

Ernst Bruckenberger

**Die Folgen des  
Fallpauschalengesetzes  
für die Krankenhausfinanzierung**

**Fassung vom 23.01.2002 (Euroversion)**

## Ausgangslage

### **Dualistische Krankenhausfinanzierung**

Seit der Verabschiedung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) im Jahr 1972 werden in der Bundesrepublik Deutschland die Krankenhäuser dualistisch finanziert, d.h. die Investitionskosten werden durch öffentliche Förderung und die Betriebskosten durch die Benutzer bzw. deren Kostenträger (Krankenkassen) aufgebracht. Die dualistische Finanzierung gilt für die Hochschulkliniken und die Plankrankenhäuser, nicht aber für die vergleichsweise wenigen Vertragskrankenhäuser.

Eine Refinanzierung von Investitionskosten eines Plankrankenhauses 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 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.

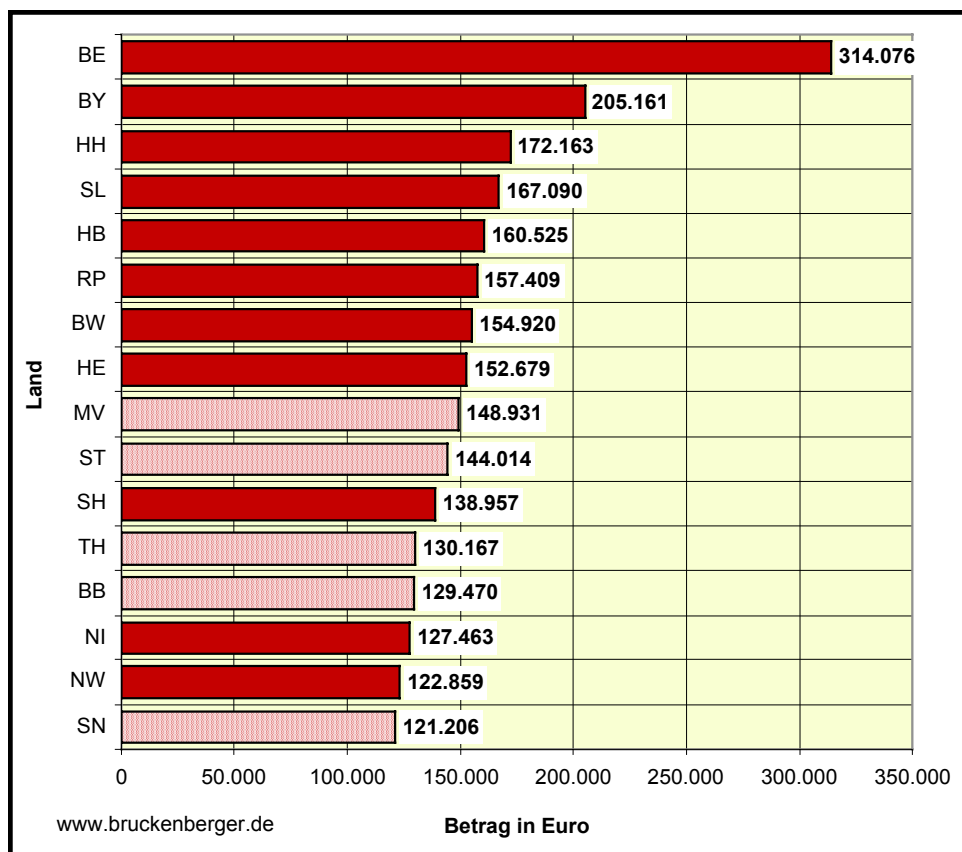
## **Alle KHG-Mittel der Plankrankenhäuser von 1972 bis 2001**

Die Länder sind seit 1972 ihrer Finanzierungsverpflichtung nach dem KHG für die Plankrankenhäuser überwiegend nur unzureichend nachgekommen (Investitionsstau). Effizienzsteigernde Investitionen konnten dadurch nicht oder nur zeitlich stark verzögert durchgeführt werden. In den neuen Bundesländern werden erst seit 1991, d.h. seit 10 Jahren, KHG-Mittel bewilligt. Für sie gilt überdies bis 2004 eine Sonderregelung.

Insgesamt wurden von 1972 bis 2001 in den alten und neuen Bundesländern 78,15 Mrd. Euro an KHG-Mittel zur Verfügung gestellt, die mit Abstand meisten mit 314.076 Euro pro Bett/Platz in Berlin. Unter den alten Bundesländern gab es die niedrigste KHG-Förderung mit 122.859 Euro pro Bett/Platz in Nordrhein-Westfalen, gefolgt von Niedersachsen mit 127.463 Euro (siehe Abbildung 1). In einigen neuen Bundesländern wurden seit 1991 bereits mehr KHG-Mittel zur Verfügung gestellt als in einigen alten seit 1972.

Bei diesem Ländervergleich wurden die Investitionsmittel für die Hochschulkliniken und die Eigenmittel der Plankrankenhäuser nicht mit berücksichtigt. Dies gilt auch für die Mittel zur Ausfinanzierung bereits begonnener Maßnahmen und die Finanzierung von Zins und Tilgung noch offener Darlehensbeträge.

Abb. 1: Alle KHG-Mittel der Plankrankenhäuser pro Bett/Platz in Euro von 1972 bis 2001 im Ländervergleich



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

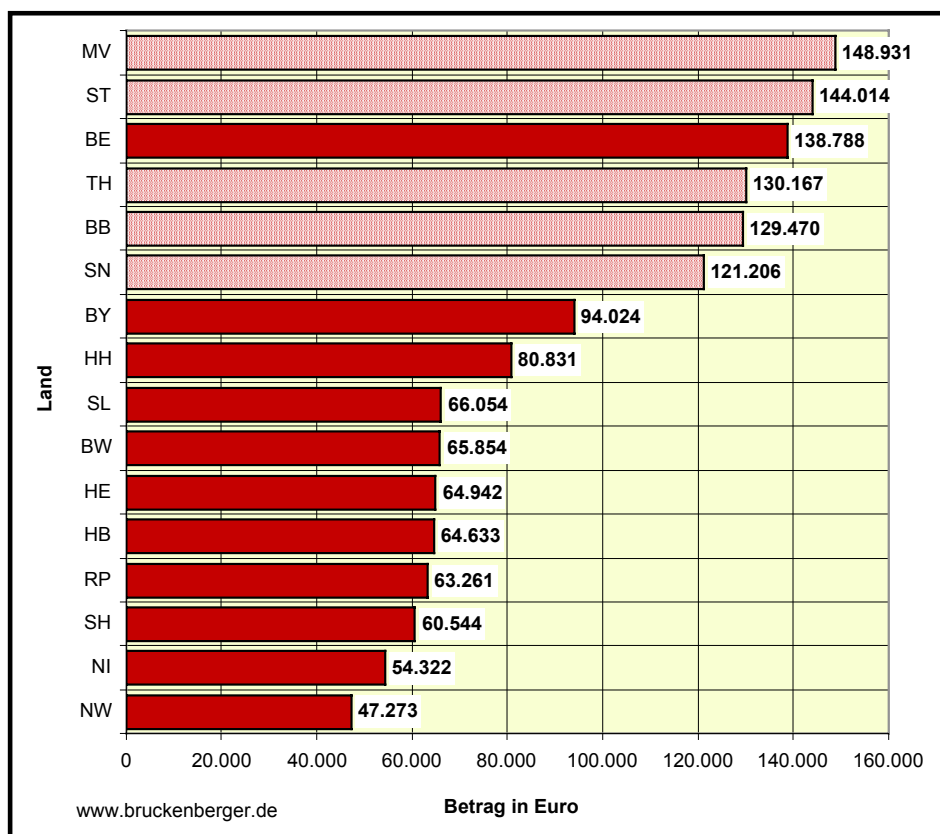
**Legende:** BB = Brandenburg \*, BE = Berlin, BW = Baden-Württemberg, BY = Bayern, HB = Bremen, HE = Hessen, HH = Hamburg, MV = Mecklenburg-Vorpommern \*, NI = Niedersachsen, NW = Nordrhein-Westfalen, RP = Rheinland-Pfalz, SH = Schleswig-Holstein, SL = Saarland, SN = Sachsen \*, ST = Sachsen-Anhalt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

**\* neue Bundesländer**

## Alle KHG-Mittel der Plankrankenhäuser pro Bett/Platz in Euro von 1991 bis 2001 im Ländervergleich

Von 1991 bis 2001 wurden in den alten und neuen Bundesländern insgesamt rd. 77,6 Mrd. Euro an KHG-Mittel zur Verfügung gestellt, das sind im Durchschnitt 78.281 Euro pro Bett/Platz. In diesem Zeitraum gab es mit 148.931 Euro pro Fall die meisten KHG-Mittel in Mecklenburg-Vorpommern und die wenigsten mit 47.273 bzw. 54.322 Euro pro Bett/Platz in Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen (siehe Abbildung 2). Unter den alten Bundesländern liegen Bayern und Hamburg merklich vor den anderen Bundesländern. Berlin ist bei langjährigen Vergleichen aufgrund seiner Sonderrolle gesondert zu beurteilen.

Abb. 2: Alle KHG-Mittel der Plankrankenhäuser pro Bett/Platz in Euro von 1991 bis 2001 im Ländervergleich

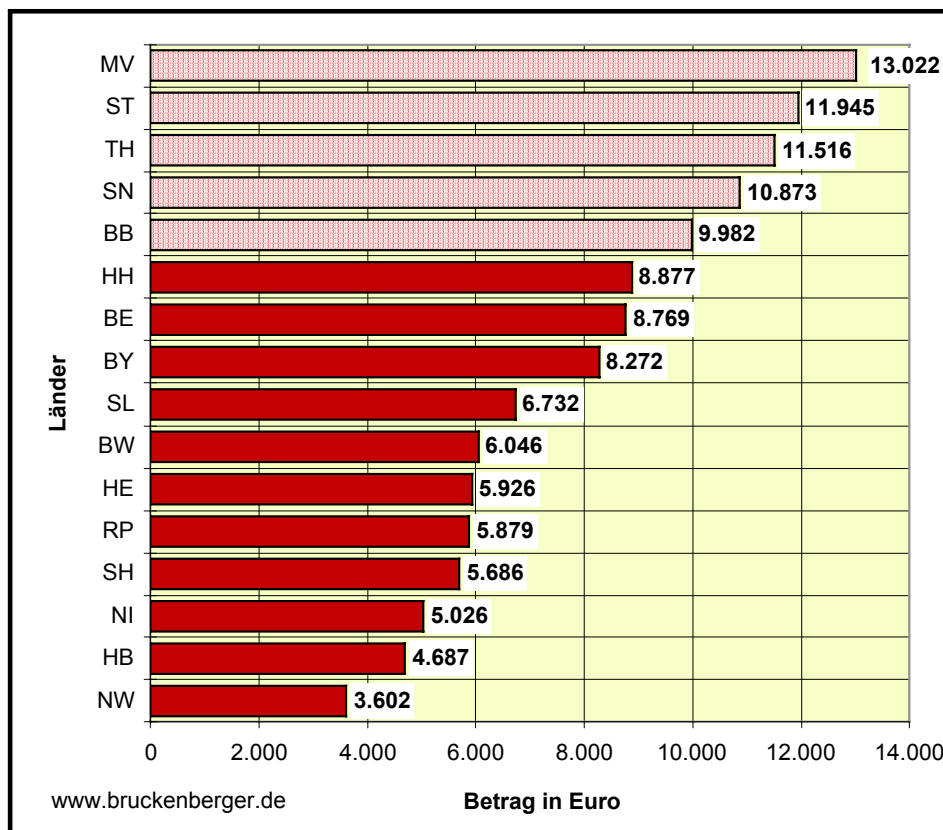


Eigene Berechnung und Darstellung auf der Grundlage von Daten der Haushaltsansätze der Länder und des Statistischen Bundesamtes

### Alle KHG-Mittel der Plankrankenhäuser pro Bett/Platz in Euro 2001 im Ländervergleich

Von der gesamten KHG-Förderung in Höhe von rd. 3,39 Mrd. Euro im Jahr 2001 entfielen 1,14 Mrd. Euro auf die Pauschalförderung kurzfristiger Anlagegüter und 2,25 Mrd. Euro auf die Einzelförderung von Baumaßnahmen. Der Bundesdurchschnittswert der gesamten KHG-Mittel lag im Jahr 2001 bei 6.682 Euro pro Bett/Platz. In den neuen Bundesländern lag Mecklenburg-Vorpommern mit 13.022 Euro pro Bett/Platz an der Spitze, Brandenburg bildete mit 9.982 Euro pro Bett/Platz das Schlusslicht. Unter den alten Bundesländern gab es in Hamburg mit 8.887 Euro pro Bett/Platz die meisten und in Nordrhein-Westfalen mit 3.602 bzw. 4.687 Euro pro Bett/Platz die wenigsten KHG-Mittel (s. Abbildung 3).

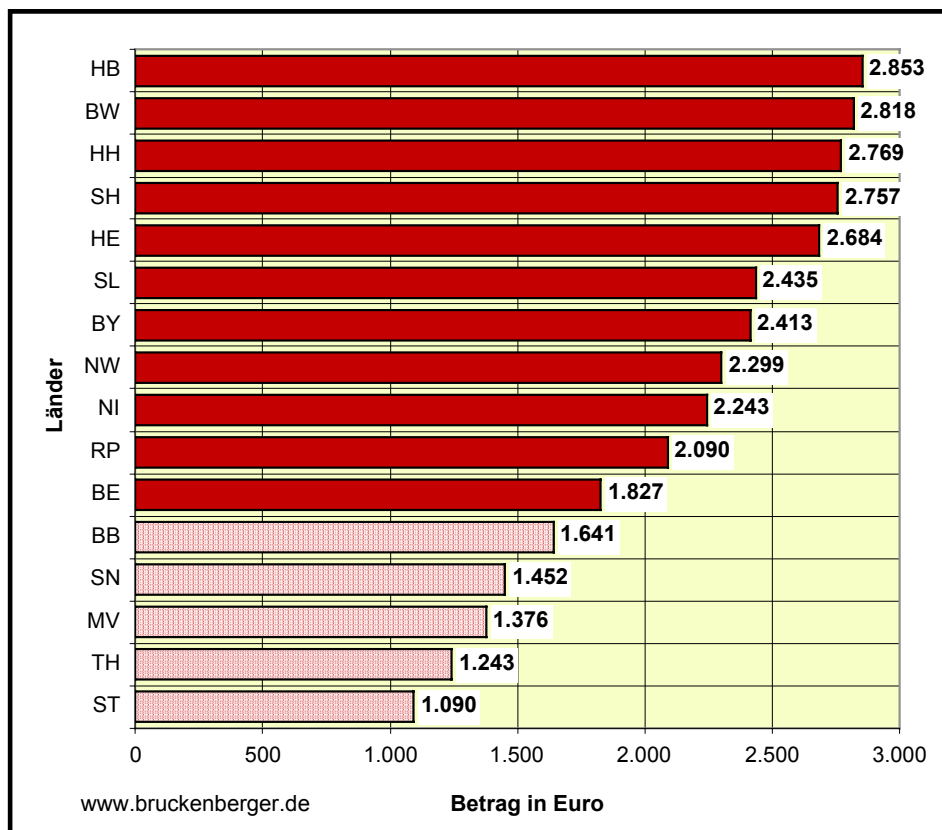
Abb. 3: Alle KHG-Mittel der Plankrankenhäuser pro Bett/Platz in Euro  
2001 im Ländervergleich



## Pauschalförderung der Plankrankenhäuser pro Bett/Platz in Euro 2001 im Ländervergleich

Der Bundesdurchschnittswert der Pauschalförderung für die kurzfristigen Anlagegüter lag im Jahr 2001 bei 2.239 Euro pro Bett/Platz. Die neuen Bundesländer bildeten ausnahmslos das Schlusslicht, dabei wurden in Sachsen-Anhalt mit 1.090 Euro die wenigsten und in Brandenburg mit 1.641 Euro pro Bett/Platz die meisten Pauschalmittel zur Verfügung gestellt. Unter den alten Bundesländern lagen Bremen mit 2.853 Euro pro Bett/Platz an der Spitze. Am wenigsten Pauschalförderung gab es mit 1.827 Euro pro Bett/Platz in Berlin (s. Abbildung 4).

Abb. 4: Pauschalförderung der Plankrankenhäuser pro Bett/Platz in Euro 2001 im Ländervergleich

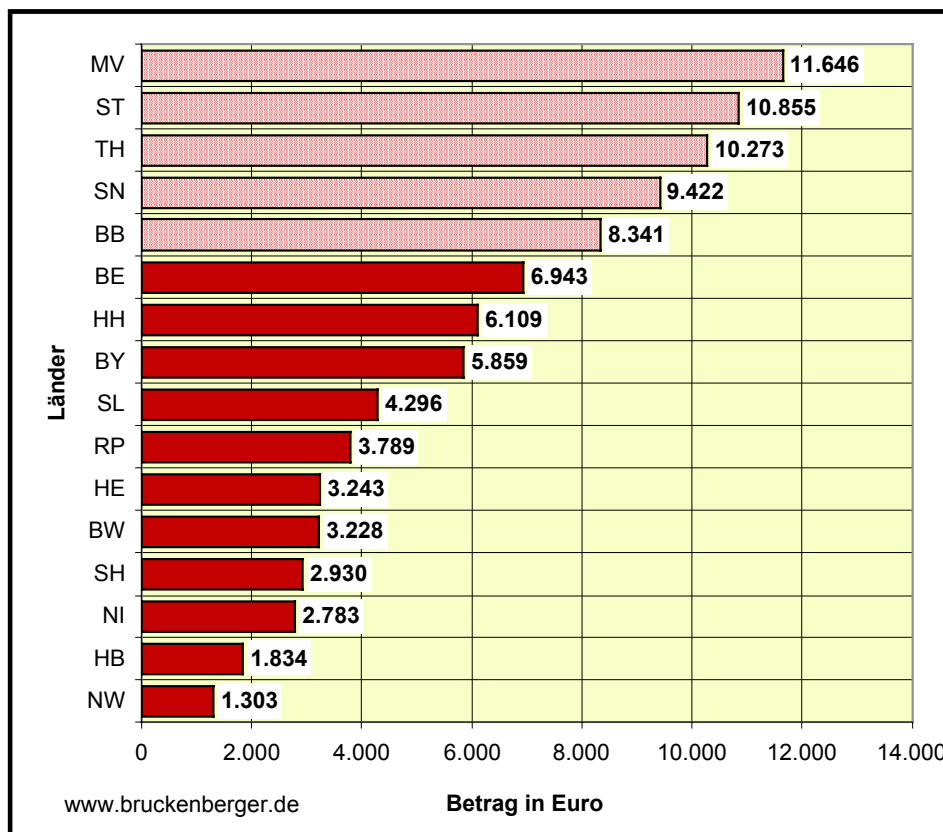


Eigene Berechnung und Darstellung auf der Grundlage von Daten der Haushaltsansätze der Länder und des Statistischen Bundesamtes

## Einzelförderung der Plankrankenhäuser pro Bett/Platz in Euro 2001 im Ländervergleich

Der Bundesdurchschnittswert der Einzelförderung lag im Jahr 2001 bei 4.443 Euro pro Bett/Platz. Die Einzelförderung pro Fall war im Jahr 2001 in den neuen Bundesländern vergleichsweise wesentlich höher als in den alten Bundesländern, dabei lag Mecklenburg-Vorpommern mit 11.646 Euro DM pro Bett/Platz an der Spitze. Unter den alten Bundesländern hatten Hamburg mit 6.109 Euro den höchsten Wert zu verzeichnen, die geringsten Werte waren mit 1.303 Euro pro Bett/Platz für Nordrhein-Westfalen und 1.834 Euro für Bremen feststellbar (siehe Abbildung 5).

Abb. 5: Einzelförderung der Plankrankenhäuser pro Bett/Platz in Euro 2001 im Ländervergleich



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

## Auswirkungen auf die Investitionsfinanzierung

### Ungeklärter ordnungspolitischer Rahmen

Das Fallpauschalensystem wird eingeführt ohne dass die künftige Finanzierung der Investitionskosten der Krankenhäuser und die Auswirkungen auf die anderen Versorgungssektoren geklärt werden.

Bei den ambulanten, stationären und rehabilitativen Versorgungssektoren gelten damit 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 Voraussetzungen spricht vieles mehr für ein chaotisches Systemverhalten als eine gesteigerte Bereitschaft zu sektorenübergreifenden integrierten Versorgungssystemen nach § 140 SGB V. Die zahllosen Modelle werden daran nichts ändern. Bisher jedenfalls wurden derartige „Erfolge“ nur angekündigt und nicht ergebnisorientiert nachgewiesen.

Kausale Zusammenhänge und Auswirkungen der Verschiebung von Kosten und Leistungen zwischen den einzelnen Versorgungssektoren sind übrigens nach wie vor mangels entsprechender statistischer Daten nicht nachweisbar.

## **Änderungen der Angebots- und Ablaufstrukturen**

Der sich aus dem Fallpauschalensystem ergebende und gesundheitspolitisch geforderte Leistungs- und Qualitätswettbewerb wird die externen Angebotsstrukturen (z.B. durch Schließung, Fusion und Kooperation) und die internen Ablaufstrukturen (z.B. durch 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.

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

Die gesundheitspolitisch geforderten Strukturveränderungen werden zunehmend von finanzkräftigen und innovativen Leistungsanbietern in Angriff genommen, um sich Wettbewerbsvorteile zu sichern.

## **Bundeseinheitliche Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität nach § 137 SGB V**

**Beachte:** Die Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität werden unter Missachtung der bestehenden Länderkompetenz für die stationäre Krankenhausversorgung auf Bundesebene vorgegeben. Die Nichteinhaltung wird zwangsläufig haftungsrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen.

Strukturqualität:

baulich:

bundeseinheitliche Flächenvorgaben

bundeseinheitliche Standardvorgaben (z.B. Abteilungsgrösse)

apparativ:

bundeseinheitliche Vorgaben der Geräteausstattung

personell:

bundeseinheitliche Mindestbesetzung (Urteil des EurGH ?)

bundeseinheitliche arbeitsschutzrechtliche Bestimmungen

bundeseinheitliche Anhaltszahlen über Art und Anzahl des Personals

bundeseinheitliche Qualifikationsvorgaben für das Personal

**Beachte:** Die Länder haben die 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. Es ist davon auszugehen, dass zahlreiche Krankenhäuser, schon aus Gründen der rechtlichen Absicherung, Anträge auf die Finanzierung 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 Investitionsforderungen in Millionenhöhe auf die Länder zukommen.

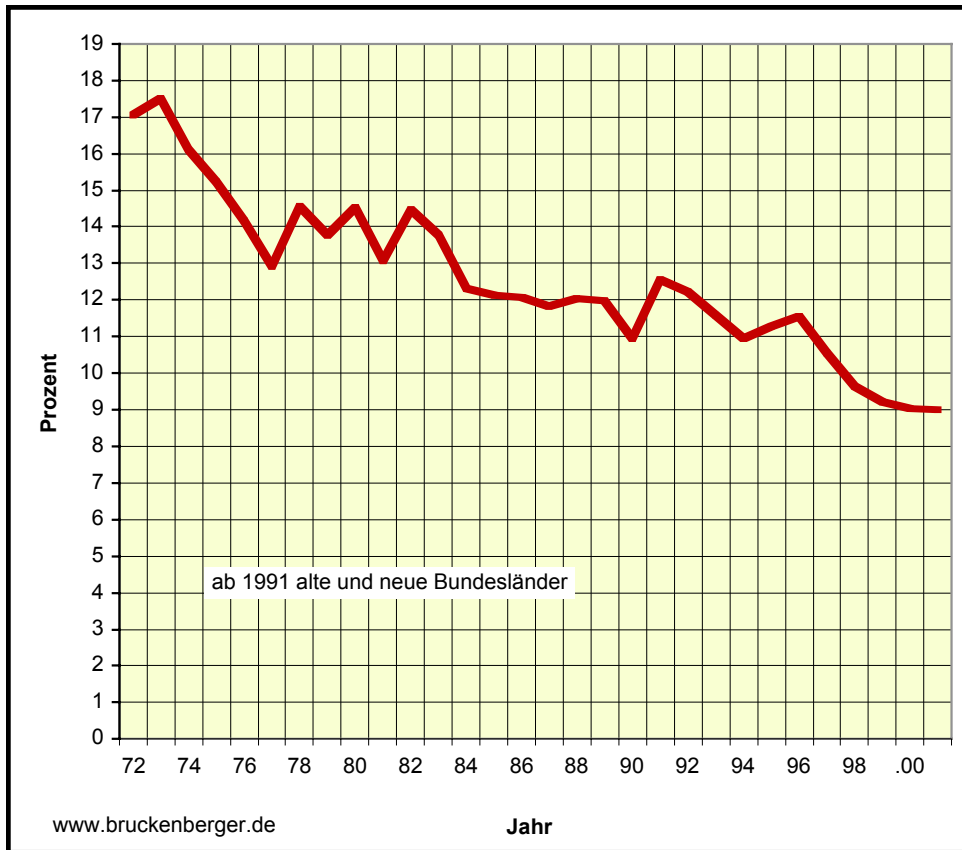
## **Zu geringe Investitionsquote**

Die Investitionsquote (Anteil aller Investitionen an allen Benutzerkosten) aller zugelassenen Krankenhäuser (Hochschulkliniken, Plankrankenhäuser, Vertragskrankenhäuser) ist im Zeitraum von 1972 bis 2001 im Bundesdurchschnitt von 17 Prozent auf 9 Prozent gesunken (siehe Abbildung 6). Dies ist ein objektiver Indikator für die zu geringe Investitionsförderung im Krankenhausesektor.

Um eine modernen Industriebetrieben vergleichbare Investitionsquote von 20 Prozent zu erreichen, müssten die derzeitigen insgesamt aufgewendeten jährlichen Investitionsmittel von etwa 5 Mrd. Euro auf 10 bis 12,5 Mrd. Euro aufgestockt werden.

Mit der gegenwärtigen Investitionsquote von rd. 9 Prozent kann nicht schnell genug auf die sich abzeichnenden und gewollten Strukturveränderungen reagiert werden. Die Höhe der Investitionsmittel für die Pauschalförderung kurzfristiger Anlagegüter bei den Plankrankenhäusern erreicht beispielsweise im Bundesdurchschnitt nur 40 bis 50 Prozent des tatsächlichen Bedarfs. Diese Tatsache führt beispielsweise zu veralteten Röntgengeräten. Dadurch wird die Digitalisierung für die Telemedizin bzw. der durch das Fallpauschalensystem geforderte Einsatz moderner Informationstechnologie verhindert. Es unterbleibt eine mögliche Effizienzsteigerung.

Abb. 6: Entwicklung der Investitionsquote aller zugelassenen Krankenhäuser von 1972 bis 2000



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

## **Systemimmanenter Zwang zur monistischen Finanzierung**

Für das geplante diagnose-orientierte Fallpauschalensystem ist die dualistische Finanzierung als systemfremd einzustufen. Die kurz- bis mittelfristige Einführung einer monistischen Finanzierung der Krankenhäuser ausschließlich zu Lasten der Krankenkassen unter Beibehaltung der Beitragssatzstabilität ist allerdings als unrealistisch anzusehen.

Die derzeitigen jährlichen Investitionsmittel für

- die Pauschalförderung in Höhe von rd. 1,14 Mrd. Euro,
- die Einzelförderung in Höhe von rd. 2,25 Mrd. Euro,
- die Eigenbeteiligung in Höhe von rd. 1 Mrd. Euro,
- die Investitionszuschüsse der Hochschulkliniken von rd. 0,9 Mrd. Euro

zuzüglich Kapitalkosten können bei Einhaltung der Beitragssatzstabilität nicht allein von den Krankenkassen finanziert werden kann.

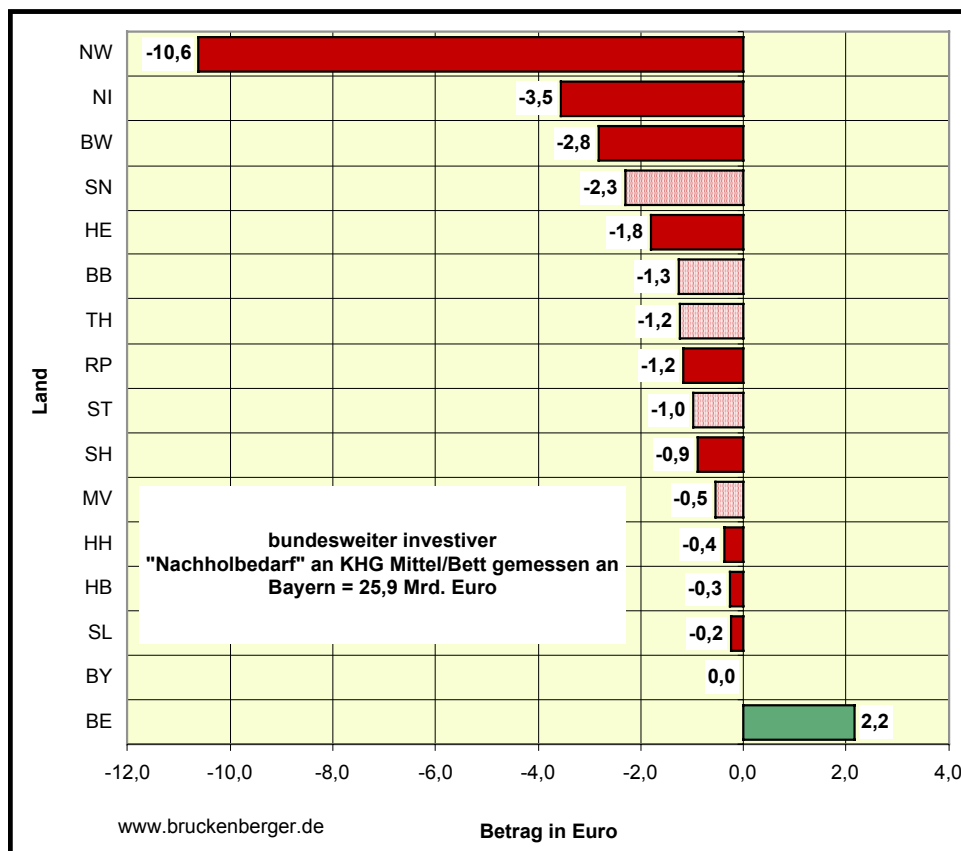
Die Ausfinanzierung der laufenden KHG-Förderung in Höhe von rd. 8 Mrd. Euro und der bestehende riesige Investitionsstau sind bei dieser Aufzählung noch gar nicht berücksichtigt.

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

## 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. Ein Ländervergleich bestätigt die unterschiedliche Finanzierungsbereitschaft der Länder für ihre Plankrankenhäuser. Gemessen an den seit 1973 in Bayern zur Verfügung gestellten KHG-Mittel pro Bett/Platz bestünde rechnerisch ein bundesweiter investiver „Nachholbedarf“ an KHG-Mittel von 25,9 Mrd. Euro (siehe Abbildung 7). Die Schuldendienstfinanzierung, soweit vorhanden, verringert den rechnerischen investiven „Nachholbedarf“ einiger Länder.

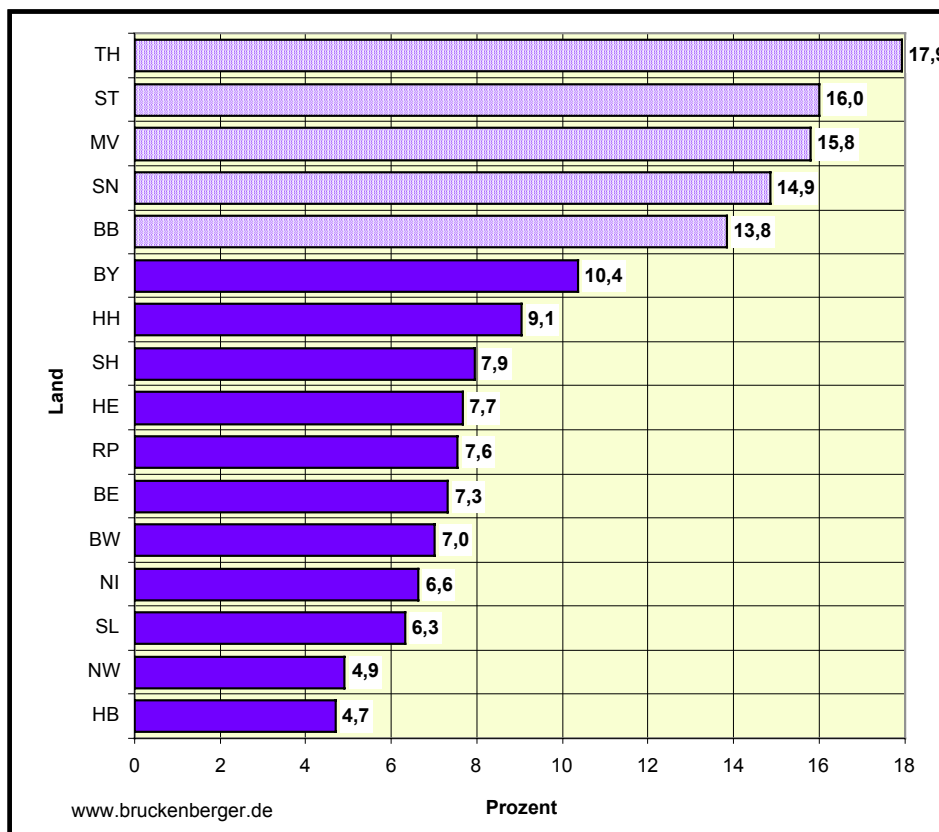
Abb. 7: Investiver „Nachholbedarf“ gemessen an der KHG-Finanzierung Bayerns pro Bett seit 1972



## Wettbewerbsverzerrung durch die unterschiedliche Investitionsquote der Plankrankenhäuser

Die Investitionsquote der Plankrankenhäuser (Anteil der KHG-Mittel an den Benutzerkosten der Plankrankenhäuser) betrug im Jahr 1999 im Bundesdurchschnitt 8,4 Prozent, in den alten Bundesländern 7,1 und in den neuen 15,6. Die Investitionsquote schwankte länderbezogen von 4,7 Prozent in Bremen bis 17,9 Prozent in Thüringen. Unter den alten Bundesländern wiesen Bayern mit 10,4 und Hamburg mit 9,1 die höchsten und Bremen mit 4,7 gefolgt von Nordrhein-Westfalen mit 4,9 die niedrigsten Investitionsquoten der Plankrankenhäuser auf (siehe Abbildung 8).

Abb. 8 : Investitionsquote der Plankrankenhäuser im Jahr 1999 im Ländervergleich

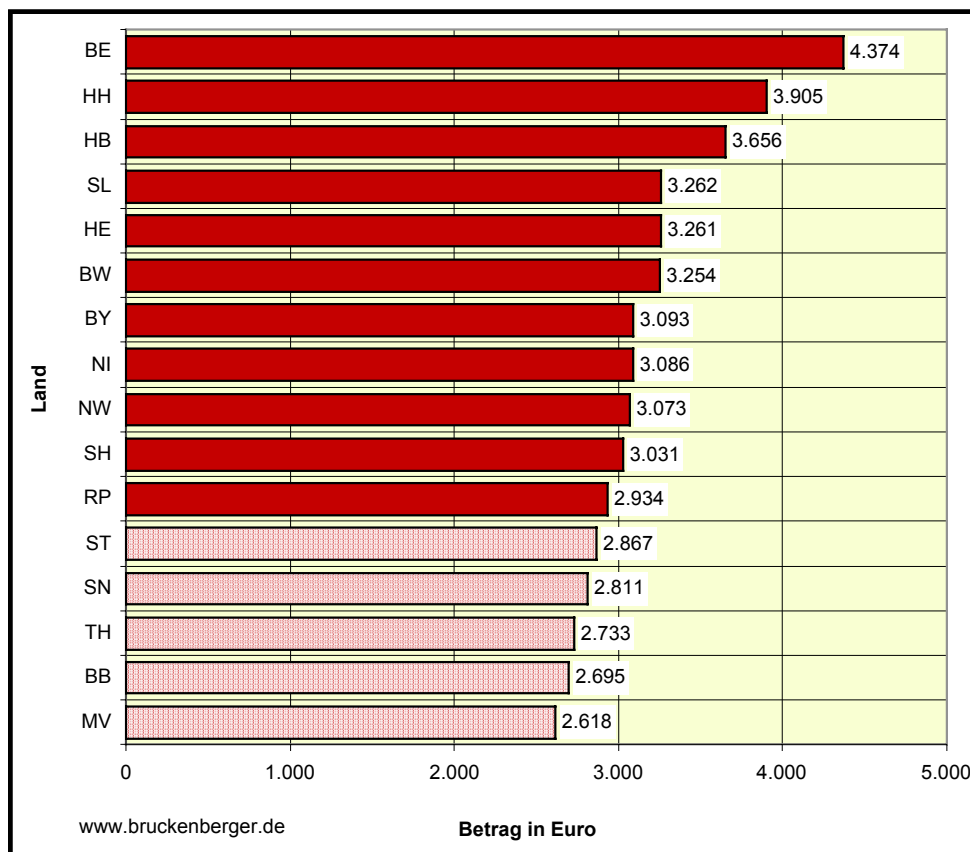


Eigene Berechnung und Darstellung auf der Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamtes

## Wettbewerbsverzerrung durch die unterschiedlichen Kosten pro Behandlungsfall

Die Kosten pro Behandlungsfall lagen 2000 im Bundesdurchschnitt bei 3.130 Euro, sie schwankten von 2.618 Euro in Mecklenburg-Vorpommern bis 4.374 Euro in Berlin. Die Fallkosten lagen in den neuen Bundesländern bedingt durch die nach wie vor bestehenden Sonderregelungen ausnahmslos unter denen der alten. Die niedrigsten Fallkosten in den alten Bundesländern waren mit 2.934 Euro in Rheinland-Pfalz zu verzeichnen (siehe Abbildung 9). Die Bandbreite der Fallkosten beeinflusst wesentlich den Erfolg oder Misserfolg der Krankenhäuser beim Umstieg auf das Fallpauschalensystem.

Abb. 9: Kosten pro Behandlungsfall im Ländervergleich 2000



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

## 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 einer derartigen Lösung entgegen.

Der systemimmanente Zwang als Folge des Fallpauschalensystems eine monetaristische Finanzierung einzuführen, kann zudem als formale Rechtfertigung für ein restriktives Finanzierungsverhalten einzelner Länder herangezogen werden. Ein derartiges Verhalten wurde von den Bundesländern, mit Ausnahme Bayerns, bereits bei der Finanzierung des Erhaltungsaufwandes praktiziert.

**Bewertung : unwahrscheinlich**

## **Übernahme des Schuldendienstes durch die Länder**

Die Finanzierung von Investitionsprogrammen ganz oder teilweise durch Übernahme des Schuldendienstes von der öffentlichen Hand könnte kurz- bis mittelfristig bei einem unveränderten Haushaltsansatz das Investitionsvolumen erhöhen und damit eine frühere Inangriffnahme von Baumaßnahmen ermöglichen.

Da ein laufender und ununterbrochener Investitionsbedarf bei den Krankenhäusern besteht, müssten jährlich neue Schuldendienstförderungen bewilligt werden. 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.

**Bewertung: Begrenzte kurzfristige Hilfe mit langfristig erhöhter Belastung der öffentlichen Haushalte**

## **Festbetragsfinanzierung und Eigenmittel**

Das KHG geht grundsätzlich von einer Vollfinanzierung einer förderungsfähigen Baumaßnahme aus. Es ist jedoch zulässig, Eigenmittel ohne Refinanzierung durch die Krankenkassen, in die Finanzierung der nach dem KHG förderungsfähigen Investitionskosten einzubeziehen.

Die Bereitschaft Eigenmittel in Verbindung mit Festbetragsfinanzierungen zur Verfügung zu stellen, hat in den letzten Jahren nachgelassen, da sich die finanzielle Gesamtsituation der Krankenhausträger, vor allem der kommunalen, deutlich verschlechtert hat. In der Vergangenheit führte der Einsatz dieser Eigenmittel zu einer Wettbewerbsverzerrung zum Nachteil privater Krankenhausträger.

**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 grundsätzlich keinen Gebrauch gemacht haben.

Die Refinanzierung eines Ersatzneubaues 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.**

## **Teilfinanzierung zu Lasten der Krankenkassen**

Die Bewilligungsbehörde und ein Krankenhausträger können eine nur teilweise Förderung eines Investitionsvorhabens zu Lasten der Krankenkassen vereinbaren. In derartigen Fällen ist das Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen, den Verbänden der Ersatzkassen und den Parteien der Pflegegesetzvereinbarung anzustreben. Eine derartige Vereinbarung kann theoretisch auch gegen den Willen der Krankenkassen und damit zu deren Lasten unter Beachtung der Beitragssatzstabilität abgeschlossen werden. Problematisch ist jedoch, dass die Finanzierung von Investitionskosten innerhalb der geplanten Fallpauschalen für die Geltungsdauer der dualistischen Finanzierung derzeit nicht vorgesehen ist, so dass spätestens ab 2007 die weitere Anwendung einer Teilfinanzierung ungeklärt ist. Diese und andere wesentliche Fragen sollen nach dem Willen des Gesetzgebers erst ab 2007 geklärt werden.

### **Mögliche Bedingungen für eine Teilfinanzierung**

Eine Teilfinanzierung müsste im Einvernehmen mit den Krankenkassen erfolgen. Diese sollten von Beginn an gleichberechtigt an der Verwirklichung der Maßnahme mitwirken. Es sollte sich um eine Baumaßnahme handeln mit der grundsätzliche Verbesserungen der Angebotsstruktur (z.B. Zusammenlegen von zwei Krankenhäusern, Konzentration von Leistungen (integriertes Angebot usw.) und nicht „normale“ Sanierungsmaßnahmen verwirklicht werden. Nach Abschluss der Baumaßnahme sollte das Ausgangsbudget inklusive der Steigerung als Folge des Grundlohnsummenanstiegs den Auswirkungen der Konvergenzphase und der Refinanzierung der Investitionsmaßnahme um etwa 5 Prozent unterschritten werden.

**Bewertung: Anwendung und Ausweitung mit Zustimmung der Krankenkassen bei deutlichen Strukturverbesserungen sinnvoll und möglich, aber in Grenzregionen nicht risikolos. Dennoch, ein Hoffnungsträger unter den gegenwärtigen Möglichkeiten.**

## **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 Krankenhausträger, kostenreduzierende und effizienzsteigernde Investitionen vorzunehmen. Die logische Konsequenz ist eine von der Gesundheitspolitik indirekt 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 aber auch ab 2007 durch das Prinzip der Beitragssatzstabilität und den Auswirkungen der Regelungen über die Mengenausweitung beeinflusst.

**Bewertung: Rechtlich häufig umstritten, intransparent, aber in der Realität derzeit unaufhaltsam im Vormarsch.**

### **Finanzierung der Abschreibung ein bisher unterschätztes Problem**

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 keine Wirtschaftlichkeitsreserven mehr erschlossen werden können wird die Refinanzierung der investierten Eigenmittel – abhängig von der Höhe der Investition – das Betriebsergebnis dramatisch verschlechtern.

Die Einführung einer monistischen Finanzierung ohne Übergangsregelung würde im Hinblick auf die Abschreibung zahlreiche Krankenhäuser in die Insolvenz treiben.

## **Verschärfung der Kreditbedingungen – Basel II**

Die Basel-II-Vereinbarung verpflichtet Banken, bei der Kreditvergabe mehr Transparenz zu fordern. Krankenhäuser müssen ihre Risiken detaillierter darstellen und messbar machen. Einzelkrankenhäuser tragen ein größeres Risiko, weil ihre Größe mögliche Schwächen im Vergleich zu stärkeren Wettbewerbern verschärfen kann. Das Fallpauschalensystem wird die unterschiedliche Bonität der Krankenhäuser wesentlich deutlicher als das bisherige Finanzierungssystem aufzeigen.

Wesentlicher Bestandteil des neuen Verfahrens ist die veränderte Eigenkapitalvorschrift für Banken. Die derzeitige Richtgröße für die Eigenmittel hinterlegung bei Kreditvergaben sind acht Prozent des Kreditbetrages. Bei bestimmten öffentlichen Kreditnehmern ist keine Hinterlegung erforderlich.

Künftig sollen die Richtgrößen flexibler gehandhabt werden: Sichere Kredite werden geringer unterlegt, bei hohen Risiken muss die Unterlegung stark ansteigen. Ziel ist es, die Eigenkapitalanforderungen risikonäher zu gestalten um die Sicherheit und Solidität des Finanzwesens zu fördern.

Für das Rating der Krankenhäuser wird die Frage der bilanzmäßigen Zurordnung der KHG-Fördermittel als Eigen- oder Fremdkapital von entscheidender Bedeutung.

Der Basel-II-Entwurf wird noch einmal überarbeitet. Die Bank für internationalen Zahlungsausgleich wird Anfang 2002 einen verbesserten Vorschlag für Basel II veröffentlichen. Dann wird erneut beraten. Das neue Regelwerk wird voraussichtlich 2005 in Kraft treten.

## Zusammenfassung

### **Wettbewerbsverzerrung durch eine zunehmende „Grauzonenfinanzierung“**

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

Die fehlenden öffentlichen Investitionsmittel verstärken zunehmend das Entstehen von rechtlich problematischen „Grauzonen“ bei der Finanzierung von Krankenhausinvestitionen. Sie führen durch die bestehende dualistische Finanzierung zu Wettbewerbsverzerrungen zwischen öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Krankenhausträgern und zu einem nachlassenden Vertrauen in rechtsstaatliche Vorgehensweisen.

Ohne zusätzliches privates Kapital beispielsweise über Eigenfinanzierung oder Kreditaufnahme wird andererseits die durch das Fallpauschalensystem politisch gewollt ausgelöste grundsätzliche Veränderung der Angebots- und Leistungsstruktur in den meisten Ländern kurz- und mittelfristig nicht zu meistern sein.

Wenn dem aber so ist, müssen klare rechtsstaatliche Regelungen (z.B. Gleichbehandlung der Träger bei Anwendung des BAT und der VOB) für eine, zumindest mittelfristig gesicherte, betriebswirtschaftlich orientierte Refinanzierung geschaffen werden. Sie müsste 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 meisten 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. Zu prüfen wäre, ob eine Versorgungsverpflichtung für eine definierte bürgernahe stationäre Versorgung eingeführt werden kann.

Die mit der fehlenden öffentlichen Förderung verbundene indirekte Unterstützung finanzkräftiger privater Anbieter führt zu einem schleichenden, öffentlich nur unzureichend diskutierten, Ersatz des Prinzips der Daseinsfürsorge durch ein marktwirtschaftliches Krankenhaussystem. Gleichzeitig sind die systemimmanenten massiven Auswirkungen des Fallpauschalensystems für die anderen Versorgungssektoren (Praxen, Rehaeinrichtungen, Pflegeeinrichtungen) bisher völlig ungeklärt.

Länder mit einem großem Nachholbedarf an Investitionen werden von der unstrukturierten Privatisierung tendenziell mehr und schneller als andere betroffen werden.

## **Investiver Nachholbedarf als Sprengsatz des Krankenhaussystems**

Insgesamt müsste den Krankenhäusern jährlich bundesweit ein Betrag von rd. 10 bis 12,5 Mrd. Euro, statt derzeit rd. 5 Mrd. Euro für Investitionsmittel zur Verfügung gestellt werden. Bei Benutzerkosten von zurzeit rd. 50 Mrd. Euro wäre dies eine Investitionsquote von rd. 20 Prozent, vergleichbar modernen Industriebetrieben. Der investive „Nachholbedarf“ und die Ausfinanzierung bereits begonnener Baumaßnahmen sind dabei noch nicht berücksichtigt.

Bei den gegenwärtigen und beabsichtigten gesetzlichen Regelungen ist die Ausweitung des öffentlichen Investitionsvolumens in den meisten Ländern in dem erforderlichen Umfang unter Beachtung der Haushaltslage weder beabsichtigt noch möglich. Dies hat bereits heute spürbare Auswirkungen für hiervon abhängige Krankenhausträger.

**Die Zukunft vieler Krankenhäuser wird unter den geschilderten Voraussetzungen weniger durch das Fallpauschalensystem als vielmehr durch die nachweisbar fehlenden Investitionsmittel gefährdet werden.**

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

Bei der gegebenen Rechts- und Finanzlage nutzen verständlicherweise innovative und finanzkräftige Krankenhausträger diese häufig von Zukunftsängsten und gleichzeitigem Handlungsbedarf geprägte Situation zwangsläufig zum Ausbau ihrer systembedingten Wettbewerbsvorteile. Diese Entwicklung wird durch eine „säkularisierte Sozialpolitik“ wesentlich unterstützt.

## **„Gesundheitspolitische Investitionsoffensive“ (GPI)**

Sowohl der Handlungsbedarf als auch der Investitionsbedarf im Gesundheitswesen sind enorm.

Der Investitionsstau im Krankenhausbereich wird von Experten mit 25 bis 35 Mrd. Euro beziffert. Die mit der Einführung des vorgesehenen Fallpauschalensystems gesundheitspolitisch angestrebten sektorenübergreifenden und prozessorientierten Veränderungen der Angebots- und Ablaufstrukturen zur Effizienzverbesserung des gesamten Systems erfordern weitere Investitionen in Milliardenhöhe. Dazu kommen die zur Erfüllung einer bundeseinheitlichen Strukturqualität erforderlichen Investitionen. Die meisten Länder sind zur Abdeckung dieses riesigen Investitionsvolumens bei der gegebenen Haushaltssituation erfahrungsgemäß weder bereit noch in der Lage.

**Die Lösung kann bei einer unveränderten Haltung der Länder nur in massivem zusätzlichem Einsatz von privatem Kapital liegen. Die bisher nicht oder nur unzureichend genutzten Möglichkeiten innerhalb der dualistischen Finanzierung (z.B. Rationalisierungsinvestitionen, Teilfinanzierungen) können sicherlich teilweise helfen. Sie lösen jedoch nicht das grundsätzliche Problem der zu geringen Investitionsquote der deutschen Krankenhäuser.**

Das Ergebnis einer „**gesundheitspolitischen Investitionsoffensive**“ sollte sein:

- Steigerung der Effizienz des gesamten Gesundheitssystems
- Steigerung der Versorgungsqualität für die zunehmende Zahl der Patienten
- Schaffung von Arbeitsplätzen durch eine verstärkte Investitionstätigkeit.

## 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 jährliche Berichte über Versorgungsstrukturen, wie z. B. der Kardiologie/Herzchirurgie, der Radioonkologie und der Nuklearmedizinischen Therapie.

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, Kranken-häu-ser, Rehabilitationseinrichtungen 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.

Nachdruck und Veröffentlichung nur mit Genehmigung der Verfassers.

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

Telefon und Fax:  
privat:  
Telefon: 0049/511-574553  
Fax: 0049/511-574553  
Email: [ernst@bruckenberger.de](mailto:ernst@bruckenberger.de)  
Internet: [www.bruckenberger.de](http://www.bruckenberger.de)

