

Krankenhaus-Report 2010

„Krankenhausversorgung in der Krise?“

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

Schattauer (Stuttgart) 2010

Auszug Seite 107-125



7	Zur Lage der Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser – Bestandsaufnahme und Reformbedarf	107
	<i>Jürgen Malzahn und Christian Wehner</i>	
7.1	Einleitung	107
7.2	Rückblick auf die Krankenhausfinanzierung	108
7.2.1	Entstehung und Entwicklung der dualen Krankenhausfinanzierung.....	108
7.2.2	Rückgang der Fördermittel und Einschränkung der Planungs- kompetenz der Bundesländer	110
7.3	Systematik der Krankenhausinvestitionskostenförderung.....	113
7.3.1	Investitionsmaßnahmen der Krankenhäuser	113
7.3.2	Ansätze zur Ermittlung der notwendigen Höhe der Investitions- förderung.....	116
7.3.3	Bewertung der Investitionsförderung	117
7.4	Einflussfaktoren auf die Investitionsvolumina der Krankenhäuser	118
7.4.1	Investitionskostenförderung nach dem Krankenhausfinanzierungs- reformgesetz (KHRG)	118
7.4.2	Investitionen im Rahmen des Konjunkturpakets II	119
7.4.3	Auswirkungen des Gesundheitsfonds	121
7.5	Fazit und Reformbedarf	122
7.6	Literatur.....	123

7 Zur Lage der Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser – Bestandsaufnahme und Reformbedarf

Jürgen Malzahn und Christian Wehner

Abstract

Vor ungefähr vierzig Jahren war schon einmal eine grundlegende Reform der Investitionsfinanzierung von Krankenhäusern erforderlich. Damals war das Ergebnis das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) mit der dualen Krankenhausfinanzierung als entscheidendem Kernstück. Der Artikel zeigt die Grundlagen und Fehlentwicklungen bei der Krankenhausfinanzierung auf und erörtert anschließend die Neuregelungen seit dem 2009 in Kraft getretenen Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG). Abschließend werden mögliche Ansätze der zukünftigen Ausrichtung der Investitionskostenfinanzierung für Krankenhäuser diskutiert und der daraus resultierende Klärungsbedarf unter den neuen Rahmenbedingungen dargestellt.

About forty years ago, a fundamental reform of capital investment financing of hospitals was required. The result was the Hospital Financing Act (KHG), with dual hospital financing as the key core piece. The article describes the basics and the misguided developments of hospital financing and discusses the new legislation since the Hospital Reform Act (KHRG). Subsequently, it points out possible approaches to the future direction of hospital investment financing and the resulting need for clarification in the new context.

7.1 Einleitung

Die Weiterentwicklung der Investitionskostenfinanzierung der Krankenhäuser wird zukünftig einen noch größeren Stellenwert in der politischen Diskussion einnehmen. Das Zusammenwirken von Wettbewerb in der Gesundheitswirtschaft, dem Gesundheitsfonds und dem Einzug des Kartellrechts in die Krankenhauslandschaft stellt gewichtige neue Anforderungen an die Krankenhausinvestitionskostenfinanzierung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) von 1972. Die Bundesländer haben inzwischen die Investitionskostenfinanzierung erheblich reduziert, das Bundesverfassungsgericht hat die Souveränität der Länder bei der Krankenhausplanung beschränkt und der zunehmende Wettbewerb unter den Krankenhäusern fordert gleiche Chancen.

7.2 Rückblick auf die Krankenhausfinanzierung

7.2.1 Entstehung und Entwicklung der dualen Krankenhausfinanzierung

Die Finanzierung der Krankenhausinvestitionen befand sich das letzte Mal vor vierzig Jahren in einer schwierigen Situation. Damals stellte die sogenannte „Krankenhäusenquote“ eine unzureichende Ausstattung der Krankenhäuser mit öffentlichen Fördermitteln von zwei Mrd. DM fest (Metzner 2009, 392). Ursache dafür war, dass im Rahmen der Zuständigkeitsabgrenzung in Artikel 74 Grundgesetz (GG) die Verantwortung für die Finanzierung der Krankenhäuser ausschließlich bei den Bundesländern lag. Diese hatten aber keine krankenhausspezifischen Regelungen erlassen. Die einzige Finanzierungsquelle der Krankenhäuser war die Bundespflegesatzverordnung (BPflV), die nicht die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser zum Ziel hatte, sondern die Begrenzung der Kostenentwicklung gewährleisten sollte (Metzner 2009, 393). In der politischen Diskussion wurde erkannt, dass nur Bund und Länder zusammen eine Lösung herbeiführen können. Bei der 22. Grundgesetzänderung von 1969 erfolgte deshalb in Artikel 74 GG eine Ergänzung um die Ziffer 19a, in der dem Bund in der konkurrierenden Gesetzgebung die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze zugestanden wurde (Tuschen/Trefz 2004, 18). Das Ergebnis der konkurrierenden Gesetzgebung war das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG). Anfänglich wurde die öffentliche Förderung von Bund und Ländern gemeinschaftlich getragen. Diese Mischfinanzierung endete aber mit dem Krankenhaus-Neuordnungsgesetz von 1984 zu Lasten der Länder, wobei im Gegenzug der Bund in anderen Leistungsbereichen Ausgaben übernahm (Tuschen/Trefz 2004, 25). Mit dieser Regelung waren die Finanzierungszuständigkeit und -verantwortung vereint, womit finanzielle Versäumnisse nicht mehr auf andere öffentliche Finanzierungsträger verschoben werden konnten (Goedereis 1999, 117).

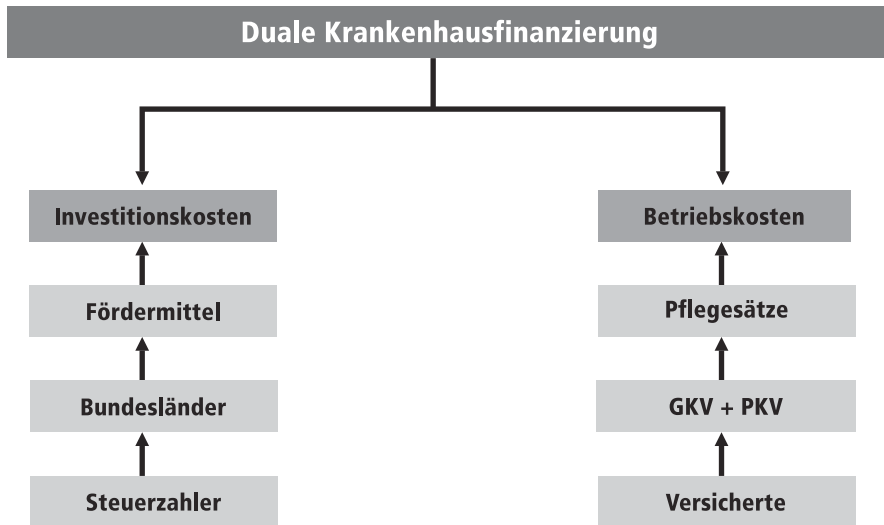
Der Zweck des KHG ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und so zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen.¹ Weiterhin wird geregelt, dass die Länder zur Gewährleistung der Krankenhausversorgung und zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser Krankenhauspläne und Investitionsprogramme aufstellen, wobei die Folgekosten, insbesondere die Auswirkungen auf die Pflegesätze, zu berücksichtigen sind.² Die Länder entscheiden zudem über die Aufnahme von Krankenhäusern in den Krankenhausplan.³ Die genaueren Ausgestaltungen erfolgen im Landesrecht, da die Krankenhausplanung im Verantwortungsbereich der Länder liegt. Aus der Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan folgt zum einen eine Lizenz zur Behandlung gesetzlich krankenversicherter Patienten zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) (Metzner 2009, 393). Zum anderen er-

1 Vgl. § 1 Abs 1 KHG.

2 Vgl. § 6 KHG.

3 Vgl. § 8 Abs 1 KHG.

Abbildung 7-1

Duale Krankenhausfinanzierung

Krankenhaus-Report 2010

WldO

7

gibt sich grundsätzlich ein Rechtsanspruch auf Förderung der notwendigen Investitionskosten (Goedereis 1999, 122).

Staatliche Planung und Investitionsförderung ist Aufgabe der Länder, wohingegen der Bund die Krankenhauspflegesätze⁴ und die Zulassungsvoraussetzungen für ein Krankenhaus zur Versorgung der Versicherten⁵ bestimmt (SVR 2007, 303). Die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser erfolgt zum einen durch die Finanzierung der Investitionskosten im Wege der öffentlichen Förderung und zum anderen durch leistungsgerechte Erlöse aus den Pflegesätzen sowie aus Vergütungen für vor- und nachstationäre Behandlung und für ambulantes Operieren.⁶ Auf Basis dieser Rechtsgrundlagen werden die Säulen der dualen Finanzierung beschrieben. Diese besagt, dass die Krankenkassen die Betriebskosten der Krankenhäuser über die Pflegesätze und Vergütungen auf der einen Seite und die Bundesländer die Investitionen im Wege der öffentlichen Förderung auf der anderen Seite finanzieren (Tuschen/Trefz 2004, 18) (vgl. Abbildung 7-1).⁷

4 Vgl. § 16 KHG.

5 Vgl. § 108 SGB V.

6 Vgl. § 4 Nr. 1 und 2 KHG.

7 Vgl. dazu auch § 6 i. V. m. §§ 4,8 KHG.

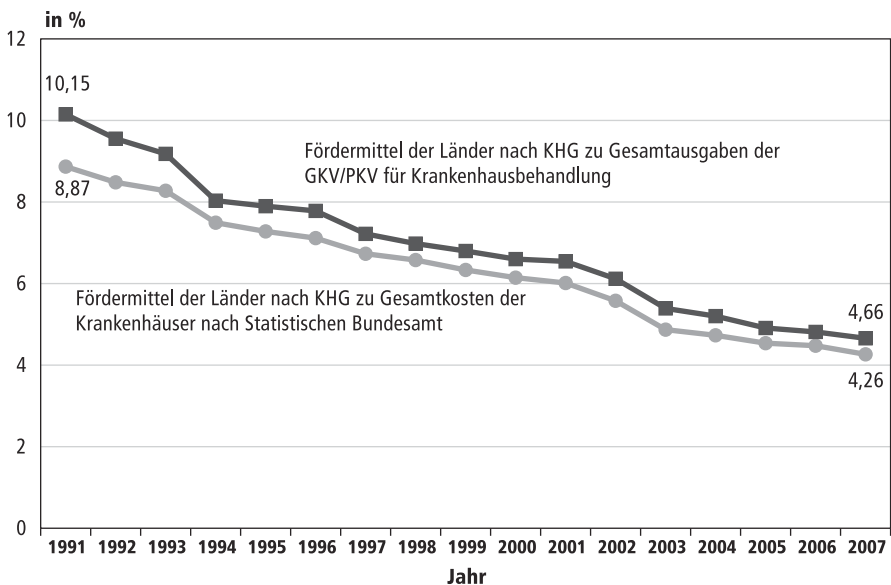
7.2.2 Rückgang der Fördermittel und Einschränkung der Planungskompetenz der Bundesländer

Die Bundesländer haben trotz ihrer Verpflichtung zur Finanzierung notwendiger Investitionskosten seit 1991 die Höhe der Investitionsfinanzierung kontinuierlich zurückgeführt (Rau 2009, 205) (vgl. Abbildung 7–2). Der Anteil der insgesamt aufbrachten Fördermittel der Länder an den Gesamtausgaben für die Krankenhausbehandlung von Gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) und Privater Krankenversicherung (PKV) betrug im Jahr 1991 rund 10,2 Prozent. In Relation zu den Gesamtkosten der Krankenhäuser laut Statistischem Bundesamt erreichte das Gesamtvolumen der Fördermittel im selben Jahr einen Wert von 8,9 Prozent. 2007 reduzierten sich die Fördermittel auf 4,7 bzw. 4,3 Prozent. Die Tendenz ist eindeutig, denn für beide Bezugsgrößen gilt, dass die Förderquote im Beobachtungszeitraum um mehr als die Hälfte gesunken ist.

Die Förderung der Investitionskosten erfolgt durch Einzel- und Pauschalförderung. Mit der Einzelförderung werden auf Antrag des Krankenhausträgers langfristige Investitionen wie Neubauten oder Sanierungsmaßnahmen finanziert. Kleinere bauliche Maßnahmen sowie die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter werden durch jährlich feste Pauschalbeträge gefördert. Der Gegenstand und die Höhe der Pauschalförderung wird bundeslandspezifisch unterschiedlich beispielsweise je Bett, aber auch nach Bewertungsrelationen oder Leistungsgruppen bemessen (DKG

Abbildung 7–2

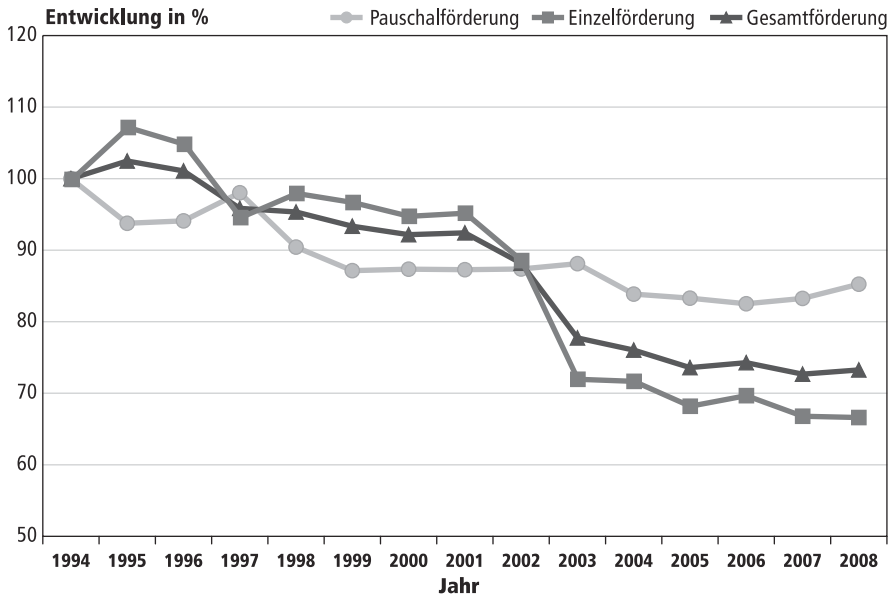
Rückgang der Investitionsfördermittel der Länder 1991–2007



Quelle: Umfrage der Arbeitsgruppe für Krankenhauswesen der AOLG (Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden) und Statistisches Bundesamt

Abbildung 7-3

Entwicklung der Gesamt-, Pauschal- und Einzelförderung



Quelle: Umfrage der Arbeitsgruppe für Krankenhauswesen der AOLG

Krankenhaus-Report 2010

Wido

2009, 74ff.). Die Entwicklung der gesamten KHG-Fördermittel der Länder zeigt den bekannten kontinuierlich fallenden Verlauf. So belief sich das Investitionsvolumen 1993 auf rund 3,9 Mrd. Euro und 2008 auf nur noch knapp 2,7 Mrd. Euro (AOLG 2008). Davon bleibt aber das Pauschalfördervolumen insgesamt ab 1999 relativ stabil⁸, während sich das Einzelfördervolumen um mehr als 30 Prozent reduziert hat (vgl. Abbildung 7-3).

Dieser Tatbestand legt die Annahme nahe, dass pauschale Fördermittel weniger stark dem politischen Gestaltungswillen unterliegen als Einzelförderungsmaßnahmen. Zusätzlich weisen Krankenhäuser in Bundesländern mit einem hohen Anteil an Pauschalförderung ein signifikant niedrigeres Insolvenzrisiko als in anderen Bundesländern auf (Augurzky et al. 2009b, 130). Staatliche Fördermittel für Investitionen sind aber keine Notwendigkeit für wirtschaftliche Stabilität, da Krankenhäuser mit umfangreichen Fördermitteln kein besseres Rating aufweisen als andere Krankenhäuser – es besteht vielmehr eine negative Korrelation (Augurzky et al. 2007, zitiert nach Felder et al. 2007, 148). Da die Vergütung der Krankenhausleistungen über das DRG-System eine zunehmend wettbewerbliche Ausrichtung erhält, aber die Investitionskostenfinanzierung einer staatlichen Angebotsplanung folgt,

⁸ Abgesehen von einem erneut abfallenden Niveau im Jahr 2004 und Wiederanstieg erst wieder 2008.

erscheinen beide Teilsysteme der dualen Finanzierung zunehmend gegensätzlich (SVR 2007, 350ff.).

Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) schränkte 2004 die Planungskompetenz der Bundesländer hinsichtlich der Entscheidungen zur Aufnahme von Krankenhäusern in den Krankenhausplan ein. Das BVerfG stellte in seinem Beschluss vom 04.03.2004 (1 BVR 88/00) klar, dass ein Krankenhaus auch dann in den Krankenhausplan aufzunehmen ist, wenn es „neben oder an Stelle eines anderen Krankenhauses geeignet wäre, den fiktiv vorhandenen Bedarf zu decken“ (Metzner 2009, 394). Dies geht über die Bedarfsgerechtigkeit im Sinne von zusätzlich notwendigen Krankenhausbetten weit hinaus und findet seinen Niederschlag in der Urteilsbegründung.⁹ Die über die Aufnahme in den Krankenhausplan und über die Prüfung eines ungedeckten Bedarfs aufgrund bestehender Kapazitäten vorhandene Markteintrittsbarriere wird mit dieser Entscheidung gelockert, um hinzutretenden Krankenhäusern eine Chance auf Aufnahme in den Krankenhausplan zu ermöglichen. Vermutlich kann ein fiktiver Bedarf an Krankenhausleistungen in jedem Fall angeführt werden, so dass die Planungskompetenz der Länder eingeschränkt ist. Durch die Aufnahme in den Krankenhausplan entsteht automatisch ein allgemeiner Anspruch auf Förderung der notwendigen Investitionskosten, der durch die Bundesländer zu befriedigen ist.¹⁰

9 Nur mit dieser Auslegung sind die Anforderungen an die Berufsfreiheit nach Art. 12 Abs. 1 GG erfüllt. In 1 BVR 88/00, Ziffer 26 heißt es: „Den Begriff der Bedarfsgerechtigkeit als Voraussetzung für die Aufnahme in den Krankenhausplan hat das Bundesverwaltungsgericht dahin ausgelegt, dass ein Krankenhaus dann bedarfsgerecht ist, wenn es nach seinen objektiven Gegebenheiten in der Lage ist, einem vorhandenen Bedarf gerecht zu werden [...]. Das ist nicht nur dann der Fall, wenn die von dem Krankenhaus angebotenen Betten zusätzlich notwendig sind, um den in seinem Einzugsbereich aktuell vorhandenen Bettenbedarf zu decken, sondern auch dann, wenn ein Krankenhaus neben oder an Stelle eines anderen Krankenhauses geeignet wäre, den fiktiv vorhandenen Bedarf zu decken. Diese Auslegung des Merkmals der Bedarfsgerechtigkeit wird den Aufforderungen des Art. 12 Abs. 1 GG gerecht [...]. Nur in dieser Auslegung haben hinzutretende Krankenhäuser überhaupt eine Chance auf Aufnahme in den Krankenhausbedarfsplan, solange sich am Gesamtbedarf nichts ändert. Ansonsten könnte mit dem Hinweis auf die bestehenden Kapazitäten jeder Neuzugang verhindert werden. Die Beklagte des Ausgangsverfahrens und ihr folgend die Gerichte verengen das Kriterium der Bedarfsgerechtigkeit in verfassungswidriger Weise, wenn sie es auf die Frage eines derzeit ungedeckten Bettenbedarfs reduzieren und die objektive Eignung zur Bedarfsdeckung überhaupt nicht mehr prüfen.“

10 Vgl. § 8 KHG. Nach Metzner (2009, 394) ist aber aus den Grundsätzen des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) und des BVerfG auch zu schließen, dass eine Überversorgung bei Gefährdung der Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung zu vermeiden ist. Dieser Nachweis ist allerdings für die Planungsbehörden schwer zu erbringen.

7.3 Systematik der Krankenhausinvestitionskostenförderung

7.3.1 Investitionsmaßnahmen der Krankenhäuser

Derzeit investieren die Krankenhäuser in größerem Ausmaß in den Erhalt und Ausbau ihrer Infrastruktur als sie Fördermittel von den Ländern erhalten. Die Investitionen der allgemeinen Krankenhäuser in privater Trägerschaft belaufen sich auf ca. 11,5 Prozent des Anlagevermögens, die Investitionsquote bei freigemeinnützigen und öffentlichen Krankenhäusern¹¹ beträgt 9,9 und 8,6 Prozent (Augurzky et al. 2009a, 12). In zahlreichen Ergebnisberichten von Klinikkonzernen (Burmam/Malzahn/Wehner 2008, 33) werden je nach Trägerschaft Investitionsquoten von 6 bis 17 Prozent des Umsatzes ausgewiesen (vgl. Tabelle 7–1).

Analysen zeigen insgesamt, dass im Jahr 2006 die Krankenhäuser trotz einer unterstellten notwendigen Investitionsquote von 10 Prozent etwa 7,3 Prozent ihrer Erlöse inkl. Investitions- und KHG-Fördermittel investiert haben. Der Anteil der Fördermittel beläuft sich dabei auf etwa 4,5 Prozent. Dies weist darauf hin, dass die Krankenhäuser die Kosten ihrer Investitionen von 2,8 Prozent ihres Umsatzes anders als mit öffentlichen Fördermitteln gedeckt haben (Augurzky et al. 2009b, 59). Investitionen werden damit in nicht unerheblichem Umfang aus Eigenmitteln und damit auch in Teilen aus Pflegesätzen und Vergütungen seitens der Krankenkassen finanziert, die für die Deckung der Betriebskosten bestimmt sind. Andere Mittel als öffentliche Förderungen können abhängig von der Rechtsform auch aus Kapital von Anteilseignern, Gesellschaftern und Investoren oder dem Kapitalmarkt stammen. Auch die wirtschaftliche Situation und Existenz von Vertragskrankenhäusern ist ein Hinweis auf eine Querfinanzierung aus Pflegesätzen für Investitionen. Diese Krankenhäuser sind nicht in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen und erhalten damit grundsätzlich keine staatliche Förderung ihrer Investitionskosten; diese müssen sie komplett aus Eigenmitteln oder anderen Quellen finanzieren. Es besteht mit den Krankenkassen und dem jeweiligen Krankenhaus ein Versorgungsvertrag zur Krankenhausbehandlung, wodurch Erlöse aus den Pflegesätzen erzielt werden können.¹² Diese Krankenhäuser stellen ca. 9 Prozent bezogen auf die nach dem KHG geförderten Krankenhäuser dar (Statistisches Bundesamt 2008).¹³

Unabhängig von methodischen Details bei der Berechnungsgrundlage – Anteil der Investitionsförderung als Prozentsatz des Umsatzes, des Anlagevermögens oder der Ausgaben von GKV und PKV – ergibt sich somit zwischen der Fördersumme nach dem KHG und den real erfolgten Investitionsausgaben von Krankenhäusern eine erhebliche Lücke (vgl. Abbildung 7–4). Die häufig angenommene notwendige Mindestinvestitionsrate von Krankenhäusern wird mit 10 Prozent des Umsatzes beziffert (Expertenkommission 2006, 59; Augurzky et al. 2009b, 57). Unterstellt man eine notwendige (tatsächliche) Investitionsquote von 10 Prozent (7 Prozent) der

11 Ohne Universitätskliniken.

12 Vgl. §§ 109 i. V. m. 108 Nr. 3 SGB V.

13 Hinsichtlich der Bettenzahl der Versorgungsvertragskrankenhäuser beläuft sich ihr Anteil lediglich auf ca. 2 Prozent.

Tabelle 7-1
Investitionsquoten ausgewählter Klinikkonzerne

Investitionen in Mio. Euro aus	Helios Kliniken ¹		Paracelsus Kliniken		Rhön-Klinikum AG ¹		Sana Klinikum AG		St.-Franziskus-Stiftung*		SRH-Konzern ²		Vivantes*	
	2008	2007	2007 ³	2006	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007
Fördermitteln	59,8	77,5	–	–	79,3	79,0	–	–	16,8	12,6	–	–	21,0	19,0
Eigenmitteln oder anderen Quellen	134,8	149,1	–	–	275,3	166,0	–	–	21,7	23,8	–	–	29,0	24,0
Gesamt	194,6	226,6	40,2	24,3	354,6	245,0	91,0	100,0	38,5	36,4	58,9	50,8	50,0	43,0
Umsatz	2 123,3	1 841,2	301,6	283,8	2 130,3	2 024,8	1 063,5	946,	490,3	456,6	514,3	494,6	742,	727,
Investitionsquote am Umsatz	9,16 %	12,31 %	13,33 %	8,56 %	16,65 %	12,10 %	8,56 %	10,57 %	7,85 %	7,97 %	11,50 %	10,30 %	6,74 %	5,91 %
<i>davon aus:</i>														
Fördermitteln	2,82 %	4,21 %	–	–	3,72 %	3,90 %	–	–	3,43 %	2,75 %	–	–	2,83 %	2,61 %
Eigenmitteln oder anderen Quellen	6,35 %	8,10 %	–	–	12,92 %	8,20 %	–	–	4,42 %	5,22 %	–	–	3,91 %	3,30 %

¹ Nicht berücksichtigt: Investitionen in Akquisitionen

² SRH-Konzern: Anteil Investitionen SRH Gesundheit an Konzern 2008: ca. 70 %

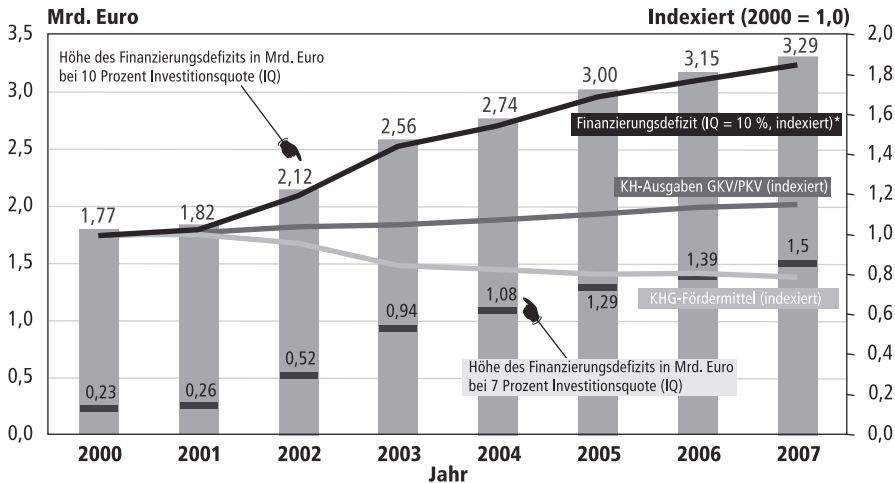
³ Vorläufiges Ergebnis (Stand: 1. Mai 2008)

* Ermittlung des Eigenmittel- und Fördermittelanteils aus Gegenrechnung mit Gesamtinvestitionen. Mit Eigenmitteln könnten Finanzierungsquellen im weitesten Sinne gemeint sein.

Quelle: Geschäftsberichte 2007 und 2008 des jeweiligen Klinikkonzerns
 Krankenhaus-Report 2010

Abbildung 7–4

Absolutes Volumen des Finanzierungsdefizits in Mrd. Euro je nach angenommener Investitionsquote (IQ) sowie indexierte Entwicklung der GKV/PKV-Krankenhausaussgaben, KHG-Fördermittel und des Finanzierungsdefizits



* Finanzierungsdefizit (IQ = 7 %, indexiert) nicht dargestellt, weist eine wesentlich höhere Steigerungsrate auf.

Quelle: Statistisches Bundesamt und AOLG

Krankenhaus-Report 2010

WlD0

Krankenhäuserlöse und definiert approximativ¹⁴ die Krankenhäuserlöse als Ausgaben der GKV und PKV für Krankenhausbehandlung, beträgt das von den Krankenhäusern aus Eigenmitteln zu finanzierende Defizit allein im Jahr 2000 1,8 Mrd. (230 Mio.) Euro und wächst 2007 bereits auf 3,3 Mrd. (1,5 Mrd.) Euro an. Kumuliert man diese jährlichen Beträge über die Jahre, ergibt sich ausgehend von 2000 einen Querfinanzierungsbedarf (eine tatsächliche Querfinanzierung) von ca. 20,4 Mrd. (7,2 Mrd.) Euro, der (die) manche Krankenhäuser hinsichtlich ihrer wirtschaftlichen Situation vor große Herausforderungen stellt. Die GKV/PKV-Krankenhausaussgaben sind von 2000 bis 2007 um ca. 16 Prozent gestiegen, dagegen sanken die KHG-Fördermittel um ca. 21 Prozent.

¹⁴ Die GKV/PKV-Krankenhausaussgaben beinhalten auch Ausgaben für nicht nach dem KHG geförderte Krankenhäuser, die keine Plankrankenhäuser sind (z. B. Vertragskrankenhäuser und Universitätskliniken). Die bei der Berechnung zugrunde gelegten Ausgaben wurden hier aufgrund fehlender valider Daten nicht um diese Anteilsgrößen korrigiert. Weiterhin werden die Krankenhausaussgaben weiterer Ausgabenträger wie beispielsweise der Gesetzlichen Unfallversicherung nicht berücksichtigt.

7.3.2 Ansätze zur Ermittlung der notwendigen Höhe der Investitionsförderung

Es ist nur politisch von Bedeutung, in welcher Höhe ein Investitionsstau beziffert werden kann. Die Angaben zur Größenordnung schwanken dabei in Abhängigkeit der Ermittlungs- und Berechnungsmethodik zwischen 16 Mrd. Euro (Augurzky et al. 2009b, 57), 19 bis 23 Mrd. Euro (Augurzky et al. 2008, 49) und 50 Mrd. Euro (DKG 2007; BDPK 2007, 17; Deutscher Bundestag 2009b, 1). Nach Analysen des Rheinisch Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung e.V. (RWI) reduziert sich die Investitionslücke unter Berücksichtigung der eigenfinanzierten Investitionen der Krankenhäuser auf rund 9 Mrd. Euro (Augurzky et al. 2009b, 59). Viel wichtiger ist aber, mit welchen Konzepten dem Handlungsdruck begegnet werden soll. Im Vorgriff auf eine geplante Neuordnung der Investitionskostenfinanzierung hatte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ein Gutachten zur Umstellung auf eine monistische Finanzierung von Krankenhäusern in Auftrag gegeben. Auch wenn die Expertise bisher nicht umgesetzt wurde, hat sie konzeptionell erhebliche Relevanz, da auch die Bedingungen des Gesundheitsfonds einbezogen werden (Rürup et al. 2008, 15). In dem Gutachten wurde durch einen Vergleich der Investitionsquoten in anderen Dienstleistungsbereichen und mit den projizierten vergangenen KHG-Fördervolumen ein Orientierungswert von ca. 5 Mrd. Euro als Zielgröße abgeleitet. Dieser lässt sich allerdings – so die Expertise – nicht analytisch fundieren (Rürup et al. 2008, 24). Der Wert von 5 Mrd. Euro, der aktuell ungefähr 8,5 Prozent der Krankenhausaussgaben von GKV und PKV umfasst, entspricht grob den unterstellten notwendigen Investitionsvolumina der Krankenhäuser.

Das Vorgehen, zuerst die Höhe der zur Verfügung zu stellenden Finanzmittel für einen Systemwechsel in der stationären Versorgung festzulegen und diesen Wert aus der Praxis abzuleiten, hat sich im Rahmen der Krankenhausfinanzierung auch bei der Einführung des DRG-Fallpauschalensystems bewährt. Für eine sachgerechte Vergütung der Krankenhausfälle wurde als Einstiegskonzept ein analytisches Kalkulationsverfahren oder ein budgetneutraler Umstieg diskutiert. Die zweite Variante, die letztlich umgesetzt wurde, gibt die Gesamthöhe der Krankenhausaussgaben als faktische Budgetobergrenze für die Gesamtausgaben im Krankenhausbereich vor. Die DRGs werden deshalb nicht in Eurobeträgen, sondern in Relativgewichten ausgewiesen. Es wurde auf der Makroebene festgelegt, dass die Gesamtausgaben für akutstationäre Leistungen für eine qualitativ hochwertige Versorgung und eine sachgerechte Vergütung insgesamt ausreichend seien. Insofern bietet sich eine analoge Vorgehensweise für die Festlegung einer ausreichenden Höhe der Krankenhausinvestitionen an. Der Unterschied bei den Investitionen im Krankenhausbereich besteht allerdings darin, dass die Fördermittel der Länder in den letzten Jahren nicht mehr dem Volumen entsprechen, das von den Krankenhäusern investiert wird. Daher kann die Fördersumme von 2,7 Mrd. Euro aus dem Jahr 2008 nicht die richtige Basis für die Obergrenze aus der Praxis darstellen. Dieser Betrag ist vielmehr um die real ausgewiesenen Investitionskosten zu ergänzen und dann entsprechend zu fixieren. Aus grundsätzlichen Überlegungen ist es überzeugender, einen Prozentsatz beispielsweise auf das Gesamtvolumen der Ausgaben für Krankenhäuser von GKV und PKV normativ festzulegen (Rürup et al. 2008, 28). Dies würde auch dem Umstand Rechnung tragen, dass die investiven Kosten zukünftiger Innovationen besser berücksichtigt werden können.

7.3.3 Bewertung der Investitionsförderung

Die Rollen der einzelnen Akteure in der dualen Krankenhausfinanzierung sind grundsätzlich nicht umstritten. Die Vorhaltung von Krankenhäusern wird als öffentliche Aufgabe angesehen. Insgesamt soll mit den beiden Finanzierungsquellen GKV/PKV für die Pflegesätze und Förderungen durch die Bundesländer für die Investitionen die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser erreicht werden. Einige juristische Einschätzungen gehen davon aus, dass Krankenhäuser nicht berechtigt sind, Investitionen aus den Pflegesätzen zu refinanzieren. Dafür spricht, dass Investitionskosten für Plankrankenhäuser und Krankenhäuser, die nach landesrechtlichen Vorschriften für den Hochschulbau gefördert werden, aus den pflegesatzfähigen Kosten ausgenommen werden.¹⁵ Die Erlöse der Pflegesätze und der Vergütungen für vor- und nachstationäre Leistungen sowie für das ambulante Operieren sind vielmehr zur Deckung der Betriebskosten bestimmt.¹⁶ Aus einem derartigen Verbot einer Refinanzierung von Investitionen durch Pflegesätze wird eine zwingende staatliche Förderung aus verfassungsrechtlicher Sicht abgeleitet (Pestalozza 1988; Depenheuer 1986).¹⁷ Demnach müssten die Bundesländer notwendige Investitionen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser tätigen. Denn durch das KHG und nähere Regelungen im jeweiligen Landesrecht besteht eine Verpflichtung der Länder zur Bereitstellung erforderlicher Fördermittel für unter Beachtung betriebswirtschaftlicher Grundsätze notwendige Investitionskosten. Diese Fördermittel sollen den Krankenhäusern zur Deckung der förderungsfähigen Investitionskosten dienen (Deutscher Bundestag 2009b, S. 2).¹⁸ Dass diese Überlegungen mit den wettbewerblichen Grundgedanken des DRG-Systems nicht zu vereinbaren sind, ist allerdings offensichtlich. Da die Leistungsorientierung des DRG-Systems Krankenhäusern bei wirtschaftlicher und qualitativ hochwertiger Leistungserbringung die Erwirtschaftung von Gewinnen ermöglichen soll, kann es nicht sinnvoll sein, diese Gewinne nicht auch für Investitionen zu nutzen. Nur aus der ursprünglichen Logik des Selbstkostendeckungsprinzips für Krankenhäuser war nachvollziehbar, dass die Betriebsmittel nicht zur Deckung der Investitionskosten herangezogen werden sollen bzw. dürfen. Zur Bewertung dieses Sachverhalts ist aber festzuhalten, dass die grundlegenden Regelungen zur Investitionskostenfinanzierung im Zuge der DRG-Einführung nicht angepasst wurden. DRGs und Wettbewerb auf der einen Seite und Selbstkostendeckung mit dualer Krankenhausfinanzierung auf der anderen Seite sind nicht kompatibel.

15 Vgl. § 17 Abs. 4 Nr. 1 KHG.

16 Vgl. § 2 Nr. 4, § 4 Nr. 2, §§ 16 ff KHG.

17 Das Verbot, durch Pflegesätze und Vergütungen die Investitionskosten zu refinanzieren, beeinträchtigt bspw. die in Art. 12 Abs. 1 GG verankerte Berufsfreiheit privater und freigemeinnütziger Träger, da eine freie Entscheidung über die Höhe der Vergütung der selbst erzielten finanziellen Mittel aus der Ausübung des Berufs ausgeschlossen wird. Dies ist damit nur über einen Ausgleichsanspruch etwa über die öffentliche Förderung der notwendigen Investitionskosten möglich.

18 Vgl. § 9 Abs. 5 KHG.

7.4 Einflussfaktoren auf die Investitionsvolumina der Krankenhäuser

7.4.1 Investitionskostenförderung nach dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG)

Das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG), das am 25.03.2009 in Kraft getreten ist, zielt auf die Vorgabe des ordnungspolitischen Rahmens der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 ab. Die Bundesregierung hat zudem Anpassungsbedarf bei der Investitionsfinanzierung gesehen, um für die Krankenhäuser Rahmenbedingungen und solidere Kalkulationsgrundlagen zu schaffen. Weitere Maßnahmen wie das Pflegesonderprogramm und die anteilige Finanzierung der über die Veränderungsrate hinausgehenden Tarifloohnerhöhungen in 2008 und 2009 sind gesetzliche Anpassungen, die aus Sicht der Bundesregierung erforderlich sind, um die Leistungsfähigkeit der Krankenhausversorgung zu gewährleisten (Deutscher Bundestag 2008, 1).

Die Diskussion um die inhaltliche Ausrichtung des ordnungspolitischen Rahmens durch das KHRG begann bereits früher. Insbesondere war neben einer weiteren Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit durch eine vermehrt wettbewerbliche Ausrichtung der Krankenhausversorgung über die Möglichkeit zum Abschluss von Einzelverträgen im akutstationären Sektor die Neuregelung der Investitionskostenfinanzierung der Krankenhäuser ein wesentliches Thema (BMG 2008a). In den ersten Entwürfen zum KHRG zielte das Bundesministerium für Gesundheit auf eine für die Länder verbindliche Neuausrichtung der Krankenhausinvestitionskostenfinanzierung ab. So war im Punktationspapier noch die Rede von der Erhöhung des Investitionsvolumens zum Zeitpunkt der Umstellung auf Investitionsfallpauschalen und im Referentenentwurf zum KHRG von der Festlegung der Höhe der Investitionskostenfinanzierung mindestens auf dem Niveau des Jahres 2008 (BMG 2008b, 3); dies konnte aber gegen den Widerstand der Länder nicht aufrechterhalten werden. Auch das Aufheben der Grundlohnsummenanbindung bei der Entwicklung der Krankenhausaussgaben konnte nicht mit der Verpflichtung der Länder zur Entwicklung einer am durchschnittlichen Investitionsbedarf orientierten Investitionsquote (BMG 2008b, 17) verknüpft werden.

Im Ergebnis waren die Länder nicht zu einer stärkeren finanziellen Beteiligung an der Investitionsfinanzierung bereit (Deutscher Bundestag 2009b, 2) und können nach der Reform weiterhin ohne jede Einschränkung über die Höhe und Art der Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser bestimmen. Das duale System der Krankenhausfinanzierung bleibt bestehen und die Länder können eigenverantwortlich über die Ausgestaltung ihrer Krankenhausinfrastrukturen entscheiden (Bundesrat 2009, 2). Nach diesen Erfolgen der Länder blieb im KHRG nur der Auftrag an die Vertragsparteien auf Bundesebene, die Grundstrukturen für Investitionsbewertungsrelationen als Grundlage für ein System leistungsorientierter Investitionspauschalen zu entwickeln und zu vereinbaren. In welchem Umfang die Länder sich ab 2012 für die Förderung der DRG-Krankenhäuser bzw. ab 2014 für die Förderung der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen dieser leistungsorientierten Investitionspauschalen bedienen werden, wurde ebenso wenig festgesetzt wie ein Mindestvolumen für Krankenhausinvestitionen. Dies zeigt eindeutig die

Formulierung in dem durch das KHRG neu gefassten § 10 Abs. 1 Satz 5 KHG, wonach „das Recht der Länder, eigenständig zwischen der Förderung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen und der Einzelförderung von Investitionen einschließlich der Pauschalförderung kurzfristiger Anlagegüter zu entscheiden, [...] unberührt“ bleibt. Danach haben die Länder die freie Entscheidung, ob und inwieweit sie die Förderung nach leistungsorientierten Investitionspauschalen als Regelförderung durchführen wollen (Deutscher Bundestag 2009b, 3; Bundesrat 2009, 2; Tuschen 2009, 13). Da die Bundesländer allerdings die Krankenhäuser nicht mit dem notwendigen Investitionskapital versorgen, wandelt sich die Krankenhausfinanzierung schleichend zu einer Monistik (SVR 2007, 355; Rürup 2008, 8). Nachdem weder die Investitionskostenförderung grundsätzlich geändert noch ein wettbewerblicher Ordnungsrahmen für das selektive Kontrahieren im akutstationären Sektor geschaffen wurde, konnten diese zwei wesentlichen anfänglich diskutierten Vorhaben nicht erreicht werden (Malzahn/Wehner 2009, 34; Neubauer 2008, 4; Wassem 2008, 1–2).

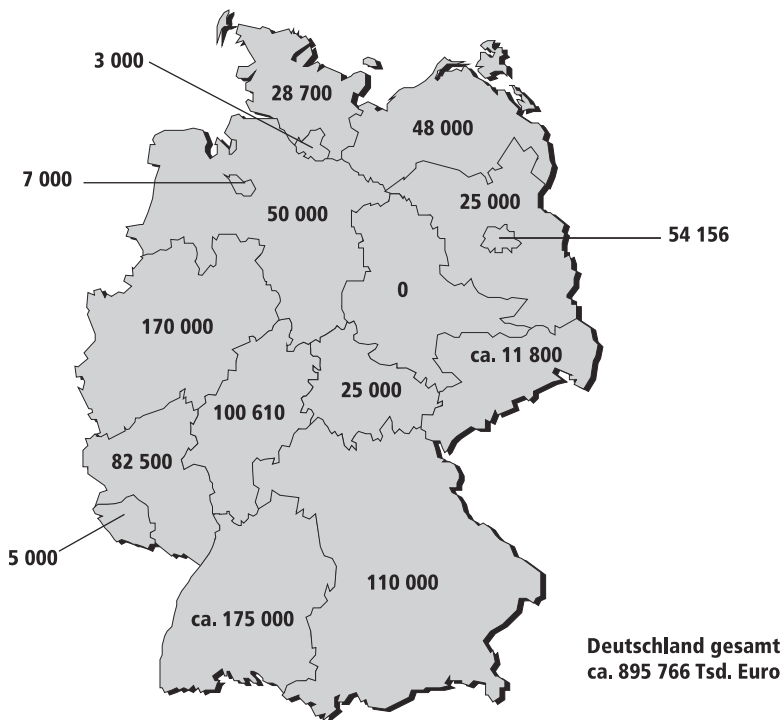
Die prognostizierten Mehreinnahmen für Krankenhäuser aus den allgemeinen Finanzierungstatbeständen nach bisher geltendem Recht und dem KHRG werden für 2009 auf zwischen 3,5 Mrd. Euro (BMG 2009, 1; Rau 2009, 198) und über 4 Mrd. Euro (Burmam/Malzahn 2009, 28) beziffert. Diese von den Krankenkassen aufzubringenden Mehrausgaben werden seitens der Krankenhäuser voraussichtlich insbesondere auch zum Abbau des aus der zurückgehenden Investitionskostenfinanzierung resultierenden Finanzierungsdefizits (vgl. Abbildung 7–4) verwendet. Aufgrund der Tatsache, dass die Investitionen zu Anteilen aus den Pflegesätzen mitfinanziert werden, ist durch die Anhebung der Erlöse aus den Pflegesätzen von einer Verbesserung hinsichtlich der gesamten Mittel für die Investitionsfinanzierung auszugehen. Dies gilt natürlich nur, wenn die Bundesländer die Investitionskostenfinanzierung nicht weiter kürzen. Schließlich ist das primär beabsichtigte Ziel durch die Erhöhung der Pflegesätze im Rahmen des KHRG nicht die Verbesserung der monetären Situation bei den Krankenhausinvestitionen. Sondern es soll beispielsweise über die Finanzierung der Tariflohnsteigerungen für 2008 und 2009 und die Verbesserung der Situation in der Pflege die Leistungsfähigkeit der Krankenhausversorgung gewährleistet werden (Deutscher Bundestag 2008, 1). Da allerdings verschiedene Regelungen des KHRG nur einmalig auftreten, ist nicht davon auszugehen, dass die Steigerung der Krankenhausausgaben von GKV und PKV auch in den nächsten Jahren in vergleichbarer Form anhalten wird. In der Vergangenheit war der Anstieg der Krankenhausausgaben von 2000 bis 2007 für GKV und PKV durchschnittlich bei 2,08 Prozent, wobei die GKV von einer durchschnittlichen Steigerung von 2,01 und die PKV von durchschnittlich 2,72 Prozent Erhöhung betroffen war (Statistisches Bundesamt 2009).

7.4.2 Investitionen im Rahmen des Konjunkturpakets II

Am 13.02.2009 hat der Deutsche Bundestag das „Gesetz zur Sicherung von Beschäftigung und Stabilität in Deutschland“ (Konjunkturpaket II) mit einem Finanzvolumen von rund 50 Mrd. Euro verabschiedet. Zentraler Bestandteil des Maßnahmenpakets ist das Gesetz zur Umsetzung von Zukunftsinvestitionen der Kommunen und Länder (Zukunftsinvestitionsgesetz – ZuInvG), das den Ländern Finanzhilfen

Abbildung 7-5

Konjunkturpaket II: Finanzhilfen für Krankenhäuser aus dem Investitionsschwerpunkt Infrastruktur (§ 3 Ab 1 Nr. 2a ZulnVG)



Stand: September 2009

in Tsd. Euro

Bemerkung: ZulnVG: Zukunftsinvestitionsgesetz - Gesetz zur Umsetzung von Zukunftsinvestitionen der Kommunen und Länder. Die Angaben stellen die im Rahmen des Konjunkturpakets geplanten Finanzmittel dar, reale Mittelzuflüsse können davon abweichen; Abweichungen von anderen Beiträgen sind rundungsbedingt. Der Förderzeitraum bestimmt sich nach § 5 ZulnVG.

Quelle: Internetseiten der Landesministerien und -behörden sowie des Presse- und Informationsamtes der Bundesregierung (www.konjunkturpaket.de) sowie eigene Befragungen

Krankenhaus-Report 2010

WlD0

für besonders bedeutsame Investitionen in Höhe von insgesamt 10 Mrd. Euro einräumt (Deutscher Bundestag 2009a, 32). Diese Mittel verteilen sich zu 65 Prozent auf Investitionen mit dem Schwerpunkt Bildungsinfrastruktur und zu 35 Prozent auf den Investitionsschwerpunkt Infrastruktur. Krankenhäuser fallen, wie Städtebau, ländliche Infrastruktur, kommunale Straßen und Informationstechnologie grundsätzlich unter den zuletzt genannten Investitionsschwerpunkt Infrastruktur.¹⁹

¹⁹ Das Zukunftsinvestitionsgesetz regelt Investitionsvorhaben in den Jahren 2009 bis 2011. Diese werden in 2011 nur berücksichtigt, wenn das Vorhaben vor dem 31.12.2010 begonnen wurde und in 2011 ein selbständiger Bauabschnitt abgeschlossen wird.

Diese Finanzhilfen sind explizit für zusätzliche Investitionen vorgesehen. Der Bund stellt 75 Prozent der Finanzhilfen, der Kofinanzierungsanteil der Länder beträgt mindestens 25 Prozent. Durch das Zukunftsinvestitionsgesetz fließen in den Jahren 2009 bis 2011 insgesamt rund 1,3 Mrd. Euro zusätzliche Investitionsmittel in den Krankenhausbereich (Mau/Zehnder 2009, 26–27; Norden 2009, 132–133). Davon entfallen auf den Investitionsschwerpunkt Infrastruktur rund 900 Mio. Euro (vgl. Abbildung 7–5).²⁰ Zu den Mitteln, die den Krankenhäusern aus dem Investitionsschwerpunkt Infrastruktur zukommen, sind darüber hinaus etwa 400 000 Euro Finanzhilfen aus dem Investitionsschwerpunkt Bildungsinfrastruktur für Universitätskliniken hinzuzurechnen.

Berücksichtigt man die zusätzlichen Finanzhilfen der öffentlichen Hand aus dem Konjunkturpaket II ergänzend zu den Erlössteigerungen aus dem KHRG (Deutscher Bundestag 2009b, 3–4; Augurzky et al. 2009b, 13 und 128) werden die Krankenhäuser insgesamt von einer Steigerung von über 5 Mrd. Euro profitieren.

7.4.3 Auswirkungen des Gesundheitsfonds

Es ist davon auszugehen, dass im Jahr 2010 eine Unterdeckung des Gesundheitsfonds von 7 bis 9 Mrd. Euro besteht (Thelen 2009, 4).²¹ Die Auswirkungen der Finanzkrise werden auch auf dem deutschen Arbeitsmarkt bemerkbar sein und durch zurückgehende Beschäftigung weniger Beitragsgelder und damit geringere Einnahmen für die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds auslösen. Die Krankenkassen werden deshalb versuchen, das Ausgabenvolumen zu reduzieren. Diese Bemühungen werden bei den Krankenhausaussgaben mit 50,9 Mrd. Euro im Jahr 2008, dem mit 33,7 Prozent größten Kostenblock an den GKV-Leistungsausgaben von 151,1 Mrd. Euro, sicherlich nicht halt machen.²² Da die Krankenhäuser Investitionen derzeit aber entgegen der Zielsetzungen des KHG aus den Pflegesätzen mitfinanzieren, wird ab 2010 auch im Investitionsbereich voraussichtlich der Handlungsspielraum eingeschränkt werden. Die Logik des Gesundheitsfonds wird im Zusammenspiel mit dem Kassenwettbewerb eine Zunahme des Kostendrucks im Gesundheitssystem mit sich bringen – dazu kommen die gesunkenen Steuereinnahmen und die hohe Verschuldung der öffentlichen Haushalte infolge der Wirtschaftskrise und der auf die Abmilderung der wirtschaftlichen Folgen zielenden getroffenen Gegenmaßnahmen, die den Steuerzuschuss des Bundes in den Gesundheitsfonds belasten.

Das momentan ausbleibende Engagement, sich finanziell stärker als bisher an der Investitionskostenfinanzierung zu beteiligen (Deutscher Bundestag 2009b, 2)

20 Das in Abhängigkeit der begonnenen Projektrealisierung geförderte Investitionsvolumen umfasst mit Stand September 2009 einen Betrag von 478,1 Mio. Euro (Deutscher Bundestag 2009a, S. 5). Der tatsächliche Mittelzufluss und die Wirkung der geförderten Maßnahmen sind dabei abhängig von der Abrufung und Verausgabung der geplanten Finanzmittel.

21 Nach § 220 Abs. 2 SGB V ist der allgemeine Beitragssatz zu erhöhen, wenn die voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen einschließlich der für den vorgeschriebenen Aufbau der Liquiditätsreserve für den Gesundheitsfonds erforderlichen Mittel im laufenden und im Folgejahr nicht zu mindestens 95 Prozent decken.

22 Quelle: KV 45.

führt dazu, dass die Lücken in der Investitionskostenfinanzierung von den Beitragszahlern oder dem Bund geschlossen werden müssen – gegebenenfalls im Rahmen einer Doppelbelastung. Einerseits gibt es die offensichtlichen Unterschreitungen der Investitionskostenfinanzierung bei Krankenhäusern, die mit höheren Beträgen ihre Investitionen tätigen, als die Förderung aus den Landesmitteln zulässt. Diese Krankenhäuser verwenden andere Mittel für Investitionen, damit insgesamt eine wirtschaftliche Betriebsführung möglich ist. Andererseits gibt es zahlreiche Krankenhäuser, die auch über mehrere Jahre Investitionen aufschieben und damit Möglichkeiten zur effizienten Leistungserbringung nicht ausschöpfen. Aufgrund der Logik des DRG-Systems werden diese nicht erbrachten Wirtschaftlichkeitsreserven wiederum bei den Fallpauschalen aufschlagen.

7

7.5 Fazit und Reformbedarf

Die Grundsätze zur Investitionskostenfinanzierung im KHG werden von zwei Seiten in Frage gestellt. Die Höhe der Investitionskostenfinanzierung der Krankenhäuser durch die Bundesländer ist in den letzten Jahren immer weiter zurückgegangen und das Urteil des BVerfG birgt das Risiko, dass den Bundesländern faktisch das Recht zur Krankenhausplanung genommen ist. Damit wird die Souveränität der Länder in der Krankenhausplanung in Frage gestellt. Aktuell wirken sich mit dem KHRG und dem Konjunkturpaket II zwei wesentliche Parameter positiv auf die Investitionsmittelausstattung der Krankenhäuser aus. Beide Faktoren sind aber keine Dauerlösungen, die im Sinne des KHG die duale Krankenhausfinanzierung sicherstellen. Der Rückgang der Investitionsfinanzierung hat dazu geführt, dass die notwendigen Krankenhausinvestitionen durch die Beiträge der Versicherten zusätzlich mitfinanziert wurden. Seit Einführung des Gesundheitsfonds werden damit auch Bundesmittel zur Investitionskostenfinanzierung entsprechend genutzt. Auch die Bundesregierung bedauert die rückläufigen Ausgaben der Länder zur Finanzierung der Krankenhausinvestitionen und hatte bei der letzten Krankenhausfinanzierungsreform auf einen verbindlichen Neustart bei der Investitionsförderung abgezielt (Deutscher Bundestag 2009b, 2).

Aus politischer Sicht fällt es den Krankenkassen leicht, in diesem Themenfeld gemeinsam mit Vertretern der Krankenhäuser eine verlässliche und notwendige Finanzierung der Krankenhausinvestitionen zu fordern (DKG 2008, 7; SpiK 2008, 8f.). Dynamisch zehn Prozent der Krankenhausbudgets der GKV und PKV ist der Betrag, der als Kompromiss für die Ausgestaltung einer notwendigen Investitionskostenfinanzierung gehandelt wird (Expertenkommission 2006; Rürup 2008, 24f.; Pföhler/Bublitz 2009, 463). Die Forderung liegt nahe, dass die Bundesländer mit dieser Mindestsumme beweisen müssen, dass sie die Investitionskostenfinanzierung der Krankenhäuser als Aufgabe ausfüllen. Durch die Übernahme der finanziellen Verantwortung würden die Länder demonstrieren, dass sie ein verlässlicher Partner bei der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser sind und ihren Planungsanspruch damit auch im Sinne der dualen Krankenhausfinanzierung legitimieren. Wenn dieser Schritt noch mit einer weitgehenden Umstellung auf leistungsbezogene Pauschalen – sei es nach dem nordrhein-westfälischen Modell mit Baupauschalen (Winterer 2008, 148;

Koch et al. 2009) oder auf Basis der Vorschläge der Selbstverwaltung im Sinne des KHRG – verknüpft würde, könnten die Länder dem Vorwurf einer willkürlichen Finanzierung begegnen. Es wäre dann für die Länder auch einfach zu argumentieren, dass eine Reserve von z. B. zehn Prozent der Planungssummen für spezielle Struktur-erhaltungsmaßnahmen einbehalten werden muss (Rürup 2008, 41). Andererseits ist aber vor dem Hintergrund des baldigen Wiederauflebens der Debatte um die „notwendige Höhe der Investitionskostenfinanzierung“ zu diskutieren und zu entscheiden, wie die notwendigen Krankenhausinvestitionen dauerhaft und nachhaltig finanziert werden sollen. Soll die duale Krankenhausfinanzierung Bestand haben, müssten die Länder ihren finanziellen Verpflichtungen in der notwendigen Höhe verlässlich nachkommen. Dazu müssen entsprechende Mechanismen in einer nächsten Gesundheitsreform festgelegt werden.

Grundsätzlich sind aber auch andere Optionen zur Neuregelung der Krankenhausinvestitionen denkbar. Ob in einem neuen Ordnungsrahmen eher die Länder oder Bund und Beitragszahler die fehlenden Mittel aufbringen werden, sollte nachvollziehbar und eindeutig geklärt werden. Die aktuelle Situation führt allerdings zu Unklarheiten. So sind Art und der Umfang der Kontrolle der Krankenhausplanungsbehörden ungeklärt. Daher bleibt offen, welche Konsequenzen für die Länder aus der Unterfinanzierung der Krankenhausinvestitionen erwachsen könnten.

7.6 Literatur

- AOLG – Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden. Umfrage der AG Krankenhauswesen 2008.
- AOK-BV – AOK-Bundesverband. Gesetzliche Krankenversicherung braucht sichere Finanzbasis 12.06.09. http://www.aok-bv.de/presse/medienservice/thema/index_01566.html (Zugriff am 22. September 2009).
- Augurzky B, Engel D, Krolop S, Schmidt CM, Schmitz H, Schwierz C, Terkatz Krankenhaus Rating Report 2007 – Die Spreu trennt sich vom Weizen. RWI: Materialien 32. Essen: RWI 2007.
- Augurzky B, Budde R, Krolop S, Schmidt CM, Schmidt H, Schmitz H, Schwierz C, Terkatz S. Krankenhaus Rating Report 2008 – Qualität und Wirtschaftlichkeit, RWI : Materialien 41. Essen: RWI 2008.
- Augurzky B, Beivers A, Neubauer G, Schwierz C. Bedeutung der Krankenhausträger in privater Trägerschaft. RWI: Materialien 52, Essen: RWI 2009a.
- Augurzky B, Krolop S, Gülker R, Schmidt CM, Schmidt H, Schmitz H, Schwierz C, Terkatz S. Krankenhaus Rating Report 2009 – Im Auge des Orkans, RWI: Materialien 53. Essen: RWI 2009b.
- BDPK – Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. Modell 21 – Regionale monistische Finanzierung: Krankenhäuser gesund zukunftsfähig machen! Stand: Juni 2007.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit. Punktationspapier zu den Eckpunkten für den ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009. Stand: 27. Mai 2008a.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit. Referentenentwurf für ein Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsrahmengesetz – KHRG). 22. Juli 2008b.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit. Pressemitteilung – Krankenhausfinanzierungsreformgesetz im Bundesrat: Langfristige Perspektiven für Krankenhäuser. Nr. 10. Berlin, 13.02.2009.
- Bundesrat. Drucksache 31/1/09: Empfehlungen der Ausschüsse. Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG), 29.01.2009.

- Burmans S, Malzahn J. Flickwerk statt Finanzreform. *Gesundheit und Gesellschaft (G&G)* 2009; 02: 26–31.
- Burmans S, Malzahn J, Wehner C. Kliniken in Not? *Gesundheit und Gesellschaft (G&G)* 2008; 06: 31–35.
- BVerfG – Bundesverfassungsgericht. 1 BVR 88/00, 04.03.2004.
- Deppenheuer O. Staatliche Finanzierung und Planung im Krankenhauswesen – Eine verfassungsrechtliche Studie über die Grenzen sozialstaatlicher Ingerenz gegenüber freigemeinnützigen Krankenhäusern. Berlin 1986.
- Deutscher Bundestag. 16. Wahlperiode, Drucksache 16/11429: Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung – Drucksachen 16/10807, 16/10868: Entwurf eines Gesetzes zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG). 17.12.2008.
- Deutscher Bundestag. 16. Wahlperiode, Drucksache 16/11801: Beschlussempfehlung des Haushaltsausschusses (8. Ausschuss) zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD – Drucksache 16/11740: Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung von Beschäftigung und Stabilität in Deutschland. 11.02.2009a.
- Deutscher Bundestag. 16. Wahlperiode, Drucksache 16/13974: Situation der stationären Versorgung in bundesdeutschen Krankenhäusern. 03.09.2009b.
- DKG – Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. Konzept für die Ausgestaltung des ordnungspolitischen Rahmens ab dem Jahr 2009. Berlin 2007.
- DKG – Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) e.V. zu den Anträgen „Aktuelle Finanznot der Krankenhäuser beenden“ (BT-Drucksache 16/8375) der Fraktion DIE LINKE, „Krankenhäuser zukunftsfähig machen“ (BT-Drucksache 16/9008) der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, „Verbesserung der Finanzsituation der Krankenhäuser“ (BT-Drucksache 16/9057) der FDP-Bundestagsfraktion. 09.06.2008.
- DKG – Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern, Stand Juli 2009.
- Expertenkommission „Zukunft der Krankenhausstruktur Baden-Württemberg“. Bericht der Kommission. 2006.
- Felder S, Fetzer S, Wasem J. „Was vorbei ist, ist vorbei“: Zum Übergang in die monistische Krankenhausfinanzierung. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). *Krankenhaus-Report 2007*. Schwerpunkt: Krankenhausvergütung – Ende der Konvergenzphase? Stuttgart: Schattauer 2007; 143–53.
- Goedereis K. Finanzierung, Planung und Steuerung des Krankenhausesektors: Dualistik und Monistik im Strukturvergleich. Lohmar, Köln 1999.
- Koch HJ, Schüller L, Tillmann A. Die Baupauschale in Nordrhein-Westfalen – Ein Jahr nach der Reform gibt es zwar viele Antworten, aber noch mehr Fragen. *führen und wirtschaften im Krankenhaus (f&w)* 2009; 1: 60–6.
- Malzahn J, Wehner C. Reform der Krankenhausfinanzierung oder Geldsegen für Krankenhäuser: Wahlgewinn und Stärkung der Ministerialien? *Gesundheits- und Sozialpolitik (G+S)* 2009; 1: 32–6.
- Mau J, Zehnder A. Konjunkturpaket II – Alles klar bis alles offen. Stand: 06.03.2009. *klm management aktuell (kma)* 2009; 3: 26–7.
- Metzner J. Einfluss auf die Krankenhausplanung. In: Rau F, Roeder N, Hensen P (Hrsg). *Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland – Standortbestimmung und Perspektiven*. Stuttgart: Kohlhammer 2009; 391–402.
- Neubauer G. Stellungnahme als unabhängiger Einzelsachverständiger zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG). Anhörung am 24. November 2009.
- Norden G. Finanzhilfen für Klinikinvestitionen – Konjunkturpaket II: Etwa 720 Millionen Euro fließen in die investive Ausrüstung der Krankenhäuser. *Arzt und Krankenhaus* 2009; 05: 132–4.
- Pestalozza S. Rechtsfragen der Krankenhausfinanzierung in Berlin, Rechtsgutachten, Berlin 1988.

- Pföhler W, Bublitz T. Investitionsstau und Investitionsbedarfe – Neuordnung der Investitionsfinanzierung. In: Rau F, Roeder N, Hensen P (Hrsg). Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland – Standortbestimmung und Perspektiven. Stuttgart: Kohlhammer 2009; 455–67.
- Rau F. Regelungen des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes. *das Krankenhaus* 2009; 3: 198–208.
- Rürup B, Albrecht M, Igel C, Häussler B. Umstellung auf eine monistische Finanzierung von Krankenhäusern – Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Berlin, 12. März 2008.
- SpiK – Spitzenverbände der Krankenkassen. Gemeinsame Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes, des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen, des IKK-Bundesverbandes, des Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Krankenkassen, der Knappschaft und des Verbandes der Angestellten Krankenkassen e. V. zur Wirtschaftlichkeitsituation der Krankenhäuser für die öffentliche Anhörung des Ausschusses für Gesundheit am 18. Juni 2008 zu den Anträgen „Aktuelle Finanznot der Krankenhäuser beenden (BT-Dr 16/8375), Krankenhäuser zukunftsfähig machen“ (BT-Dr 16/9008), Verbesserung der Finanzsituation der Krankenhäuser (BT-Drs 16/9057)“. 10.06.2008.
- Statistisches Bundesamt. Krankenhauslandschaft im Umbruch – Begleitmaterial zur Pressekonferenz am 10. Dezember 2008 in Berlin. Wiesbaden 2008.
- Statistisches Bundesamt. Gesundheit – Grunddaten der Krankenhäuser 2007, Fachserie 12, Reihe 6.1.1, 10.12.2008. Wiesbaden 2008.
- Statistisches Bundesamt. Gesundheit: Ausgaben 1995 bis 2007. Wiesbaden, 06.04.2009.
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. BT-Drucksache 16/6339. 2007.
- Thelen P. Krankenkassen fehlen neun Milliarden, *Handelsblatt* 5.10.2009; 4.
- Tuschen KH, Trefz U. Krankenhausentgeltgesetz. Kommentar mit einer umfassenden Einführung in die Vergütung stationärer Krankenhausleistungen. Stuttgart 2004.
- Tuschen KH. Krankenhausfinanzierung 2009 – Bundestag beschließt Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG. führen und wirtschaften im Krankenhaus (f&w) 2009; 1: 12–7.
- Wasem J. Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung. BT-Drucksache 16/10807. 19.11.2008.
- Winterer A. Neue Wege der Krankenhausfinanzierung – leistungsbezogene Investitionsförderung in NRW. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). Krankenhaus-Report 2008/2009. Schwerpunkt: Versorgungszentren. Stuttgart: Schattauer 2009; 143–54.