

## **SPECTARIS Positionspapier**

# **Plädoyer für eine innovationsfreundliche Krankenhausfinanzierung**

Berlin, 13. Januar 2011

## Ausgangslage

Auch wenn zur Höhe des Investitionsstaus in deutschen Krankenhäusern unterschiedliche Angaben existieren, so wird die Tatsache einer mangelhaften Ausstattung deutscher Krankenhäuser mit Investitionsmitteln grundsätzlich nicht infrage gestellt. So sank die Investitionsquote öffentlicher Krankenhäuser bis 2007 auf unter 5%. Zum Vergleich: Bei Krankenhäusern mit privater Trägerschaft liegt sie mit über 12% fast zweieinhalb Mal so hoch. Auch das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) von 2009 konnte mit einer kurzfristigen Verbesserung der Finanzsituation das Problem nicht dauerhaft lösen.

Der Investitionsstau wird auf 15 – 50 Mrd. Euro geschätzt. Bei seiner Berechnung eines Investitionsstaus in Höhe von 50 Mrd. Euro geht das Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) von einer notwendigen Investitionsquote in Höhe von 10% des Umsatzes aus. Der Investitionsstau ergibt sich dann aus der Differenz zwischen dieser notwendigen und der tatsächlichen Investitionsquote der Krankenhäuser. Dabei werden Unikliniken aufgrund ihrer komfortableren Finanzausstattung ausgenommen. Außerdem wird den Krankenhäusern ein gewisser Teil an Eigenmitteln unterstellt. Angenommen wird eine Degression von 4% p.a.

Die Ursachen für diesen Investitionsstau liegen in der dualen Krankenhausfinanzierung. Grundlage für Zuwendungen bildet der von den Ländern aufgestellte Krankenhausplan. Nur sogenannte „Plankrankenhäuser“ sind berechtigt, für gesetzliche Krankenversicherungen Leistungen zu erbringen. Ihre laufenden Kosten finanzieren sie über die von ihnen erbrachten Leistungen nach dem DRG-System. Darüber hinaus erhalten sie Investitionsfördermittel. Diese sind jedoch letztlich von der Finanzkraft der jeweiligen Bundesländer abhängig und unterliegen zudem in hohem Ausmaß politischen und nicht immer sachlichen Erwägungen.

Da die Bundesländer jedoch gesetzlich verpflichtet sind, die medizinische Versorgung der Bevölkerung mit Haus- und Fachärzten sowie einem ärztlichen Notdienst zu gewährleisten (Sicherstellungsauftrag), müssen ihnen dazu auch Instrumente an die Hand gegeben werden.

Nicht nur der Sicherstellungsauftrag veranlasst die Länder, für die Fortführung der Dualistik zu kämpfen. Auf die Möglichkeit, Gelder zu verteilen, möchte natürlich kein Landespolitiker verzichten.

## Ansätze für eine innovationsfreundliche Krankenhausfinanzierung

Alternativen zur jetzigen Krankenhausfinanzierung werden diskutiert und an Vorschlägen mangelt es nicht. Zum Teil gingen die Bemühungen bereits über die Theorie hinaus. Hier sollen drei interessante Ansätze kurz vorgestellt werden, die prinzipiell dazu geeignet sind, die Krankenhausfinanzierung zu verbessern.

### Monistik

Eine Studie von Rürup/IGES im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) empfiehlt die Finanzierung von Krankenhäusern „aus einer Hand“. So sollen die Investitionsmittel leistungsbezogen in Form von DRG-Zuschlägen über die Krankenkassen ausbezahlt werden. Die Expertise rechnet dabei mit 5 Mrd. Euro – zugrunde gelegt wird eine Investitionsquote in Höhe von 8,6%. Der entwickelte Modellansatz sieht vor, dass die hierfür erforderlichen Gelder zukünftig nicht aus den Länderhaushalten finanziert werden, sondern im Rahmen eines Vorwegabzuges vom Umsatzsteueraufkommen, das den Ländern zusteht.

Die Autoren versprechen sich hiervon eine Beschleunigung des Abbaus von Überkapazitäten sowie eine Spezialisierung der Krankenhäuser. Um auch in strukturschwachen Regionen eine wohnortnahe Versorgung aufrecht zu erhalten, sollte ein bestimmter Teil (z. B. 10 %) der Steuermittel für die Investitionsförderung nicht in Form von DRG-Zuschlägen ausgezahlt werden, sondern in einen Infrastrukturfonds fließen. Die Mittel aus diesem Fonds sind dann von den Bundesländern ausschließlich für die Krankenhausversorgung in strukturschwachen Regionen einzusetzen. Damit erhielten die Bundesländer die notwendigen Instrumente an die Hand, um ihrem Sicherstellungsauftrag nachzukommen.

### Finanzierungsmonistik – das VUD-Modell

Der Verband der Universitätsklinika Deutschlands (VUD) hat ein Modell entwickelt, das sich selbst als Übergangslösung in Richtung Monistik versteht und explizit die Auflösung des Investitionsstaus zum Ziel hat.

Der VUD kritisiert, dass die alleinige Planungsverantwortung der Länder sich angesichts regionaler Über- wie auch Unterkapazitäten nicht bewährt habe. Das Konzept sieht daher die Integration der Krankenkassen in die Krankenhausplanung („Planungspartnerschaft“) bei gleichzeitiger Beteiligung der Kassen an der Finanzierung der Investitionskosten vor. Es richtet sich außerdem gegen die Ausweitung kassenindividueller Selektivverträge.

Der VUD schlägt vor, dass die Länder das Gesamtvolumen der Investitionen weiterhin frei bestimmen, während die Krankenkassen verpflichtet werden, ihrerseits Mittel in gleicher Höhe für die Investitionskostenfinanzierung bereit zu stellen. Die Beteiligung der Kassen an der Krankenhausplanung soll zum Abbau von Überkapazitäten und zu mehr Effizienz beitragen, während die Länder im Wettbewerb mit anderen Bundesländern Anreize hätten, durch die Erhöhung der Investitionsmittel möglichst viele finanzielle Mittel der Krankenkassen in ihr Bundesland zu leiten und im Rahmen der Krankenhausplanung gleichzeitig Unterversorgungen verhindern können.

Das operative Planungsgeschäft sollen unabhängige Behörden (die zu schaffen sind) übernehmen, um die Krankenhausplanung weiter zu entpolitisieren und effizienter sowie gerechter zu gestalten. Die Krankenhauspläne sollen im Zuge dessen mit klaren Zielvorgaben und nachvollziehbaren Kriterien ausgestattet werden.

### Regionale Monistik – das NRW-Modell

Das BMG konnte zwar nach intensiven Diskussionen um das KHRG kein monistisches Modell durchsetzen, hielt aber an einem Entwicklungsauftrag zur Reform der Investitionsförderung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen fest. Ab 2012 besteht nun die Möglichkeit, dieses als „modifizierte Dualistik“ oder „regionale Monistik“ bezeichnete System zu implementieren. Die Entscheidung obliegt den einzelnen Bundesländern.

Das Modell sieht vor, notwendige Investitionen über leistungsorientierte Investitionspauschalen zu finanzieren. Diese an das DRG-System gekoppelte Variante der Finanzierung wird seit dem 01. Januar 2008 in NRW praktiziert und hat bisher ein tendenziell positives Feedback erhalten.

Zwei unterschiedliche Instrumente sind für diese leistungsorientierte Form der Finanzierung vorgesehen:

- Mit Hilfe der Baupauschale werden Neu-, Um- und Erweiterungsbauten einschließlich betriebsnotwendiger Anlagegüter sowie deren Ersatz (mit einer Nutzungsdauer von mehr als 15 Jahren) finanziert. Sie ersetzt die Einzelförderung der dualistischen Finanzierung und wird jährlich zum 1. Juli ausgezahlt.
- Die sogenannte Jahrespauschale finanziert dagegen kurzfristige Anlagegüter mit einer Nutzungsdauer zwischen 3 und 15 Jahren. Sie ersetzt die Pauschalförderung und wird viermal im Jahr ausgezahlt.

Auch wenn sich das System in NRW noch bis 2011 in der Übergangsphase befindet, ist schon jetzt absehbar, dass der Finanzierungsprozess transparenter wird und damit die Planungssicherheit für alle Beteiligten steigt. Außerdem bringt die Pauschalisierung der Investitionskostenfinanzierung den Krankenhäusern mehr planerische Freiheit.

Trotz dieser Vorteile hatte das nordrheinwestfälische Modell der modifizierten Dualistik bislang keine Vergrößerung des gewährten Gesamtfördervolumens zur Folge. Die bereitgestellten Investitionsmittel werden lediglich mittels einer anderen Methode verteilt. Es ändert sich also auch in diesem System wenig an der grundsätzlichen Unterfinanzierung der Krankenhäuser, wenngleich größere Entscheidungsfreiheit und Planungssicherheit den Krankenhäusern die Möglichkeit eröffnen, alternative Wege der Investitionsfinanzierung zu suchen.

Kritiker des Modells bemängeln zudem, dass gerade Einrichtungen mit hohem Investitionsbedarf Schwierigkeiten haben werden, diesen Wettbewerbsnachteil in einem System pauschalisierter Investitionsmittel aufzuholen. Des Weiteren wird der Rückzug der Länder aus der Versorgungsplanung kritisiert, da somit eine hochwertige Gesundheitsversorgung nicht sichergestellt sei.

**Fazit**

So unterschiedlich gut die einzelnen Modelle dazu geeignet sind, den Investitionsstau in deutschen Krankenhäusern aufzulösen, so sehr unterscheiden sie sich auch in der Wahrscheinlichkeit ihrer Umsetzung.

Das Rürup/IGES-Modell kann zwar mit einer gesicherten wie unbürokratischen Investitionsfinanzierung punkten, wurde von den Ländern jedoch bereits verworfen und scheint mit deren Positionen auch weiterhin unvereinbar. Das VUD-Modell erhöht sicherlich die Investitionsanreize der Länder, beschneidet jedoch auch ihren Handlungsspielraum und erfordert zudem neue Bürokratie und damit Kosten auf Ländereite. Dahingegen hat das NRW-Modell den Praxistest bereits bestanden und ist auf Zustimmung gestoßen. Den Investitionsstau konnte es bislang jedoch auch nicht lösen und birgt zudem weitere Nachteile.

Nur mittels Studien wird sich eine Ideallösung nicht finden lassen. Es ist vielmehr notwendig, dass die beteiligten Akteure sich zusammensetzen und gemeinsam einen Weg aus der Investitionskrise finden. Vorschläge und Erfahrungen existieren zu genüge. Wir sehen hier das BMG in der Verantwortung, einen solchen Dialog zu installieren und gemeinsam eine tragfähige Lösung zu erarbeiten.

Eine innovationsfreundliche Krankenhausfinanzierung ist und bleibt für den Gesundheitsstandort Deutschland von zentraler Bedeutung.

**Ansprechpartner:**

Jan Wolter  
Leiter Fachverband Medizintechnik

Fon +49 (0)30 41 40 21-17

Fax +49 (0)30 41 40 21-33

[wolter@spectaris.de](mailto:wolter@spectaris.de)

[www.spectaris.de](http://www.spectaris.de)

SPECTARIS. Deutscher Industrieverband für optische, medizinische und mechatronische Technologien e.V.  
Werderscher Markt 15, 10117 Berlin