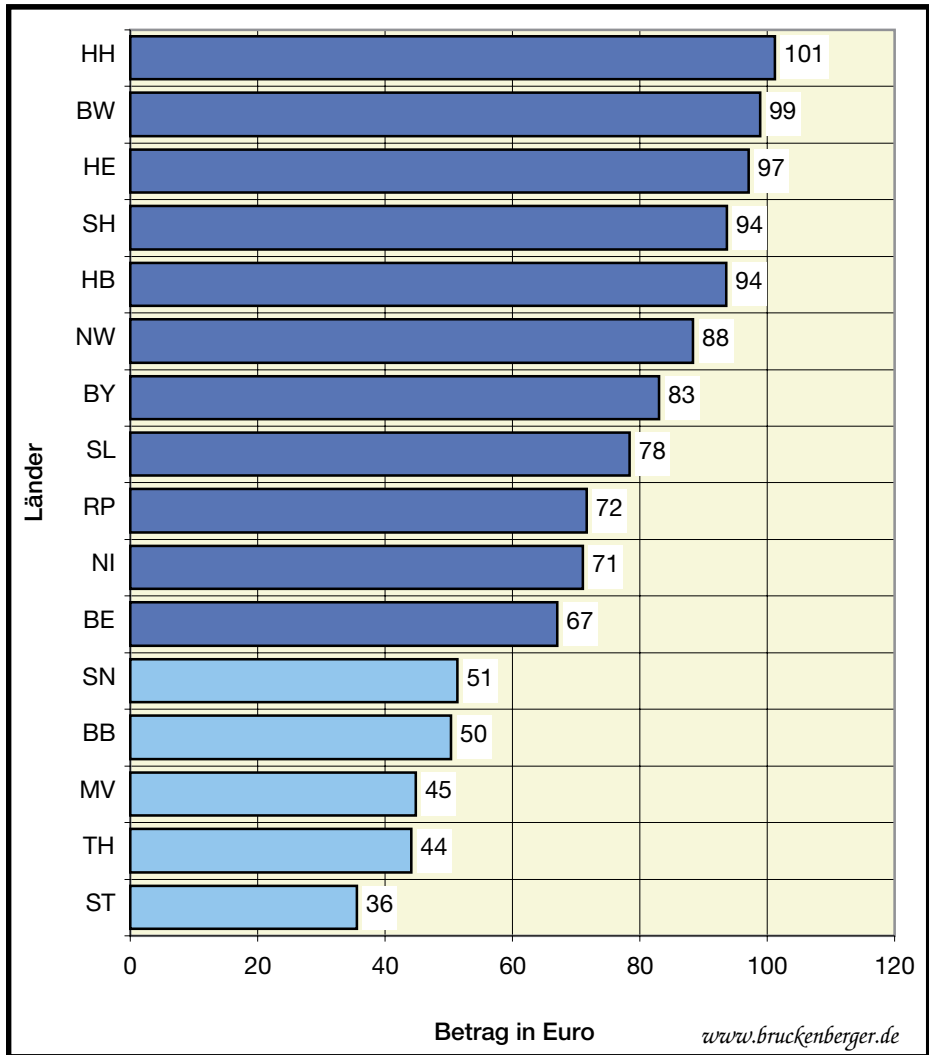
Unter den alten Bundesländern lagen Hamburg und Baden-Württemberg mit 101 bzw. 99 Euro pro Fall an der Spitze. Am wenigsten Pauschalförderung unter den alten Bundesländern gab es mit 71 Euro pro Fall in Niedersachsen (s. Abb. 5).

Abb. 4: Pauschalförderung der Plankrankenhäuser pro Planbett/Platz in Euro 2002 im Ländervergleich



Eigene Berechnung und Darstellung auf der Grundlage von Daten der Haushaltsansätze der Länder und des Statistischen Bundesamtes

Abb. 5 : Pauschalförderung der Plankrankenhäuser pro Fall in Euro
2002 im Ländervergleich



Eigene Berechnung und Darstellung auf der Grundlage von Daten der Haushaltsansätze der Länder und des Statistischen Bundesamtes

Tabelle 2: Ranking der Pauschalförderung der Plankrankenhäuser pro Planbett/Platz und pro Fall in Euro 2002 nach Ländern

Land	Pauschalförderung		Pauschal- förderung		Veränderung der Pauschal- förderung seit 1994 in %
	pro Planbett/ Platz	Rang	pro Fall	Rang	
Schleswig-Holstein	2.825	1	94	4	14,1
Baden-Württemberg	2.794	2	99	2	19,0
Hessen	2.776	3	97	3	12,6
Bremen	2.589	4	94	5	-1,2
Saarland	2.588	5	78	8	31,2
Hamburg	2.447	6	101	1	2,6
Bayern	2.431	7	83	7	0,8
Nordrhein-Westfalen	2.366	8	88	6	16,9
Niedersachsen	2.110	9	71	10	-11,2
Rheinland-Pfalz	2.087	10	72	9	13,5
Berlin	1.851	11	67	11	-45,3
Mecklenburg-Vorpommern	1.495	12	45	14	-39,3
Sachsen	1.466	13	51	12	-22,0
Brandenburg	1.424	14	50	13	-80,8
Thüringen	1.355	15	44	15	-75,5
Sachsen-Anhalt	1.107	16	36	16	-66,4
Deutschland	2.250		79		-12,6

Eigene Berechnung und Darstellung auf der Grundlage von Daten der Haushaltsansätze der Länder und des Statistischen Bundesamtes

Die jeweilige Länderposition im Ranking hat sich, von Ausnahmen abgesehen, durch die Veränderung der Bemessungsgrundlage und der stärkeren Gewichtung der Fallzahl nicht wesentlich geändert. Auffallend sind nur die Ergebnisse für Hamburg und Schleswig-Holstein.

Pauschalförderung der Plankrankenhäuser pro Planbett/ Platz und pro Fall in Euro 2002 im Ranking

Die Pauschalbeträge sollen nach den gesetzlichen Vorgaben nicht ausschließlich nach der Zahl der in den Krankenhausplan aufgenommenen Betten bemessen werden. Fast alle Länder haben deshalb in den letzten Jahren der Bezugsgröße „Fall“ eine vergleichsweise größere Bedeutung beigemessen.

Die Methode zur Ermittlung der Höhe der Pauschalförderung suggeriert eine betriebswirtschaftlich angemessene Finanzierung der kurzfristigen Anlagegüter. Dies ist eine nicht zutreffende Annahme, wie die folgende Berechnung beweist.

Ein Neubau von 300 Planbetten benötigt bei einem Preis von rd. 190.000 Euro pro Planbett 57 Mio Euro an KHG-Fördermitteln. Erfahrungsgemäß entfallen davon rd. 21 Prozent, d.s. 12 Mio. Euro auf die kurzfristigen Anlagegüter. Bei der gesetzlich 1973 unterstellten, aber inzwischen unrealistischen durchschnittlichen Nutzungsdauer von rd. 10 Jahren bis zur Wiederbeschaffung müssten jährlich 1,2 Mio. Euro, d.s. 4.000 Euro pro Planbett/Platz bzw. 130 Euro pro Fall, an Pauschalförderung zur Verfügung gestellt werden. Dabei bleiben Mengenausweitungen, Qualitätssteigerungen, technischer Fortschritt und Preissteigerungen außer Ansatz.

Tatsächlich werden im Jahr 2002 bundesdurchschnittlich rd. 2.250 Euro pro Planbett/Platz bzw. 79 Euro pro Fall von den Ländern für die Pauschalförderung zur Verfügung gestellt. Die Pauschalförderung erreicht so gesehen durchschnittlich nur etwa 55 bis 60 Prozent des gesetzlichen Anspruchsniveaus, der niedrigste Landeswert liegt bei etwa 30 Prozent, der höchste bei etwa 75. Mehrforderungen der Krankenhäuser wird der Haushaltsvorbehalt entgegengehalten.

Seit 1994 sind die Pauschalmittel bundesweit von 1,3 auf 1,1 Mrd. Euro bzw. 13 Prozent gesunken. Den stärksten Rückgang - in Einzelfällen bis 81 Prozent (Brandenburg) - haben die neuen Bundesländer zu verzeichnen, obwohl dort die überwiegende Neuanschaffung Anfang der 90er Jahre durch Ablauf der Nutzungsdauer eine überdurchschnittlich hohe Wiederbeschaffung erfordern würde.

Während bei einigen alten Bundesländern von 1994 bis 2002 ein merklicher Anstieg bis zu 31 Prozent (Saarland) feststellbar ist, wurde beispielsweise in Niedersachsen die Pauschalförderung um 11,2 Prozent gekürzt (siehe Tab. 2).

Selbstenteignung als Notmaßnahme

Die unzureichende Pauschalförderung führt vor allem zu einem veralteten Gerätepark beispielsweise bei den Röntengeräten. Dadurch wird wiederum die Digitalisierung für die Telemedizin bzw. der durch das Fallpauschalensystem geforderte Einsatz moderner Informationstechnologien verhindert bzw. verzögert. Es unterbleibt eine mögliche Effizienz- und Qualitätssteigerung vor allem im Sinne integrierter Versorgungsstrukturen, bei denen die schnelle Vermittlung von Informationen eine entscheidende Rolle spielt.

Im Hinblick auf den bestehenden Handlungsbedarf für eine zeitgemäße medizinisch-technische und kommunikationstechnische Ausstattung führen die fehlenden Pauschalmittel nicht selten zu langfristigen Verbindlichkeiten, welche die Krankenhausträger in Form von Leasingverträgen, Mieten und Gestellungen in der Hoffnung auf Beibehaltung der gesetzlichen Regelungen für die Pauschalförderung aufgenommen haben. Die Vernichtung von Vermögen durch den aus Gründen des Wettbewerbs erzwungenen Abschluss derartiger Verträge und die daraus resultierende Erhöhung der Preise bis hin zu erheblichen Gewinnmargen der Lieferfirmen bedeutet ein weiteres „Ausbluten“ der Krankenhäuser.

Exemplarisch dafür kann die Vergabe von Laboren, Röntgenabteilungen, Küchen etc. an Fremdbetreiber herangezogen werden. Diese werden zur Investition gezwungen, geben aber ihre Investitionskosten im Dienstleistungspreis weiter. Daraus resultiert eine Verteuerung der Benutzerkosten und auf Grund der Rechnung (Afa + Eigenkapitalverzinsung + Unternehmensgewinn) eine erhöhte Mehrwertsteuerbelastung der Krankenhäuser. Neben der Gewinnabschöpfung durch die Unternehmen erhöhen die Krankenhäuser so gesehen noch die Einnahmen des Finanzministers. Obwohl die Krankenhäuser Veranlassung hätten, sich dieser Selbstenteignung nicht zu unterziehen, tun sie es dennoch, nicht zuletzt aus Wettbewerbsgründen. Dass die Krankenkassen als Kostenträger diesem Gebaren zusehen, ist zwar erstaunlich, aber im Zeitalter der Budgetierung verständlich.

Interessant ist in diesem Zusammenhang auch die vielfältige Argumentation über die Begriffe kurzfristige und langfristige Anlagegüter. Die stellenweise anzutreffenden Festlegungen der Gerätegruppen und der Abgleich mit den Begriffen aus dem Handelsrecht hat zur Folge, dass kaum noch Transparenz herrscht und die Entscheidung, was pauschal, einzeln oder gar nicht finanziert wird, von der Finanzlage der Länder abhängig ist.

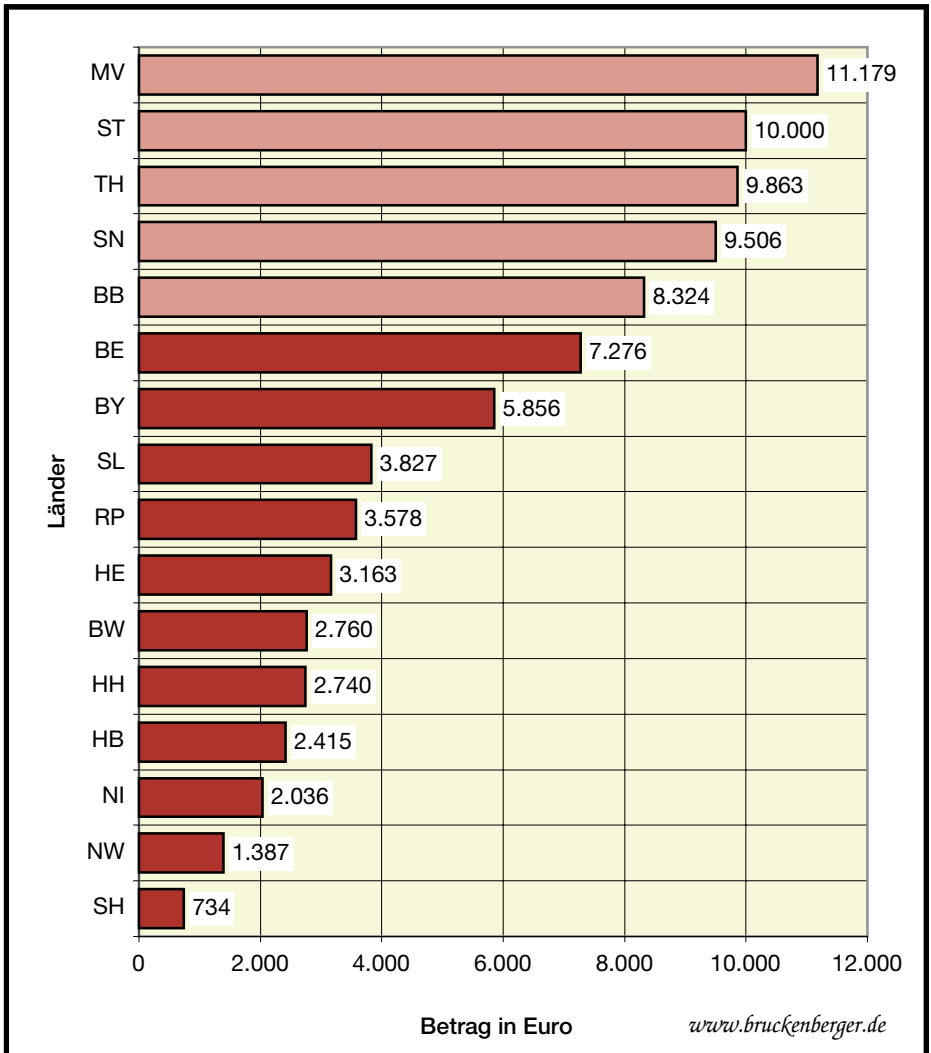
Einzelförderung der Plankrankenhäuser pro Planbett/Platz in Euro 2002 im Ländervergleich

2002 wurden bundesweit 2,1 Mrd. Euro für die Einzelförderung zur Verfügung gestellt. Der Bundesdurchschnittswert der Einzelförderung lag im Jahr 2002 bei 4.130 Euro pro Planbett/Platz. Die Relation zwischen dem höchsten und niedrigsten Landeswert beträgt 16 : 1.

Die Einzelförderung pro Fall war im Jahr 2002 in den neuen Bundesländern vergleichsweise wesentlich höher als in den alten Bundesländern, dabei lag Mecklenburg-Vorpommern mit 11.179 Euro DM pro Planbett/Platz an der Spitze, Brandenburg bildete mit 8.324 Euro das Schlusslicht. Die Relation zwischen dem höchsten und niedrigsten Landeswert beträgt 1,3 : 1.

Unter den alten Bundesländern hatten Bayern mit 5.856 Euro den höchsten Wert zu verzeichnen, die geringsten Werte waren mit 734 Euro pro Planbett/Platz für Schleswig-Holstein und 1.387 Euro für Nordrhein-Westfalen feststellbar (siehe Abbildung 6). Die Relation zwischen dem höchsten und niedrigsten Landeswert beträgt 7,9 : 1.

Abb. 6 : Einzelförderung der Plankrankenhäuser pro Planbett/Platz in Euro
2002 im Ländervergleich



Eigene Berechnung und Darstellung auf der Grundlage von Daten der Haushaltsansätze der Länder und des Statistischen Bundesamtes

Zu geringe Investitionsquote

Für die alten Bundesländer (ohne Berlin) wurden 1973 noch rd. 1,5 Mrd. Euro an KHG-Mitteln zur Verfügung gestellt, im Jahr 2002 sind es rd. 2,1 Mrd. Euro, d.s. 40 Prozent mehr. Demgegenüber mussten im Durchschnitt pro Planbett eines Neubaus 1973 rd. 55.000 Euro aufgewendet werden, 2002 sind es u.a. bedingt durch vermehrte Flächen, gehobener Standards durch gesetzliche Vorgaben und zeitgemäßer Betriebs- und Medizintechnik rd. 190.000 Euro, d.s. 250 Prozent (!) mehr. Konnte man 1973 mit den zur Verfügung gestellten KHG-Mitteln rechnerisch noch rd. 27.000 Planbetten neu bauen, sind es im Jahr 2002 nur mehr rd. 11.000 Planbetten, d.s. rd. 60 Prozent weniger.

Die Investitionsquote als prozentualer Anteil der Investitionen am Gesamtbetrag der Benutzer- und Investitionskosten aller zugelassenen Krankenhäuser (Hochschulkliniken, Plankrankenhäuser, Vertragskrankenhäuser) ist im Zeitraum von 1973 bis 2001 im Bundesdurchschnitt von 17 Prozent auf 9 Prozent gesunken (siehe Abbildung 7). Die Hebung von Wirtschaftlichkeitsreserven ist unter diesen Voraussetzungen, von Ausnahmen abgesehen, ausgeschlossen.

Das Verhältnis der KHG-Mittel zu den GKV-Ausgaben für die Krankenhausbehandlung hat sich in diesem Zeitraum von 27,0 auf 7,5 Prozent verringert.

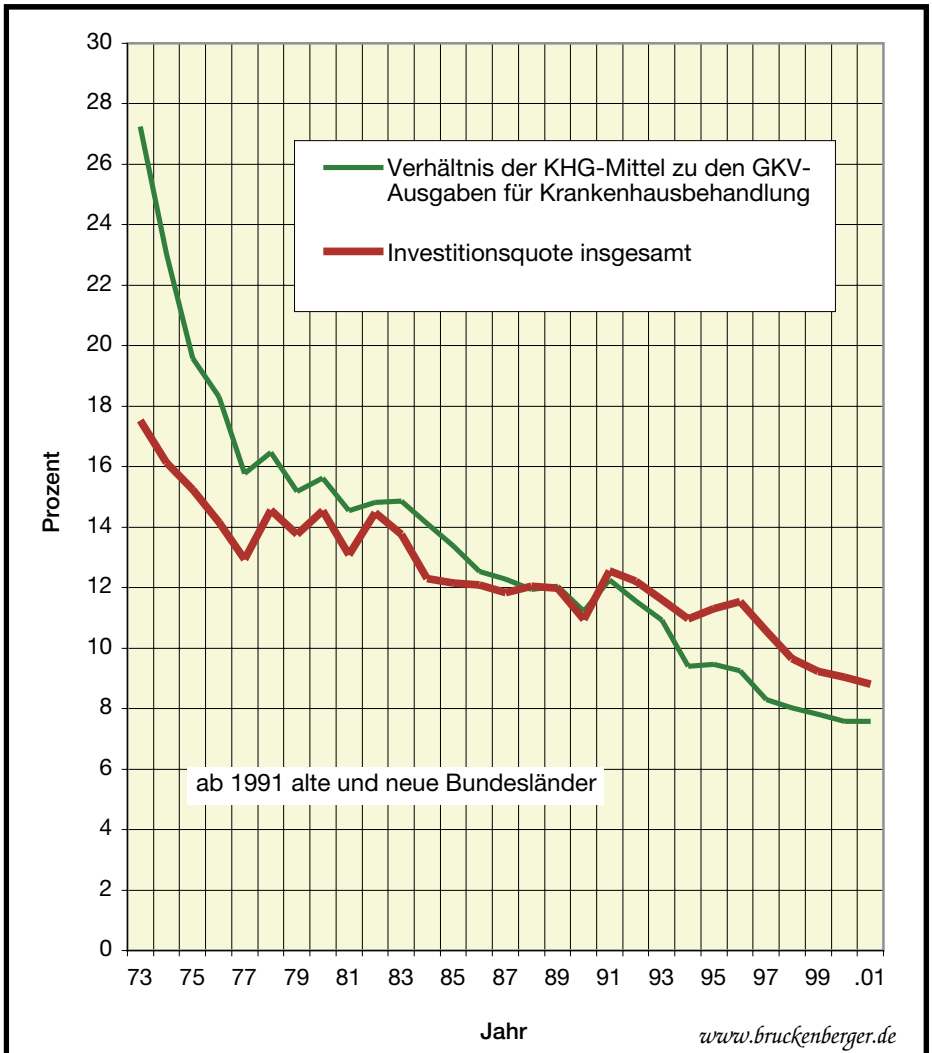
Dies ist ein objektiver Beweis für die zu geringe Investitionsförderung im Krankenhausesektor und ein Beweis dafür, dass die Länder ihren Rechtsverpflichtungen aus dem KHG auf eine zeitnahe Vollfinanzierung nicht nachkommen. Offensichtlich wird durch diese Tatsache jedoch kein politisches Erregungspotential ausgelöst.

Ob das Verhalten der Länder gegenüber den berechtigten Finanzierungsansprüchen der Krankenhäuser mit dem Haushaltsvorbehalt gerechtfertigt werden kann, ist rechtlich bisher nicht geklärt, ein enteignungsgleicher Tatbestand mit hoher Wahrscheinlichkeit jedoch nicht auszuschließen.

Die Steigerungsraten bei den Investitions- und Benutzerkosten für Krankenhausbehandlung in Deutschland - aus Vergleichsgründen werden nur die alten Bundesländer herangezogen - von 1973 bis 2002 betragen:

- bei den Ausgaben für Krankenhausbehandlung der gesetzlichen Krankenkassen und der privaten Krankenversicherung **rd. 490 Prozent**,
- bei den Investitionskosten pro Planbett eines Neubaus **rd. 250 Prozent**,
- aber bei den Ausgaben der Länder für Fördermittel nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) **nur rd. 40 Prozent**. Die Bettenreduzierung von 15 Prozent kann dafür als Rechtfertigung nur marginal herangezogen werden.

Abb. 7 : Entwicklung der Investitionsquote aller zugelassenen Krankenhäuser von 1972 bis 2001



Eigene Berechnung und Darstellung auf der Grundlage von Daten der Haushaltsansätze der Länder und des Statistischen Bundesamtes

Um eine modernen Betrieben vergleichbare Investitionsquote von 20 Prozent zu erreichen, müssten die derzeitigen insgesamt aufgewendeten jährlichen Investitionsmittel insgesamt von rd. 5 Mrd. Euro auf rd. 12 Mrd. Euro aufgestockt werden. Dabei ist die Beseitigung des Investitionsstaus noch nicht berücksichtigt.

Auswirkungen des Fallpauschalengesetzes (FPG) auf die Investitionsfinanzierung

Ungeklärter ordnungspolitischer Rahmen

Das systemverändernde Fallpauschalensystem wird eingeführt, ohne dass die unzureichende Finanzierung der Investitionskosten der Krankenhäuser und die Auswirkungen auf die anderen Versorgungssektoren geklärt worden sind. Die weitere Entwicklung dieses Vergütungssystems wird erfahrungsgemäß von der Fallpauschale über die Komplexpauschale zur Kopfpauschale verlaufen, d.h. der Patient wird zunehmend im Mittelpunkt stehen.

Bei den ambulanten, stationären und rehabilitativen Versorgungssektoren gelten auch in den nächsten Jahren unterschiedliche Finanzierungs- und Abrechnungssysteme (monistisch, dualistisch, trialistisch, Gebühren, Fallpauschalen, Pflegesätze, Mischformen usw.). Auch die Zulassungsvoraussetzungen für die Leistungsanbieter unterscheiden sich zwischen den verschiedenen Sektoren. Unter derartigen Bedingungen spricht vieles mehr für ein zu erwartendes chaotisches Systemverhalten als eine gesteigerte Bereitschaft zu sektorenübergreifenden integrierten Versorgungssystemen.

Kausale Zusammenhänge und Auswirkungen der Verschiebung von Kosten und Leistungen zwischen den einzelnen Versorgungssektoren sind nach wie vor mangels entsprechender statistischer Daten nicht nachweisbar. Außerdem geht die populistische These „Das Geld folgt der Leistung“ von einer falschen Annahme aus. Sie unterstellt auf Dauer eine unveränderte Angebotsstruktur, ein statisches Nachfrageverhalten und einen ebensolchen Finanzbedarf in den einzelnen Sektoren. Nur dann würde logischerweise die Substitution einer aufwendigeren vollstationären Leistung durch eine an sich kostengünstigere ambulante Leistungsform möglicherweise zu einer Ausgabenreduzierung für die Krankenkassen führen. In der Realität haben die einzelnen Leistungssektoren kein linear steuerbares, sondern ein chaotisches Nachfrageverhalten, mit der Wirkung einer gesundheitspolitischen Quantenmechanik.

Ob eine fiktive Ausgabenreduzierung für die Krankenkassen durch eine Verlagerung von 100 vergleichsweise wenig aufwändiger Operationen aus dem stationären in den ambulanten Bereich tatsächlich zu einer Ausgabenreduzierung führt, ist derzeit auch von den jeweiligen Ausgleichsmechanismen in den Krankenhausbudgets abhängig. Die Kosten einer zusätzlichen Stammzelltransplantation beträgt beispielsweise ein Vielfaches einer Leistenoperation. Zur Zeit kann jedenfalls niemand beweisen, dass eine Verlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich für das Gesamtsystem mit einer Ausgabenreduzierung verbunden ist.

Änderungen der Angebots- und Ablaufstrukturen

Der sich aus dem Fallpauschalensystem ergebende und gesundheitspolitisch geforderte Leistungs- und Qualitätswettbewerb wird, verstärkt durch die Folgen der demographischen Entwicklung und des medizinischen Fortschrittes, die externen Angebotsstrukturen (z.B. Schließung, Fusion und Kooperation) und die internen Ablaufstrukturen (z.B. Auflösung der bisherigen Abteilungsstrukturen) deutlich verändern.

Das bisher dominierende „Denken in Krankenhäusern“ wird durch ein „Denken in Leistungen“ abgelöst. Die damit verbundenen dynamischen Verhaltensweisen führen zu sektorenübergreifenden, prozessorientierten Angebots- und Leistungsstrukturen. Auch die Kostenträger werden sich innerorganisatorisch diesen Entwicklungen nicht verschließen können.

Die traditionell weitgehend undurchlässigen Grenzen der einzelnen Versorgungssektoren werden sich zwangsläufig auflösen. Die durch das KHG fast ausschließlich sektoral geprägte Definition des Begriffes „Krankenhaus“ wird den veränderten Versorgungs- und Finanzierungsbedingungen angepasst werden müssen.

Ohne den Einsatz umfangreicher zusätzlicher Investitionsmittel sind die dringend erforderlichen zeitgemäßen Angebots- und Ablaufstrukturen kurz- bis mittelfristig nicht umzusetzen.

Diese für die meisten Krankenhäuser nicht lösbare Aufgabe wird zunehmend von finanzkräftigen und innovativen Leistungsanbietern in Angriff genommen, um sich, durch vergleichsweise schnelleres Handeln und durch Synergieeffekte im Klinikverbund, Wettbewerbsvorteile zu sichern.

In diesem Zusammenhang ist zu erwarten, dass die Krankenkassen von den Krankenhäusern mit ganzheitlichen betriebswirtschaftlichen Kalkulationen konfrontiert werden, diese Kalkulationen aber nicht ohne weiteres mit einer politisch, aber nicht sachlich begründeten Deckelung (Beitragssatzstabilität) abweisen können. Dies wiederum bedeutet, dass die Krankenkassen als Abnehmer oder Einkäufer von Einzelleistungen den dafür notwendigen Sachverstand auf- und ausbauen müssen. Ein reines Einnahmen- und Ausgabendenken wird diesen komplexen Tatbeständen nicht gerecht. Derzeit haben unwirtschaftliche Investitionen jedenfalls nur bedingt Einfluss auf das Budget.

Bundeseinheitliche Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität

Gemäß dem Fallpauschalengesetz sollen unter Missachtung der bestehenden Länderkompetenz auf Bundesebene Empfehlungen für die Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität für die stationäre Krankenhausversorgung vorgegeben werden. Die Nichteinhaltung wird zwangsläufig haftungsrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen.

Die Länder haben diese bundeseinheitlichen Mindestanforderungen, soweit es die dafür erforderlichen Investitionen betrifft, im Rahmen der dualistischen Finanzierung zu erfüllen, werden sie aber im Hinblick auf die Haushaltslage in den meisten Fällen nicht erfüllen können. Dennoch hat der Bundesrat dieser Regelung zugestimmt.

Die Empfehlungen für die Mindestanforderungen werden bauliche, apparative, personelle u.a. Tatbestände umfassen:

bauliche:

- bundeseinheitliche Flächenvorgaben
- bundeseinheitliche Standardvorgaben (z.B. Abteilungsgröße)

apparative:

- bundeseinheitliche Vorgaben der medizinisch-techn. Geräteausstattung

personelle:

- bundeseinheitliche Mindestbesetzung (Urteil des EuGH ?)
- bundeseinheitliche arbeitsschutzrechtliche Bestimmungen
- bundeseinheitliche Anhaltszahlen über Art und Anzahl des Personals
- bundeseinheitliche Qualifikationsvorgaben für das Personal

informationstechnologische:

- bundeseinheitliche Mindestanforderungen an KIS-Systeme
- bundeseinheitliche Mindestanforderungen zur EDV
- bundeseinheitliche Mindestanforderungen zur digitalen Archivierung

prozessorientierte:

- bundeseinheitliche Mindestanforderungen an Prozesse im Sinne von TQM.

Es ist davon auszugehen, dass zahlreiche Krankenhäuser, schon aus Gründen der rechtlichen Absicherung, Anträge auf die Förderung von Investitionsmaßnahmen zur Absicherung der Strukturqualität bei den für die Krankenhausplanung zuständigen Planungsbehörden stellen und bei Ablehnung ihrer Anträge den Rechtsweg beschreiten werden. Letzten Endes werden dadurch zusätzliche Investitionsmittelforderungen in Millionenhöhe auf die Länder zukommen.

Systemimmanenter Zwang zur monistischen Finanzierung

In den derzeit vorgesehenen Fallpauschalen sind keine Investitionskosten, d.h. Abschreibungen und Zinsaufwendungen, enthalten.

2002 wurden für die Pauschalförderung, die Einzelförderung, die Eigenbeteiligung und die Investitionszuschüsse für Hochschulkliniken bundesweit insgesamt rd. 5 Mrd. Euro zur Verfügung gestellt. Bei der Umstellung auf eine monistische Finanzierung müssten diese 5 Mrd. Euro, die Ausfinanzierung der laufenden KHG-Förderung (Altfälle) in Höhe von rd. 8 Mrd. Euro und der Investitionsstau in Höhe von rd. 30 Mrd. Euro, alles zuzüglich Kapitalkosten, finanziert werden. Die geforderte Veränderung der bestehenden Angebots- und Ablaufstrukturen ist so gesehen mittelfristig nur umsetzbar, wenn jährlich rd. 15 Mrd. Euro für Krankenhausinvestitionen zur Verfügung gestellt werden.

Neben der Frage der Mittelaufbringung (nur die Krankenkassen?) müsste bei Einführung der monistischen Finanzierung auch geklärt werden, ob die Mittelverteilung beispielsweise über pauschalierte Zuschläge zu den Fallpauschalen, über pauschalierte direkte Zuweisungen, über krankenhausesindividuelle Zuschläge zu den Fallpauschalen oder über direkte Zuweisungen auf Einzelantrag (mit oder ohne Prüfverfahren?) erfolgen soll. Während ein Fallpauschalenmix als Folge von Zuschlägen zur Wettbewerbsverzerrung führen würde, hätte ein Antragsverfahren die derzeit bereits bekannten Probleme eines Investitionsstaus zur Folge.

Nach Auffassung einzelner Krankenkassen macht die „Abkehr von der dualen zur monistischen Finanzierung allein durch die Kassen nur dann Sinn, wenn sie beitragsneutral umgesetzt wird, die Länder bereit sind, die bei ihnen eingesparten Mittel kompensierend in die gesetzliche Krankenversicherung einzubringen und die Planungshoheit über die Krankenhäuser den Krankenkassen übertragen wird“.

Die Vorstellungen zur „kompensierenden Finanzierung“ sind als unrealistisch einzustufen. Sie widersprechen sicherlich den Vorstellungen der Länder bzw. deren Finanzminister von den Folgen der monistischen Finanzierung und werden überdies auf massive verfassungsrechtliche Bedenken stoßen. Dies trifft beispielsweise auf die Nichtberücksichtigung der PKV bzw. der Selbstzahler zu, aber auch auf die Subventionierung bundesunmittelbarer Krankenkassen aus Haushaltsmitteln der Länder. Außerdem wären die Länder aufgrund ihrer unterschiedlichen Förderbereitschaft in höchst unterschiedlichem Umfang von einer derartigen Lösung betroffen (s. Abb. 2). Neben dem Risikostruktur-Ausgleich müsste man folgerichtig einen „Investitionskostenstrukturausgleich“ schaffen.

Ungelöste Abschreibungsproblematik führt zur Insolvenz

Völlig ungelöst bei Einführung der monistischen Finanzierung ist derzeit auch das Problem der Finanzierung der Abschreibung bei einem deutlich unterschiedlichen Bauzustand der Krankenhäuser innerhalb und zwischen den Ländern und der dadurch deutlich unterschiedlichen Betroffenheit als Folge des Fallpauschalensystems.

Bei Baumaßnahmen, die durch KHG-Mittel finanziert wurden, ist die Abschreibung ergebnisneutral. Solange die vereinbarten Budgets unterschritten werden, können die damit erzielten positiven Jahresergebnisse zur Deckung einer eigen finanzierten Afa einbezogen werden. Sofern jedoch keine Wirtschaftlichkeitsreserven mehr erschlossen werden können, wird die Refinanzierung der investierten Eigenmittel – abhängig von der Höhe der Investition – das Betriebsergebnis dramatisch verschlechtern und damit im Endeffekt einen Eigenkapitalbestand von existenzbedrohendem Charakter erzeugen.

Trotz der seit Jahren reflexartigen öffentlichen Diskussion über die monistische Finanzierung wurde bisher nicht versucht, die Summe der Abschreibungen aus Sonderposten und Eigenkapital länder- bzw. bundesweit zu ermitteln. Der reinen Lehre nach wäre dies aber der Posten des realen Finanzbedarfs an Investitionen zuzüglich einer angemessenen Eigenkapitalverzinsung und eines Aufschlages an Gewinn zur weiteren Ermöglichung von Innovationen und der Abfederung der Inflation. Ebenso würde im Rahmen einer monistischen Finanzierung der chronische Cashmangel der Krankenhäuser sofort transparent werden, da mit einem Schlag alle Finanzierungen über Leasing, Miete und Gestellung ebenfalls einer realen Bilanzbewertung unterliegen würden.

Die Einführung einer monistischen Finanzierung ohne langjährige Übergangsregelungen würde ohne Klärung der Abschreibungsproblematik zahlreiche Krankenhäuser in die Insolvenz treiben.

Aus sachlichen Gründen wäre es sicherlich hilfreich, die Diskussion über die Umstellung auf eine monistische Finanzierung künftig endlich faktenbezogen und nicht weiterhin ausschließlich als folgenlose Begriffsdiskussion für eine metaphysische Einheitslehre zu führen.

Dabei sollte endlich mit der Vorstellung aufgeräumt werden, die Umstellung von der dualistischen auf eine monistische Finanzierung wäre kurzfristig und in einer „reinen“ Form möglich. Für die öffentliche Hand wird immer eine „Restverpflichtung“ bleiben.

Die derzeitigen Möglichkeiten zur Erhöhung der Investitionsmittel

Erhöhung der Haushaltsansätze der Länder

Grundsätzlich könnte der Investitionsstau der Plankrankenhäuser durch eine Erhöhung der Haushaltsansätze für die KHG-Förderung befriedigt werden. In der Realität steht jedoch in den meisten Ländern die schwierige Haushaltslage und die Verpflichtung, die im europäischen Stabilitätspakt vorgeschriebene Grenze für das Staatsdefizit von 3 Prozent des Bruttoinlandproduktes nicht zu überschreiten, einer derartigen Lösung entgegen.

Der systemimmanente Zwang als Folge des Fallpauschalensystems eine monistische Finanzierung einzuführen, wird zudem als formale Rechtfertigung für ein restriktives Finanzierungsverhalten der Länder herangezogen werden. Ein derartiges Verhalten wurde von den meisten Bundesländern mit Ausnahme Bayerns bereits bei der Finanzierung des Erhaltungsaufwandes praktiziert, der aufgrund eines Urteils des Bundesverwaltungsgerichtes seit 1992 als budgetrelevant anzusehen und damit grundsätzlich von den Krankenkassen zu übernehmen ist.

Bewertung : unwahrscheinlich

Übernahme des Schuldendienstes durch die Länder

Die Finanzierung von Investitionsprogrammen ganz oder teilweise über Darlehen kann zwar kurzfristig zu einer Reduzierung des jährlichen Barmittelansatzes führen, insgesamt aber nicht zu haushaltsmäßigen Einsparpotentialen. Da ein laufender, sogar zunehmender, Investitionsbedarf bei den Krankenhäusern besteht, müssten jährlich neue Schuldendienstförderungen bewilligt werden. Bei ausschließlicher Finanzierung der Investitionen über den Schuldendienst wäre zwar in den ersten Haushaltsjahren trotz jährlicher Kumulierung die tatsächliche Belastung des Landeshaushaltes grundsätzlich niedriger als die sich aus der Barmittelbedienung ergebende Belastung.

In wenigen Jahren erreichen allerdings Zins und Tilgung den bisherigen Haushaltsansatz, wodurch neue Maßnahmen ohne zusätzliche Haushaltsmittel nicht mehr finanziert werden können („Schuldenfalle“). Die Laufzeit des Kapitaldienstes übersteigt zudem nicht selten die immer kürzer werdenden Zyklen des medizinischen und medizinisch-technischen Fortschrittes. Darüber hinaus sind bei einem gänzlichen oder teilweisen Umstieg auf die Schuldendienstfinanzierung die haushaltsmäßigen Auswirkungen der verschiedenen Darlehensformen, der Frage der Sicherung, wie auch der Darlehensabwicklung, z.B. der Aufnahme der Darlehen durch die Krankenhausträger oder einer federführenden Bank, u.ä. zu klären.

Um günstige Kreditkonditionen im Sinne aller Beteiligten zu erlangen, müsste ein Kreditverhältnis generell als Kommunalkredit vereinbart werden. Dieser Status lässt sich nur erreichen, wenn das Darlehen durch eine Bürgschaft abgesichert wird oder die Krankenhausträger eine einredefreie Forderung gegen das jeweilige Land durch entsprechenden Bescheid erhalten, die dann an das finanzierende Kreditinstitut verkauft wird. Die Zinsen bis zur Fälligkeit der Forderung müssen durch Diskontierung des Kaufpreises gedeckt werden.

Wenn die Darlehenssicherung mit dem Ziel günstigere Konditionen zu erlangen nicht durch eine Landesbürgschaft oder ein vergleichbares Sicherungsinstrument erfolgt bzw. erfolgen kann, ist diese Finanzierungsform gegenüber der Barmittelfinanzierung vergleichsweise als aufwendiger einzustufen.

Bewertung: Bei Fortbestehen der dualistischen Finanzierung die naheliegendste Möglichkeit, kurz- und mittelfristig zusätzliche Fördermittel zur Verfügung zu stellen. Eine Erhöhung der Schuldendienstfinanzierung über die öffentlichen Haushalte belastet allerdings den Stabilitätspakt und ist deshalb nur begrenzt einsetzbar.

Eigenmittel und Festbetragsfinanzierung

Das KHG geht von einer zeitnahen Vollfinanzierung der notwendigen Investitionskosten aus. Es bleibt den Krankenhausträgern aber unbenommen, Eigenmittel ohne Refinanzierung durch die Krankenkassen (quasi als verlorenen Zuschuss) zur Finanzierung an sich nach dem KHG förderungsfähiger Investitionskosten einzusetzen. Die Möglichkeit der Krankenhausträger, Eigenmittel ganz oder wenigstens teilweise zur Verfügung zu stellen, hat jedoch in den letzten Jahren nachgelassen, da sich die finanzielle Gesamtsituation der Krankenhausträger, vor allem der kommunalen, deutlich verschlechtert hat. Ohne die Finanzierung von Baumaßnahmen über Eigenmittel kommunaler, freigemeinnütziger und privater Krankenhausträger, wären viele Krankenhäuser vermutlich nicht mehr wettbewerbsfähig.

Künftig wird jedoch an Bedeutung gewinnen, dass der Einsatz von Eigenmitteln kommunaler Krankenhausträger zu einer Wettbewerbsverzerrung zulasten privater Krankenhausträger führen kann und damit den Tatbestand einer unzulässigen Beihilfe im Sinne des europäischen Wettbewerbsrechtes darstellt.

Andererseits sind die Krankenhausträger gezwungen, zur Verbesserung der Attraktivität des Standortes außerhalb des KHG-Bereiches zu investieren, z.B. in ambulante OP-Zentren, in Ärztehäuser, Pflegeeinrichtungen usw. Dies gilt auch für den Wahlleistungsbereich, um die inzwischen auf dem Rechtsweg durchgesetzten Standards für Ein- und Zweibettzimmer anbieten und abrechnen zu können. Um Standardgefälle innerhalb der Stationen zu vermeiden und eine flexible Verwendung der Zimmer zu gewährleisten, ist unter derartigen Voraussetzungen allerdings die Rückkehr von „Privatstationen“, wie sie früher üblich waren, nicht auszuschließen. Ja, es gibt sogar bereits die ersten, allerdings erfolglosen Versuche, derartige „Privatstationen“ als rechtlich selbständige Privatkliniken mit einer Betriebserlaubnis nach § 30 Gewerbeordnung zu betreiben. Eine Bedarfsprüfung für Privatkliniken, die nur von Privatpatienten bzw. Selbstzahlern belegt werden, ist im Gewerberecht nicht vorgesehen.

Einer einheitlichen Planung der Angebotsstruktur der Plankrankenhäuser entspricht die Einheitlichkeit der Entgelte für gesetzlich und privatversicherte Patienten. Dieses Argument ist bei einer baulich integrierten „Privatstation“ nachvollziehbar. Bei einer baulich getrennten und eigenfinanzierten Vorhaltung (außerhalb des KHG-geförderten Bereiches) dürfte sich die Rechtslage nicht so einfach darstellen. So gesehen führt eine unzureichende Investitionsfinanzierung tendenziell zur Zweiklassen-Medizin.

Bewertung: Ausweitung eher unwahrscheinlich

Rationalisierungsinvestitionen zu Lasten der Krankenkassen

Voraussetzung für eine Vereinbarung zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern über Rationalisierungsinvestitionen ist, dass aus der damit bewirkten Einsparung von Betriebskosten in einem Zeitraum von längstens sieben Jahren (Amortisationszeitraum) die Investitions- und Finanzierungskosten gedeckt sind sowie das Budget entlastet wird.

„Der Abschluss von Investitionsverträgen berührt nicht die Verpflichtung des Landes, die Investitionskosten durch Fördermittel zu decken“. Diese widersprüchliche gesetzliche Vorgabe beim Abschluss von Rationalisierungsinvestitionen hat dazu geführt, dass die Krankenkassen von dieser sinnvollen Finanzierungsmöglichkeit seit ihrer Einführung aus „prinzipiellen“ Gründen grundsätzlich keinen Gebrauch gemacht haben.

In zahlreichen Fällen wurden vorhandene Wirtschaftlichkeitsreserven nicht gehoben, obwohl damit mittelfristig eine Ausgabenreduzierung der Krankenkassen verbunden gewesen wären.

Die Refinanzierung eines Ersatzneubaus wird von dem Begriff Rationalisierungsinvestition nicht gedeckt.

Bewertung: Scheiterte bisher am Verhalten der Krankenkassen und ist nach Inkrafttreten des Fallpauschalengesetzes ab 1.1.2004 nicht mehr möglich. Könnte jedoch bis dahin noch zur Anwendung kommen.

Eigenfinanzierung außerhalb des KHG zu Lasten der Krankenkassen

Die Finanzierungsbereitschaft finanzkräftiger Krankenhausträger oder Klinikketten wird allein durch die Refinanzierungsmöglichkeit der außerhalb der öffentlichen Förderung zur Verfügung gestellten Investitionsmittel und eines überschaubaren Unternehmerrisikos begrenzt. Kommunale Krankenhausträger unterliegen demgegenüber den Einschränkungen des Kommunal- und Haushaltsrechtes und sind nicht selten durch eine vergleichsweise geringe Flexibilität gekennzeichnet.

Im Ergebnis führt der Einsatz von Investitionsmitteln außerhalb des KHG zu unterschiedlichen Möglichkeiten der verschiedenen Krankenhausträger, kostenreduzierende und effizienzsteigernde Investitionen vorzunehmen. Die logische Konsequenz ist eine von der Gesundheitspolitik mittelbar provozierte „Privatisierungswelle“.

In der budgetneutralen Einführungsphase (2003 und 2004) und in der Konvergenzphase (2005 und 2006) ist die Refinanzierungsmöglichkeit von Effizienzsteigernden Investitionsmitteln über die Benutzerkosten grundsätzlich durch die jeweils vorgegebenen Budgetgrenzen, ab 2007 durch die Höhe der bundesweit einheitlichen Fallpauschalen, begrenzt.

Die Möglichkeiten der Refinanzierung von Investitionskosten innerhalb der Fallpauschalen werden ab 2007 durch das Prinzip der Beitragssatzstabilität und den Auswirkungen der Regelungen über die Mengenausweitung beeinflusst.

Bewertung: Rechtlich umstritten und intransparent. Gefahr der Wettbewerbsverzerrung.

Teilfinanzierung zu Lasten der Krankenkassen

Eine Variante der „Eigenfinanzierung“ ist die im KHG vorgesehene aber bundesweit nur vereinzelt praktizierte Teilfinanzierung. Die Bewilligungsbehörde und ein Krankenhausträger können eine nur teilweise Förderung eines Investitionsvorhabens mit Refinanzierung durch den Krankenhausträger vereinbaren. Der von der Förderbehörde nicht geförderte Teil der Investition wird über die Benutzerkosten finanziert. In derartigen Fällen ist das Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen, den Verbänden der Ersatzkassen und den Parteien der Pflegesatzvereinbarung anzustreben.

Es empfiehlt sich jedoch, die Krankenkassen bei einer Teilfinanzierung von Beginn an zustimmend an der Verwirklichung der Maßnahme mitwirken zu lassen. Überdies sollte es sich um eine Baumaßnahme handeln mit der grundsätzliche Verbesserungen der Angebotsstruktur (z.B. Zusammenlegen von Krankenhausstandorten bzw. Betriebsstätten, Konzentration von Leistungen, integrierte Angebotsstrukturen usw.) und nicht „normale“ Sanierungsmaßnahmen verwirklicht werden.

De facto handelt es sich bei der Teilfinanzierung um eine „Zuschussfinanzierung“. Die Rolle der Teilfinanzierung ab 2007 ist noch ungeklärt.

Bewertung: Anwendung und Ausweitung mit Zustimmung der Krankenkassen bei deutlichen Strukturverbesserungen sinnvoll und möglich. Ein kurzfristiger Hoffnungsträger unter den gegenwärtigen Möglichkeiten.

Fremdfinanzierung/Kreditfinanzierung

Nach den bisherigen Ausführungen ist davon auszugehen, dass künftig verstärkt Finanzierungen für Krankenhäuser außerhalb des KHG erforderlich werden und eingesetzt werden müssen. Diese Investitionsfähigkeit und deren Finanzierung über den Kapitalmarkt wird ein entscheidender Wettbewerbsfaktor für Krankenhäuser im Verdrängungswettbewerb der kommenden Jahre. Der Effizienzdruck auf die Geschäftsführung der Krankenhäuser darf dabei nicht unterschätzt werden (Publizitätspflichten, Benchmarking, Analystenreports).

Eine Möglichkeit, den verstärkten Finanzbedarf der Krankenhäuser zu decken besteht darin, Eigenkapitalgeber zu suchen. Da die Renditeerwartung bei institutionellen Anlegern und bei privaten Eigenkapitalgebern (verständlicherweise) sehr hoch ist, scheidet diese Form der Finanzierung im Hinblick auf die noch ungeklärten Auswirkungen des Fallpauschalensystems und der noch offenen ordnungspolitischen Regelungen zur künftigen Krankenhausfinanzierung aus heutiger Sicht weitgehend aus. Es darf nicht übersehen werden, dass nicht nur auf dem Neuen Markt, sondern auch auf dem Krankenhausmarkt die Bäume nicht in den Himmel wachsen. Die potentiellen Kapitalanleger sind jedenfalls risikoscheuer geworden.

Die andere Möglichkeit besteht in klassischer Kreditfinanzierung. Dabei besteht für kommunale Träger kein Problem, Kredite in Anspruch zu nehmen, so lange das gültige Haushaltsrecht gewahrt wird. Bei der angespannten Finanzsituation einzelner Kommunen könnte jedoch eine Kreditaufnahme versagt werden, so dass nötige Investitionen unterbleiben müssten.

Kreditfinanzierungen außerhalb des Kommunalkreditbereiches unterliegen den üblichen Prüfungskriterien der Banken. Das hat zur Folge, dass eine Projektfinanzierung für ein Krankenhaus mit aussagefähigen Unterlagen bei den Banken zur Prüfung und Entscheidung vorgestellt werden muss. Da vermutlich die Anzahl der Banken, die auch künftig aktiv Krankenhausfinanzierungen begleiten, geringer wird, stehen aus heutiger Sicht nur wenige adäquate Finanzierungspartner auf der Banken- oder Versicherungsseite zur Verfügung.

Bei Verwirklichung der gesundheitspolitisch diskutierten Aufhebung des Kontrahierungszwanges, der Verlagerung des Sicherstellungsauftrages zu den Krankenkassen und der Einführung der monistischen Finanzierung würden sich übrigens die Kreditbedingungen und die Sicherungsproblematik für die Krankenhäuser nochmals verschlechtern.

Bewertung: Möglichkeit nur für kapital- und ertragsstarke Krankenhäuser bzw. Krankenhausträger. Im übrigen eher unwahrscheinlich.

Auswirkungen von Basel II

Die Basel-II-Vereinbarung verpflichtet Banken, bei der Kreditvergabe mehr Transparenz zu fordern. Kreditnehmer müssen ihre Risiken detaillierter darstellen und messbar machen. Das Fallpauschalensystem wird die unterschiedliche Bonität der Krankenhäuser wesentlich deutlicher als das bisherige Finanzierungssystem aufzeigen. Dies hat zur Folge, dass mit Einführung von Basel II eine Kreditvergabe für Spezialimmobilien und speziell für Krankenhäuser, die als Betreiberimmobilien gelten, deutlich schwieriger wird.

Basel II bedeutet, daß künftig jeder Kreditnehmer und jedes Objekt einem Ratingverfahren unterliegt. Dabei wird vermehrt auf die künftige Entwicklung des Kreditnehmers abgestellt. Neben einer größeren Transparenz gewinnen somit Businesspläne und Prognosen an Bedeutung.

Das vorzunehmende Objektrating wird erschwert durch die bei einem Krankenhaus gegebene spezielle Nutzung (praktisch keine andere Verwendungsmöglichkeit).

Krankenhausbetriebe verfügen im Verhältnis zu anderen Branchen nicht selten über ungünstige Bilanzkennzahlen. Systembedingt sind z. B. Eigenkapitalausstattung aber auch Umsatzrentabilität im Abgleich nicht zufriedenstellend. Daraus ist abzuleiten, dass ein vorzunehmendes Bonitätsrating nicht zu einer Einstufung in eine gute Risikoklasse möglich wird.

Basel II wird im Ergebnis für die unterschiedlichen Risikostufen unterschiedliche Eigenkapitalunterlegungen bedingen. Das bedeutet, dass bei einer schlechten Risikoklassifizierung und Ratingeinstufung eine höhere Eigenkapitalunterlegung erfolgt, die im Ergebnis bei den Banken mehr Kosten verursacht und somit die Kreditmarge, also den Zinssatz, zum Teil deutlich erhöhen wird.

Voraussichtlich werden die neuen Bedingungen gem. Basel II im Jahr 2006 in Kraft treten. Da Banken jedoch bei Umsetzung der Basel II-Kriterien auf eine Datenhistorie aufbauen müssen, kommt es bereits aktuell bei Kreditvergaben zu erhöhten Anforderungen an die Kreditnehmer.

Umsetzungsprobleme durch Wettbewerbsverzerrungen

Wettbewerbsverzerrung durch Subventionierung und Nichtinanspruchnahme von Fördermitteln

Der im EG-Vertrag vorgegebene Regelfall ist die wettbewerbsorientierte Wirtschaftsverfassung, wohingegen die Leistungen der Daseinsvorsorge Ausnahmetatbestände darstellen. Daraus folgt, dass es keine Gleichstellung zwischen Wettbewerb und Daseinsvorsorge gibt, vielmehr muss der Wettbewerb die Regel, nicht die Ausnahme sein.

Nur Träger öffentlicher Krankenhäuser können auftretende Defizite oder Investitionen für Baumaßnahmen aus öffentlichen Haushalten begleichen. Diese Möglichkeit ist freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern verwehrt. Diese können zwar auf Mittel ihrer Trägerschaft zurückgreifen, nicht jedoch auf Gelder aus der öffentlichen Hand.

Es spricht viel dafür, dass dieser Ausgleich von Defiziten und die Aufbringung von Investitionen für Baumaßnahmen für öffentliche Krankenhäuser aus staatlichen Mitteln als eine unzulässige Beihilfe im Sinne des europäischen Wettbewerbsrechtes anzusehen ist. Die daraus resultierenden Konflikte werden an Häufigkeit und Bedeutung zunehmen.

Den wettbewerbsverzerrenden Folgen der Subventionierung öffentlicher Krankenhäuser zu Lasten privater Krankenhäuser stehen andererseits Wettbewerbsvorteile privater Krankenhäuser gegenüber. Sie betreffen u.a. unterschiedliche rechtliche Gestaltungsmöglichkeiten (Nichtbindung an den BAT), der Wegfall der Sonderkostenbelastung durch das Zusatzversorgungssystem, die Umgehung des Vergaberechtes (Nichtanwendung der VOB) durch Nichtinanspruchnahme von Fördermitteln, die Vorteile bei der Beschaffung von Investitionsmitteln und eine effizientere kostengünstigere Betriebsführung insbesondere bei Klinikketten.

Werden die dadurch möglichen Einsparungen allerdings nicht vollständig an die Krankenkassen weitergegeben sondern zur Investitionsfinanzierung verwendet, kann eine an sich nicht zulässige Refinanzierung der eingesetzten Investitionsmittel zu Lasten der Versicherten über die Krankenkassen im Umfang der Nichtweitergabe vorliegen.

Wettbewerbsverzerrung durch den unterschiedlich hohen investiven „Nachholbedarf“ (Investitionsstau) in den Ländern

Der bundesweite Investitionsstau wird häufig mit rd. 8 Mrd. Euro beziffert. Tatsächlich dürfte er wesentlich höher liegen. Konkrete Berechnungen darüber liegen nicht vor. In einer Studie der Oppenheim Research wird der Investitionsstau mit rd. 30 Mrd. Euro beziffert. Dies ist eine realistische Größenordnung wie die folgende Berechnung beweist.

Gemessen an den seit 1973 in Bayern zur Verfügung gestellten KHG-Mittel pro Planbett/Platz bestünde rechnerisch ein bundesweiter investiver „Nachholbedarf“ an KHG-Mitteln von 26,6 Mrd. Euro (siehe Abbildung 8). Da bisher noch niemand den Vorwurf erhoben hat, in Bayern würden nicht notwendige Krankenhausbaumaßnahmen gefördert, ist dieser Vergleich sicherlich zulässig. Im übrigen erreicht selbst Bayern, dem Land mit der höchsten KHG-Förderung pro Planbett, eine Investitionsquote von nur 9,2 Prozent (siehe Abbildung 9).

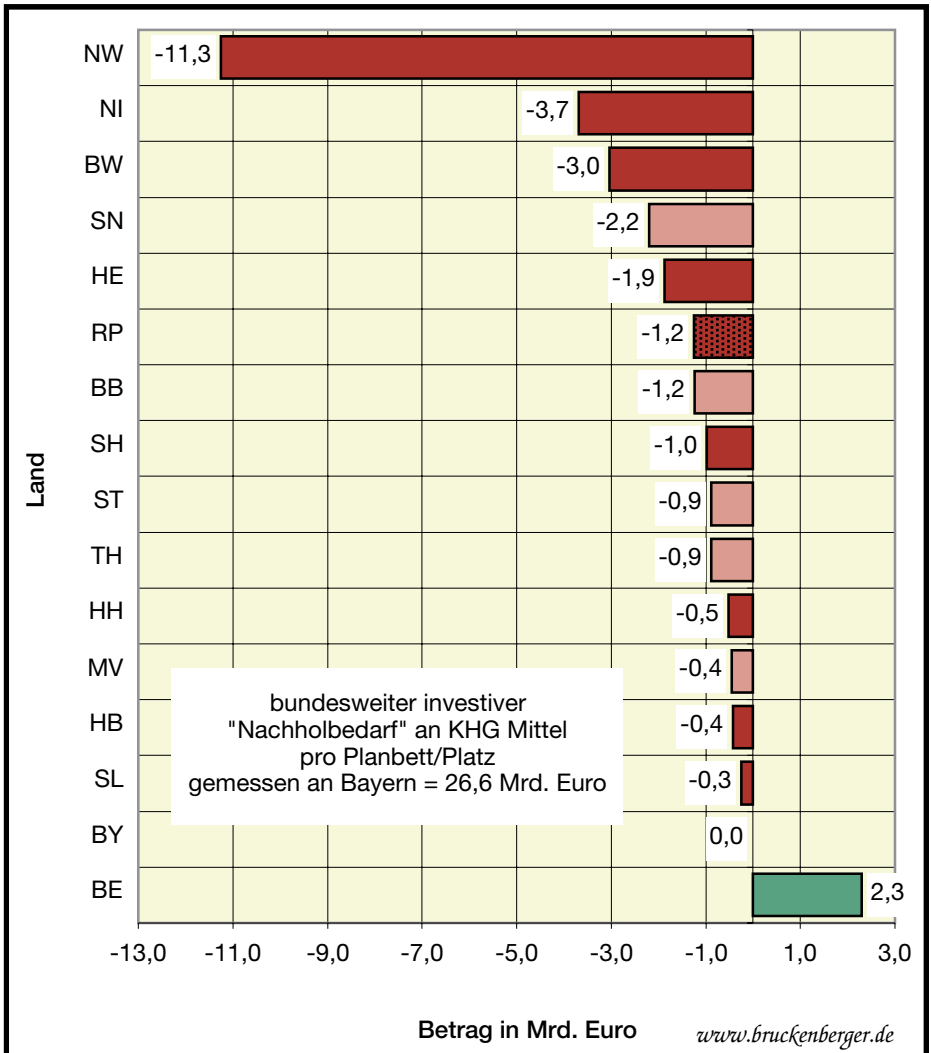
Die deutlich unterschiedliche Förderbereitschaft der Länder beeinflusst dramatisch die Refinanzierungsmöglichkeit der Krankenhäuser innerhalb der ab 2007 geltenden bundeseinheitlichen Fallpauschalen. Aus der Gegenüberstellung in Abb. 8 wird die langfristige Auswirkung der unterschiedlich hohen Förderbereitschaft der einzelnen Länder bei einem an sich gleichen Rechtsanspruch der Krankenhäuser auf KHG-Mittel deutlich erkennbar.

Die Schuldendienstfinanzierung, soweit vorhanden, würde zwar den rechnerischen investiven „Nachholbedarf“ einiger Länder verringern, aber deren Position bei der Umstellung auf eine monistische Finanzierung verschlechtern, da die Verpflichtung zur Ausfinanzierung zu Lasten der betroffenen Länder bestehen bleibt.

Man sollte hier bei den Diskussionen über die künftigen ordnungspolitischen Vorstellungen bei der Krankenhausfinanzierung das Gleichnis von der Ameise und der Grille nicht aus dem Auge verlieren.

Die „förderwilligen“ Länder werden sich mit verfassungsrechtlichen Argumenten vermutlich erfolgreich gegen einen länderübergreifenden „Investitionskostenstrukturausgleich“ zugunsten der „förderunwilligen“ Länder wehren.

Abb. 8 : Investiver „Nachholbedarf“ gemessen an der KHG-Finanzierung Bayerns pro Planbett seit 1973



Eigene Berechnung und Darstellung auf der Grundlage von Daten der Haushaltsansätze der Länder und des Statistischen Bundesamtes

Wettbewerbsverzerrung durch die unterschiedliche Investitionsquote der Plankrankenhäuser

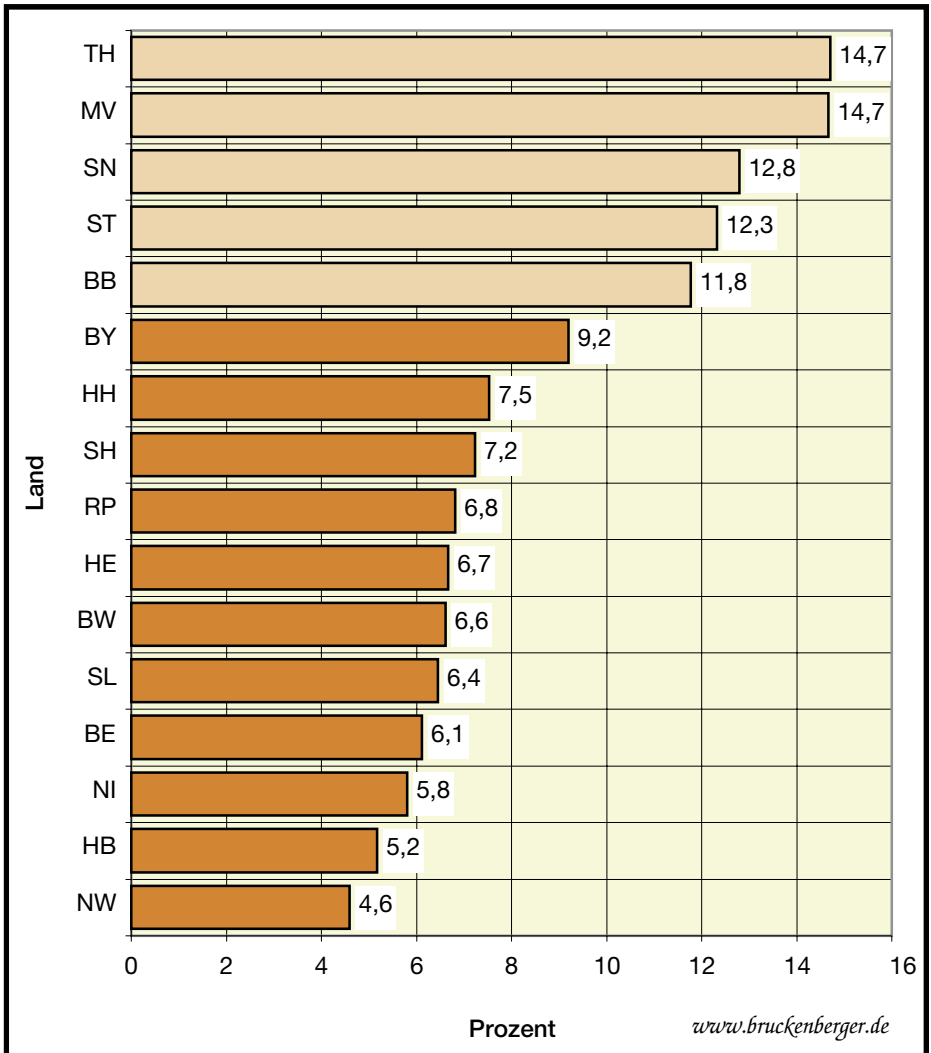
Die Investitionsquote der Plankrankenhäuser (Anteil der KHG-Mittel an den Benutzerkosten der Plankrankenhäuser) betrug im Jahr 2000 im Bundesdurchschnitt 7,5 Prozent, in den alten Bundesländern 6,4 und in den neuen 13,1. Die Relation zwischen dem höchsten und niedrigsten Landeswert beträgt 3,2 : 1.

Die Investitionsquote schwankte länderbezogen von 14,7 Prozent in Thüringen und Mecklenburg-Vorpommern bis 4,6 Prozent in Nordrhein-Westfalen.

Unter den alten Bundesländern wiesen Bayern mit 9,2 und Hamburg mit 7,5 die höchsten und Nordrhein-Westfalen mit 4,6, gefolgt von Bremen mit 5,2, die niedrigsten Investitionsquoten der Plankrankenhäuser auf (siehe Abb. 9).

Neben der deutlich unterschiedlichen Investitionsquote zwischen den Ländern gibt es zudem auch innerhalb der Länder deutliche Unterschiede. So stehen in manchen Ländern wenige Ersatzneubauten und weitgehend sanierte Krankenhäuser auf der einen Seite einer vergleichsweise wesentlich größeren Anzahl von Krankenhäusern gegenüber, die seit Jahren erfolglos einen Antrag auf KHG-Förderung gestellt haben.

Abb. 9 : Investitionsquote der Plankrankenhäuser
im Jahr 2000 im Ländervergleich



Eigene Berechnung und Darstellung auf der Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamtes

Wettbewerbsverzerrung durch die unterschiedlichen Kosten pro Behandlungsfall

Die Kosten pro Behandlungsfall (pflegesatzfähige Kosten : Zahl der vollstationären Fälle) lagen 2000 nach Angaben des Statistischen Bundesamtes im Bundesdurchschnitt bei 3.130 Euro, Berlin lag mit 4.374 Euro an der Spitze. Die Relation zwischen dem höchsten und niedrigsten Wert beträgt 1,7 : 1.

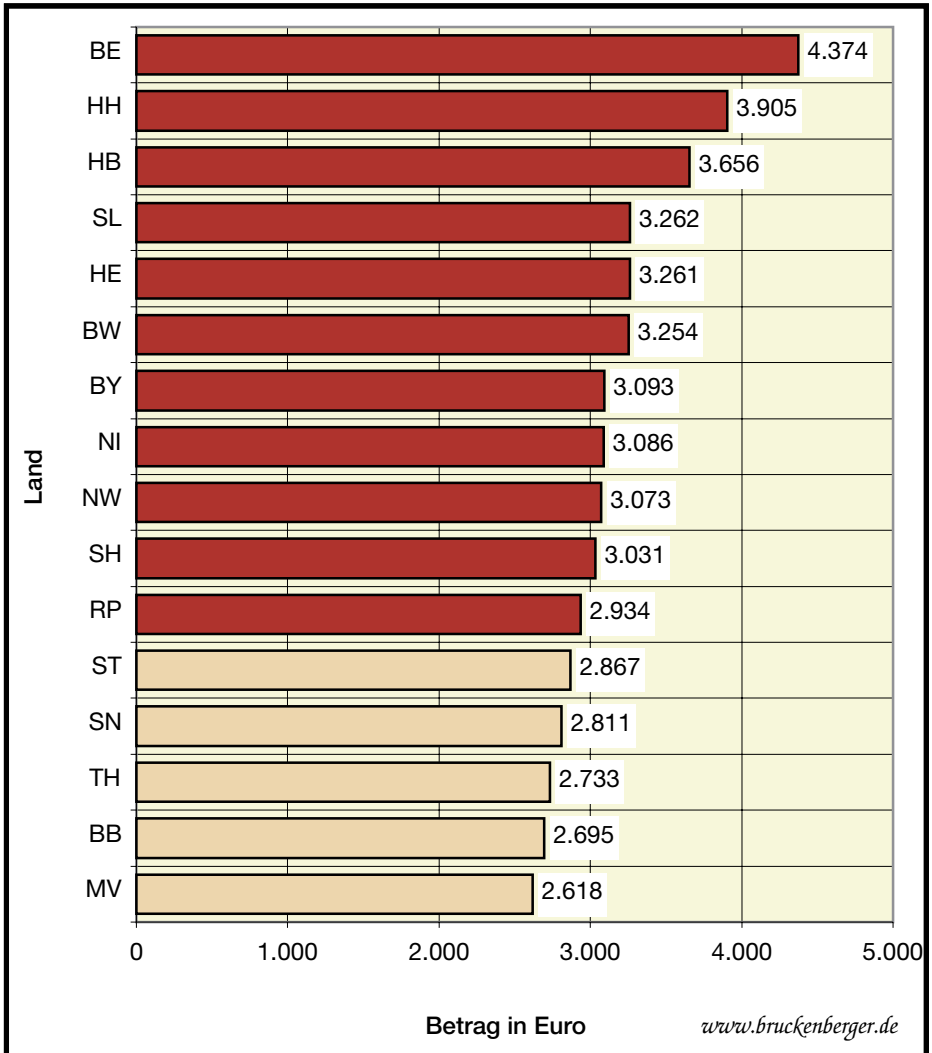
Die Fallkosten lagen in den neuen Bundesländern bedingt durch die nach wie vor bestehenden Sonderregelungen ausnahmslos unter denen der alten. dabei war der höchste Wert mit 2.867 Euro in Sachsen-Anhalt und der niedrigste mit 2.618 Euro in Mecklenburg-Vorpommern feststellbar.

Die höchsten Fallkosten in den alten Bundesländern waren mit 3.905 Euro in Hamburg, die niedrigsten mit 2.934 Euro in Rheinland-Pfalz zu verzeichnen (siehe Abbildung 10).

Wesentlich stärker als die länderbezogenen durchschnittlichen Fallkosten unterscheiden sich die Fallkosten innerhalb der Länder. So liegen die niedrigsten Fallkosten rein statistisch, ohne Wertung der dahinterstehenden Leistungsangebote, unter 1.000 Euro, während die höchsten mehrere zehntausend Euro betragen können.

Auch die Höhe der gegenwärtigen Fallkosten wird den Erfolg oder Misserfolg der Krankenhäuser beim Umstieg auf das Fallpauschalensystem beeinflussen.

Abb. 10 : Kosten pro Behandlungsfall im Ländervergleich 2000



Eigene Berechnung und Darstellung auf der Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamtes

Wettbewerbsverzerrung durch eine unterschiedliche haushaltsmäßige Umsetzung der KHG-Förderung

Die KHG-Förderung erfolgte in der Vergangenheit weitgehend über Barmittel, die den geförderten Krankenhäusern über die jeweiligen Haushalte entsprechend dem Baufortschritt zur Verfügung gestellt wurden. Schuldendienstfinanzierungen waren bei der Finanzierung von Krankenhausbaumaßnahmen die Ausnahme, nicht die Regel.

Inzwischen wird von den Ländern teilweise oder ganz die Schuldendienstfinanzierung zur Anwendung gebracht. Dabei wurde aber offensichtlich das dadurch auftretende, rechtlich relevante, Problem der Ungleichbehandlung zwischen den geförderten Krankenhausträgern übersehen.

Aus der Besicherung des Darlehens ergeben sich nämlich für die betroffenen Krankenhausträger Wettbewerbsnachteile (Basel II, Bonitätseinschränkung, u.ä.) gegenüber den mit Barmitteln finanzierten Krankenhäusern. Deshalb kann die Besicherung des Darlehens zur Vermeidung von Ungleichbehandlungen nicht dem Krankenhausträger aufgegeben werden, sondern muss durch das Land erfolgen. Das heißt alle die sich gegenüber der Barmittelfinanzierung ergebenden zusätzlichen Kosten einer Schuldendienstfinanzierung d.h. auch der zusätzlich anfallende Zeitaufwand, müssen aus Gründen der Gleichbehandlung zu Lasten des Landes gehen.

Ausblick

Zunehmende „Grauzonenfinanzierung“

Die vorgesehene Übergangszeit bis 2007 für die Einführung des Fallpauschalensystems, die Weitergeltung der dualistischen Finanzierung, die demographische Entwicklung, der medizinische und medizinisch-technische Fortschritt, die verschiedenen Wettbewerbsverzerrungen, die Europäisierung und die Globalisierung, werden das Problem der unzureichenden Investitionsfinanzierung für die Krankenhäuser verschärfen.

Die seit Jahren fehlenden öffentlichen Investitionsmittel im Rahmen der dualistischen Finanzierung verstärken zunehmend das Entstehen von rechtlich problematischen „Grauzonen“ bei der Finanzierung von Krankenhausinvestitionen. Sie führen zu Wettbewerbsverzerrungen zwischen öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Krankenhausträgern, zu einem nachlassenden Vertrauen in rechtsstaatliche Vorgehensweisen und letztem Endes zu einer Legitimitätskrise.

Ohne umfangreiches privates Kapital über Eigenfinanzierung oder Kreditaufnahme wird die durch das Fallpauschalensystem politisch gewollt ausgelöste grundsätzliche Veränderung der Angebots- und Leistungsstruktur mit dem Ziel einer Effizienz- und Qualitätssteigerung nicht sozial verträglich zu meistern sein.

Wenn dem aber so ist, müssen klare rechtsstaatliche Regelungen für eine, bereits mittelfristig gesicherte, betriebswirtschaftlich orientierte Refinanzierung geschaffen werden. Sie müsste zudem abschreibungskonform sein, da man beispielsweise die dringend erforderliche Modernisierung der Informationstechnologie nicht über Darlehen mit Laufzeiten von mehr als sieben bis zehn Jahren finanzieren sollte.

Unstrukturierte Privatisierung des Krankenhauswesens

Die unzureichende Beachtung des enormen Investitionsbedarfs der Krankenhäuser durch die dafür zuständigen Länder wird die unstrukturierte Privatisierung des Krankenhauswesens dramatisch beschleunigen. Privatisierung kann übrigens sowohl Änderung der Rechtsform als auch Trägerwechsel bedeuten.

Mögliche Nachteile für eine flächendeckende bürgernahe stationäre und ambulante Versorgung sind nicht auszuschließen. Die „versorgungspolitische Philosophie“ der verschiedenen privaten Klinikketten unterscheidet sich merklich. Die Hoffnung, eine ortsnahe Versorgung, die aus Gründen der Wirtschaftlichkeit und Qualität an sich beispielsweise nicht zu verantworten ist, per ordre de mufti über Sicherstellungszuschläge vorgeben zu können, wird sich im Hinblick auf die damit verbundene Wettbewerbsverzerrung als trügerisch erweisen. Es bestehen überdies erhebliche Zweifel, ob den betroffenen Krankenhäusern eine derartige Alimentierung überhaupt willkommen ist, da der oftmals mobile Patient bereits jetzt zunehmend durch ein „Fallmanagement“ der Krankenkassen „gelenkt“ wird.

Die mit der fehlenden öffentlichen Förderung verbundene mittelbare Unterstützung finanzkräftiger privater und freigemeinnütziger Anbieter und die Beibehaltung der fehlenden Investitionsrefinanzierungsverpflichtung der Kostenträger führt zu einem schleichenden Ersatz des Prinzips der Daseinsfürsorge durch ein marktwirtschaftlich orientiertes Krankenhaussystem.

Nicht selten stimmt in der öffentlichen Diskussion über die Privatisierung von Krankenhäusern die vordergründige Argumentation mit der hintergründigen Motivation nicht überein. Es ist erstaunlich, zu welchem Standpunktwechsel gegenüber privaten Trägergruppen eine angespannte Haushaltslage führen kann und z.T. auch bereits geführt hat.

Länder mit einem großem investiven Nachholbedarf an Investitionen als Folge unwirtschaftlicher Angebots- und Ablaufstrukturen werden von der unstrukturierten Privatisierung tendenziell mehr und schneller als andere betroffen werden. Dabei wird Art und Umfang der betroffenen Trägergruppen - kommunal oder freigemeinnützig- eine zunehmende Rolle spielen. Bisher findet die Privatisierung im Sinne eines Trägerwechsels überwiegend bei kommunalen Krankenhäusern statt. Die desolote Finanzlage vieler Kommunen steigert jedenfalls die Neigung, sich von der Wahrnehmung der stationären Krankenversorgung durch eine Übertragung an einen privaten Träger zu trennen. Das Risiko des verbleibenden Sicherstellungsauftrages für den Fall des Misslingens wird dabei in Kauf genommen.

Ungedeckter Investitionsbedarf als Sprengsatz des Krankenhausfinanzierungssystems

Insgesamt müsste den Plankrankenhäusern jährlich für die Finanzierung von Investitionskosten bundesweit ein Betrag von rd. 12 Mrd. Euro, statt derzeit rd. 5 Mrd. Euro zur Verfügung gestellt werden. Bei Benutzerkosten von zurzeit rd. 50 Mrd. Euro würde dies eine Investitionsquote von rd. 20 Prozent, vergleichbar modernen Industriebetrieben, ergeben. Der investive „Nachholbedarf“ in Höhe von rd. 30 Mrd. Euro und die Ausfinanzierung bereits begonnener Baumaßnahmen in Höhe von rd. 8 Mrd. Euro sind dabei noch nicht berücksichtigt. Die geforderte Veränderung der Angebots- und Ablaufstrukturen ist so gesehen mittelfristig nur umsetzbar, wenn jährlich bundesweit rd. 15 Mrd. Euro für Krankenhausinvestitionen zur Verfügung gestellt werden.

Bei den gegenwärtigen und beabsichtigten gesetzlichen Regelungen ist eine derartige Ausweitung des öffentlichen Investitionsvolumens in den meisten Ländern in dem erforderlichen Umfang unter Beachtung der Haushaltslage und den Vorgaben des Stabilitätspaktes weder beabsichtigt noch möglich.

Die Zukunft vieler Krankenhäuser wird deshalb weniger durch das verwaltungsaufwendige Fallpauschalensystem als vielmehr durch die nachweisbar fehlenden Investitionsmittel gefährdet werden. Das Fallpauschalensystem löst nicht die baulich-betrieblich-apparativ bedingten Unwirtschaftlichkeiten.

Je „isolierter“ das als „Einzelunternehmen“ geführte Krankenhaus, desto größer ist grundsätzlich das Gefährdungspotential. Diese Tatsache beeinflusst auch den Zeitpunkt einer möglichen Privatisierung und die Höhe des Verkaufserlöses.

Die überschaubare Anzahl der privaten Wettbewerber führt bereits zu drastisch reduzierten Kaufangeboten. Der Markt wandelt sich immer schneller von einem Käufer- zu einem Verkäufermarkt.

Bei der gegebenen Rechts- und Finanzlage nutzen verständlicherweise seit Jahren innovative und finanzkräftige Krankenhaussträger diese häufig von Zukunftsängsten und gleichzeitigem Handlungsbedarf geprägte Situation zum Ausbau ihrer systembedingten Wettbewerbsvorteile. Diese Entwicklung wird durch eine „säkularisierte“ und zudem statische Sozialpolitik wesentlich unterstützt. Die Bereitschaft privater Kapitalgeber sich im Krankenhausmarkt zu engagieren wird allerdings primär von der Renditeerwartung geprägt. Da ab 2007 eine bundeseinheitliche Fallpauschale vorgesehen ist, wird sich der zunehmend konfliktträchtige Krankenhauswettbewerb logischerweise vorwiegend über die Struktur- und Mengenkomponente abspielen.

Europa ante portas

Neben den bisher geschilderten Problemen und Schwierigkeiten darf zudem nicht übersehen werden, dass Deutschland nur ein Teil eines immer größer werdenden Europas ist. Die EU als wettbewerbsorientiertes Gebilde ist im Begriff, systematisch und dynamisch alle Bereiche der „öffentlichen Daseinsvorsorge“ zu deregulieren und zu liberalisieren. Einzig die Sozial- und Gesundheitssysteme blieben bisher ausgenommen. Binnenmarkt, Euro und EU-Erweiterung üben folgerichtig systemimmanent einen wachsenden Druck auf die einzelstaatlichen Sozialordnungen aus. Eine erfolgreiche europäische Integration wird nicht unter dauerhafter, teils realitätsverweigernder Ausklammerung des Sozial- und Gesundheitsschutzes zu erzielen sein.

Die als „Offene Methode der Koordinierung“ bezeichnete neue sozial- und gesundheitspolitische Strategie der EU respektiert formal die nationale Gestaltungshoheit der Mitgliedstaaten. Sie übt keinerlei rechtlichen Zwang zu bestimmten Systemlösungen aus, verpflichtet aber die einzelstaatlichen Regierungen dazu, die Gestaltung ihrer Sozialsysteme permanent zu dokumentieren und sie an supranational vereinbarten Zielen, Leitlinien und Indikatoren ganzheitlich messen bzw. überprüfen zu lassen. Dies bewirkt einen politisch verbindlichen, transnationalen Rechtfertigungszwang durch öffentlichen Vergleich im Rahmen von „best practices“ und „benchmarks“, was im Ergebnis eine „faktische europäische Parallelgesetzgebung“ einleitet und mittel- bis langfristig einen schleichenden Autonomieverlust der Einzelstaaten zur Folge haben wird.

Die Erosion nationaler Gestaltungsmöglichkeiten des Gesundheitswesens in der EU zugunsten von Wettbewerbslösungen wird sich jedenfalls erfahrungsgemäß mit hoher Wahrscheinlichkeit immer schneller fortsetzen.

In Verbindung mit dem von Vertretern der Krankenkassen aber auch anderen seit Jahren geforderten „Einkaufsmodell“ würden zwangsläufig die Grenzen zwischen GKV und PKV aufgehoben und das europäische Vergaberecht zum Tragen kommen. Verbindliche quantitative und qualitative Standards sowie europaweit gültige Zertifizierungen, Messgrößen und Indikatoren wären die Folge. Erst hierdurch würden die leistungsfähigsten Gestaltungsprinzipien für eine effiziente, solidarische soziale Sicherung klar erkennbar, vergleichbar und bewertbar. Konsequenterweise würde auch der mit Hilfe eines aufwendigen Risikostrukturausgleiches angestrebte „solidarische Wettbewerb“ hinterfragt werden, ist doch die Bezeichnung „Bestandsschutz“ in diesem Zusammenhang eindeutig zutreffender als „Wettbewerb“.

Investitionsoffensive für Krankenhäuser

Gemessen an den Ansprüchen des „Jahrhundertwerkes“ KHG ist die dualistische Finanzierung als gescheitert anzusehen.

Die mit der Einführung des vorgesehenen Fallpauschalensystems gesundheitspolitisch angestrebten sektorenübergreifenden und prozessorientierten Veränderungen der Angebots- und Ablaufstrukturen zur Effizienzverbesserung des gesamten Systems erfordern kurz- und mittelfristig Investitionen in Milliardenhöhe. Die öffentlichen Hände sind zur Abdeckung dieses riesigen Investitionsvolumens eindeutig nicht in der Lage. Die Schere zwischen der sinkenden KHG-Finanzierung und dem Investitionsbedarf, u.a. durch die steigende Kapitalintensität der Krankenhausleistungen, öffnet sich immer weiter.

Die bisher nicht oder nur unzureichend genutzten Möglichkeiten innerhalb der dualistischen Finanzierung (z.B. Rationalisierungsinvestitionen, Teilfinanzierungen) können nur in Einzelfällen kurzfristig helfen. Die Lösung kann bei einer unveränderten Haushaltslage der Länder nur in massiven zusätzlichen Einsatz von privatem Kapital bzw. dem verstärkten Einsatz der Kreditfinanzierung liegen.

So gesehen besteht akuter Handlungsbedarf, die bestehenden Regeln zur dualistischen Krankenhausfinanzierung den Konsequenzen aus dem Fallpauschalensystem anzupassen und einem verstärkt marktwirtschaftlich agierenden Gesundheitswesen umgehend zu öffnen. Die durch die Rechtsprechung des EuGH ausgelösten Entwicklungen werden diesen Prozess beschleunigen.

Das Ergebnis der „Investitionsoffensive für Krankenhäuser“ sollte sein:

- Steigerung der Effizienz des gesamten Gesundheitssystems
- Hebung von Wirtschaftlichkeitsreserven durch verbesserte Angebots- und Ablaufstrukturen
- Steigerung der Versorgungsqualität für die zunehmende Zahl älterer und chronisch kranker Patienten
- Schaffung von Arbeitsplätzen durch eine verstärkte Investitionstätigkeit.

Wenn es nicht gelingt, diesen Weg durch eine verbesserte und mittelfristig kalkulierbare Refinanzierungsmöglichkeit zu beschreiten, ist unter den gegebenen widersprüchlichen rechtlichen und (un)ordnungspolitischen Vorgaben eine zukunftsfähige Entwicklung des deutschen Krankenhaussystems als Teil eines funktionierenden Gesundheitssystems grundsätzlich in Frage zu stellen.

Zusammenfassung

Jede Veränderung des bestehenden Krankenhausfinanzierungssystems sei es durch einfache Novellierung oder durch „Jahrhundertwerke“ schafft erfahrungsgemäß neue Möglichkeiten der Kostenverschiebung, der gegenseitigen Schuldzuweisungen und für das Tätigwerden von Experten und engagierten Laien. Sie ändert aber nicht das Geringste an der Tatsache, dass als Folge des medizinischen Fortschrittes und der demographischen Entwicklung die medizinischen Möglichkeiten den finanziellen seit Jahrzehnten davonlaufen.

Eine Investitionsquote von 20 Prozent vorausgesetzt müssten die jährlichen Investitionsmittel von derzeit bundesweit rd. 5 Mrd. Euro auf 12 Mrd. aufgestockt werden. Der Abbau des Investitionsstaus ist dabei noch nicht berücksichtigt.

Aus genügendem Abstand betrachtet, sind die Ergebnisse der Krankenhausfinanzierung vor und nach 1972 fast deckungsgleich. Nur die handelnden Personen und die jeweiligen „Ideologien“ haben gewechselt.

Ergebnis der Krankenhausfinanzierung bis 1972:

Limitierte Ausgabenverpflichtung für die Krankenkassen („wirtschaftliche Leistungsfähigkeit“), teilweise monistische Finanzierung von Investitionen über den Pflegesatz, Zuschussgewährung der Länder für Investitionen von Fall zu Fall, Zuschüsse durch Dritte und Eigenbeteiligung der Krankenhausträger an den Investitionen. Bescheidene Bürokratie. **Ergebnis: Defizite vor allem bei den Investitionen.**

Ergebnis der Krankenhausfinanzierung ab 1972:

Limitierte Ausgabenverpflichtung für die Krankenkassen („Soziale Tragbarkeit bzw. Beitragssatzstabilität“) und unzureichende öffentliche Förderung der Investitionskosten durch die Länder (dualistische Finanzierung). Häufig Eigenbeteiligungen der Krankenhausträger in Form einer Festbetragsfinanzierung oder vollständige Eigenmittelfinanzierung. Merkliche Zunahme der Bürokratie. **Ergebnis: Investitionsstau.**

Wahrscheinliches Ergebnis der Krankenhausfinanzierung ab 2005 ?:

Limitierte Ausgabenverpflichtung für die Krankenkassen („Beitragssatzstabilität“), Teilweise monistische Finanzierung von Investitionen über das Vergütungssystem, Zuschussgewährung der Länder für Investitionen von Fall zu Fall, Zuschüsse durch Dritte sowie Eigenbeteiligung der Krankenhausträger an den Investitionen. Drastische Zunahme der Bürokratie. Unstrukturrierte Privatisierung. **Ergebnis: Verwerfung der Angebotsstrukturen, steigender Investitionsstau.**

Form und Inhalt des jeweiligen Krankenhausfinanzierungssystems haben offensichtlich auf das Verhalten der wesentlich Beteiligten und Entscheidungsträger keinen spürbaren Einfluß. Mittel- bis langfristig setzte sich bisher in jedem Finanzierungssystem das traditionelle Verhalten von Bund, Ländern, Krankenkassen und Krankenhäusern bzw. deren Verbänden durch. Die Veränderungsbereitschaft erschöpft sich nicht selten bereits beim Absondern von Schuldvorwürfen, Absichtserklärungen, „Eckpunktepapieren“ und endet bei unklaren und widersprüchlichen gesetzlichen Regelungen. Für die sich daran anschließende Umsetzung der durch eine zunehmend kürzere Halbwertszeit gekennzeichneten Gesetze verbleibt, bei exponential steigendem Frustpotential, immer weniger Kraft. Dies nicht zu erkennen, zeugt von einem großen Mangel an Realitätssinn und ist Kennzeichen einer zunehmend virtuellen Lösung realer Probleme.

Krankenhausfinanzierung ist und bleibt eine Daueraufgabe, die sich unter den ständig ändernden gesellschaftlichen, technologischen, wirtschaftlichen und ethischen Bedingungen immer wieder neu stellt. Es gibt keine endgültige Lösung. Gäbe es ein endgültiges, d.h. für alle zufriedenstellendes, Krankenhausfinanzierungssystem, hätten doch Politik und Wissenschaft in diesem wichtigen und oft emotionalisierten Bereich der Daseinsvorsorge nur mehr begrenzte Mitwirkungs- und Darstellungsmöglichkeiten.

Politischer Handlungsbedarf im Krankenhausbereich wird erfahrungsgemäß erst dann ausgelöst, wenn eine der offensichtlich vorhandenen „Schmerzgrenzen“ überschritten wird. Am schnellsten wird diese „Schmerzgrenze“ durch fehlendes Personal erreicht, dann durch fehlende attraktive medizinisch-technische Geräte, dann durch fehlende neue hoffnungserweckende Behandlungsmethoden und erst mit weitem Abstand durch das Fehlen einer zeitgemäßen Bausubstanz. Gebäude haben keine Lobby, bestenfalls Ruinen. Das Verständnis für die gegenseitige Abhängigkeit von Investitions- und Benutzerkosten und einer gemeinsamen Verantwortung für das Gesamtsystem ging offensichtlich verloren.

Über den Verfasser

Geboren am 2.4.1940 in Gmunden/ Oberösterreich. Nach dem Studium der Rechtswissenschaften tätig in der Industrie und in der Sozialversicherung (Allgemeine Unfallversicherungsanstalt Linz). Von 1971 bis 1979 wissenschaftlicher Berater und Gutachter beim Deutschen Krankenhausinstitut e.V., Düsseldorf, Institut in Zusammenarbeit mit der Universität Düsseldorf.

Seit 1979 Referatsleiter für Krankenhausplanung, -finanzierung und -bauplanung sowie ärztliche Weiterbildungsstätten im Niedersächsischen Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales, Leitender Ministerialrat, Lehrbeauftragter der Medizinischen Hochschule Hannover, Vorsitzender des Großgeräteausschusses für Niedersachsen (1989 bis 1997), Mitglied des Krankenhausausschusses der obersten Landesgesundheitsbehörden und Mitglied im deutschsprachigen Arbeitskreis für Krankenhaushygiene.

Zahlreiche Veröffentlichungen über Krankenhausfinanzierung und -planung, die Abstimmung medizinisch-technischer Großgeräte, die künftige Rolle der medizinischen Rehabilitation, bundesweite Analysen über die Situation der der Nuklearmedizinischen Therapie (1993 und 1995) und der Radioonkologie (1995) und jährliche Berichte über die Situation der Herzchirurgie/Kardiologie (1988 bis 2001).

Zwei Bücher: „Planungsanspruch und Planungswirklichkeit im Gesundheitswesen“(1978) und „Dauerpatient Krankenhaus“ (1989). Mitarbeit an der „Studie über die Entwicklung des österreichischen Krankenhauswesens bis zum Jahre 2010“, erstellt von der VAMED ENGINEERING-Krankenhausplanungs- und Errichtungsgesellschaft m.b.H., Wien (1988). Stellungnahme zum „Oberösterreichischen Krankenanstaltenplan 1990“.

Erarbeitung der Grundlagen für die Krankenhausplanung, die Standortplanung medizinisch-technischer Großgeräte und die Investitionsplanung des Landes Sachsen-Anhalt (1991) und des Landes Thüringen (1992).

Flächendeckende Strukturgespräche in Niedersachsen über die ambulanten, teilstationären und stationären Angebotsstrukturen (Praxen, Krankenhäuser, Rehabilitations-einrichtungen und Pflegeeinrichtungen) in Niedersachsen (1995), Umsetzung von flächendeckenden integrierten Versorgungskonzepten für Geriatrie, Schwer-Schädel-Hirnverletzte und Herzchirurgie.

Ausbau der sektorenübergreifenden Kooperationen zwischen den verschiedenen Leistungssektoren in Form der kooperativen Regionalisierung durch Regionalverbände und Managements GmbH's.