



**Fachhochschule Osnabrück
University of Applied Sciences**

Prof. Dr. Barbara Schmidt-Rettig

Stellungnahme als Einzelsachverständige
zur Krankenhausfinanzierung und Krankenhausplanung

Anhörung des Deutschen Bundestages
Ausschuss für Gesundheit
am 18. Juni 2008

Ausgangssituation

Unzureichende Investitionsförderung, ungerechte Verteilung und ineffiziente Steuerung der Kapazitäten führen zu einer Einschränkung der Wettbewerbsfähigkeit von Krankenhäusern und beleben die Diskussion um den Zusammenhang zwischen Betriebskosten- und Investitionskostenfinanzierung – und damit um den Kontext des gesamten Steuerungs- und Koordinierungssystems der Krankenhauswirtschaft – neu. Duale oder monistische Finanzierung heißen die ordnungspolitischen Alternativen, die im Mittelpunkt der Diskussion bzgl. der Reformvorhaben stehen.

Dabei ist zu prüfen

1. welche Anforderungen an die ordnungspolitischen Regelungen zu stellen sind vor dem Hintergrund der derzeitigen Defizite der Krankenhausfinanzierung und -planung und
2. in wieweit diese Anforderungen mit einem Umstieg von der Dualistik auf die Monistik erfüllt werden können.

1. Anforderungen an den ordnungspolitischen Rahmen

- 1.1) Sicherstellung ausreichender und nachhaltiger jährlicher Finanzmittel für Krankenhausinvestitionen (Erhöhung der Investitionsquote deutlich über 10%) sowie Abbau des Investitionsstaus (20-50 Mrd.).
- 1.2) Eröffnung ausreichender Gestaltungsfreiräume für eine strategische Angebotspolitik von Krankenhäusern mit Blick auf den regionalen Wettbewerb.
- 1.3) Festlegung einer Bezugsgröße als Grundlage der Verteilung von Investitionsmitteln, die den Investitionsbedarf in Abhängigkeit vom angebotenen Leistungsspektrum (Infrastruktur der Medizin und Pflege sowie bauliche Infrastruktur) abbildet.
- 1.4) Voraussetzungen für die Einheit betriebswirtschaftlicher Entscheidungen über die Finanzierung der Investitions- und Betriebskosten aus der Krankenhausvergütung mit Blick auf die Effizienz und Effektivität von Investitionsentscheidungen.

2. Beiträge einer Monistik zur Problemlösung

- 2.1) Ein jährlicher Bedarf von fünf Milliarden Euro und der Abbau des Investitionsstaus kann nicht über einen Systemwechsel gelöst werden. Hier sind Entscheidungen über das Aufkommen der Finanzmittel generell und über die absolute Höhe jährlich erforderlich.
- 2.2) Ein ausreichender Spielraum für Krankenhäuser bezüglich ihrer regionalen Angebotspolitik kann ebenfalls nicht über einen Systemwechsel ermöglicht werden. Vielmehr entscheiden über Gestaltungsfreiräume für Krankenhäuser die ordnungspolitischen Regelungen der Krankenhausplanung die Planungstiefe und -differenzierung für regionale Krankenhausstrukturen und des damit verbundenen bürokratischen Aufwandes.

- 2.3) Die Finanzierung von Krankenhausinvestitionen, insbesondere von Re-Investitionen in Medizintechnik und weitere Krankenhausinfrastruktur muss an dem Investitionsbedarf von Krankenhäusern ansetzen. Dieser ist insbesondere abhängig vom Leistungsspektrum der Diagnostik und Therapie, der Pflege sowie der baulichen Infrastruktur. Hier ist die Festlegung der Bezugsgröße, die der Investitionsförderung zugrunde gelegt wird, entscheidend. Diese Frage ist systemunabhängig zu lösen. Die nahe liegende Alternative, über die Fallschwere (Relativgewichte) die Investitionsmittel zu verteilen (siehe auch NRW), unterstellt eine Proportionalität zwischen den Personal- und Sachkosten der Patientenbehandlung und dem Investitionsbedarf. Diese ist nicht gegeben. Da Krankenhäuser personalintensive und nicht kapitalintensive Unternehmen sind, würde die Bezugsgröße „Fallschwere“ ggf. abermals zu Fehlsteuerungen der Kapazitäten führen.
- 2.4) Die Einheit der betriebswirtschaftlichen Entscheidungen ist gegeben, wenn die Betriebskosten und die Investitionskosten aus einem Betrag - der Krankenhausvergütung - finanziert werden. Dies ist nicht zwangsläufig über einen Systemwechsel zu erzielen. Auch bei dualer Finanzierung (Bundesländer und Krankenkassen) können im Preis für Krankenhausleistungen sowohl Investitions- als auch Betriebskosten enthalten sein.

3. Vorschlag: Modifizierte dualistische Finanzierung

3.1) *Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung*

Der Sicherstellungsauftrag bleibt bei den Bundesländern in Form einer Rahmenplanung bezüglich der Standorte und Fachgebiete. Die Sicherstellung der Notfallversorgung und die Vermeidung von Unterversorgung liegen ebenfalls in der Verantwortung der Länder.

Die Krankenhäuser gestalten mit ihrer Angebotspolitik innerhalb der Rahmenplanung einer Region das Leistungsangebot.

Für die Sicherstellung der Notfallversorgung und die Vermeidung von Unterversorgung erfolgt eine Einzelförderung durch die Bundesländer.

Die Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser erfolgt über einen Zuschlag auf das Fallentgelt. Hierzu wird auf Landesebene ein Fond gebildet, in den das Land die Mittel der Einzelförderung - unter Abzug des Betrages, der für die Sicherstellung der Notfallversorgung und die Vermeidung von Unterversorgung benötigt wird - sowie den Betrag der pauschalen Fördermittel einzahlt. Die Krankenkassen beteiligen sich ebenfalls mit einem noch zu definierenden Betrag an diesem Investitionsfond.

Aus der bisherigen Sicht auf die Frage „dual oder monistisch“ stellt dieser Ansatz eine „modifizierte duale Finanzierung“ dar. Es handelt sich um zwei Finanzierungsquellen (Bundesland und Krankenkassen) aber nur einen Finanzierungsstrom. Aus dem Fallentgelt (mit Zuschlag) ist die Investitions- und Betriebskostenfinanzierung vorzunehmen. Die Krankenkassen partizipieren damit an Effizienzvorteilen über die Betriebskostenfinanzierung aufgrund einer Erhöhung der Effizienz und Effektivität von Investitionsentscheidungen ggf. über Preis- und Mengenverhandlungen.

3.2) *Bezugsgröße*

Aus diesem Fond erhalten die Krankenhäuser einen Zuschlag auf die Fallpauschale, der sich wie folgt berechnet:

1. Grundbetrag je Fall für jedes Krankenhaus in gleicher Höhe zur Finanzierung der baulichen und technischen Infrastruktur und
2. Zuschlag je Fall in Abhängigkeit von Art und Zahl der vertretenen Fachgebiete sowie vorgehaltener medizinischer und medizin-technischer Infrastruktur. Dieser Zuschlag wird definiert und festgelegt über eine Krankenhausgruppenbildung.

3.3) *Einheit der betriebswirtschaftlichen Entscheidungen*

Aus der Sicht der Krankenhäuser wird es möglich, betriebswirtschaftliche Entscheidungen bezüglich der Investitions- und Folgekosten zusammenzuführen, da die Investitionsmittel über das Leistungsentgelt „fließen“.

Die Anbindung der Investitionsförderung an die bauliche und technische sowie medizinische und medizin-technische Infrastruktur eines Krankenhauses stellt ebenso auf die Grundlage des Re-Investitionsbedarfs wie auf den Finanzbedarf für Rationalisierungs- oder Erweiterungsinvestitionen ab.