

Krankenhaus-Report 2007

„Krankenhausvergütung – Ende der Konvergenzphase“

Jürgen Klauber / Bernt-Peter Robra /
Henner Schellschmidt (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2008

Auszug Seite 143-153



8	„Was vorbei ist, ist vorbei“: Zum Übergang in die monistische Krankenhausfinanzierung	143
	<i>Stefan Felder, Stefan Fetzer und Jürgen Wasem</i>	
8.1	Einleitung	144
8.2	Die Webfehler einer dualistischen Krankenhausfinanzierung	145
8.3	Unüberwindbare Übergangsprobleme?	147
8.3.1	Investitionsstau.....	147
8.3.2	Ungleiche Startchancen	148
8.4	Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung	149
8.4.1	Ausschreibung des Angebots in strukturschwachen Regionen	150
8.4.2	Verantwortungsträger der Sicherstellung.....	150
8.4.2.1	Sicherstellung durch die Kassen.....	151
8.4.2.2	Sicherstellung durch die Kommunen	151
8.5	Fazit	152
8.6	Literatur.....	153

„Was vorbei ist, ist vorbei“: Zum Übergang in die monistische Krankenhausfinanzierung

Stefan Felder, Stefan Fetzer und Jürgen Wasem

„In commerce by-gones are forever by-gones; and we are always starting clear at each moment judging the value of things with a view to future utility.“¹

Stanley Jevons, *Theory of Political Economy*, 1871

Abstract

Nur in einem monistischen Finanzierungssystem sind effiziente Innovationsentscheidungen im Krankenhaus möglich. Gegen einen zügigen Übergang in die Monistik wird oftmals eingewendet, dass zunächst der bestehende Investitionsstau abgebaut und gleiche Startchancen für die Krankenhäuser gewährleistet werden müssten. Bei dieser Argumentation wird aber übersehen, dass Investitionsentscheidungen grundsätzlich in die Zukunft gerichtet sind. Eine monistische Finanzierung führt zu höheren Fallpauschalen und schafft so hinreichende Voraussetzungen für neue Investitionen. Die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung sollte in einem monistischen Finanzierungsregime entweder an die Kommunen oder die Krankenkassen übertragen werden. Das Angebot der erforderlichen Krankenhausleistungen kann in einer Region ausgeschrieben werden, falls der Markt dieses nicht erzeugt.

The dualistic hospital financing scheme in Germany leads to inefficient investment decisions. Critics of a monistic financing system argue that first of all the existing investment gap needs to be reduced and that all hospitals should have equal starting chances. However, they ignore the forward-looking nature of investment decisions. A monistic financing scheme leads to higher hospital prices and thus sufficient incentives for new investments. Furthermore, we propose a bidding process for the supply of hospital services in regions which do not provide a sufficient level of inpatient health care. Thereby, either local authorities or statutory health insurance funds should bear the responsibility for an adequate level of inpatient care.

¹ In geschäftlichen Angelegenheiten gilt „Was vorbei ist, ist vorbei“: Zu jedem Zeitpunkt überlegen wir neu und beurteilen den Wert der Dinge nach ihrem künftigen Nutzen.

8.1 Einleitung

Stuttgart (dpa) (9.3.2007) *Die Krankenhausversorgung in Deutschland soll nach dem Willen der Gesundheitsminister der Länder auch weiterhin eine staatliche Aufgabe bleiben. Darauf haben sich die Minister bei einem Treffen in Stuttgart gestern geeinigt. Zudem kamen sie überein, Alternativen zur bisherigen Finanzierung der Krankenhäuser prüfen zu lassen.*

Das bisherige System der Krankenhausfinanzierung ist dadurch charakterisiert, dass die laufenden Betriebskosten von den Krankenkassen finanziert, die Investitionskosten hingegen von den Ländern übernommen werden. Die Bedarfsermittlung für Investitionen ergibt sich dabei nach dem Krankenhausplan eines Landes und orientiert sich nach der Zahl und der Art von Krankenhausbetten anhand von regionalen Kennzahlen wie der Bevölkerungszahl, der Verweildauer, der Krankenhaushäufigkeit oder der Bettenauslastung. Krankenhäuser, die im Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind, so genannte Plankrankenhäuser, haben einen Anspruch darauf, dass das Bundesland die erforderlichen Investitionen finanziert.²

Die duale Finanzierung im stationären Sektor hat ihre Geburtsstunde mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz am 29. Juni 1972. Damit wurde de facto „eine staatliche Angebotsplanung installiert, die bereits damals ordnungspolitisch wenig zum Konzept einer sozialen Marktwirtschaft passte“ (Neubauer 2002).

Spätestens mit der Einführung des wettbewerblich orientierten Vergütungssystems der German Diagnosis Related Groups (G-DRGs) ist die staatliche Angebotsplanung im Krankenhausmarkt auf dem Prüfstand. Mit der Konvergenzphase laufen krankenhausspezifische Preise aus und dadurch steigt der ökonomische Anpassungsdruck. Die staatliche Angebotsplanung kann mit dieser Entwicklung nicht Schritt halten. Im Gegenteil, sind doch die staatlichen Fördergelder für Investitionen zwischen 1993 und 2005 real um durchschnittlich drei Prozent pro Jahr zurückgegangen (vgl. Augurzyk et al. 2007). Insbesondere öffentliche Krankenhäuser beklagen einen beträchtlichen Investitionsstau und schon jetzt sind Krankenhäuser gezwungen, einen Teil der Investitionen über andere Kanäle zu finanzieren.³ Dass sich hierbei private Krankenhäuser leichter tun als öffentliche, zeigt der sich in den letzten Jahren vollziehende Strukturwandel im stationären Sektor: Zwischen 1994 und 2004 sank die Anzahl aller Krankenhäuser um 171 Einrichtungen, während die Anzahl privater Kliniken um 154 anstieg (vgl. Bölt 2006).

Nicht zuletzt deshalb verstärken sich die Forderungen nach einer monistischen Finanzierung, bei welcher die gesamten Krankenhauskosten „aus einer Hand“, nämlich durch die Kassen, finanziert werden. Im Gegenzug müsste der Beitragssatz

2 Die staatlichen Fördermittel werden in der Praxis getrennt nach einer Pauschalförderung für kurzfristige Investitionsgüter zwischen ein und drei Jahren, die nach bestimmten Regeln den Plankrankenhäusern ohne Antrag zufließen, und einer Antragsförderung für mittel- und langfristige Investitionsgüter. Die Instandhaltung von Anlagen wird hingegen nicht durch das Land finanziert, sondern durch einen Zuschlag auf die Vergütung stationärer medizinischer Leistungen. Der aktuelle Zuschlag beträgt 1,1 % und wird von den gesetzlichen Krankenkassen und den Selbstzahlern geleistet.

3 So z. B. die Expertenkommission „Zukunft der Krankenhausstruktur Baden-Württemberg“, vgl. Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg (2006).

steigen oder, wie z. B. Hermann (2006) fordert, zusätzliche Mittel aus Steuereinnahmen oder einer Mehrwertsteuerbefreiung von Arzneimitteln in die gesetzliche Krankenversicherung fließen.⁴

Bereits im Zuge der Gesundheitsreform 2000 war im Vorschlag der damaligen rot-grünen Regierung ein Übergang auf ein monistisches Finanzierungssystem vorgesehen. Allerdings scheiterte dieses Vorhaben im Vermittlungsausschuss, weil die Länder um ihren Einfluss im Krankenhausbereich fürchteten.

In diesem Beitrag zeigen wir die Notwendigkeit einer monistischen Finanzierung auf. Wir leiten dies im nächsten Abschnitt aber nicht allein vom materiellen Ist-Zustand her, sondern argumentieren, dass nur die monistische Finanzierungsform die Voraussetzung für effiziente Investitionsentscheidungen im Krankenhaus schafft. Gegen einen zügigen Übergang in die Monistik wird oftmals angeführt, dass zuerst einmal der bestehende Investitionsstau abgebaut und gleiche Startchancen zwischen den Krankenhäusern hergestellt werden müssten. Mit dieser Übergangsproblematik beschäftigen wir uns im Abschnitt 8.3. In Abschnitt 8.4 stellen wir einen Lösungsansatz zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung vor, die viele Beobachter bei einer monistischen Finanzierung bedroht sehen. In Abschnitt 8.5 schließen wir diesen Beitrag mit einem Fazit ab.

8.2 Die Webfehler einer dualistischen Krankenhausfinanzierung

Eine funktionsfähige duale Finanzierung würde u. a. voraussetzen, dass sich die über die staatlichen Träger zu tätigen Investitionen streng nach dem Bedarf richten. Der zeitliche Umfang der Bedarfsabschätzung müsste sich nach der Nutzungsdauer der Investitionen richten, die im Krankenhausbereich nach Neubauer (2002) ungefähr 25 Jahre beträgt. Dass diese Abschätzung in der Vergangenheit nur unzureichend erfolgte, lässt sich am Bettenüberhang deutscher Krankenhäuser erkennen. Außerdem scheint in der Vergangenheit bei der Finanzierung von mittel- und langfristigen Investitionsgütern nicht der tatsächliche Bedarf, sondern die allgemeine Finanzlage der zuständigen Bundesländer den Ausschlag gegeben zu haben. So haben die Krankenhausinvestitionen in den letzten 15 Jahren auch stetig abgenommen und es wird oftmals beklagt, dass die Krankenhäuser unterinvestiert sind.

Neben der Schwierigkeit, im Rahmen einer Planwirtschaft den richtigen Bedarf zu erfassen, ist das grundlegende Problem der dualen Finanzierung aber, dass sie im Allgemeinen zu verzerrten Investitionsentscheidungen führt: Investitionskosten und laufende Betriebskosten lassen sich nicht streng voneinander trennen, da Kapital und Arbeit in Grenzen substituierbar sind. In einem betriebswirtschaftlichen Optimierungsprozess wird aus diesem Grunde simultan über den Einsatz von Kapital und Arbeit entschieden. Investitionen sind hierbei dadurch charakterisiert, dass

⁴ Die sinnvollste Maßnahme, der GKV neues Geld zu verschaffen, wäre die Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen. Insoweit versicherungsfremde Leistungen etwa im Zusammenhang mit einer flächendeckenden medizinischen Versorgung involviert sind, kann es allerdings angezeigt sein, Steuermittel für die Krankenhausversorgung einzusetzen (vgl. Abschnitt 8.4.2.2).

sie sich mit der Zeit amortisieren müssen, mithin also zu Erträgen führen sollen, welche sowohl die direkten Kosten als auch die Zinskosten einer Investition decken. In einer Marktwirtschaft entscheiden Investoren nach Maßgabe der erwarteten Erträge und Kosten. Auf diese Weise entstehen ex ante effiziente Entscheidungen sowohl über die Art als auch das Ausmaß von Investitionen.

Die derzeitige duale Form der Finanzierung im stationären Sektor lässt keine solchen effizienten Investitionsentscheidungen erwarten. Denn zum einen wird durch die intransparente Systematik der Antragsstellung die Entscheidung über die Art der Investition maßgeblich von außen beeinflusst und zum anderen wird auch das quantitative Ausmaß der Investition nicht dem Krankenhaus überlassen. Zudem gehen die Kapitalkosten einer Investition nicht angemessen in die Investitionsentscheidung ein, da die entsprechenden finanziellen Mittel nicht auf dem Kapitalmarkt beschafft werden müssen.⁵

Der Gesetzgeber kann diese Fehlanreize beheben, indem er das duale Finanzierungssystem der GKV durch ein monistisches ersetzt und damit die Finanzierung „aus einer Hand“ organisiert. Die Vergütung der Krankenhäuser durch die Krankenkassen würde damit nicht nur die laufenden Betriebskosten, sondern auch die Investitionskosten umfassen. Wenn die DRG-Vergütung einen Investitionsaufschlag enthält, kann es den Krankenhäusern selbst überlassen werden, über ihre Investitionen zu entscheiden.⁶

Investitionsaufschläge würden darüber hinaus stärker zu einer Gleichbehandlung der ambulanten und der stationären Versorgung und damit zu einem fairen Wettbewerb zwischen beiden Bereichen führen. Denn die derzeitige Finanzierung der Investitionen über die Länderhaushalte führt de facto zu einer Subventionierung stationärer Behandlung zu Ungunsten der im Allgemeinen weniger kostenintensiven ambulanten Behandlung. Insbesondere wenn Krankenkassen verstärkt Einzelverträge schließen, sind unverzerrte Preisrelationen zur Sicherung effizienter Ergebnisse sinnvoll.

5 Je nach Art ihrer Rechtsform unterscheidet sich die Möglichkeit für Krankenhäuser, sich die fehlenden Mittel auf dem Kapitalmarkt zu beschaffen, wodurch sich Wettbewerbsverzerrungen ergeben. Andererseits verzichten private Krankenhäuser teilweise bewusst auf staatliche Investitionsförderungen, da mit diesen Auflagen verbunden sind, durch die sie ihre Kreditwürdigkeit gefährdet sehen. Zum Vorzug alternativer Finanzierungen gegenüber der staatlichen Investitionsförderung vgl. auch Oberender et. al. (2002).

6 Ein monistisches Finanzierungssystem zwingt die Krankenhäuser zu einer laufenden Erfolgsrechnung, verbunden mit einer jährlichen Bilanz über ihre Aktiva und Passiva. Konkrete Investitionsentscheidungen können dann auf der Grundlage einer Investitionsrechnung erfolgen, die die Kosten einer Investition mit den damit verbundenen erwarteten künftigen Einnahmen vergleicht. Dieses Vorgehen bietet sich unabhängig davon an, ob die Finanzierung der Investition über Eigen- oder Fremdkapital und mit oder ohne staatliche Beihilfe erfolgt.

8.3 Unüberwindbare Übergangsprobleme?

8.3.1 Investitionsstau

Die Vorzüge einer monistischen Finanzierungsform werden eigentlich von niemandem bestritten. Allerdings sehen kritische Stimmen deren Einführung an bestimmte Voraussetzungen geknüpft. So verlangt die Deutsche Krankenhausgesellschaft den Abbau des bestehenden Investitionsstaus, den sie ohne nähere Begründung mit 50 Mrd. Euro beziffert⁷, bevor die Krankenhäuser einer monistischen Finanzierung ausgesetzt werden (Deutsche Krankenhausgesellschaft 2007).

Aufgrund des sukzessiven Rückgangs der Investitionsförderung waren Krankenhäuser allerdings schon in der Vergangenheit gezwungen, einen Teil ihrer Investitionen über andere Kanäle zu finanzieren. Die in den letzten Jahren zu verzeichnenden Rationalisierungsbemühungen haben dazu geführt, dass Leistungen in manchen Häusern kostengünstiger hergestellt werden und somit de facto ein Teil der über DRGs finanzierten Vergütung auch für Investitionen verwendet wurde. Von daher dürfte die Investitionslücke etwas geringer als allgemein angenommen sein.

Das Bestehen eines Investitionsstaus ist kein Argument gegen die Einführung der Monistik. Ganz im Gegenteil schaffen die neuen Preise (also die um Investitionszuschläge erhöhten DRGs) alle Voraussetzungen dafür, dass die Krankenhäuser ihre Investitionen finanzieren können. Hätte die Deutsche Krankenhausgesellschaft Recht mit der oben genannten Forderung, dann würde es in der freien Wirtschaft keine Investitionen geben. Unternehmen könnten nur produzieren, wenn ihnen der Staat vorher die Fabrikgebäude und die Produktionsmaschinen finanziert hätte. Offensichtlich ist dies nicht der Fall.

Entscheidend ist, dass Investitionen immer „nach vorne“ gerichtet sind. Der Dreh- und Angelpunkt sind also die künftigen Preise und die Nachfrage für das einzelne Krankenhaus. Sind sie ausreichend hoch, dann ist das Krankenhaus in der Lage, die Investitionen zu finanzieren. Sehen wir von der Problematik der flächendeckenden Versorgung ab, so können wir feststellen, dass in einem monistischen System die Krankenhäuser keiner besonderen Investitionsförderung durch die Krankenkassen oder den Staat bedürfen. Diese Feststellung gilt grundsätzlich auch für den Übergang in die monistische Finanzierung, unabhängig davon, dass in der Vergangenheit das staatlich geförderte Investitionsvolumen tatsächlich zu gering war.

⁷ Mit dem Investitionsstau beschäftigen sich auch Augurzky et al. (2007). Sie berechnen ihn, indem sie das westdeutsche Bundesland mit den höchsten Fördermitteln pro Fall, Bayern, als Benchmark für die anderen westdeutschen Bundesländer heranziehen, und erhalten je nach unterstellter Abschreibung der bereits getätigten Investitionen eine Summe zwischen 19 und 23,6 Mrd. Euro. Neubauer (2002) schätzt unter Bezugnahme auf die volkswirtschaftliche Bruttoinvestitionsquote und unter Einbeziehung der geschätzten Eigenfinanzierung von Krankenhäusern einen jährlichen Fehlbetrag von 6,9 Mrd. Euro. Würde man diese Fehlbeträge über die letzten 10 Jahre linear abschreiben, käme man auf eine Investitionslücke von 38 Mrd. Euro. Allerdings lässt eine solche Berechnung unberücksichtigt, dass bei personalintensiven Dienstleistungssektoren wie dem Krankenhausbereich geringere Investitionsquoten vorherrschen.

8.3.2 Ungleiche Startchancen

Im Zusammenhang mit der Einführung der monistischen Finanzierung wird häufig moniert, sie verhindere einen fairen Wettbewerb, da die Krankenhäuser aufgrund einer willkürlichen staatlichen Investitionsvergabe in der Vergangenheit ungleiche Startchancen aufwiesen.

Auch bei diesem Argument wird übersehen, dass bei nach Maßgabe zukünftiger Erwartungen getroffenen Investitionsentscheidungen vergangene Investitionen irrelevant sind. Somit gibt es eigentlich keinen Grund, den Übergang in die monistische Krankenhausfinanzierung zu regulieren. Es besteht allenfalls ein Verteilungsproblem, das der Staat moderieren könnte. Krankenhäuser, die in der Vergangenheit großzügige staatliche Investitionsförderungen erhielten, realisieren in der Einführungsphase aufgrund der höheren (DRG-)Preise einen so genannten windfall profit, weil sie im Gegensatz zu anderen Häusern zunächst weniger investieren müssen. Wie groß der Umfang solcher Extra-Gewinne bei einem Systemübergang tatsächlich wäre, ist schwer vorherzusehen. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass gemäß dem Krankenhaus Rating Report 2007 des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung Krankenhäuser, die umfangreiche staatliche Fördermittel erhielten, kein besseres Rating aufweisen als jene, die nur wenig gefördert wurden. Im Gegenteil, ein großzügiger Zugang zu öffentlichen Fördermitteln verstärkt sogar die Ausfallwahrscheinlichkeit von Krediten (vgl. Augurzyk et al. 2007). Staatliche Förderungen sind somit nicht notwendig, geschweige denn hinreichend für eine gute Marktstellung von Krankenhäusern.

Eine reine Marktlösung ist für den Übergang in die monistische Welt allerdings – gerade aufgrund der Zufallsgewinne – nicht sehr wahrscheinlich. Was könnte man also tun, um die Verteilungswirkungen im Übergang zu moderieren? Hierfür bietet sich ein Ausgleichspool an, welcher prinzipiell folgendermaßen funktionieren könnte:

Für jedes Krankenhaus werden die Restwerte von staatlichen Investitionen der letzten x Jahre aufgelistet. Die Summe dieser nach Abschreibungen verbleibenden Investitionen kommt in einen (fiktiven) Pool. Aus diesem erhält nach einer zu definierenden „Währung“ (z. B. gleicher Betrag pro Bett oder pro Fall (ungewichtet oder gewichtet als Casemix)) jedes Krankenhaus eine (fiktive) Investitionssumme zugeteilt. Diese Summe wird mit der tatsächlichen (öffentlich finanzierten und ebenfalls abbeschriebenen) Investitionssumme eines Krankenhauses verglichen. Ist die Differenz positiv, so muss das Krankenhaus den entsprechenden Betrag in den Ausgleichspool abführen. Andernfalls erhält es aus dem Pool den entsprechenden Fehlbetrag. Die Ein- und Auszahlungen aus dem Ausgleichspool gleichen sich somit insgesamt aus. Ein solcher Mechanismus zum Ausgleich einer Ungleichbehandlung von Krankenhäusern bei Investitionen der Vergangenheit kann auf einmal oder schrittweise über mehrere Jahre erfolgen.

Alternative Konzepte eines Ausgleichspools knüpfen an der Bereitstellung von Krediten für investitionsbedürftige Krankenhäuser an: Die Kommission Krankenhausfinanzierung der Robert Bosch Stiftung (1987) schlägt hierzu – ähnlich dem oben dargestellten Ausgleichspool – vor, dass Krankenhäuser eine Abgabe nach Maßgabe der in der Vergangenheit für Bauinvestitionen erhaltenen Fördermittel und der noch zu erwartenden Nutzungsdauer der Anlagegüter in einen Investiti-

onsfonds bezahlen, aus welchem dann Krankenhäuser, die Bauvorhaben durchführen wollen, Zinszuschüsse erhalten. Bei Leu et al. (1999) werden Kredite direkt aus einem Pool zu vergeben, welcher durch Beiträge der bisherigen staatlichen Geldgeber gespeist wird.⁸ Um eine Gleichstellung zwischen in der Vergangenheit begünstigten und nicht begünstigten Krankenhäuser herzustellen, schlagen sie weiterhin vor, den Restwert staatlicher Investitionen (z. B. für die letzten zehn Jahre) zu amortisieren. Der bisherige staatliche Geldgeber würde dann für diesen Restwert als Kreditgeber auftreten und die Krankenhäuser müssten diesem den Kredit zzgl. der marktüblichen Zinsen zurückzahlen. Durch dieses Vorgehen könnten entstehende Zufallsgewinne gleichmäßig auf alle Krankenhäuser verteilt werden.

Allerdings sind solche Umverteilungen zur Herstellung einer Startchancengleichheit nicht unproblematisch. Der Restwert einer vergangenen Investition sollte sich nicht nach den historischen Beschaffungskosten, sondern nach den künftig damit noch zu erzielenden Erträgen richten. Solche Erträge lassen sich alles andere als einfach bestimmen. Zudem verfügt eine außen stehende Institution gar nicht über die notwendigen Informationen, getätigte Investitionen mit künftigen Erträgen zu verbinden. Aus diesem Grund benötigt man bestimmte Ausgleichsregelungen, die an verschiedene Indikatoren (z. B. Betten, Fallzahlen oder Casemix) geknüpft sind. Solche Ausgleichsregelungen (bzw. Regelungen darüber, welches Krankenhaus investitionsbedürftig ist) basieren aber letztendlich immer auf dem jetzigen Krankenhausplan eines Landes. Man würde hier sozusagen implizit voraussetzen, dass die bisherigen Marktanteile der Krankenhäuser (gemessen in Betten, Fallzahlen oder Casemix) gerecht waren. Für den Fall, dass sie dies nicht waren, würde der Ausgleichsmechanismus die ungleichen Startchancen aber eventuell sogar noch verschärfen.

Insgesamt sprechen weder der vorhandene Investitionsstau noch ungleiche Startchancen gegen einen zügigen Systemübergang zu einer monistischen Krankenhausfinanzierung. Bei der Investitionslücke ist sogar festzustellen, dass die Monistik die Voraussetzung ihrer Beseitigung darstellt (und nicht umgekehrt). Soll beim Übergang ein Ausgleich zwischen den Krankenhäusern durchgeführt werden, so fehlt es nicht an Vorschlägen, die allerdings mit dem Risiko behaftet sind, die Ungleichheit zwischen den Krankenhäusern noch zu verschärfen.

8.4 Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung

Die Krankenhausgesetze der Länder sehen eine Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung mit Hilfe der Krankenhausplanung vor (vgl. im Detail Neubauer et al. 2006). Über die Steuerung der Investitionsvergabe im Rahmen der dualen Finanzierung besitzen die Länder darüber hinaus ein Instrument, das über eine re-

⁸ Bei Leu et al. (1999) handelt es sich um einen Vorschlag für die Schweiz, weswegen sie von einem kantonalen Investitionspool sprechen. Auch die Expertenkommission „Zukunft der Krankenhausstruktur Baden-Württemberg“ macht verschiedene Vorschläge, wie die Finanzierungsmöglichkeiten durch längerfristige Kredite an Krankenhäuser verbreitert werden kann. Allerdings ist hier kein Übergang auf ein monistisches Finanzierungssystem vorgesehen.

gionale Verteilung der Fördermittel zur Sicherstellung beitragen kann. Des Weiteren können die Länder so genannte Sicherstellungszuschläge zum Gegenstand der Budgetverhandlungen zwischen Kassen und Krankenhäusern veranlassen. Bei Einführung der Monistik wird jedoch bei der Vergütung nicht mehr zwischen Investitions- und laufenden Betriebskosten unterschieden. Dies könnte bei Krankenhäusern in strukturschwachen Regionen aufgrund von Größennachteilen (d. h. zu geringe Auslastung, um notwendige Investitionen zu amortisieren) dazu führen, dass gar kein Angebot zustande kommt.

8.4.1 Ausschreibung des Angebots in strukturschwachen Regionen

Um dies zu verhindern und gleichzeitig sicherzustellen, dass das Angebot kostenminimal erfolgt, kann ein Wettbewerb um den Markt organisiert werden. Dafür eignet sich ein Ausschreibungsverfahren, welches in einem regional begrenzten Gebiet die stationäre Versorgung für eine bestimmte Zeitdauer zum Gegenstand hat.

Basis für ein solches Verfahren ist eine Abgrenzung des Einzugsgebiets und der vorzuhaltenden Krankenhausleistungen (Reservekapazität). Dies könnte eine Krankenhausrahmenplanung der jeweiligen Bundesländer leisten, die anstelle der jetzigen Krankenhauspläne zusammen mit der monistischen Finanzierung eingeführt würde. Der für die Sicherstellung zuständige Auftraggeber schreibt – für den Fall, dass kein Angebot auf dem Krankenhausmarkt zustande kommt – die vorzuhaltenden Krankenhausleistungen für einen mittelfristigen Zeitraum von etwa 15 Jahren aus.⁹ Falls die zukünftigen Rückflüsse in solchen Gebieten unter den „normalen“ Vergütungssätzen nicht die Investitionen zur Herstellung der notwendigen Krankenhausleistungen decken, werden die Bieter einen bestimmten zusätzlichen Betrag vom Auftraggeber einfordern. Der Anbieter mit dem geringsten Bietsbetrag sollte dann den Zuschlag erhalten.¹⁰

8.4.2 Verantwortungsträger der Sicherstellung

Für die Sicherstellung der Krankenversorgung könnten die Krankenkassen oder staatliche Träger verantwortlich sein.¹¹ Da heute schon in den meisten Bundesländern eine Übertragung der Sicherstellungsverantwortung auf Landkreise bzw. Stadtkreise oder kreisfreie Städte in den jeweiligen Landeskrankenhausgesetzen verankert ist, bieten sich im zweiten Fall die Kommunen für die Verantwortung der Sicherstellung an.¹²

⁹ Zur Ausschreibung von Rettungsdienstleistungen vgl. Brinkmann (2002).

¹⁰ Oberender/Zerth (2004) zeigen, dass in einer Region auch dann kein Angebot an Krankenhausleistungen zustande kommen kann, wenn zukünftige Rückflüsse notwendige Investitionen finanzieren würden. Der Grund hierfür ist, dass Krankenkassen auf einem freien Markt eine dominante Strategie haben, sich nicht an den Kosten einer Reservekapazität zu beteiligen.

¹¹ Auch Ebsen (2006) sieht prinzipiell diese zwei Möglichkeiten. Etwaige verfassungsrechtliche Einwände gegen eine Sicherstellung durch Krankenkassen sieht er nicht gegeben.

¹² Eine explizite Übertragung der Sicherstellungsverantwortung auf kommunale Ebene findet sich beispielsweise in den Landeskrankenhausgesetzen von Baden-Württemberg, Brandenburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland und Sachsen.

8.4.2.1 Sicherstellung durch die Kassen

Liegt der Auftrag der Sicherstellung bei den Krankenkassen, so sind diese verpflichtet, ihren Versicherten in strukturschwachen Regionen die Inanspruchnahme der durch die Rahmenplanung als „notwendig“ definierten Krankenhausleistungen zu gewährleisten. Hier könnte dann das oben skizzierte Ausschreibungsmodell zur Anwendung kommen. Wenn die Krankenkassen die Sicherstellung im stationären Bereich übernehmen, ergeben sich allerdings Koordinierungsprobleme zwischen den Kassen. Aufgrund des Optionsnutzens der Krankenversicherung entsteht eine Trittbrettfahrerproblematik, die nicht einfach zu lösen ist. Einzelne Kassen könnten sich der Finanzierung entziehen und so eine hinreichende Bereitstellung regionaler stationärer Versorgung in Frage stellen. Aus diesem Grund fordern Ebsen et al. (2003) ein Letztinterventionsrecht des Staates: Stellt er fest, dass die Versorgung in einer Region nicht sichergestellt ist, müsste er intervenieren können und entweder selber entsprechende stationäre Leistungen unter Vertrag nehmen oder die Krankenkassen dazu verpflichten.

Die ausschließlich monistische Finanzierung der stationären Versorgung konfliktiert schließlich mit der fehlenden Regionalisierung der Beitragssätze in der GKV. Da es Krankenkassen derzeit nicht erlaubt ist, ihre Beitragssätze bzw. Pauschalen regional zu differenzieren, hätten Krankenkassen, welche hauptsächlich in strukturschwachen Regionen operieren, einen Wettbewerbsnachteil und alle Kassen hätten ein Interesse an einer Risikoselektion zulasten der Versicherten in diesen Regionen. Hier könnte eine Regionalkomponente im Risikostrukturausgleich zwischen den Kassen helfen. Einfacher und zielführender wäre hingegen, den Kassen eine Regionalisierung der Beitragssätze zu ermöglichen.¹³ Gerade der Gesundheitsfonds, der eine lohnbezogene Grundfinanzierung mit einer pauschalen Zusatzprämie kombiniert, würde es den Krankenkassen vergleichsweise einfach ermöglichen, künftig ihre Zusatzprämie regional zu differenzieren.¹⁴

8.4.2.2 Sicherstellung durch die Kommunen

Liegt die Sicherstellung hingegen bei der Kommune, so wäre diese verpflichtet, das Angebot der notwendigen Krankenhausleistungen sicherzustellen und könnte das oben beschriebene Ausschreibungsverfahren organisieren. Der erfolgreiche Bieter erhielte dann für die Bereitstellung stationärer Leistungen von der Kommune eine finanzielle Förderung in Höhe des Bietbetrages. Dessen Finanzierung sollte über das Steueraufkommen erfolgen, um die Nachfrage nach wohnortnaher stationärer Versorgung an den Preis ihrer Bereitstellung zu knüpfen. Bei einer derartigen Finanzierung würde ein Teil dualer Finanzierung zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung verbleiben. Würde hingegen die regionale Versorgung

¹³ Für regionale Beitragssätze in der GKV plädieren auch Jacobs et al. (1998). Diese zeigen auch auf, wie ein auf dem Risikostrukturausgleich aufbauender Regionalausgleich zwischen den Krankenkassen funktionieren könnte. Allerdings weisen Jacobs et al. (1998) auch darauf hin, dass auf eine regionale Komponente im RSA selbst bei regionalisierten Beitragssätzen nicht gänzlich verzichtet werden kann.

¹⁴ Zum Preiswettbewerb der Kassen im Gesundheitsfonds vgl. Felder (2007).

durch die GKV über eine allgemeine Umlage finanziert, so hätten Länder und Kommunen einen Anreiz, auf Kosten der GKV eine allzu großzügige flächendeckende stationäre Krankenversorgung zu organisieren.

Im Prinzip könnte man es also in diesem Fall bei den bisherigen Zuständigkeiten belassen.¹⁵ Wobei sich – im Gegensatz zum momentanen System – aus dem Sicherstellungsauftrag durch die Kommunen (und erst recht aus der Möglichkeit der Letztintervention für den Staat bei einer Sicherstellung durch die Kassen) keine umfassende Krankenhausplanung ableitet. Vielmehr beschränkte sich der Eingriff auf diejenigen Regionen, bei denen der Markt nicht das in der Rahmenplanung als notwendig erachtete Angebot erzeugt.

8.5 Fazit

8

Mit dem nahenden Ende der Konvergenzphase bei der Vergütung von Krankenhausleistungen muss der ordnungspolitische Rahmen für die zukünftige Finanzierung der Krankenhäuser neu tariert werden. Das Auslaufen krankenhausspezifischer Kostenerstattung hat den ökonomischen Druck auf die Krankenhäuser erhöht. Der Staat, überfordert, seinen Anteil an der dualen Finanzierung nach rationalen Prinzipien einzulösen, hat die Krankenhäuser zusätzlich in finanzielle Schwierigkeiten gebracht.

Wir zeigen im Rahmen dieses Beitrags, dass nicht allein – wie oftmals im Zusammenhang mit der brachliegenden Krankenhauslandschaft behauptet wird – die mangelnde staatliche Investitionsvergabe der letzten Jahre ein Problem darstellt. Die in der dualen Finanzierung praktizierte strikte Trennung zwischen Investitionen und laufenden Betriebskosten führt per se zu ineffizienten Investitionsentscheidungen – schon deswegen ist für die künftige Neuordnung der Übergang zu einer monistischen Krankenhausfinanzierung zu fordern.

Die Argumente Investitionsstau und ungleiche Startchancen, die häufig gegen einen Übergang in die Monistik angeführt werden, halten einer näheren Betrachtung nicht stand. Denn bei beiden wird übersehen, dass Investitionsentscheidungen viel mit der Zukunft und fast nichts mit der Vergangenheit zu tun haben. Wenn in der aktuellen Debatte die Fehler der Investitionsförderung im Rahmen der dualen Finanzierung als Argumente gegen die zügige Einführung der Monistik vorgebracht werden, so sollte der Staat nicht darauf eingehen, weil er sonst Gefahr läuft, die Fehler der Vergangenheit nochmals zu begehen. Für die vergangene Praxis der Investitionsvergabe sollte beim Start der Monistik gelten: „Was vorbei ist, ist vorbei“. Eine monistische Finanzierung bedeutet höhere Vergütung für Krankenhausleistungen und schafft so die Voraussetzungen für neue Investitionen.

Insgesamt bedeutet die Einführung einer monistischen Finanzierung aber, dass sich die Bundesländer aus dem Krankenhausbereich ein gutes Stück zurückziehen,

¹⁵ Nicht zuletzt der im ursprünglichen Gesetzentwurf zur Gesundheitsreform 2000 geplante Übergang des Sicherstellungsauftrags auf die Kassen führte zu einem Scheitern der Einführung der monistischen Finanzierung im Vermittlungsausschuss; vgl. Ebsen (2006).

das je nachdem, ob sie (bzw. ihre Kommunen) oder die Krankenkassen für die künftige Sicherstellung verantwortlich sind, größer oder kleiner ausfallen wird. Ob sie den Mut aufbringen, dies zu tun, bleibt abzuwarten. Allerdings ist die Alternative der Beibehaltung der dualen Finanzierung eigentlich keine wirkliche, denn letztendlich bedeutet sie ein weiteres Kurieren am Symptom „Investitionsstau“.

8.6 Literatur

- Augurzky B, Engel D, Krolow S, Schmidt CM, Schmitz H, Schwierz C, Terkatz S. Krankenhaus Rating Report 2007 – Die Spreu trennt sich vom Weizen. Essen: RWI 2007.
- Bölt U. Statistische Krankenhausdaten: Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser 2004. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg.). Krankenhaus-Report 2006. Stuttgart: Schattauer 2006; 273–302.
- Brinkmann H. Ist Wohlfahrt drin, wo Wohlfahrt draufsteht? Eine ökonomische Analyse des deutschen Marktes für Rettungsdienstleistungen. Edewecht 2002.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft. Deutschland droht Spitzenplatz in der Medizin zu verlieren – Bundesweites Sonder-Investitionsprogramm gefordert. Pressemitteilung vom 8.4.2007.
- Ebsen I, Greß S, Jacobs K, Szecseny J, Wasem J. Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung. In: AOK-Bundesverband (Hrsg.): Vertragswettbewerb in der GKV zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung. AOK im Dialog, Band 13. Bonn 2003; 145–307.
- Ebsen I. Perspektiven der Krankenhausplanung in einem gewandelten Markt und einem föderalen Gefüge. In: Klauber J, Robra B, Schellschmidt H (Hrsg.). Krankenhaus-Report 2006. Stuttgart: Schattauer 2006; 117–31.
- Felder S. Gesundheitsfonds und Preiswettbewerb, In: Göppfarth D, Greß S, Jacobs J, Wasem J. Jahrbuch Risikostrukturenausgleich 2007. Der Gesundheitsfonds. Sankt Augustin: Asgard 2007; 215–30.
- Hermann C. Monistik ante portas – Notwendigkeiten und Wege des Umstiegs auf eine effizienzorientierte Krankenhausfinanzierung. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg.). Krankenhaus-Report 2006. Stuttgart: Schattauer 2006; 101–16.
- Jacobs K, Reschke P, Wasem J. Zur funktionalen Abgrenzung von Beitragssatzregionen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Baden-Baden.
- Leu R, Eisenring C, Nocera S, Schellhorn M. Spitalfinanzierung im Umbruch – Probleme und Lösungsmöglichkeiten. Basel: Interpharma.
- Neubauer G. Zur Zukunft der dualen Finanzierung unter Wettbewerbsbedingungen In: Arnold M, Klauber J, Schellschmidt H (Hrsg.). Krankenhaus-Report 2002. Stuttgart: Schattauer 2003; 71–91.
- Neubauer G, Beivers A, Minartz C. Marktwandel und Sicherstellung der regionalen Krankenhausversorgung. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg.). Krankenhaus-Report 2006. Stuttgart: Schattauer 2006; 65–86.
- Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg. Zukunft der Krankenhausstruktur Baden-Württemberg, Bericht der Expertenkommission. Stuttgart 2006.
- Oberender P, Hacker J, Schommer R. Krankenhäuser und Kapitalmarkt. f&w 2002; 130–2.
- Oberender P, Zerth J. Ordnungsökonomische Konsequenzen einer flächendeckenden Versorgung im liberalisierten Gesundheitswesen: Notwendigkeit einer Regulierung? In: Cassel D (Hrsg.). Wettbewerb und Regulierung im Gesundheitswesen. Baden-Baden 2004; 111–38.
- Robert Bosch Stiftung. Krankenhausfinanzierung in der Selbstverwaltung, Kommissionsbericht, Gerlingen: Bleicher 1987.