



Projektbericht

RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung

Stand und Weiterentwicklung der Investitionsförderung im Krankenhausbereich

Endbericht

**Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums
für Gesundheit**

6. Dezember 2017



Impressum

Herausgeber:

RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung
Hohenzollernstraße 1-3 | 45128 Essen, Germany
Fon: +49 201-81 49-0 | E-Mail: rwi@rwi-essen.de
www.rwi-essen.de

Vorstand

Prof. Dr. Christoph M. Schmidt (Präsident)
Prof. Dr. Thomas K. Bauer (Vizepräsident)
Dr. Stefan Rumpf

© RWI 2017

Der Nachdruck, auch auszugsweise, ist nur mit Genehmigung des RWI gestattet.

RWI Projektbericht

Schriftleitung: Prof. Dr. Christoph M. Schmidt
Gestaltung: Daniela Schwindt, Magdalena Franke, Claudia Lohkamp

Stand und Weiterentwicklung der Investitionsförderung im Krankenhausbereich
Endbericht
Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit
6. Dezember 2017

Projektteam

Prof. Dr. Boris Augurzky (RWI, Leitung), Prof. Dr. Andreas Beivers (Hochschule Fresenius), Annika Emde (hcb), Prof. Dr. Bernd Halbe (Dr. Halbe Rechtsanwälte), Dr. Adam Pilny (RWI), Niels Straub (IMSP – Institut für Marktforschung, Statistik und Prognose) und Christiane Wuckel (RWI)

Das Projektteam dankt Maurice Berbuir und Claudia Lohkamp für die Unterstützung bei der Erstellung des Berichts. Spezieller Dank für die Unterstützung im Kapitel zum internationalen Vergleich durch die Bereitstellung von Informationen und Ansprechpartnern aus den jeweiligen Ländern gilt Judith Niehaus (Dänisches Konsulat in München), Jörg Artmann (AOK Rheinland/Hamburg, Stabsbereich Gesundheitspolitik/Gesundheitsökonomie), Hirotaka Furukawa (I. Botschaftssekretär der japanischen Botschaft in Berlin) und Thomas Rüger (KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft).

RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung

Stand und Weiterentwicklung der Investitionsförderung im Krankenhausbereich

Endbericht

**Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums
für Gesundheit**

6. Dezember 2017

Inhaltsverzeichnis

Executive Summary	7
1. Einleitung	11
1.1 Historische Entwicklung	11
1.2 Krankenhausplanung	17
1.3 Probleme der dualen Finanzierung	20
2. Bestandsaufnahme	21
2.1 Fördermittel nach dem KHG	21
2.2 Sonderförderprogramme	25
2.3 Strukturfonds nach dem KHSG	26
2.4 Hochschulkliniken	27
2.4.1 Grundlegendes	27
2.4.2 Rechtlicher Rahmen zur Finanzierung der Hochschulkliniken	31
3. Investitionsbedarfe	32
3.1 Kennzahlen	32
3.2 Bestimmung der Förderlücke	34
4. Internationaler Vergleich	36
4.1 Überblick	37
4.2 Länderanalyse	38
4.2.1 Dänemark	38
4.2.2 Österreich	41
4.2.3 Schweiz	43
4.2.4 Frankreich	46
4.2.5 Niederlande	49
4.2.6 Japan	52
4.2.7 Australien	55
4.3 Zusammenfassung – Lessons learned	57
5. Reformoptionen	60
5.1 Bestehende Vorschläge	60
5.2 Erfahrungen aus früheren Gesetzgebungsverfahren	63
5.3 Sonderförderung Neue Bundesländer	64
5.4 Exkurs: Andere Bereiche der Daseinsvorsorge	67
5.5 Ausgangslage und Ziele	68
5.5.1 Ausgangslage	68
5.5.2 Soll-Struktur	71
5.5.3 Ziele von Maßnahmen zur Verbesserung der Investitionsfinanzierung	80
5.6 Neue Vorschläge zur Verbesserung der Investitionsfinanzierung	84
5.6.1 Vorschläge zur Erreichung einer auskömmlichen Investitionsfinanzierung	84
5.6.1.1 Pauschale Aufstockung mit Bundesmitteln	87
5.6.1.2 Bedingte Aufstockung von Länder- oder Krankenhausmitteln mit Bundesmitteln	95
5.6.1.3 Umstellung auf Monistik	99
5.6.1.4 Zinslose Investitionskredite	101
5.6.1.5 Vorsteuerabzugsvoucher	103
5.6.1.6 Investitionsmittel bei guter Leistung	106
5.6.2 Vorschläge zur Optimierung der Versorgungsstrukturen	109
5.6.2.1 Strukturfonds 2.0	109
5.6.2.2 Ergänzender Strukturfonds bei Umstellung auf Investitionspauschalen	113

5.6.2.3	Digital Boost	115
5.6.2.4	Sektorenübergreifende (Notfall-)Versorgung.....	118
5.6.3	Zusammenfassung und Empfehlung.....	123
6.	Glossar	127
	Literatur	128

Verzeichnis der Tabellen und Schaubilder

Tabelle 1	Abweichung der Länderangaben zu Fördermitteln zur AOLG-Statistik.....	24
Tabelle 2	Umstieg auf Investitionspauschalen.....	25
Tabelle 3	Beantragte Maßnahmen nach Bundesländern	27
Tabelle 4	Investitionsfördermittel der Hochschulkliniken	30
Tabelle 5	Investitionsbedarf, Förder- und Investitionslücke nach Bundesländern 2015	36
Tabelle 6	Anteil der Bundesmittel in Österreich	42
Tabelle 7	Investitionsquoten der Schweizer Krankenhäuser	45
Tabelle 8	Durchschnittliche Investitionsquote der niederländischen Krankenhäuser	51
Tabelle 9	Investitionstätigkeit der privaten Krankenhäuser in Australien.....	57
Tabelle 10	Investitionsmittel im internationalen Vergleich	58
Tabelle 11	Ausgewählte Maßnahmen des Bundes zur finanziellen Unterstützung von Länderaufgaben.....	67
Tabelle 12	Hochrechnung der Leistungszahlen 2015 bis 2025	72
Tabelle 13	Umsatz und Betriebskosten 2015 und in der Simulation 2025	76
Tabelle 14	Umsatz und Betriebskosten 2015 und in der Simulation 2025 nach Rating-Quartilen	76
Tabelle 15	Ausgewählte Kennzahlen der Simulation zur Soll-Struktur.....	77
Tabelle 16	Investitionsbedarf 2015 und in der Simulation 2015	78
Tabelle 17	Effektive Förderlücke 2015 und in der Simulation 2025	78
Tabelle 18	Investitionskosten für den Übergang zur Soll-Struktur	79
Tabelle 19	Gesamte Umstrukturierungskosten und Einsparpotenzial	80
Tabelle 20	Beispielhafte Darstellung der Verteilungseffekte bei einem Umstieg auf die Monistik bezogen auf Plankrankenhäuser	100
Tabelle 21	Beispiel 1 eines Antrags zum Strukturfonds 2.0	110
Tabelle 22	Beispiel 2 eines Antrags zum Strukturfonds 2.0	111
Tabelle 23	Beispiel 3 eines Antrags zum Strukturfonds 2.0	111
Tabelle 24	Zusammenfassende Bewertung aller Vorschläge	125
Tabelle 25	Kombination der zu empfehlenden Vorschläge	127
Schaubild 1	Investitionsfinanzierung mit langer Geschichte	11
Schaubild 2	Krankenhausplanung	18
Schaubild 3	Häufig genannte Schwerpunkte in der Krankenhausplanung	18
Schaubild 4	Krankenhausgröße: Verteilung nach Größenklassen 2015 in %.....	19
Schaubild 5	Sinkende KHG-Fördermittel bei steigendem BIP	21
Schaubild 6	KHG-Fördermittel als Anteil am Krankenhausumsatz	22
Schaubild 7	Auseinanderklaffen der Entwicklung der Investitionsmittel und des BIP	22
Schaubild 8	Seit 1973 fast Halbierung der KHG-Fördermittel je Einwohner	23
Schaubild 9	Sonderförderprogramme der Länder	25
Schaubild 10	Finanzierung der Hochschulkliniken.....	28

Schaubild 11	Kapitaleinsatz und Förderquoten nach Bundesländern.....	33
Schaubild 12	Kapitaleinsatz und Förderquoten nach Trägern.....	33
Schaubild 13	Investitionsbedarf und Förderlücke 2015 in Mio. €.....	35
Schaubild 14	Krankenhausstruktur und -finanzierung im internationalen Vergleich	38
Schaubild 15	Neustrukturierte Krankenhauslandschaft in Dänemark	39
Schaubild 16	Finanzmittelaufkommen Landesgesundheitsfonds Salzburg 2015.....	42
Schaubild 17	Frankreich – Öffentliche Krankenhäuser: Investitionsquote in % des Umsatzes	47
Schaubild 18	Frankreich – Private Krankenhäuser: Investitionsquote in % des Umsatzes	48
Schaubild 19	Lessons learned aus Investitionsprogrammen anderer Länder	60
Schaubild 20	Investitionsmittel nach GSG Art. 14 in Mio. €.....	65
Schaubild 21	Krankenhausdichte und Bevölkerungsdichte in OECD-Mitgliedstaaten	73
Schaubild 22	Jahresergebnis nach Steuern 2015 (als Anteil an Erlösen).....	74
Schaubild 23	Kapitaleinsatz und Anteil kleiner Krankenhäuser	74
Schaubild 24	Erreichbarkeit der Grundversorger	75
Schaubild 25	Investitionsbedarf zur Erreichung der Soll-Struktur im Zeitverlauf, in Mrd.....	80
Schaubild 26	Ziele und mögliche Nebeneffekte von Maßnahmen.....	81
Schaubild 27	Vorgeschlagene Maßnahmen	83
Schaubild 28	Kombination von Vorschlägen (Baukastenprinzip)	84
Schaubild 29	Vorschlag „Pauschale Aufstockung mit Bundesmitteln“.....	89
Schaubild 30	Erwartete Effekte des Vorschlags „Pauschale Aufstockung mit Bundesmitteln“	89
Schaubild 31	Bedingte Aufstockung von Ländermitteln mit Bundesmitteln.....	95
Schaubild 32	Erwartete Effekte des Vorschlags „Bedingte Aufstockung von Ländermitteln mit Bundesmitteln“	95
Schaubild 33	Bedingte Aufstockung von Krankenhausmitteln mit Bundesmitteln.....	97
Schaubild 34	Erwartete Effekte des Vorschlags „Bedingte Aufstockung von Krankenhausmitteln mit Bundesmitteln“	97
Schaubild 35	Monistik.....	99
Schaubild 36	Erwartete Effekte des Vorschlags „Monistik“	101
Schaubild 37	Zinslose Investitionskredite.....	102
Schaubild 38	Erwartete Effekte des Vorschlags „zinslose Investitionskrediten“	103
Schaubild 39	Vorsteuerabzugsvoucher.....	104
Schaubild 40	Erwartete Effekte des Vorschlags „Vorsteuerabzugsvoucher“	105
Schaubild 41	Investitionsmittel bei guter Qualität	106
Schaubild 42	Erwartete Effekte des Vorschlags „Investitionsmittel bei guter Qualität“	108
Schaubild 43	Strukturfonds 2.0.....	109
Schaubild 44	Erwartete Effekte des Vorschlags „Strukturfonds 2.0“	112
Schaubild 45	Ergänzender Strukturfonds bei Umstellung auf Investitionspauschalen	114
Schaubild 46	Erwartete Effekte des Vorschlags „ergänzender Strukturfonds bei Umstellung auf Investitionspauschalen“	115
Schaubild 47	Digital Boost	116
Schaubild 48	Erwartete Effekte des Vorschlags „Digital Boost“	118
Schaubild 49	Sektorenübergreifende Versorgung.....	119
Schaubild 50	Beispiel „integriertes Gesundheitszentrum“.....	119
Schaubild 51	Erwartete Effekte des Vorschlags „sektorenübergreifende Versorgung“	120
Schaubild 52	Sektorenübergreifende Notfallversorgung	121
Schaubild 53	Intersektorales Notfallzentrum	122
Schaubild 54	Erwartete Effekte des Vorschlags „sektorenübergreifende Notfallversorgung“	123

Executive Summary

Die Investitionsfinanzierung im deutschen Krankenhauswesen blickt auf eine lange Geschichte zurück. Beginnend mit ersten Preisstopps in den 1930er Jahren folgten in den darauffolgenden acht Jahrzehnten politische Debatten über die Ausgestaltung einer auskömmlichen Investitionsfinanzierung. Die vorherrschenden Meinungen der betroffenen Akteure gingen dabei nicht selten auseinander. Um den Investitionsbedarf zu decken und die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser zu verbessern, trat 1972 das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) in Kraft, womit die Dualistik im Krankenhauswesen Einzug erhielt. Fortan war und ist die Finanzierung der Betriebs- und der Investitionskosten getrennt organisiert. Dabei erhielten die Länder die Hoheit zur Krankenhaus- und Investitionsplanung. Zahlreiche Reformansätze zu einer Neugestaltung der Investitionsfinanzierung wurden immer wieder ins Spiel gebracht, vielfach die Einführung der Monistik, d.h. die Krankenhausfinanzierung aus einer Hand, jedoch nie politisch umgesetzt.

Der Investitionsbedarf der Plankrankenhäuser zum Erhalt des Status quo wird von mehreren Quellen auf ein Volumen zwischen 4,7 bis 6,0 Mrd. € p.a. beziffert. In dem vorliegenden Gutachten wird auf einen Benchmark-Ansatz analog zum Investitionsbarometer NRW und zum Krankenhaus Rating Report zurückgegriffen¹. Darauf aufbauend wird hier der jährliche Investitionsbedarf zum Erhalt der bestehenden Unternehmenssubstanz auf 5,4 Mrd. € beziffert.² Die Bundesländer, die für die Finanzierung der Investitionen zuständig sind, stellten 2015 rund 2,8 Mrd. € zur Verfügung, sodass sich eine Förderlücke in Höhe von 2,6 Mrd. € auftut. Im Vergleich zu 1991 ist das Fördervolumen um nominal 23% gesunken, während das Bruttoinlandsprodukt um nominal 92% gestiegen ist. Mithin zeichnet sich mit dem fortwährenden Rückgang des Fördervolumens eine „schleichende Monistik“ ab. Krankenhäuser versuchen, die wachsende Förderlücke durch eigenfinanzierte Investitionen zu schließen. Da es ihnen aber nicht vollständig gelingt, ist mit einem schleichenden Substanzverzehr zu rechnen.

Darüber hinaus ist die Krankenhausversorgung in Deutschland durch weitere Schwierigkeiten geprägt. Die wirtschaftliche Lage mancher Krankenhäuser konnte 2015 als mäßig bezeichnet werden. Überdurchschnittlich schlecht war sie besonders bei kleinen, wenig spezialisierten sowie kommunalen Krankenhäusern – jedoch mit großen regionalen Unterschieden. Am schwierigsten war sie in Baden-Württemberg, Bayern und Niedersachsen. Dagegen war die Situation in den neuen Bundesländern überdurchschnittlich gut. Im internationalen Vergleich leistet sich Deutschland umfangreiche Krankenhauskapazitäten, zum Teil verteilt auf relativ viele Standorte. Hinzu kommt durch die überproportional starke Schrumpfung der Bevölkerung in ländlichen Regionen eine schwindende Tragfähigkeit der ländlichen Infrastruktur, was mittelfristig die Lage von ländlichen Krankenhäusern verschärfen dürfte.

Das vorliegende Gutachten erarbeitet verschiedene Vorschläge, um die bestehende Förderlücke zu beheben. Dabei erfolgt auch ein internationaler Vergleich zur Investitionsfinanzierung von Krankenhäusern in Dänemark, Österreich, Schweiz, Frankreich, Niederlande, Japan und

¹ Siehe RWI (2016b) und Augurzyk et al. (2016) und Augurzyk et al. (2017b)

² Für Hochschulkliniken lässt sich kein konkreter Investitionsbedarf beziffern, weil hier die rechtlichen Grundlagen der Investitionsfinanzierung anders sind und darüber hinaus die eingeschränkte Datenverfügbarkeit zu Hochschulkliniken nicht gestattet, valide Aussagen über ihren Investitionsbedarf zu treffen.

Australien, um mögliche Lösungsansätze für Deutschland zu identifizieren. Trotz der unterschiedlichen Rahmenbedingungen lassen sich wichtige Erkenntnisse aus den anderen Ländern ableiten. Es zeigt sich, dass die Krankenhausinvestitionen in Deutschland deutlich niedriger ausfallen als in den untersuchten Ländern. Je nach Finanzierungssystematik werden die Investitionsmittel entweder als öffentliche Fördermittel oder über entsprechende Zuschläge auf die Leistungsvergütung den Krankenhäusern zur Verfügung gestellt. Aus ordnungspolitischer Sicht zeigen Länder, in denen die Investitionskosten in der Fallpauschalenvergütung berücksichtigt sind, wie z.B. in den Niederlanden und der Schweiz, Vorteile durch eine wettbewerbliche und leistungsbezogene Steuerung der Investitionen. Die Beispiele zeigen, dass sich eine solche monetarische Lösung sowohl bei zentraler politischer Zuständigkeit und sehr geringer staatlicher Planung (Niederlande) als auch bei stark föderalen Kompetenzen und sehr detaillierter Planung (Schweiz) umsetzen lässt. Auf der anderen Seite zeigt das Beispiel Dänemark, dass durch gezielte staatliche Investitionsmittelbereitstellung in erheblichem Umfang weitreichende Anpassungen der Krankenhausstrukturen und -ausstattung erreicht werden können.

Für die Entwicklung neuer Konzepte zur Investitionsfinanzierung in Deutschland lässt sich aus der internationalen Analyse folgern, dass eine Aufstockung der Investitionsförderung dringend notwendig ist und gezielt strukturverändernd eingesetzt werden sollte. Hierfür sind Programme mit einer klaren längerfristigen Zielvorstellung und geeignete Auswahlkriterien für eine Finanzierung nach einheitlichen Vergabekriterien von entscheidender Bedeutung. Neben der reinen Aufstockung der Investitionsförderung zur Schließung der Förderlücke mit Mitteln des Bundes bzw. durch die Beitragszahler sollte also ein weiteres Ziel die Anpassung der akutstationären Versorgungsstrukturen an den tatsächlichen Versorgungsbedarf sein.

Eine Besonderheit war die Sonderförderung der neuen Bundesländer. Der Bund hatte sich von 1995 bis 2004 nach Art. 14 GSG an der Investitionskostenfinanzierung für die Krankenhäuser in den neuen Bundesländern beteiligt. Aus den Erfahrungen mit diesem Sonderprogramm lassen sich die folgenden Erkenntnisse ableiten: Aufgrund der historischen Sondersituation gab es eine breite politische Bereitschaft für eine zeitlich befristete gemeinschaftliche Bereitstellung von Fördermitteln durch Bund, Länder und Krankenversicherungen. Die als Ko-Finanzierung bereitgestellten Bundesmittel wurden komplett durch die Länder abgerufen, wobei sich allerdings auch ein Mitnahmeeffekt der Länder durch Verdrängung von KHG-Fördermitteln feststellen ließ. Auch führten fehlende einheitliche Zielvorgaben oder Auswahlkriterien für Investitionsprojekte zu unterschiedlichen strukturellen Ergebnissen in den einzelnen Ländern. Für eine erneute Beteiligung des Bundes an der Investitionsförderung lässt sich daher schlussfolgern, dass eine reine Aufstockung der Fördermittel ohne einheitliche Zielvorgaben nur begrenzt hilfreich ist und die Gefahr von Mitnahmeeffekten berücksichtigt werden muss.

Nichtsdestoweniger können die neuen Bundesländer heute als Blaupause für eine Krankenhaus-Sollstruktur dienen. Als Benchmark gut geeignet dafür ist Sachsen. Die wirtschaftliche Lage der sächsischen Krankenhäuser ist bundesweit am besten. Sowohl die Kapitalausstattung als auch die Krankenhausstrukturen sind im innerdeutschen Vergleich als gut zu bezeichnen, wenngleich es im internationalen Vergleich trotzdem Verbesserungspotenziale gäbe. Mit der Sollstruktur kann sowohl eine Reduktion der Betriebskosten als auch eine Verbesserung der Versorgungsqualität durch Schwerpunktbildung erreicht werden. Wenn man bundesweit die Krankenhausstruktur von Sachsen erreichen möchte, ergibt sich nach Analysen in diesem Gutachten ein Investitionsbedarf von rund 11 Mrd. €. Darunter fallen Kosten für die Aufgabe von kleineren, nicht versorgungsnotwendigen Standorten sowie für Verlagerungen von Kapazitäten zum Zweck der Schwerpunktbildung. Der Strukturfonds nach dem Krankenhausstrukturgesetz trägt dazu bereits 1 Mrd. € bei.

Vor diesem Hintergrund untersucht dieses Gutachten folgende Vorschläge zur Schließung oder Reduktion der Förderlücke und wägt deren Vor- und Nachteile ab:

- a) Aufstockung mit Bundesmitteln über eine Investitionspauschale.
- b1) Bedingte Aufstockung von Landesmitteln mit Bundesmitteln: Für 1 € Aufstockung der Ländermittel gibt der Bund 2 € als Investitionspauschale hinzu.
- b2) Bedingte Aufstockung von Krankenhausmitteln mit Bundesmitteln: Für 1 € eigenfinanzierte förderfähige Investitionen eines Krankenhauses gibt der Bund 1 € hinzu.
- c) (Ausfinanzierte) Monistik: Länder bringen alle ihre Fördermittel ein und der Bund stockt um 2,6 Mrd. € auf. Diese gesamten Mittel werden anschließend nach InEK-Investitionspauschalen an alle Krankenhäuser verteilt.
- d) Zinslose Investitionskredite: Der Bund trägt die Zinsaufwendungen bei eigenfinanzierten Investitionen der Krankenhäuser.
- e) Vorsteuerabzugsvoucher: Keine Mehrwertsteuer auf Investitionsgüter, die Krankenhäuser erwerben.
- f) Investitionsmittel bei guter Qualität: Der Bund stellt einem Krankenhaus mit überdurchschnittlich guter Qualität (50% der Krankenhäuser) zusätzliche Investitionsmittel von 290 € je Casemixpunkt zur Verfügung.
- g) Strukturfonds 2.0: Fortführung des bestehenden Strukturfonds mit Anpassungen der Vergabekriterien.
- h) Ergänzender Strukturfonds bei Umstellung auf Investitionspauschalen: Länder, die auf Investitionspauschalen umstellen, erhalten einen ergänzenden Strukturfonds aus Bundesmitteln in Höhe von 45% der Summe der Investitionspauschalen.
- i) Digital Boost: Investitionsprogramm zum Ausbau der Digitalisierung der Krankenhäuser aus Bundesmitteln und Ko-Finanzierung der Länder.
- k) Ausbau sektorenübergreifender Versorgung: Investitionsprogramm für den Auf- und Ausbau sektorenübergreifender Versorgungsangebote aus Bundesmitteln und Ko-Finanzierung der Länder.
- k2) Ausbau sektorenübergreifender Notfallversorgung: Investitionsprogramm für den Auf- und Ausbau sektorenübergreifender Notfallzentren aus Bundesmitteln und Ko-Finanzierung der Länder.

Die Vorschläge können unerwünschte Nebeneffekte haben. Eine pauschale Aufstockung der Fördermittel führt zum Beispiel zu „Windfall Profits“ für Krankenhäuser, die bislang einen Teil der Investitionen aus eigener Kraft finanziert haben. Maßnahmen, die darauf abzielen, Kapazitäten zu bündeln, könnten dazu führen, dass sich regionale Monopole herausbilden, was mittelfristig Qualitätseinbußen nach sich ziehen kann. Grundsätzlich bergen alle Maßnahmen, die Bundesmittel ins Spiel bringen, die Gefahr, dass die Länder ihre eigenen Fördermittel zurückfahren. Darüber hinaus können Maßnahmen, die gezielt ausgewählte Akteure fördern, diesen Akteuren Wettbewerbsvorteile gegenüber nicht-geförderten Krankenhäusern verschaffen. Schließlich können Maßnahmen, die gezielt Innovationen fördern, dazu führen, dass sie privatwirtschaftliche Innovatoren mit möglicherweise besseren Produkten ausbremsen. Jeder Vorschlag ist hinsichtlich solcher Nebeneffekte zu prüfen. Schließlich ist aufgrund der gegebenen verfassungsrechtlichen Rahmenbedingungen insbesondere bei der Gewährung von Finanzhilfen darauf zu achten, dass bei der bundeseinheitlichen Setzung von strukturellen Zielvorgaben die

Planungshoheit der Länder nicht umgangen werden darf, weshalb insoweit den Bundesländern eigene Umsetzungsspielräume einzuräumen sind. Die Sicherung der freiwilligen Mitwirkung der Länder ist dabei ebenfalls zu beachten.

Unter Berücksichtigung und Abwägung der Vor- und Nachteile plädieren wir für eine Kombination aus den folgenden fünf Vorschlägen:

- b1) Bedingte Aufstockung von Landesmitteln mit Bundesmitteln,
- e) Vorsteuerabzugsvoucher,
- g) Strukturfonds 2.0,
- i) Digital Boost und
- k2) Ausbau sektorenübergreifender Notfallversorgung.

Die bedingte Aufstockung von Landesmitteln mit Bundesmitteln (b1) könnte bereits im Laufe des Jahres 2018 umgesetzt werden. Sie soll die bestehende Förderlücke reduzieren und einen Anreiz für Länder setzen, ihr Fördervolumen zu erhöhen. Wir schlagen vor, damit die Förderlücke um 50% zu reduzieren. Dazu wären 860 Mio. € aus Bundesmitteln zuzüglich einer Ko-Finanzierung der Länder von 430 Mio. € nötig. Aus rechtlichen Gründen ist diese Maßnahme zeitlich zu befristen und degressiv auszugestalten. Außerdem sollte der Vorsteuerabzugsvoucher (e) Krankenhausinvestitionen vergünstigen, indem die Mehrwertsteuer auf Investitionsgüter dauerhaft entfällt. Damit wird ein Anreiz für Investitionen geschaffen, der den Bundes- und die Länderhaushalte mit insgesamt rund 600 Mio. € p.a. belasten würde. Wir gehen davon aus, dass der Vorschlag ab 2019 umsetzbar wäre. In Ergänzung dazu sollte der bestehende Strukturfonds (g) mit Anpassungen bei den Vergabekriterien für weitere acht Jahre mit dem Ziel fortgeführt werden, die genannte Soll-Krankenhausstruktur zu erreichen. Mit 625 Mio. € jährlich an Bundesmitteln und weiteren 625 Mio. € an ko-finanzierten Landesmitteln würden bei der angedachten Laufzeit 10 Mrd. € zur Verfügung stehen. Die erste Mittelvergabe könnte im Jahr 2019 erfolgen. Durch effizientere Krankenhausstrukturen sollte langfristig der jährliche Investitionsbedarf um etwa 200 Mio. € sinken. Damit würde neben einer zu erwartenden Verbesserung der Versorgungsqualität und der Reduktion der Betriebskosten auch ein Beitrag zur Reduktion der Förderlücke erreicht.

Des Weiteren plädieren wir für den „Digital Boost“ (i), mit dem Investitionsmittel für den Ausbau der Digitalisierung des Krankenhausbereichs für einen befristeten Zeitraum zur Verfügung gestellt werden. Dieser Vorschlag kann auch mit dem Strukturfonds kombiniert werden, wenn im Zuge der Bündelung von Kapazitäten zum Beispiel ein Zentralklinikum neu errichtet und modern aufgestellt werden soll. 20% der nötigen Mittel zur Schließung der Förderlücke sollten unseres Erachtens dafür zur Verfügung gestellt werden. Konkret wären dies 340 Mio. € p.a. aus Bundes- und 170 Mio. € p.a. aus Landesmitteln für acht Jahre, beginnend im Jahr 2019 und mit Antragstellungen 2018. Aufgrund der derzeit nicht zufriedenstellend funktionierenden Notfallversorgung v.a. über die Sektorengrenzen hinweg und der Herausforderung, eine flächendeckende Notfallversorgung in ländlichen Gebieten künftig aufrechtzuerhalten, sprechen wir uns schließlich für die Umsetzung des Vorschlags (k2) aus – auf vier Jahre befristet und ausgestattet mit einem jährlichen Volumen von 300 Mio. €, davon 200 Mio. € Bundes- und 100 Mio. € Landesmittel. Die bestehende Förderlücke ließe sich damit allerdings nicht verringern. Ziel wäre stattdessen die Vermeidung einer Verschlechterung der Notfallversorgung und gegebenenfalls die Flankierung von Strukturoptimierungen in ländlichen Gebieten.

In der Summe würde der Bund damit jährlich etwa 2,3 Mrd. € und die Länder über Ko-Finanzierungen rund 1,6 Mrd. € bereitstellen. Langfristig sollte so nicht nur eine Schließung der Förder-

lücke von 2,6 Mrd. €, sondern auch eine nachhaltige Verbesserung der Versorgungsqualität, insbesondere auch der Notfallversorgung, sowie der wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser erreicht werden.

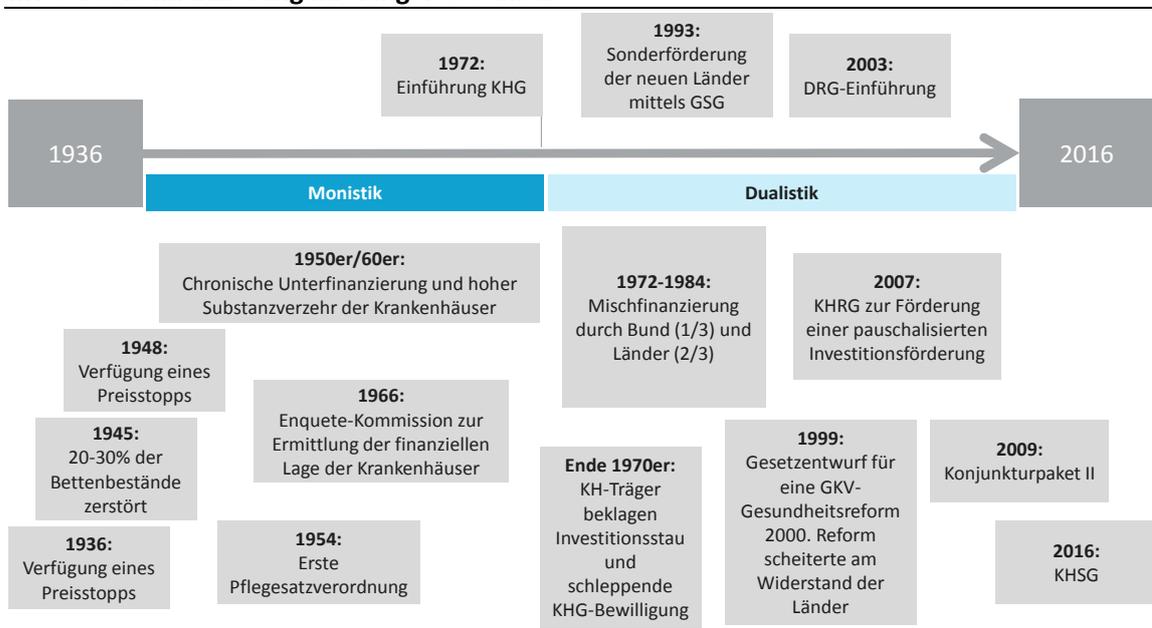
1. Einleitung

1.1 Historische Entwicklung

Die Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser in Deutschland geht auf eine lange Geschichte zurück, die durch unterschiedliche Finanzierungssysteme, mehrere Gesetzesreformen und politische Debatten unter den beteiligten Akteuren geprägt wurde. Da der politische Diskurs zu diesem Thema nach über 80 Jahren an Aktualität nicht verloren hat, ist es lohnenswert, die Geschichte der Investitionsfinanzierung nachzuzeichnen. Im Folgenden wird die historische Entwicklung von 1936 bis 2016 dargestellt, deren Eckdaten in Schaubild 1 gezeigt werden.

Schaubild 1

Investitionsfinanzierung mit langer Geschichte



Quelle: RWI.

1936-1954. Während des zweiten Weltkriegs wurden rund 20-30% des Bettenbestandes der Krankenhäuser³ in Deutschland zerstört (Simon 2000). Darüber hinaus hatte der Gesetzgeber bereits 1936 und erneut 1948 Preisstopps verordnet, infolge derer notwendige Investitionen nicht über die Pflegesätze finanziert werden konnten (Adam 1958, Krukemeyer 1988). Die neugegründete Bundesrepublik startete daher mit deutlich sichtbaren wirtschaftlichen Problemen im Krankenhausbereich.

Der Investitionsbedarf der Krankenhäuser war den beteiligten Akteuren in der Krankenhauspolitik weitgehend bewusst, jedoch gingen bei der Lösung der Finanzierungsfrage zu den Investi-

³ In früheren Veröffentlichungen ist der Begriff „Krankenanstalten“ die geläufige Bezeichnung für Krankenhäuser. In diesem Gutachten wird der Einfachheit halber für frühere Jahre durchgehend der Begriff „Krankenhaus“ anstelle von „Krankenanstalt“ verwendet.

onskosten die Vorstellungen weit auseinander. Die Krankenhausträger forderten eine Finanzierung sämtlicher Kosten über „vollkostendeckende Pflegesätze“ (DKG 1952). Die Krankenkassen plädierten hingegen für die Einführung eines dualistischen Finanzierungssystems, wonach die Betriebskosten separat von den Investitionskosten zu finanzieren gewesen wären. Die damalige Bundesregierung vertrat die Auffassung, dass Krankenhäuser Einrichtungen der öffentlichen Gesundheitspflege seien und deren Errichtung sowie Unterhaltung in den Aufgabenbereich der öffentlichen Hand gehörten. Somit trat neben den Gesetzlichen Krankenkassen auch die Bundesregierung für ein dualistisches System ein.

Der Bund war zu dieser Zeit verfassungsrechtlich eingeschränkt, die Finanzierung der Investitionskosten den Ländern und Gemeinden aufzubürden. Allerdings konnte er ein anderes Mittel wählen, das in seiner Gesetzgebungskompetenz lag: die Einschränkung der Investitionsmittel-Refinanzierung über Pflegesätze. 1954 wurde mit der ersten Pflegesatzverordnung dieser Weg eingeschlagen (Simon 2000). Die Situation der Krankenhäuser sollte durch die Pflegesatzverordnung verbessert werden, indem z.B. Abschreibungen auf Anlagegüter von da an berücksichtigt werden konnten. Jedoch durften mehrere Kostenarten wie Zinsen und Tilgungsbeiträge für Fremdkapital oder Zinsen für Eigenkapital keine Berücksichtigung in den Pflegesätzen finden. Ferner fand eine zu niedrige Veranschlagung der Nutzungsdauern langfristiger Anlagegüter statt. Als Folge dieser Einschränkungen verschlechterte sich die Lage der Krankenhäuser (Trefz und Tuschen 2009).

1966. Als Folge der fehlenden Möglichkeit, notwendige Investitionen über Pflegesätze zu refinanzieren, war die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser in den 1950ern und 1960ern von einer chronischen Unterfinanzierung geprägt. Das bestehende Anlagevermögen der Krankenhäuser war zudem überaltert. So stand über ein Drittel der Bettenbestände in Krankenhäusern, die vor 1920 errichtet wurden (BT-Drucksache V/3008). Um Licht ins Dunkel zu bringen, wie es tatsächlich um die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser stand, hat der Bundestag am 1. Juli 1966 die Bundesregierung um einen Bericht ersucht, der die finanzielle Lage der Krankenhäuser untersuchen und darstellen sollte (BT-Drucksache V/784). Zu diesem Zweck wurde eine Enquête-Kommission eingerichtet, die am 19. Mai 1969 ihren Abschlussbericht dem Bundestag vorgelegt hatte (BT-Drucksache V/4230). Zur Untersuchung der wirtschaftlichen Lage wurden Informationen der Krankenhäuser auf Einrichtungsebene – mittels Fragebögen – erhoben und ausgewertet.

Im Bericht stellte die Enquête-Kommission fest, dass die Länder den schleichenden Substanzverlust zum Teil gemildert hatten, indem sie seit 1950 die Krankenhäuser – ohne rechtliche Verpflichtung – förderten. So gewährten die Länder seit 1950 Investitions-, Zins- und Tilgungszuschüsse für aufgenommenes Fremdkapital und langfristige Darlehen. Bis Mitte der 1960er stieg das Volumen der gewährten Fördermittel an, was die Enquête-Kommission darauf schließen ließ, dass zukünftig mit einem weiteren Engagement der Länder bei der Investitionsfinanzierung gerechnet werden könnte. Das Defizit⁴ der Krankenhäuser, das nicht durch den Pflegesatz gedeckt werden konnte, wurde in dem Bericht auf rund 1,946 Mrd. DM (1 Mrd. €) beziffert. Abzüglich herkömmlich geleisteter öffentlicher Betriebszuschüsse wäre ein Defizit von 1,296 Mrd. DM (663 Mio. €) verblieben. Bei einem weiteren Abzug der Zuschüsse aus Landesmitteln hätten das Defizit etwa 840 Mio. DM (430 Mio. €) betragen.

1970. Die finanziellen Probleme der Krankenhäuser wurden im Gesundheitsbericht 1970 durch die Bundesregierung thematisiert. Die Regierung befürchtete bei einer Fortdauer des jährlichen

⁴ Im Bericht wird das Defizit häufig „Kostenunterdeckung“ genannt (BT-Drucksache V/4230).

Defizits Schließungen oder einen Leistungsabfall von Krankenhäusern. Folglich wurde eine Reform der Krankenhausfinanzierung als dringend erforderlich angesehen (BT-Drucksache VI/1667).

1972. Eine Änderung des Grundgesetzes 1969 machte es dem Bund nunmehr möglich, die Länder an der Finanzierung der Investitionskosten zu beteiligen. Durch das zweiundzwanzigste Gesetz zur Änderung des Grundgesetzes war hierzu in einem ersten Schritt am 13.05.1969 in Art. 74 Abs. 1 GG die neue Nr. 19a eingefügt worden, wonach die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze Gegenstand der konkurrierenden Gesetzgebung wurde. Gleichzeitig waren insoweit die Beschränkungen des Art. 72 GG a.F. zu beachten, wonach zusätzlich eines von 3 alternativen Bedürfnissen (keine wirksame Regelung durch Landesrecht, Landesrechtliche Regelung führt zu Interessenverletzung anderer Länder oder der Gesamtheit, Notwendigkeit zur Wahrung einheitlicher Lebensverhältnisse) für die Zulässigkeit einer bundesgesetzlichen Regelung erfüllt sein musste. Der Weg für das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)⁵ war somit bereitet. Mit Einführung des KHG wurden für das Krankenhauswesen folgende Elemente gesetzlich geregelt:

- a. Staatliche Krankenhausplanung durch die Länder,
- b. dualistisches Finanzierungssystem und
- c. Selbstkostendeckungsprinzip.

Das Gesetz beruht somit auf dem Prinzip, dass die Investitionen der Krankenhäuser aus öffentlichen Förderungsmitteln, die Betriebskosten aus den Pflegesätzen aufgebracht werden. Dieses Prinzip ergibt sich jedoch nicht aus der Verfassung, es bleibt dem Gesetzgeber somit vorbehalten, eine abweichende Regelung zu treffen.

Den Ländern wurde aufgetragen, Krankenhauspläne zu erstellen und in regelmäßigen Abständen fortzuschreiben. Jedes Bundesland war somit verantwortlich, den Bedarf an Krankenhäusern und Krankenhausbetten zu analysieren und bedarfsgerechte Einrichtungen in den Krankenhausplan aufzunehmen. Einrichtungen, die in den Plan aufgenommen wurden, hatten von nun an Anspruch auf Investitionsförderung durch das entsprechende Bundesland. Die Länder erhielten mit diesen Instrumenten die Hoheit, ihre krankenhauplanerischen Ziele durchsetzen zu können (Auerbach 1968).

Im Rahmen des dualistischen Finanzierungssystems sollten die laufenden Betriebskosten von den Krankenversicherungen und Patienten gedeckt werden, während die Investitionskosten von der öffentlichen Hand zu tragen waren. Dadurch wurden die Krankenkassen um die „Vorhaltekosten“ der Krankenhäuser entlastet.⁶ Die Investitionsförderung wurde in eine Pauschal- und Einzelförderung unterteilt. Bei der Pauschalförderung wurde eine Pauschale je Planbett an das Krankenhaus entrichtet, über deren Verwendung der Träger gemäß den rechtlichen Vorgaben frei verfügen konnte. Einzelförderungen umfassten dagegen größere Investitionen (z.B. Neu- oder Umbauten), die zuvor bei der zuständigen Landesbehörde zu beantragen waren. Es entstand somit ein Anreiz für die Träger Krankenhäuser zu bauen und zu betreiben, sofern diese in einem Krankenhausplan aufgenommen wurden.

⁵ „Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze“ (vom 29.6.1972 BGBl. I S. 1009, neugefasst durch Gesetz. v. 10.04.1991 BGBl. I: 886).

⁶ Ein wesentliches Ziel des KHG war es „zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen“ (KHG § 1).

1970er. Ende der 1970er Jahre kam von den Krankenhausträgern Kritik. Sie beklagten eine erschwerte einheitliche Betriebsführung aufgrund der Aufspaltung der Finanzierungsquellen und einen sich abzeichnenden Investitionsstau. Aufgrund zunehmender Haushaltsprobleme der Länder wurden Einzelfördermaßnahmen, die unter Haushaltsvorbehalt standen, nur schleppend bewilligt. 1981 wurde das Volumen dieser nicht bewilligten – aber beantragten – Investitionsmittel auf 12 bis 15 Mrd. DM (6,1 bis 7,7 Mrd. €) beziffert (Abshoff 1982, Jung 1982, Müller 1985).

1984. Von 1972-1984 bestand bei den Investitionsfördermitteln eine Mischfinanzierung von Bund und Ländern, wovon der Bund ein Drittel übernahm. Gleichzeitig hatte der Bund Mitgestaltungsrechte (DKG 2013). Diese Mitgestaltungsrechte waren jedoch nicht sehr umfangreich. Der Bund durfte einen Teil seiner bereitgestellten Mittel für ausgewählte Forschungsprojekte einsetzen. Schwerpunkte waren hierbei u.a. die Beseitigung regionaler Unterversorgung oder die Durchführung von Rationalisierungs- und Modellmaßnahmen. Darüber hinaus waren die Länder dem Bund gegenüber auskunftspflichtig, was die Anzahl und die Summe der geförderten Investitionsprojekte betraf. Bereits für die Jahre ab 1977 war eine Reduzierung des Bundesanteils vorgesehen, da die Bundesregierung davon ausging, dass durch die Mittelkürzungen ein Abbau überflüssiger Kapazitäten eingeleitet und somit eine Senkung der Investitionskosten erreicht würde (BT-Drucksache 7/4530). 1984 zog sich der Bund mit Zustimmung der Länder vollständig aus der Investitionskostenfinanzierung zurück. Eine kostenneutrale Auflösung der Mischfinanzierung wurde im Rahmen des Krankenhausneuordnungsgesetzes (KHNG)⁷ beschlossen.

1980er. Die gesetzlichen Krankenkassen hatten bis Anfang der 1980er Jahre eine abwehrende Haltung gegenüber der monistischen Krankenhausfinanzierung eingenommen, weil die Investitionsfinanzierung ihrer Auffassung nach als „Gemeinlast“ galt (GKV 1983). Zwei Gutachten 1983 und 1987 zur Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung stellten bei einem Übergang zu einer monistischen Finanzierung den Krankenkassen mehr Einflussmöglichkeiten auf die Angebotsseite im Krankenhausmarkt in Aussicht (Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung 1983, Kommission Krankenhausfinanzierung der Robert Bosch Stiftung 1987). Die potenzielle Einflussnahme auf krankenhauplanerische Prozesse hat zu einer Umorientierung der GKV in Bezug auf die monistische Finanzierung geführt (Simon 2000). Zu einem Übergang hin zur Monistik kam es jedoch nicht, weil die Länder sich weigerten, ihre Hoheit bei der Krankenhausplanung abzugeben und zudem Kompensationszahlungen an die GKV – im Falle einer Übernahme der Investitionsfinanzierung in einem monistischen System – zu leisten (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1989).

1993. Mit der Wiedervereinigung 1990 wurde die deutsche Krankenhauslandschaft um die Krankenhäuser aus den neuen Ländern erweitert. Mehrere Gutachten bezifferten den damals bestehenden Investitionsbedarf der Krankenhäuser im Beitrittsgebiet auf rund 31 Mrd. DM (15,9 Mrd. €) (DKG 2015). Ein Ziel des 1993 in Kraft getretenen Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG)⁸ war daher, das Niveau der stationären Versorgung in den neuen Ländern nachhaltig zu verbessern und an das Niveau der alten Länder anzupassen.. Das Gesamtvolumen dieser Sonderförderung in Höhe von 21 Mrd. DM (10,7 Mrd. €) (DKG 2013) wurde zu gleichen Teilen – jeweils einem Drittel – auf folgende Kostenträger aufgeteilt:

⁷ „Gesetz zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung“ (vom 20.12.1984 BGBl. I: 1716).

⁸ „Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung“ (vom 21.12.1992 BGBl. I: 2266).

- i. 1995-2004: Gemeinsames Investitionsprogramm von Bund, Ländern und Kassen zu jeweils etwa einem Drittel finanziert.
- ii. Die Finanzierung durch die Kassen erfolgte mittels Investitionszuschlag von 8 DM (4,10 €) (1995-1997) bzw. 5,62 € (1998-2014) pro Behandlungstag und dauerte sogar bis 2014 an.

Im Rahmen der Verhandlungen zum GSG kam die monistische Finanzierung wieder auf die politische Tagesordnung. Der Bundestag erklärte seine Absicht, „das duale Krankenhausfinanzierungssystem in einer mittel- und langfristigen Entwicklung durch ein monistisches System zu ersetzen“ (BT-Drucksache 12/3930). Der Übergang sollte schrittweise erfolgen, zunächst sollten die Krankenkassen die Pauschalförderung übernehmen. Im Rahmen dieser Neuordnung sollte die Belastungsneutralität sichergestellt sein, die Beitragssatzerhöhungen infolge der Mehrausgaben zu vermeiden hatte. „Unverzichtbare Folge“ dieser Umstellung habe letztlich eine „Neuordnung der Planungskompetenz im Krankenhausbereich“ zu sein.

Ab dem 15.11.1994 galt zudem eine Änderung des Art. 72 GG a.F., wonach der Bund seine Gestaltungsrechte im Bereich der konkurrierenden Gesetzgebung nur noch ausüben konnte, wenn dies zur Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet oder der Wahrung der Rechts- oder Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse erforderlich ist (die beiden anderen Alternativen fielen weg). Auch die ab dem 01.09.2006 bis heute geltende Fassung behielt dieses Erfordernis für den Bereich des Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG bei.

1999. Der Gesetzentwurf der rot-grünen Bundesregierung vom 23.06.1999 für eine GKV-Gesundheitsreform sah eine schrittweise Einführung der Monistik sowie eine Neuordnung der Planungskompetenz vor (BT-Drucksache 14/1245). Die Zuständigkeit der Investitionskostenfinanzierung sollte von den Ländern auf die Nutzer der Krankenhäuser bzw. deren Kostenträger bis 2008 verlagert werden. Folgende Schritte waren dafür vorgesehen:

- i. Die Finanzierung der Instandhaltungskosten durch Krankenkassen in Form eines Zuschlags i.H.v. 1,1% des Budgets.
- ii. Die Verlagerung der Pauschalförderung zum 01.01.2003 auf die Krankenkassen.
- iii. Die Verlagerung der Einzelförderung zum Jahr 2008 auf die Krankenkassen.

Die Einführung der monistischen Finanzierung sollte mit dem DRG-System zum 01.01.2003 verbunden werden, sodass die Investitionskosten ab dann als Entgeltbestandteile der Fallpauschalen ausbezahlt gewesen wären (Simon 2000). Um Beitragssatzerhöhungen in der GKV zu vermeiden, war vorgesehen, dass die Länder den Krankenkassen im Jahr 2003 Mittel in Höhe der Pauschalförderung – rund 1,18 Mrd. € (2,3 Mrd. DM) – überweisen sollten. Dieser Betrag sollte von den Kassen an die Krankenhäuser weitergeleitet werden. Eine jährliche Kürzung dieses Betrages um ein Fünftel ab 2004 sollte die bisherige Pauschalförderung bis zum 31.12.2007 auslaufen lassen.

Dieser Gesetzesentwurf scheiterte am Widerstand der Länder im Bundesrat. Lediglich Schritt (i) – die Finanzierung der Instandhaltungskosten durch Krankenkassen – wurde im Rahmen des Krankenhausstabilisierungsgesetzes (KHStabG)⁹ in der Legislaturperiode zuvor umgesetzt.

⁹ „Gesetz zur Stabilisierung der Krankenhausaussgaben 1996“ (vom 29.04.1996 BGBl. I: 654).

2003. Die Einführung des DRG-Systems brachte – mit Einführung der Fallpauschalen – nur eine Reform der Betriebskostenfinanzierung mit sich. Die Investitionsfinanzierung blieb mit Einführung des neuen Vergütungssystems unberührt.

2009. Das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG)¹⁰ sah als Alternative zur bestehenden Investitionsfinanzierung ab 2012 die Einführung leistungsorientierter Investitionspauschalen vor, die sich aus einem festzulegenden landesspezifischen Investitionsfallwert und bundeseinheitlichen Investitionsbewertungsrelationen berechnen (Rau 2009). Der Gesetzgeber hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) mit der Kalkulation der Investitionsbewertungsrelationen beauftragt. Die Länder können seit 2012 eigenständig entscheiden, ob sie Investitionspauschalen einführen wollen oder weiterhin bei dem bestehenden System der Pauschal- und Einzelförderung bleiben.¹¹

Um wirtschaftliche Risiken aufgrund der Finanz- und Wirtschaftskrise abzumildern, hat der Gesetzgeber im Rahmen des Konjunkturpakets II Finanzhilfen für Investitionen von rund 1,35 Mrd. € in Krankenhäusern vorgesehen (Burmam et al. 2009).

2016. Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG)¹² hat der Gesetzgeber den Akteuren im Krankenhausmarkt ein umfangreiches Instrumentarium zur Verbesserung der Strukturen im Markt zur Hand gegeben. Neben der Einführung verschiedener Zuschläge und Förderprogramme, einer Neuausrichtung der Mengensteuerung und der zukünftigen Berücksichtigung von Qualität bei der Krankenhausplanung, ist ein Strukturfonds mit einer Ausstattung von 1 Mrd. € eingerichtet worden. Die Mittel des Strukturfonds werden je zur Hälfte von den Ländern und der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert. Diese Fördergelder werden den Krankenhäusern zusätzlich zur bereits bestehenden Investitionsförderung gewährt. Wesentliche Ziele des Strukturfonds sind:

- i. der Abbau von Überkapazitäten,
- ii. die Förderung der Konzentration und
- iii. die Umwandlung von Krankenhäusern in andere Versorgungseinrichtungen.

Schleichende Monistik. Seit Einführung der dualen Krankenhausfinanzierung wird von Akteuren aus Gesundheitswesen und -politik eine Rückkehr zur monistischen Finanzierung diskutiert. Die Diskussionen haben sich insbesondere seit Anfang der 1980er Jahre verstärkt, da bereits kurz nach Inkrafttreten des KHG Steuerungsprobleme des dualen Systems sichtbar wurden (Wasem und Vincenti 2000). In Anbetracht sinkender Investitionsmittel, die von den Ländern bereitgestellt werden, ist in der gesundheitsökonomischen Literatur von einer „schleichenden Monistik“ die Rede (Bataille und Coenen 2009). Im Rahmen verschiedener Gesetze sind bereits seit Mitte der 1980er Jahre erste Weichen in Richtung Monistik gestellt worden. So hatte der Gesetzgeber 1984 mit dem **Krankenhaus-Neuordnungsgesetz** (KHNG) die Möglichkeit zu sog. „Rationalisierungsinvestitionen“ eröffnet. Den Krankenhäusern war es nun möglich, einvernehmlich mit Krankenkassen Investitionsverträge über pflegesatzentlastende Maßnahmen abzuschließen. Die Idee hinter dieser Regelung war, dass Krankenhäuser in geringerem Maße

¹⁰ „Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009“ (vom 17.03.2009 BGBl. I: 534).

¹¹ Tabelle 2 in Abschnitt 2.1 zeigt, welche Länder von der Möglichkeit leistungsorientierter Investitionspauschalen Gebrauch gemacht haben.

¹² „Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung“ (vom 10.12.2015 BGBl. I: 2229).

auf Landesmittel angewiesen seien, sobald sich Investitionen durch niedrigere Betriebskosten amortisieren (Wasem und Vincenti 2000). 1992 erklärte der Bundestag die Absicht langfristig auf ein monistisches Finanzierungssystem umzusteigen (BT-Drucksache 12/3930). Erste Maßnahmen wurden bereits 1993 im **Gesundheitsstrukturgesetz** (GSG) umgesetzt. Krankenhäusern wurde es ermöglicht, Privatkapital zur Investitionsfinanzierung zu nutzen. Darüber hinaus wurde die Pauschalförderung von den Kriterien „Bettenzahl“ und „Versorgungsauftrag des Krankenhauses“ entkoppelt. Schließlich wurden die „Rationalisierungsinvestitionen“ – bislang freiwillig – unter bestimmten Voraussetzungen zu einer Pflichtaufgabe (Neubauer 1993). Die letztgenannte Maßnahme ist in der Praxis allerdings weitgehend ungenutzt geblieben (Wasem und Vincenti 2000). Seit Inkrafttreten des **Zweiten GKV-Neuordnungsgesetzes**¹³ 1997 werden die Instandhaltungskosten von Anlagegütern pauschal über den Pflegesatz finanziert. Die bedeutendsten Maßnahmen in Richtung eines monistischen Systems sehen Wasem und Vincenti (2000) im **Gesundheitsstrukturgesetz** (1993), dem **Krankenhausausgabenstabilisierungsgesetz** (1996) und dem **GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz**¹⁴ (1998), mit denen der Gesetzgeber Krankenhäusern Budgets auferlegt hat und einen Einstieg in die Vergütung über Sonderentgelte und Fallpauschalen ebnete. Seit 2012 haben die Länder, gemäß **Krankenhausfinanzierungsreformgesetz** (KHRG), die Option ihre Investitionsförderung in Form von leistungsorientierten Investitionspauschalen zu erbringen.

1.2 Krankenhausplanung

Die Aufnahme in den Krankenhausplan bildet die Grundlage für den Anspruch eines Krankenhauses auf Investitionsförderung. Die Krankenhausplanung wird in jedem Bundesland von der jeweiligen zuständigen Landesbehörde erstellt. Diese wird ggf. durch Planungsausschüsse und/oder weitere Gremien und Beratungsinstitute beraten. Eine bundeseinheitliche Vorgabe gibt es nicht, sodass sich die Krankenhauspläne in Inhalt und Detaillierungsgrad unterscheiden. Mit den Krankenhausplänen versuchen die Länder, durch Angaben zu den Standorten, Betriebsstellen, Fachabteilungen (ggf. auch Leistungsschwerpunkten) und der Gesamtplanbettenzahlen (ggf. auch nach Leistungsschwerpunkten) das Ziel einer patienten- und bedarfsgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Versorgung der Bevölkerung zu erreichen. Des Weiteren wird oftmals die Ausgestaltung der Notfallversorgung, der Ausbildungsstätten und -kapazitäten und teilstationärer Leistungen festgelegt. Auch werden in manchen Krankenhausplänen Sonderregeln für einzelne Versorgungsbereiche definiert. Insbesondere für die Psychiatrie und Psychosomatik, die Geriatrie, die Schlaganfallversorgung, die Herzchirurgie, die Palliativmedizin sowie die Transplantationsmedizin werden detailliertere Vorgaben getroffen, die im direkten Zusammenhang mit den speziellen Versorgungs-Anforderungen der jeweiligen Bereiche stehen.

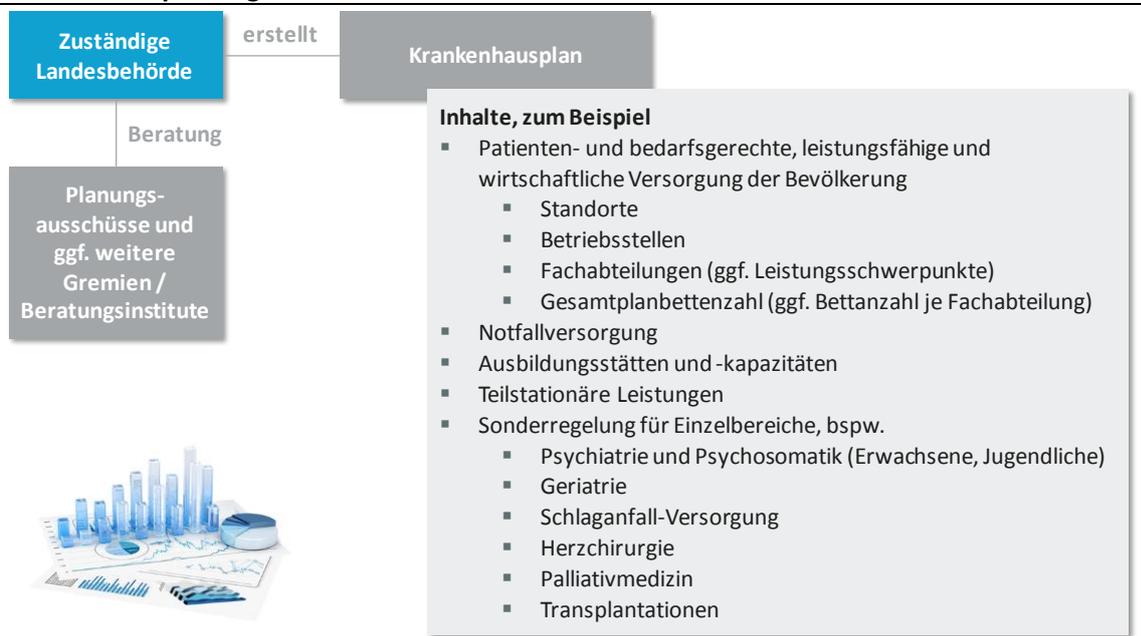
Im Ländervergleich zeigt sich, dass in nahezu allen Bundesländern Planungskriterien zu Krankenhausstandorten (ggf. ergänzend die Standorte der Betriebsstellen), der Gesamtplanbettenzahl und der bettenbezogenen Kapazitätsplanung für die Psychiatrie und die Psychosomatik enthalten sind. Häufig werden Angaben zu den Fachabteilungen der einzelnen Krankenhäuser und Kapazitätsvorgaben für einzelne Fachgebiete anhand von spezifischen Auslastungsgraden

¹³ „Zweites Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (vom 23.06.1997 BGBl. I S. 1520; aufgelöst durch Artikel 217 G. v. 14.08.2006 BGBl. I: 1869).

¹⁴ „Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (vom 19.12.1998 BGBl. I: 3853).

vorgegeben. Nur vereinzelt wird den Krankenhäusern eine eigenverantwortliche Aufteilung der Gesamtbettenzahl auf einzelnen Fachabteilungen ermöglicht. Bisher werden dezidierte Qualitätsaspekte, wie sie im KHSG gefordert werden, in der Planung ebenfalls noch selten erwähnt. Sie finden allenfalls durch einzelne Strukturvorgaben als Zulassungsbedingung Eingang in die Krankenhauspläne der Länder. Es gibt für ausgewählte Leistungsbereiche zwar G-BA-Richtlinien mit Mindestanforderungen an Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, die auch in den Krankenhausplänen aufgeführt sind, diese werden jedoch oftmals wegen mangelnder Konsequenzen bei Nicht-Erfüllung nur unzureichend angewandt. In insgesamt 14 Bundesländern werden besondere Schwerpunkte bzw. Zentren benannt, welche in 12 Bundesländern mit eigenen Qualitätskriterien definiert werden (vgl. Schaubild 3). Die besonderen Schwerpunkte bzw. Zentren sind vor allem in den Bereichen der Onkologischen Versorgung (13 Länder), der Geriatrie (11), Transplantationsmedizin (10) sowie der Schlaganfallversorgung (9) angesiedelt.

Schaubild 2
Krankenhausplanung



Quelle: RWI, hcb, IMSP, DKG – „Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern“ – 2015.

Schaubild 3
Häufig genannte Schwerpunkte in der Krankenhausplanung

Schwerpunktzentren	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NRW	RP	SL	SN	ST	SH	TH
Onkologische Versorgung																
Transplantationszentren																
Geriatrie																
Schlaganfallversorgung																
Herz- und Gefäßkrankheiten																
Traumazentren																
Palliativversorgung																
Risiko-Neugeborene (Perinatalzentren - GBA Verweis)																
Vorgabe eigener Qualitätskriterien zu mind. einer Art von Schwerpunkt/ Zentrum																

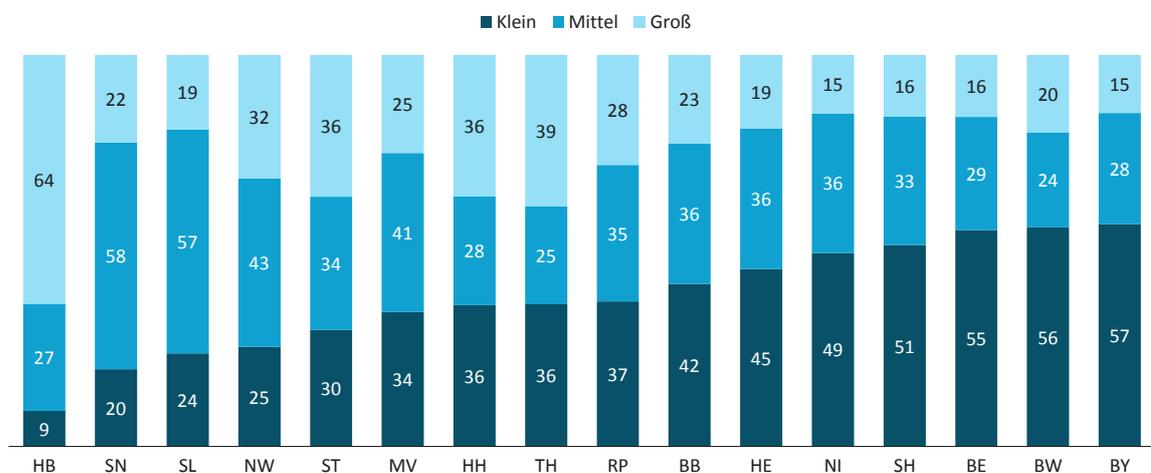
Quelle: RWI, hcb, IMSP, DKG – „Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern“ – 2015, Heyder (2014), Eigenangaben Fragebogen RWI Befragung. – Anmerkung: Zentren SH: ab 2017.

Durch die Neuregelungen des KHSG gilt die Ausweisung von Zentren mit einem besonderen Versorgungsauftrag in der Krankenhausplanung des Landes (oder anderweitig vergleichbar) nunmehr als zwingend erforderlich für die entgeltrechtliche Anerkennung mit entsprechendem Anspruch auf Zentrumszuschläge. Eine versorgungspolitische Konkretisierung der besonderen Aufgaben bzw. der Kriterien für planungsrelevante Zentren erfolgte im Schiedsstellenspruch vom 8. Dezember 2016. Da der GKV-Spitzenverband gemeinsam mit dem PKV-Verband daraufhin den Vertrag zur Finanzierung von Zentren gekündigt hat, muss die Zentrenvergütung und versorgungspolitische Definition von Zentren neu ausgehandelt werden. Verbindliche Entscheidungskriterien für die Zentrumsausweisung sind bisher kaum vorzufinden. Vielmehr existiert eine regional sehr heterogene Zentrumslandschaft in den Bundesländern mit unterschiedlicher versorgungspolitischer Bedeutung von Zentren in den Landeskrankenhausplänen.

Es sind jedoch nicht nur die länderspezifischen Inhalte der Krankenhausplanung different, sondern auch die Zusammensetzung der Planungsausschüsse variiert zwischen den Ländern. So sind die Landeskrankenhausgesellschaften, die Landesverbände der gesetzlichen Krankenkassen und die Landesausschüsse der privaten Krankenkassen in allen Ländern in den Planungsausschüssen vertreten. Wohingegen kommunale Vertreter sowie die Landesärztekammern ebenfalls häufig in den Planungsausschüssen präsent sind, jedoch eben nicht in allen Ländern. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind hingegen in weniger als der Hälfte der Planungsausschüsse vertreten. Weitere Akteure sind beispielsweise der Verband der Privatkrankenanstalten, Ministerien und Behörden sowie die Kirche.

Schaubild 4

Krankenhausgröße: Verteilung nach Größenklassen 2015 in %



Quelle: Krankenhaus Rating Report 2017. – Anmerkung: klein: weniger als 150 Betten; mittel: 150 bis 400 Betten, groß: über 400 Betten – je IK-Nummer.

Gemeinsam mit der Investitionsförderung sind die Krankenhauspläne für die Länder das entscheidende Instrument um die stationäre Versorgungslandschaft zu steuern. In ihrer bisherigen Form ist die Krankenhausplanung meist eine vergangenheitsorientierte und sektorenspezifische Kapazitätsplanung. Gemeinsam mit der Investitionsförderung sind die Krankenhauspläne für die Länder das entscheidende Instrument um die stationäre Versorgungslandschaft zu steuern. In ihrer bisherigen Form ist die Krankenhausplanung meist eine vergangenheitsorientierte und sektorenspezifische Kapazitätsplanung. Die Krankenhausstrukturen sind nach wie vor in einigen Regionen als ungünstig zu bezeichnen. Die Standortdichte ist hoch und der Spezialisierungsgrad in manchen Regionen vergleichsweise gering (Augurzky et al. 2017b, RWI 2016a). Zudem zeigt

der innerdeutsche Vergleich eine große Heterogenität in Bezug auf die Anzahl kleiner Krankenhäuser. Wie in Schaubild 4 dargestellt, sind in einigen Ländern mehr als die Hälfte der Krankenhäuser klein (unter 150 Betten).

1.3 Probleme der dualen Finanzierung

Das bisherige duale Finanzierungssystem wird in der Literatur ausführlich diskutiert und häufig kritisiert. Zumeist zielt die Kritik darauf ab, dass das dualistische System im Widerspruch zu grundlegenden Wettbewerbsprinzipien steht. Als Begründung dafür werden die Konstruktion des dualistischen Systems sowie sich aus diesem System heraus ergebende Anreize für die Akteure im Krankenhauswesen angeführt. Während das DRG-System wettbewerbsfördernd ist, ist die Investitionsförderung in einem eher wettbewerbshemmenden System verankert. Die Kritikpunkte an der dualistischen Finanzierung werden im Folgenden näher beleuchtet.

Es besteht ein breiter Konsens bezüglich der unzureichenden aktuellen und vergangenen Höhe der Investitionsförderung (Grabow 2012, Augurzky 2011, Malzahn und Wehner 2010, Neubauer und Beivers 2010). Aufgrund der Zuständigkeit der Länder für die Investitionsförderung hängt die Höhe der Mittel letztlich auch von der Finanzkraft eines Landes ab. Prosperierende Länder haben mehr finanzielle Möglichkeiten, ihre Krankenhäuser zu fördern, als Länder mit einer schwächeren Finanzkraft. Insbesondere die Bindung der Fördermittel an die jeweilige Haushaltslage der Länder führt zu ungleichen Ausgangsbedingungen für die Krankenhäuser und erschwert folglich eine bundeseinheitliche Sicherstellung der Krankenversorgung (Hansmeyer 1997). Die Abhängigkeit der Krankenhäuser von der Finanzkraft der Länder ist mitunter verantwortlich für eine Unterfinanzierung des Investitionsbedarfs in vielen Ländern und der Entstehung eines anwachsenden Investitionsstaus (Sell 2001).

Bruckenberger (2008) argumentiert, dass der durch das dualistische System bedingte Investitionsstau zu Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenhausträgern führt. So stehen bundeseinheitliche Fallpauschalen im Kontrast zu starken Unterschieden in der Bausubstanz der Häuser sowieso zur höchst unterschiedlichen Finanzkraft der Länder. Darüber hinaus bestehen für Krankenhäuser unterschiedlicher Trägerschaften verschiedene Möglichkeiten, Investitionen aus eigenen Mitteln zu tätigen, was auf unterschiedliche Finanzierungs- sowie rechtliche Gestaltungsmöglichkeiten zurückgeführt werden kann.

Darüber hinaus führt das dualistische System zu einer Fehlallokation von Kapital (Augurzky 2011) in mehrfacher Hinsicht. Erstens kann die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen zugunsten stationär erbrachter Leistungen verzerrt werden, da diese im Gegensatz zu monistisch finanzierten ambulanten Leistungen keinen Investitionskostenanteil enthalten. Zweitens kann die Einzelförderung der Krankenhäuser zu temporären Wettbewerbsverzerrungen führen, wenn sich ein gefördertes Krankenhaus am Markt besserstellen kann. Drittens kann es in den Entscheidungsprozessen über Fördermittelanträge zu einer Einflussnahme durch Interessen kommen, die nichts mit der Gesundheitsversorgung zu tun haben. Die Intransparenz der Einzelförderung sowie deren lange Bearbeitungsdauer stehen viertens der hohen Dynamik des Krankenhausmarktes entgegen und beeinträchtigen die Planungssicherheit der Krankenhäuser (Winterer 2009).

An die Fehlallokation von Kapital setzt auch die Kritik von Sell (2001) an, wonach die unterschiedliche Finanzierung von Betriebs- und Investitionskosten zu ineffizienten Substitutionen führen kann. Investitionsalternativen werden nicht als Gesamtbetrachtung von Investitionskosten und nachfolgenden Instandhaltungskosten beurteilt, sondern aufgrund der am besten zu-

gänglichen Finanzierungsquelle. In der Konsequenz trägt die gefundene Lösung nicht notwendigerweise zur Reduktion der Gesamtkosten bei.

Ebenso widerspricht es dem Wettbewerbsgedanken, dass Gewinne effizient wirtschaftender Krankenhäuser nicht für Investitionen herangezogen werden sollten (Malzahn und Wehner 2010). Aus juristischer Sicht wird argumentiert, dass DRG-Erlöse nicht genutzt werden dürfen, um Investitionskosten zu refinanzieren. Da die Grundlage für funktionierenden Wettbewerb eine intakte Infrastruktur der Krankenhäuser ist, wird das im DRG-System enthaltene Wettbewerbsprinzip durch eine strikte Dualistik in bedeutender Weise eingeschränkt. Das führt zu verminderten Anreizen für einen Leistungswettbewerb zwischen den Krankenhäusern.

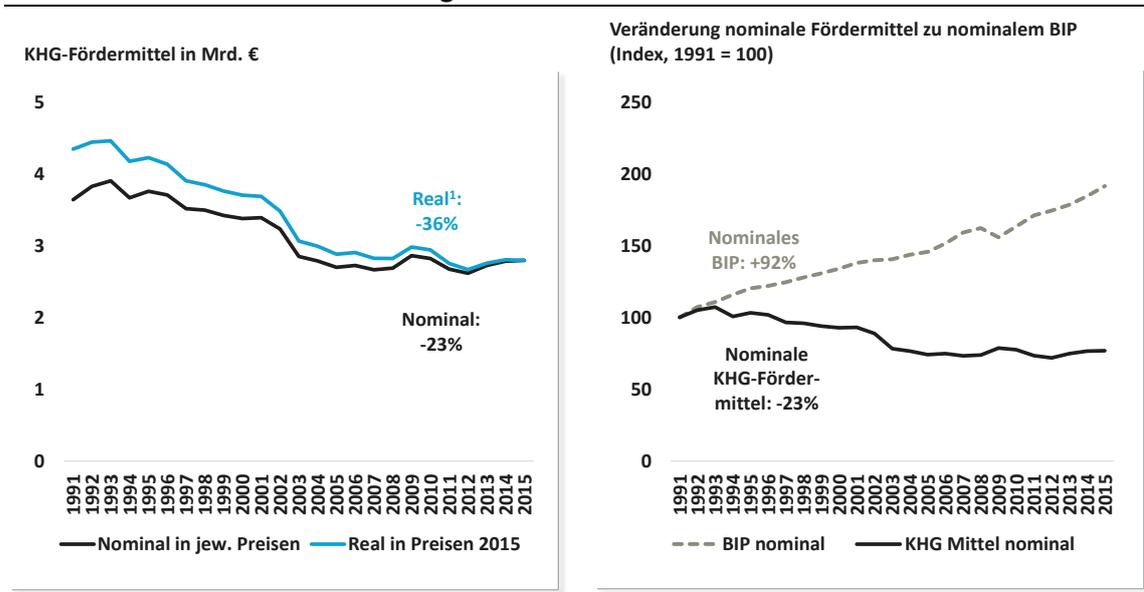
2. Bestandsaufnahme

2.1 Fördermittel nach dem KHG

Das Gesamtvolumen der Investitionsfördermittel nach KHG belief sich 2015 auf insgesamt 2,79 Mrd. € (DKG 2017). Im Vergleich zu den Vorjahren sind die Fördermittel leicht angestiegen, während das Gesamtvolumen seit Beginn der 1990er nominal um 23% zurückgegangen ist (Schaubild 5). Wird die Preisinflation von Investitionsgütern herausgerechnet, so sind die Investitionsfördermittel 2015 sogar um 36% geringer als 1991. Im direkten Vergleich zur Entwicklung des Bruttoinlandsprodukts (BIP) zeigt sich im Zeitverlauf ein zunehmendes Auseinanderklaffen von BIP zu KHG-Fördermitteln. Während die (nominalen) KHG-Mittel von 1991 bis 2015 um 23% gesunken sind, hat sich das BIP in gleichen Zeitraum nahezu verdoppelt (+92%). Gemessen am Gesamtumsatz der Krankenhäuser entsprach der Fördermittelanteil 1991 – bei einem Gesamtumsatz von rund 36 Mrd. € – etwa 10% (Schaubild 6). In den Folgejahren sollte dieser Anteil nicht mehr gehalten werden. Es sank bis 2015 kontinuierlich bis auf 3,5%.

Schaubild 5

Sinkende KHG-Fördermittel bei steigendem BIP

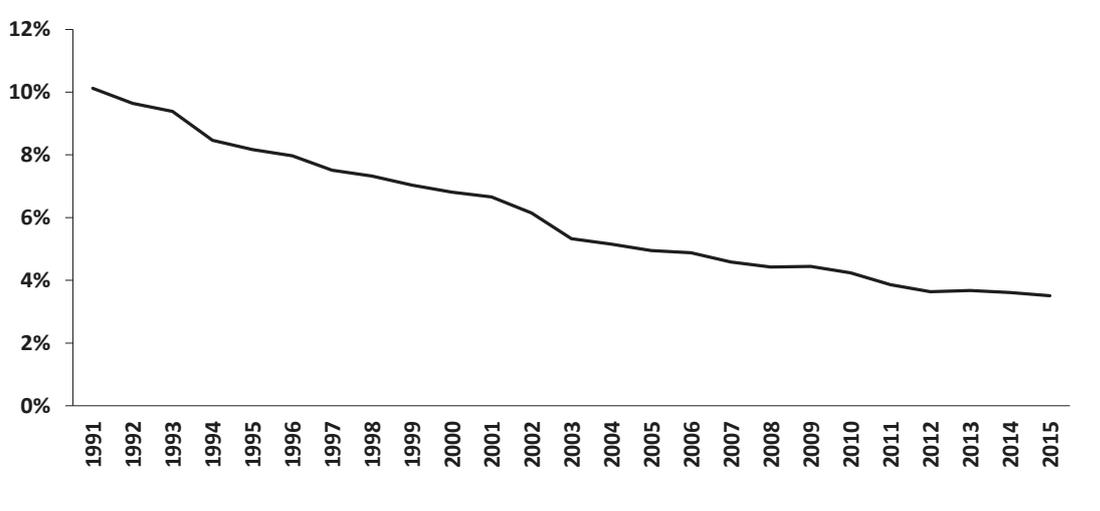


Quelle: RWI; Krankenhaus Rating Report 2017. – ¹Deflationiert mit Investitionsgüterpreisindex.

Schaubild 6

KHG-Fördermittel als Anteil am Krankenhausumsatz

KHG Fördermittel als Anteil am Krankenhausumsatz



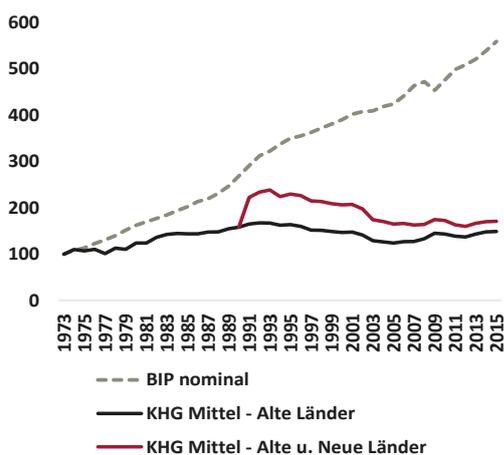
Quelle: RWI; Krankenhaus Rating Report 2017. – Anmerkung: Ohne Universitätskliniken, Umsatz definiert als herkömmlicher Umsatz zzgl. KHG-Mittel; keine Informationen zum Umsatz vor 1991.

Die langfristige Entwicklung der Investitionsmittelvolumen seit Inkrafttreten des KHG wird in Schaubild 7 dargestellt. Das Auseinanderklaffen der KHG-Fördermittel zum BIP ist sowohl in nominalen als auch realen Werten zu beobachten. Das Fördervolumen – in Preisen von 2015 – in den alten Bundesländern konnte seit 1973 nicht mehr das Ausgangsniveau erreichen. Lediglich die Förderung der Krankenhäuser in den neuen Bundesländern hat das Gesamtvolumen deutlich angehoben, wenngleich auch dieses Volumen in der Tendenz seit 1993 sinkend ist.

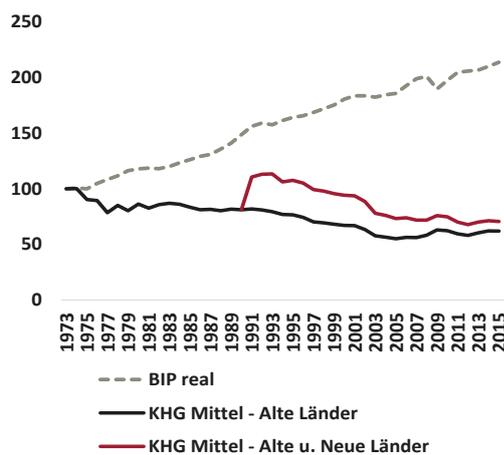
Schaubild 7

Auseinanderklaffen der Entwicklung der Investitionsmittel und des BIP

Veränderung nominale Fördermittel zu nominalem BIP (Index, 1973 = 100)



Veränderung reale Fördermittel zu realem BIP (Index, 1973 = 100)



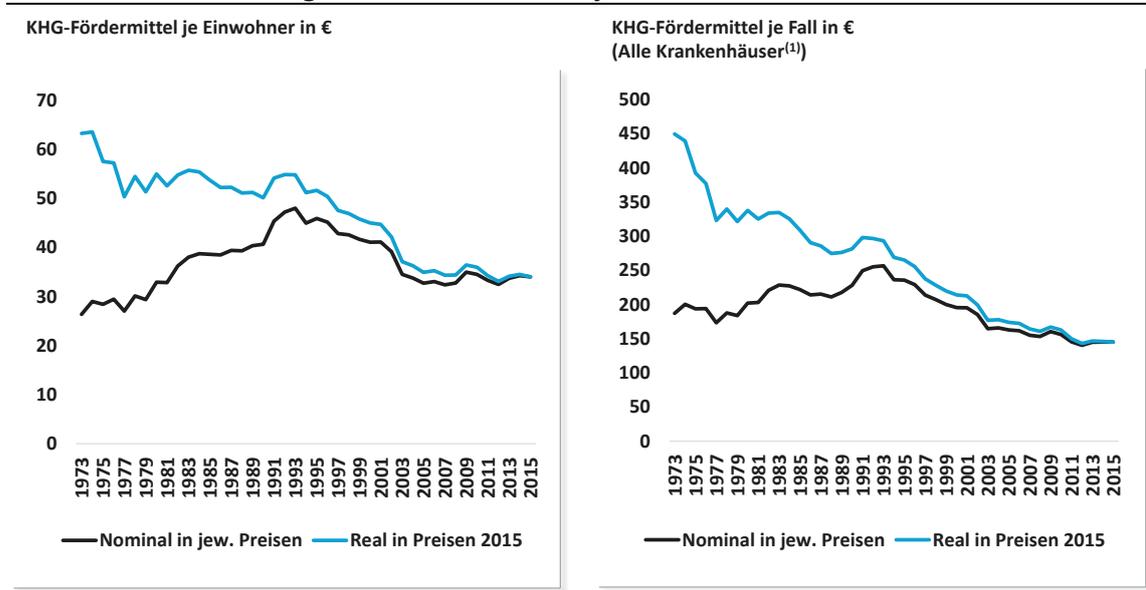
Quelle: RWI; Krankenhaus Rating Report 2016; DKG (2017); AOLG (2016); Statistisches Bundesamt (2016). – Anmerkung: KHG-Mittel deflationiert mit Investitionsgüterpreisindex. Das BIP ist entsprechend internationaler Konventionen und verbindlicher europäischer Rechtsvorschriften auf der Grundlage einer jährlich wechselnden Preisbasis (Vorjahrespreisbasis) durch das Statistische Bundesamt preisbereinigt worden.

Seit 1973 haben sich die KHG-Fördermittel je Einwohner bis 2015 etwa halbiert. Je stationär behandelten Patienten sind die Fördermittel sogar um rund zwei Drittel zurückgegangen. Dieser enorme Rückgang kann zum Teil auf ein starkes Wachstum der Zahl der Fälle zurückzuführen sein. Nichtsdestotrotz ist zu beobachten, dass das Fördervolumen in der Summe kontinuierlich zurückgegangen ist und seit Inkrafttreten des KHG nicht mehr das Ausgangsniveau erreicht hat.

Die hier genannten Zahlen zu KHG-Fördermitteln stammen aus der Statistik der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG). Als Quelle der Zahlen werden stets die Haushaltsansätze der Länder angegeben. Die Haushaltsansätze basieren allerdings in der Regel auf Plan- bzw. Soll-Zahlen, die von den Ländern prospektiv für die entsprechenden Haushaltpositionen im Landeshaushalt veranschlagt werden. Die tatsächlichen Ist-Zahlen werden erst nach ein bis zwei Jahren retrospektiv in den Haushaltsrechnungen veröffentlicht. Die Soll-Zahlen können folglich von den Ist-Zahlen abweichen. Es stellte sich daher die Frage, ob in der AOLG-Statistik Soll- oder Ist-Zahlen abgebildet sind.

Schaubild 8

Seit 1973 fast Halbierung der KHG-Fördermittel je Einwohner



Quelle: RWI; DKG (2017), AOLG (2016), Statistisches Bundesamt (1975-2016). –¹In älteren Veröffentlichungen des Statistischen Bundesamtes werden Krankenhäuser unter der Bezeichnung „Krankenhäuser für Akutkranke“ geführt. – Anmerkung: Deflationiert mit Investitionsgüterpreisindex. Vor 1991 wird nur das frühere Bundesgebiet dargestellt.

Um die Validität der AOLG-Statistik zu prüfen, wurde im Rahmen dieses Gutachtens eine Befragung aller Landesministerien für Gesundheit durchgeführt. Es wurden die jährlichen Fördersummen seit 2010 abgefragt. Tabelle 1 zeigt für die Jahre 2010 bis 2015 den Vergleich der Länderangaben aus der Befragung zu den Werten aus der AOLG-Statistik. Im Bundesdurchschnitt weichen die Werte zwischen 3 bis 6% ab, was einer Abweichung von 77 bis 130 Mio. € p.a. entspricht. Auffallend ist, dass bestimmte Länder – Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Rheinland-Pfalz und das Saarland – keine oder nur geringfügige Abweichungen zwischen Eigenangabe und AOLG-Statistik aufweisen. Andere Länder hingegen weisen zum Teil sehr hohe Abweichungen in beide Richtungen auf. Die höchsten Abweichungen mit bis zu über 40% – sowohl positiv als auch negativ – liegen in Berlin, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen vor. Mög-

liche Ursachen für die Differenz zwischen den Länderangaben und der AOLG-Statistik können sein:

- i. Angabe von Soll-Zahlen aus den Haushaltsansätzen der Länder in der AOLG-Statistik und abweichende Ist-Zahlen aus der Länderbefragung.
- ii. Sonderfördermittel, die über die KHG-Förderung hinausgehen, können in den Haushaltsplänen der Länder separat oder gemeinsam mit den KHG-Mitteln ausgewiesen werden.

Die Befragung der Länder hat ergeben, dass es zwischen den Ländern Unterschiede in der Ausweisung von KHG-fremden Investitionsfördermitteln gibt, sodass einige Fördermittel aus Sonderprogrammen nicht zwingend mit KHG-Mitteln in den Haushaltsansätzen ausgewiesen werden. Inwieweit die AOLG-Statistik diese Unterschiede berücksichtigt, kann nicht abschließend beurteilt werden. Als Indiz, dass es sich bei den AOLG-Zahlen nicht um Ist-, sondern um Soll-Zahlen handelt, ist die zeitliche Veröffentlichung der AOLG-Zahlen bis zum Jahr 2014 in der „Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern“ mit Stand vom August 2015 (DKG 2015). Zum August 2015 lagen noch nicht alle Haushaltsrechnungen der Länder mit Ist-Zahlen für 2014 vor, sodass davon ausgegangen werden kann, dass die AOLG-Statistik in Teilen auf Soll-Zahlen zurückgreift. Um in Zukunft valide Aussagen zum tatsächlichen KHG-Fördervolumen machen zu können, bleibt eine grundlegende Revision der Daten zu KHG-Fördermitteln unumgänglich.

Tabelle 1

Abweichung der Länderangaben zu Fördermitteln zur AOLG-Statistik

Land	in %						in Mio. €					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Baden-Württemberg	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Bayern	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Berlin	41	39	39	38	34	20	35,9	36,1	36,7	36,4	36,4	19,5
Brandenburg	-10	-4	-6	-2	14	2	-10,6	-4,1	-6,3	-2,2	14,2	1,5
Bremen	20	1	1	1	0	0	7,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Hamburg	-1	2	-2	-1	21	2	-1,1	1,9	-2,0	-0,8	29,3	1,4
Hessen	0	0	0	0	0	0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	-44	-9	5	-3	6	3	-30,2	-6,3	3,3	-1,8	3,5	1,3
Niedersachsen	22	20	4	16	11	12	62,4	46,6	10,2	41,9	28,3	32,0
Nordrhein-Westfalen	1	1	1	1	0	0	3,0	6,8	6,5	3,0	2,3	1,0
Rheinland-Pfalz	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Saarland	0	2	0	0	0	0	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0
Sachsen-Anhalt	7	1	4	5	-2	0	4,9	1,0	2,0	2,5	-1,0	0,0
Schleswig-Holstein	6	6	6	6	10	14	6,0	5,2	5,2	5,0	9,3	13,4
Thüringen	15	57	60	32	33	40	19,9	40,0	30,0	16,0	16,5	20,0
Gesamt	4	5	4	4	6	3	91,3	122,7	80,6	95,2	129,6	76,9

Quelle: RWI, hcb, IMSP, HS Fresenius; DKG (2017); Eigene Befragung der Landesministerien für Gesundheit. – Anmerkung: Sachsen wird nicht gezeigt, da es nicht an der Befragung teilgenommen hat. Bei negativen (positiven) Werten, liegt der Wert der AOLG-Statistik unter (über) der Eigenangabe der Länder.

Mit Inkrafttreten des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG) wurde den Ländern die Möglichkeit eröffnet, ihre KHG-Förderung von der klassischen Pauschal- und Einzelförderung auf leistungsorientierte Investitionspauschalen umzustellen. Eine Befragung der Landesministerien für Gesundheit zeigt, dass ein Großteil der Länder keinen Umstieg auf Investitionspauschalen plant (Tabelle 2). Bisher haben lediglich Berlin, Brandenburg, Hessen und das Saarland den Umstieg auf Investitionspauschalen vollzogen. Bremen und Sachsen-Anhalt planen den Umstieg 2018 bzw. 2019. Nordrhein-Westfalen plant keinen Umstieg. Dort gibt es bereits seit längerem Baupauschalen im Rahmen der Investitionsförderung.

Tabelle 2

Umstieg auf Investitionspauschalen

Bundesland	bereits vollzogen	geplant zum Jahr	nicht geplant
Baden-Württemberg			x
Bayern			x
Berlin	2015		
Brandenburg	2013		
Bremen		2018	
Hamburg			x
Hessen	2016		
Mecklenburg-Vorpommern			x
Niedersachsen			x
Nordrhein-Westfalen			x ¹
Rheinland-Pfalz			x
Saarland	2010		
Sachsen-Anhalt		2019	
Schleswig-Holstein			x
Thüringen			x

Quelle: RWI, hcb, IMSP, HS Fresenius; Eigene Befragung der Landesministerien für Gesundheit. –
¹In NRW gibt es bereits Baupauschalen. – Anmerkung: Sachsen wird nicht gezeigt, da es nicht an der Befragung teilgenommen hat.

2.2 Sonderförderprogramme

Um den Investitionsbedarf der Krankenhäuser besser decken zu können, werden neben der KHG-Förderung von einigen Ländern Sonderförderprogramme initiiert. Eine Befragung der Landesministerien für Gesundheit hat ergeben, dass sechs Länder ihre Krankenhäuser seit 1990 mit solchen zusätzlichen Mitteln förderten (Schaubild 9). In den meisten Fällen handelt es sich um jüngere Förderprogramme, die in den letzten Jahren angelaufen sind bzw. erst noch in den kommenden Jahren zum Tragen kommen. In der Regel sind diese Programme zeitlich begrenzt. In Hessen und Niedersachsen gibt es jedoch zeitlich unbegrenzte Förderprogramme. Das Fördervolumen der einzelnen Programme unterscheidet sich zwischen den Ländern erheblich. Hessen bietet ein Darlehensprogramm mit begleitenden Landesbürgschaften an, welches ein Fördervolumen von rund 150 Mio. € p.a. umfasst. Niedersachsen legt ab 2017 eine langfristige Finanzierung mit einer Laufzeit von 25 Jahren für Investitionen auf und schafft dafür ein Sondervermögen von über 680 Mio. €. Die Finanzierung erfolgt durch Land und Kommunen.

Schaubild 9

Sonderförderprogramme der Länder

	Berlin	2016-2018: Kommunalinvestitionsprogramm Gesamtvolumen von rund 71,6 Mio. Euro
	Hessen	2016: Kommunalinvestitionsprogramm (Volumen: 76 Mio. €) Jährlich: Darlehensprogramm des Landes mit begleitenden Landesbürgschaften (Volumen: 150 Mio. € p.a.)
	Niedersachsen	Ab 2017: Sondervermögen für Krankenhausinvestitionen Gesamtvolumen von rund 680 Mio. Euro Laufzeit von 25 Jahren ermöglicht längerfristige Finanzierung von Investitionen Finanzierung durch Land und Kommunen

noch: Schaubild 9

 <p>Nordrhein-Westfalen</p>	<p>(1) 2011-2014: Einzelförderung durch den „Sonderfonds Krankenhäuser“ Gesamtvolumen von 12,7 Mio. € Gegenstand der Förderung: Modellhafte Identifizierung und Realisierung von Qualitätschancen vor allem durch erhöhte Nutzer- und Patientenorientierung. (2) 2017: Aufstockung der KHG-Mittel um zusätzliche 250 Mio. €</p>
 <p>Schleswig-Holstein</p>	<p>2014: Zuwendungen nach LHO im Rahmen eines Sonderprogrammes (Zensusmittel) in Höhe von 5,7 Mio. Euro 2015-2016: Zuwendungen nach LHO im Rahmen eines Sonderprogrammes in Höhe von voraussichtlich rund 20,5 Mio. Euro 2017-2022: Infrastrukturprogramm IMPULS fördert Krankenhäuser mit 135 Mio. €</p>
 <p>Thüringen</p>	<p>1994-2001: Sonderinvestitionen für das Klinikum Erfurt Gesamtvolumen von rund 195 Mio. Euro</p>

Quelle: RWI, hcb, IMSP, HS Fresenius; Eigene Befragung der Landesministerien für Gesundheit. – Anmerkung: Nur die Länder, die explizit eine Sonderförderung bei der Befragung angegeben haben, werden gezeigt.

2.3 Strukturfonds nach dem KHSG

Mit dem KHSG wurde 2016 ein Strukturfonds eingerichtet, dessen Volumen sich auf 1 Mrd. € beläuft. Dazu werden aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds 500 Mio. € zur Verfügung gestellt, die – gemäß dem Königsteiner Schlüssel¹⁵ – auf die Länder verteilt werden. Die Länder beteiligen sich mit der gleichen Summe. Mit dem Fonds werden Maßnahmen gefördert, die im Wesentlichen auf folgende drei Ziele ausgerichtet sind:

- i. **Abbau von Überkapazitäten:** Förderung von Schließungen von Standorten und Abteilungen.
- ii. **Konzentration:** Verlagerung von Kapazitäten, um Leistungen zu konzentrieren.
- iii. **Umwandlung von Krankenhäusern** in andere Versorgungseinrichtungen (z.B. Einrichtung der ambulanten, sektorenübergreifenden oder palliativen Versorgung, in ein Pflegeheim oder eine Reha-Klinik).

Zwingende Voraussetzung für die Zuteilung der Fördermittel ist, dass das zu fördernde Vorhaben zum 01.01.2016 noch nicht begonnen hat. Die Anträge der Fördervorhaben mussten von den Ländern bis zum 31.07.2017 beim Bundesversicherungsamt (BVA) gestellt werden. Welche Maßnahmen gefördert werden, wurde von den Ländern im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen entschieden. Die Beteiligung der Träger der zu fördernden Einrichtung war hierbei möglich. Die Prüfung der zweckmäßigen Verwendung

¹⁵ Die Verteilung nach dem Königsteiner Schlüssel bemisst sich zu einem Drittel an der Bevölkerungszahl und zu zwei Dritteln an dem Steueraufkommen der Länder.

der Mittel aus dem Strukturfonds obliegt den Ländern. Zudem sind die Länder verpflichtet für die Jahre 2016-2018 mindestens den Durchschnitt der in den Haushalten der Jahre 2012 bis 2014 veranschlagten Investitionsmittel nach KHG oder mindestens das Niveau dieser Mittel von 2015 beizubehalten. Die Mittel, die im ersten Schritt nicht von den Ländern abgerufen werden, werden nachfolgend nicht nach dem Königsteiner Schlüssel verteilt, sondern nach Eingang der Anträge.

Tabelle 3 zeigt, welche Maßnahmen von den Ländern geplant sind. Etwa die Hälfte der Länder plant Maßnahmen, die auf alle drei Ziele, Abbau, Konzentration und Umwandlung, ausgerichtet sind. Allerdings gab es bis August 2017 zwischen den Ländern noch große Unterschiede hinsichtlich der bei den Ländern eingegangenen Anträgen der Krankenhausträger (Stand: 4.8.2017). In Niedersachsen betrug das Antragsvolumen mindestens das Dreifache, in Baden-Württemberg sogar mehr als das Fünffache der bereit gestellten Mittel. In Berlin und Sachsen betrug das Antragsvolumen dagegen nur zwischen 50 bis 100%, während es in Mecklenburg-Vorpommern sogar bei nur rund 30% lag. Bei den übrigen Ländern lag das Antragsvolumen bei über 100%. Das Ausschöpfungsvolumen der beim BVA eingegangenen Anträge der Länder war bereits zum Ende der Antragsfrist (31.07.2017) sehr hoch. So haben die Länder beim BVA Anträge mit einem Volumen von rund 484 Mio. € eingereicht, was in etwa 97% des Länderanteils der Strukturfondsmittel entspricht (BVA 2017). Von den 15 Ländern, die sich an der Umfrage beteiligt haben, plädieren elf für eine Aufstockung der Strukturfondsmittel.

Tabelle 3

Beantragte Maßnahmen nach Bundesländern

Land	Arten von Maßnahmen	Anträge konsolidiert*	Aufstockung Fonds?
Baden-Württemberg	(i) Abbau, (ii) Konzentration, (iii) Umwandlung	>500%	Ja
Bayern	(i) Abbau, (ii) Konzentration, (iii) Umwandlung	>100%	Nein
Berlin	(i) Abbau, (ii) Konzentration, (iii) Umwandlung	50-100%	Ja
Brandenburg	(i) Konzentration, (ii) Umwandlung	>100%	Ja
Bremen	(i) Konzentration, (ii) Strukturverbesserungen	>100%	Ja
Hamburg	(i) Baumaßnahmen	>100%	Ja
Hessen	(i) Abbau, (ii) Konzentration	>100%	Ja
Mecklenburg-Vorpommern	(i) Teilstilllegungen, (ii) Konzentration, (iii) Umwidmung	30%	Nein
Niedersachsen	(i) Schließungen, (ii) Strukturoptimierung	>300%	Ja
Nordrhein-Westfalen	(i) Abbau, (ii) Konzentration, (iii) Umwandlung	>100%	Ja
Rheinland-Pfalz	(i) Abbau, (ii) Konzentration, (iii) Umwandlung	>100%	Ja
Saarland	(i) Schließungen, (ii) Konzentration, (iii) Umwandlung	>100%	Ja
Sachsen	-	50-100%	-
Sachsen-Anhalt	(i) Strukturverbesserung, (ii) Abbau, (iii) Konzentration	>100%	Nein**
Schleswig-Holstein	(i) Konzentration, (iii) Umwandlung	>100%	Ja
Thüringen	(i) Strukturverbesserung	>100%	Nein

Quelle: RWI; vdek (2017); Eigene Befragung der Landesministerien. – *Konsolidiert aus vdek-Übersicht und RWI-Umfrage. – **Fehlende Ko-Finanzierung. – Anmerkung: Stand 4.8.2017.

2.4 Hochschulkliniken

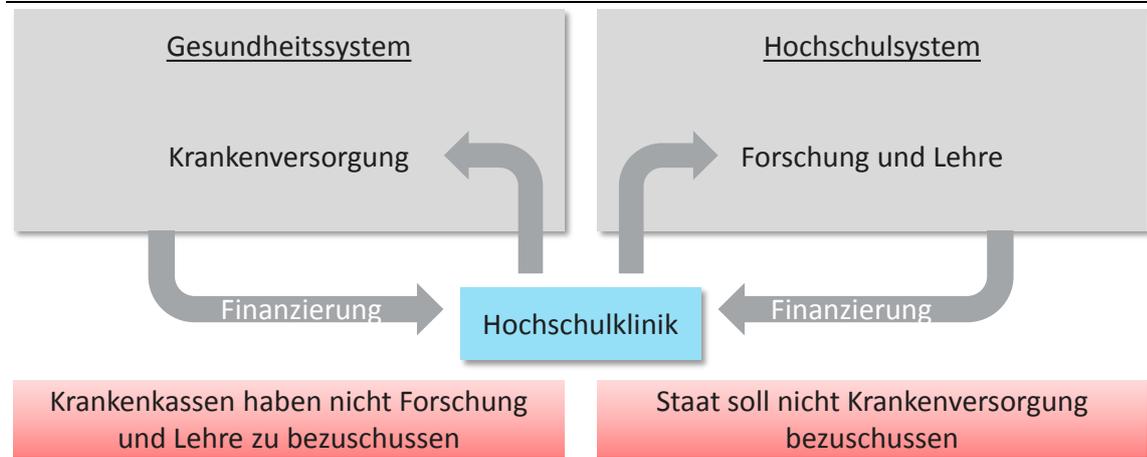
2.4.1 Grundlegendes

Die Finanzierung der Hochschulkliniken in Deutschland unterscheidet sich von der Finanzierung nicht-universitärer Krankenhäuser. Im Grundsatz gilt zwar das Prinzip der dualistischen Finanzierung auch bei Hochschulkliniken. Gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 1 KHG gelten für Hochschulkliniken aufgrund des Funktionszusammenhangs zwischen Krankenversorgung und Forschung und Lehre jedoch nicht die Regelungen der Investitionsförderung nach KHG. Stattdessen finden speziel-

le Finanzierungsregeln Anwendung, die in den Landeshochschulgesetzen bzw. in den Landesgesetzen über Universitätskliniken geregelt sind.

Schaubild 10

Finanzierung der Hochschulkliniken



Quelle: RWI; Wissenschaftlicher Dienst des Bundestages (2016).

Aufgrund dieses Funktionszusammenhangs liegt die Finanzierungsverantwortung sowohl im Gesundheits- als auch im Hochschulsystem (Schaubild 10). Da sich die Finanzierung der Hochschulkliniken aus beiden Systemen speist, ist eine eindeutige Trennung der Finanzkreisläufe nicht ohne weiteres möglich. Aufgrund dessen, dass eine Finanzierung der Forschung und Lehre über Pflegesätze nicht möglich ist, war es lange Zeit übliche Praxis den Anteil der Forschung und Lehre pauschal auf 20% der Gesamtkosten der Krankenversorgung anzusetzen. Diese Praxis hat zu einem wechselseitigen Misstrauen zwischen Krankenkassen und Staat geführt. Auf der einen Seite haben die Kassen nicht Forschung und Lehre und auf der anderen Seite soll der Staat nicht die Krankenversorgung bezuschussen. In einigen Ländern ist daher eine Trennungsbuchung vorgesehen (Becker 2006, Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestages 2016).

Die Finanzierung der Hochschulkliniken ist wie folgt organisiert:

- i. **Laufende Betriebskosten der Krankenversorgung.** Wie bei nicht-universitären Krankenhäusern finanzieren sich laufende Betriebskosten der Krankenversorgung über Pflegesätze, die in Form von Fallpauschalen und Zusatzentgelten, krankenhausindividuellen Entgelten oder über Tagesentgelte nach der Bundespflegesatzverordnung durch die Krankenversicherungen getragen werden.
- ii. **Forschung und Lehre.** Laufende Kosten in der Forschung und Lehre werden durch Landesführungsbeträge finanziert. Eine zunehmend wichtigere Finanzierungsquelle stellen außerdem Drittmittelwerbungen dar. Die öffentlichen Mittel fördern vorrangig Projekte der grundlagen- und krankheitsorientierten Forschung. Die Finanzierung von Fort- und Weiterbildung sowie klinischen Studien hängt meist von Drittmitteln ab. Die wichtigsten Drittmittelgeber sind die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG), das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), die Pharmaindustrie und medizintechnische Unternehmen (Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestages 2016).

- iii. **Investitionen.** Die Investitionsfinanzierung erfolgt gemäß Hochschulbauförderungsgesetz (HBFVG) durch die Länder.

Die Föderalismusreform 2006 hat für die Hochschulkliniken institutionelle Änderungen in der Investitionsfinanzierung mit sich gebracht. Bis 2006 wurden große bauliche und apparative Investitionen durch den Bund und die Länder zu jeweils 50% ko-finanziert. Kleinere Investitionen (<125 000 € bei Großgeräten bzw. <3 Mio. € bei Baumaßnahmen) wurden hingegen mittels Landesführungsbeträgen alleine vom Land getragen. Durch die Föderalismusreform entfiel die Ko-Finanzierung durch Bund und Länder. In der Folge lag die Investitionsfinanzierung in der alleinigen Verantwortung der Länder. Von 2007 bis Ende 2019 stehen den Ländern als Kompensation jährlich Mittel aus dem Bundeshaushalt zur Verfügung. Eine Restzuständigkeit des Bundes bildet lediglich die sog. „Leuchtturmforschung“ von überregionaler Bedeutung (Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestages 2016). Neben dem Kriterium der überregionalen Bedeutung ist eine Zustimmung der Länder notwendig, sofern es sich nicht um Forschungsbauten handelt.

Zur Kapitalausstattung, Investitionsförderung und Investitionstätigkeiten der Hochschulkliniken lassen sich nur bedingt verlässliche Aussagen treffen. Öffentlich verfügbare Daten zu Investitionsmitteln der Hochschulkliniken nach HBFVG sind zwar in den Haushaltsplänen und -rechnungen der Länder einsehbar, jedoch ist die Aussagekraft dieser Zahlen aufgrund folgender Besonderheiten limitiert:

- i. **Verschiedene Rechtsgrundlagen.** Die Investitionsförderung von Hochschulkliniken ist länderspezifisch in den jeweiligen Gesetzen zur Hochschulförderung geregelt. Hierdurch wird zum einen aufgrund einer anderen Fördersystematik und Investitionsdefinition der Vergleich der Investitionsfördermittel zu nicht-universitären Krankenhäusern nach KHG erschwert. Zum anderen werden bei Hochschulkliniken auch andere Bereiche mit Investitionsmitteln gefördert, z.B. Forschung und Lehre. So können beispielsweise Zuschüsse in Forschung und Lehre in bestimmten Ländern konsumtiv als auch investiv seitens der Empfänger verwendet werden, wodurch bereits länderübergreifend ein Vergleich dieser Mittel erschwert wird.
- ii. **Abgrenzung von Fakultät und Klinik.** Der zuvor diskutierte Funktionszusammenhang zwischen Krankenversorgung und Forschung und Lehre schlägt sich auch bei den Investitionsmitteln nieder. Wenn die Hochschulklinik selbst entscheiden kann, ob Zuschüsse in Forschung und Lehre konsumtiv oder investiv eingesetzt werden, ist die letztliche Verwendung der dafür im Haushalt ausgewiesenen Mittel nicht mehr für Dritte abgrenzbar. Darüber hinaus ist die formale Trennung von medizinischer Fakultät und Klinik nicht immer gegeben. So wird beispielsweise in Mecklenburg-Vorpommern die Universitätsmedizin seit 2011/2012 als Integrationsmodell von Fakultät und Klinik als eine Körperschaft des öffentlichen Rechts organisiert. Eine eigenständige Universitätsklinik existiert in diesem Sinne formal nicht mehr. Zudem werden in Mecklenburg-Vorpommern Investitionsmittel für Großgeräte (ab 200 000 €) nicht der Universitätsmedizin, sondern der Universität zugewiesen. Über die Mittelverteilung für Großgeräte zwischen beiden Bereichen wird am jeweiligen Standort entschieden.
- iii. **Unterschiedliche Darstellung im Landeshaushalt.** Die Abbildung der Investitionsmittel für Hochschulkliniken in den Haushaltsplänen und -rechnungen ist zwischen den Ländern verschieden. Einige Länder weisen die Gesamtmittel aus, während andere die Haushaltspositionen je Hochschulklinik auflisten. Diese Einzelpositionen können ne-

ben dem Grundbedarf an Investitionen auch Sonderförderungen abbilden, die ebenfalls länderspezifisch abweichen können.

Aufgrund der genannten Besonderheiten ist ein länderübergreifender Vergleich der Investitionsfördermittel von Hochschulkliniken nur schwer möglich. Nichtsdestotrotz stellt Tabelle 4 für ausgewählte Länder exemplarisch eine Übersicht zum Volumen der Investitionsfördermittel für Hochschulkliniken dar, um einen Eindruck für die Größenordnung der Fördervolumina zu bekommen. Hierzu wurden die Investitionsmittel der Länder, die die Hochschulkliniken erhalten, aus den Haushaltsplänen bzw. -rechnungen für die Jahre 2012-2014 entnommen.¹⁶ Es handelt sich dabei durchgehend um Ist-Werte für die jeweiligen Jahre. Berücksichtigt wurden hierzu ausschließlich die Haushaltspositionen, die als Investitionsförderung gekennzeichnet sind. Zuweisungen und Zuschüsse zum laufenden Betrieb, wie beispielsweise Mittel für Forschung und Lehre, wurden dagegen nicht berücksichtigt. Mit über 300 Mio. € jährlich weist Nordrhein-Westfalen das höchste Förderniveau auf, gefolgt von Bayern (160-200 Mio. € p.a.) und Baden-Württemberg (ca. 100 Mio. € p.a.). Diese Länderunterschiede spiegeln sich auch in den Kennzahlen je Bett¹⁷ und je Einwohner wieder. Interessant ist eine Gegenüberstellung der Förderniveaus mit der Summe der KHG-Mittel über alle Bundesländer. Je Bett liegt das KHG-Fördervolumen fast durchgehend unter dem Fördervolumen der Hochschulkliniken. Es sei darauf hingewiesen, dass die Investitionsfördermittel für Hochschulkliniken stärker über die Zeit schwanken können als die KHG-Mittel, weil es sehr viel weniger Hochschulkliniken gibt und Einzelfördermaßnahmen zeitlich begrenzt sind. Daneben ist dieser länderübergreifende Vergleich in Tabelle 4 aufgrund der oben genannten Abgrenzungsproblematik und der unterschiedlichen Rechtsgrundlagen mit Vorsicht zu genießen. Letztlich wird deutlich, dass mehr Transparenz über die tatsächliche Investitionsförderung der Hochschulkliniken wünschenswert ist, die Vergleiche über die Länder ermöglicht. Um diese Transparenz zu erreichen, ist der politische Wille notwendig, eine bundesweit einheitliche Darstellung dieser Investitionsfördermittel zu gewährleisten.

Eine Abschätzung zum Investitionsbedarf und zum Finanzierungsdefizit der Hochschulkliniken erfolgte 2015 durch den Verband der Universitätsklinika Deutschlands (VUD)¹⁸. Für den Zeitraum 2013-2015 bezifferte der VUD – auf Grundlage der Ist-Ausgaben – die Ausgaben für Bau und Instandsetzungsbedarf auf jährlich rund 2,1 Mrd. €. Nach Berechnungen des VUD ergeben sich für 2016-2019 ein Investitionsbedarf von 3,6 Mrd. € p.a. bzw. für die Jahre 2020-2025 ein Bedarf von 3,1 Mrd. € p.a. Die Reduktion ab 2020 wird damit begründet, dass die Investitionspläne der Standorte über das Jahr 2020 hinaus noch nicht abgeschlossen seien. Für die Jahre 2016-2019 ergibt sich folglich ein Finanzierungsdefizit von 1,5 Mrd. € p.a. Das Finanzierungsdefizit würde sich im Zeitraum 2016-2025 auf etwa 12 Mrd. € kumulieren (KMK 2016).

¹⁶ Bei Unklarheiten zu den Haushaltsdaten wurden die zuständigen Ministerien angefragt, die ihrerseits die Informationen bereitgestellt haben.

¹⁷ Die Normierung der Investitionsmittel je Bett erfolgt auf Basis der Bettenzahl der Hochschulkliniken aus den Krankenhausverzeichnissen vom Statistischen Bundesamt.

¹⁸ Eine Aufteilung von Krankenhausleistungen und Forschung und Lehre konnte nicht vorgenommen werden, weil vielfältige Verflechtungen das nicht ermöglicht haben.

Tabelle 4
Investitionsfördermittel der Hochschulkliniken

Investitionen	Absolut (in Mio. €)			Je Bett (in 1.000 €)			Je Einwohner (in €)		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Baden-Württemberg	96,3	97,1	98,8	16,9	16,6	16,1	9,1	9,2	9,3
Bayern	161,9	200,6	201,3	23,6	29,6	29,6	13,0	16,0	15,9
Niedersachsen	35,9	43,1	59,7	12,4	14,9	20,4	4,6	5,5	7,7
Nordrhein-Westfalen	366,9	364,6	331,3	48,2	47,8	42,5	20,9	20,8	18,8
Rheinland-Pfalz	17,1	17,8	23,9	11,9	12,2	16,5	4,3	4,5	6,0
Sachsen-Anhalt	13,0	13,0	3,0	6,1	6,1	1,4	5,7	5,8	1,3
Gesamte KHG-Mittel	2.615	2.724	2.783	5,9	6,1	6,2	32,5	33,8	34,4

Quelle: RWI; Haushaltspläne und -rechnungen der Länder. – Anmerkung: In Baden-Württemberg ohne Uniklinikum Mannheim und in Nordrhein-Westfalen ohne Uniklinikum Witten-Herdecke.

2.4.2 Rechtlicher Rahmen zur Finanzierung der Hochschulkliniken

Zwischen 1970 und 2006 waren der Aus- und Neubau von Universitätskliniken nach Art. 91a Abs. 1 Nr. 1 GG a.F. als sog. Gemeinschaftsaufgaben vorgesehen; Abs. 4 sah insoweit eine 50%ige Kostentragung durch den Bund vor. Damit wurde durch das Finanzreformgesetz von 1969 allerdings nur eine bereits in den Jahren zuvor praktizierte Zusammenarbeit von Bund und Ländern kodifiziert, um die mit der Entwicklung verbundene immer größere Einflussnahme des Bundes bei der Erfüllung von Länderaufgaben auf das notwendige Maß zu beschränken. Im Hochschulbauförderungsgesetz (HBFG) waren die maßgeblichen Vorgaben zur Umsetzung geregelt. Förderentscheidungen im Rahmen des Hochschulbauförderungsgesetzes erfolgten durch eine gemeinsame ständige Bund-Länder-Kommission auf der Grundlage von Empfehlungen des Wissenschaftsrates und unter Berücksichtigung der Finanzierungsmöglichkeiten von Bund und Ländern in einem Rahmenplan mit einem bestimmten Investitionsvolumen. Seitens der Landesregierungen waren i.d.R. die Wissenschafts- und Finanzressorts beteiligt. Die Gemeinschaftsaufgabe Hochschulbau bezog sich auf die Hochschulkliniken als Ganzes und machte keine Ausnahme für den Bereich der allgemeinen Krankenversorgung durch die Hochschulkliniken. Auch die Einbeziehung der sog. akademischen Lehrkrankenhäuser war danach grundsätzlich möglich, soweit nur Investitionen in die Gemeinschaftsaufgabe betroffen waren. Der Beteiligungssatz des Bundes nach Art. 91a Abs. 4 GG a.F. musste in allen Bundesländern gleich sein und bezog sich jeweils auf einzelne Vorhaben oder Maßnahmen, um nicht die Haushaltsvorbehalte der Landesparlamente zu unterlaufen.

Im Zuge der Föderalismusreform wurde ab 2006 die Zuständigkeit vollständig auf die Länder zurückübertragen. Die Mitwirkung des Bundes wurde auf Fördermaßnahmen mit überregionaler Bedeutung und Großgeräte beschränkt (Art. 91b GG n.F.). Gleichzeitig wurde in Art. 143c Abs. 1 GG eine Übergangsregelung bis Ende 2019 vorgesehen, die durch eine Zurverfügungstellung von Bundesmitteln den Ländern die Folgen des Rückzugs des Bundes aus der Hochschulbauförderung abfedern soll. Ab 2020 fällt dann die Übergangsfinanzierung durch den Bund

komplett weg, gleichzeitig greift die Schuldenbremse nach Art. 143d, 109, 115 GG in den Ländern, wodurch sich die Spielräume der Landeshaushalte für Investitionen in die Hochschulmedizin nicht vergrößern dürften.

Die rechtlichen Vorgaben zur Finanzierung der Investitionskosten der Hochschulkliniken finden sich seit der Föderalismusreform im Hochschul-Landesrecht der Bundesländer. § 5 Abs. 1 Nr. 1 KHG nimmt die Hochschulkliniken insoweit von der allgemeinen Förderung aus. Die Hochschul(medizin)gesetze der Länder verweisen in fast allen Bundesländern auf eine Finanzierung nach Lage der Landeshaushalte, ohne dass konkrete Mindestförderungen vorgesehen sind. Im Einzelnen finden sich die Regelungen in:

- § 3 UKEG Hamburg,
- § 16 UKSG Saarland,
- § 16 UniKlinG HE,
- Art. 3 BayUniKlinG,
- § 8 HSG S-H,
- § 6 UKG BaWü,
- § 31b HochschulG NRW,
- § 23 HMG LSA,
- § 104b LHG M-V,
- § 94 ThürHG,
- § 5 UKG Sachsen.

Besonderheiten bestehen in Rheinland-Pfalz, Berlin und Niedersachsen, da es dort nur jeweils eine Hochschulklinik gibt, deren Rechte jeweils gesondert ausgestaltet wurden. Auch dort ist jedoch die Investitionsförderung jeweils abhängig vom Landeshaushalt. In Bremen und Brandenburg existieren derzeit keine Universitätsklinika, sodass das dortige Hochschullandesrecht auch keine Regelungen zur Investitionsförderung enthält.

3. Investitionsbedarfe

3.1 Kennzahlen

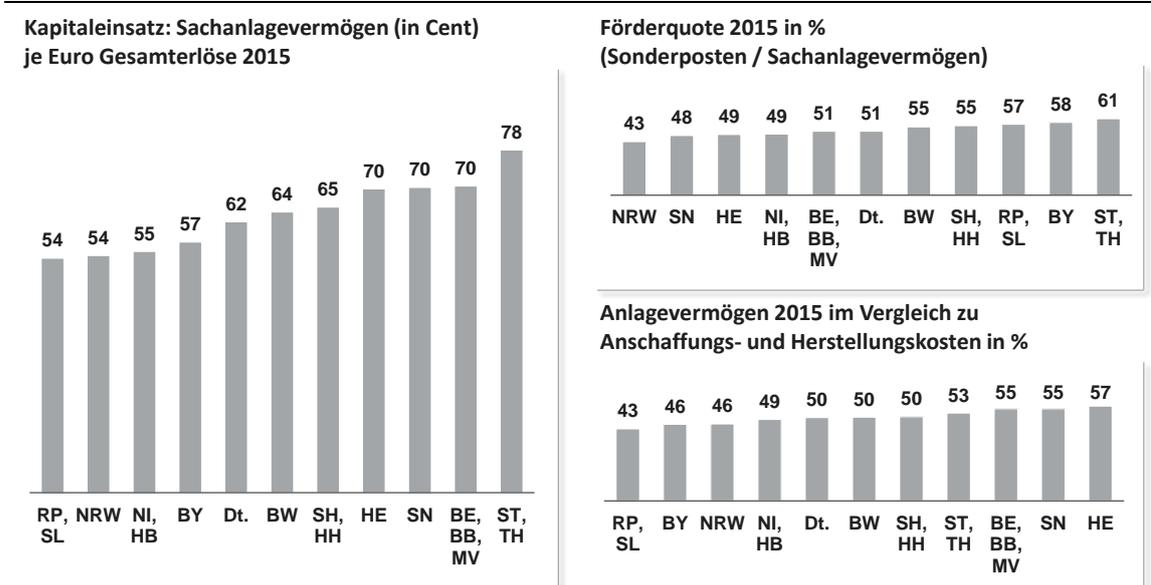
Die Kapitalausstattung deutscher Krankenhäuser weist enorme regionale Variationen auf. Betrachtet man, wie viel Sachanlagevermögen (SAV) eingesetzt wird, um einen Euro an Erlösen zu generieren, so ergibt sich eine große Spannweite zwischen den Bundesländern (Schaubild 11).

Während Rheinland-Pfalz/Saarland jeweils 54 Cent an SAV einsetzen um einen Euro an Erlösen zu erwirtschaften, liegt der Wert für Thüringen und Sachsen-Anhalt mit 78 Cent um rund 44% höher. Im bundesdeutschen Durchschnitt werden 62 Cent aufgewendet. Niedrige Werte in dieser Kennzahl können zum einen durch hohe Investitionseffizienz bedingt sein, zum anderen aber ebenso ein Anzeichen für Substanzverzehr sein. Letzteres wird durch trägerspezifische Unterschiede gestützt (Schaubild 12): private Krankenhausträger weisen einen um 14% höheren Kapitaleinsatz auf (64 Cent je Euro) als freigemeinnützige Träger (56 Cent je Euro). Es ist nur schwer zu begründen, warum freigemeinnützig geführte Krankenhäuser eine derart höhere Investitionseffizienz an den Tag legen als private geführte Krankenhäuser. Hinzu kommt, dass

sich der Kapitaleinsatz von 2011 bis 2015 sukzessive verringert hat, was ebenfalls die Vermutung eines Substanzverzehr nahelegt.

Schaubild 11

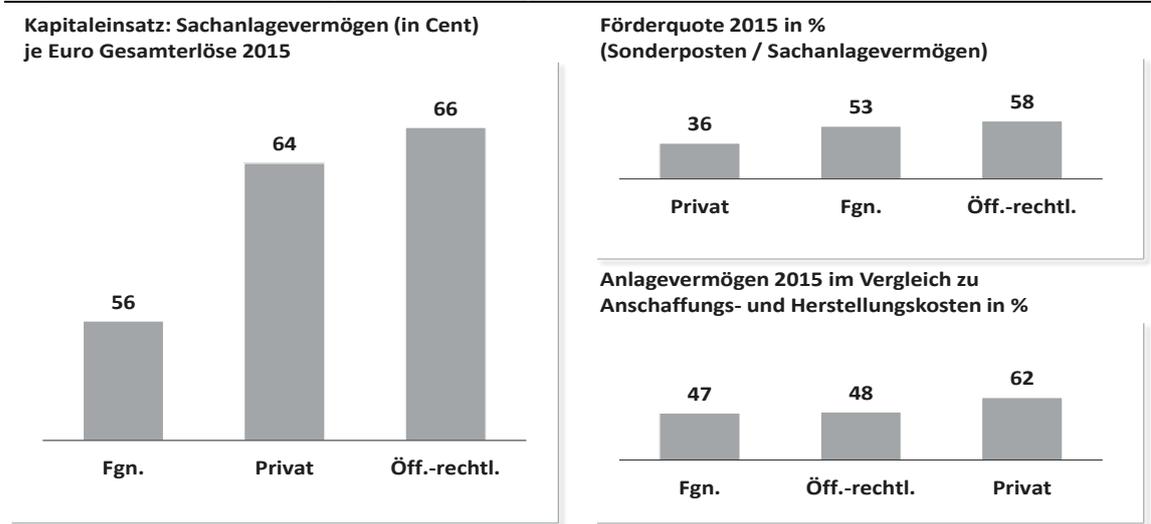
Kapitaleinsatz und Förderquoten nach Bundesländern



Quelle: RWI; Augurzky et al. (2017b) – Krankenhaus Rating Report 2017. – Anmerkung: Das Sachanlagevermögen bezieht sich auf den Restbuchwert. Unten links wird dieses Anlagevermögen zum Wert der Anschaffungs- und Herstellungskosten (AHK) gegenübergestellt.

Schaubild 12

Kapitaleinsatz und Förderquoten nach Trägern



Quelle: RWI; Augurzky et al. (2017b) – Krankenhaus Rating Report 2017.

Des Weiteren variieren die Förderquoten zwischen den Bundesländern. Im Schnitt wurden 51% des Sachanlagevermögens über Fördermittel finanziert (Sonderposten). Während in Sachsen-Anhalt und Thüringen die Sonderposten 61% des SAV ausmachen, sind es in Nordrhein-Westfalen nur 43%. Auch hier zeigt sich ein negativer Zeittrend. Der Anteil des geförderten Sachanlagevermögens sank um vier Prozentpunkte von 55% im Jahr 2011 auf 51% 2015. Besonders große Unterschiede zeigen sich zwischen den Trägerschaften. Öffentliche (58%) und

freigemeinnützige Krankenhäuser (53%) weisen deutlich höhere Sonderpostenquoten als private Krankenhausträger (36%) aus. Private Krankenhäuser finanzieren also einen größeren Teil ihrer Investitionen aus Eigenmitteln. Eine aktuelle Studie (Pilny 2017) zeigt, dass sich mindestens 40% der trägerspezifischen Förderquoten mit Unterschieden in Krankenhaus- und Bundeslandmerkmalen erklären lassen. Unterschiede in der EBITDA-Marge tragen am meisten zur Erklärung der beobachteten Trägerunterschiede in den Förderquoten bei, während die Krankenhausgröße, der CMI, der Basisfallwert und eine Kettenzugehörigkeit nicht zur Erklärung dieser Unterschiede beitragen.

Dies wird auch durch eine vergleichsweise hohe Unternehmenssubstanz der privaten Krankenhäuser untermauert. Ihr Anlagevermögen (AV) zu Restbuchwerten (RBW) beträgt noch 62% der Anschaffungs- und Herstellungskosten (AHK), während die RBW von öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäusern bei leicht unter 50% liegen. Die ostdeutschen Bundesländer und Hessen zeichnen sich hier durch eine höhere Unternehmenssubstanz aus. Während in Hessen das AV zu RBW 57% der AHK ausmacht, sind es in Rheinland-Pfalz/Saarland nur 43%. Dieses Ergebnis deckt sich zum größten Teil mit den Werten zum Kapitaleinsatz. Bundesländer mit einem höheren Kapitaleinsatz weisen tendenziell eine höhere Unternehmenssubstanz auf.

3.2 Bestimmung der Förderlücke

Um die Unternehmenssubstanz zu erhalten, bedarf es regelmäßiger Investitionen. Wie bereits dargestellt, werden diese nur in Teilen über Fördermittel finanziert. Rund 2,79 Mrd. € werden jährlich an Fördermitteln von den Ländern zur Verfügung gestellt (DKG 2017). Darüberhinausgehende Investitionen müssen durch Eigenmittel und ggf. mit Unterstützung des Krankenhausträgers finanziert werden. Dennoch reichen die Investitionsaktivitäten nicht aus, um die Unternehmenssubstanz dauerhaft halten zu können. Es stellt sich die Frage, wie hoch die Investitionsfördermittel sein müssten, um den jährlichen Investitionsbedarf vollständig decken zu können. Dazu bedarf es zunächst einer Herleitung des jährlichen Investitionsbedarfs.

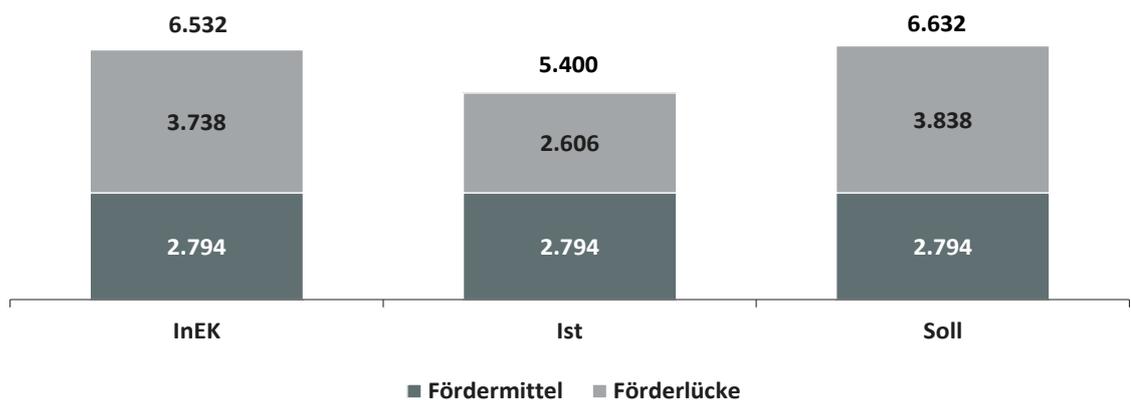
Die Höhe des zu deckenden Investitionsbedarfs wurde in bisherige Studien geschätzt: Die Expertenkommission „Zukunft der Krankenhausstruktur Baden-Württemberg“ (2006) beziffert den Investitionsbedarf auf mindestens 10% des Umsatzes der Krankenhäuser. Bei dem Ansatz von Investitionsquoten anderer Dienstleistungsbereiche und einer Projektion von KHG-Mitteln schätzen Rürup et al. (2008) das Investitionsvolumen für den Krankenhausmarkt auf 4,7 bis 5,7 Mrd. €. Da diese Spanne analytisch nicht fundiert ist, setzen Rürup et al. (2008) in ihrer Studie als Orientierungswert einen Investitionsbedarf von 5 Mrd. € an. Unter Verwendung der Investitionsbewertungsrelationen des InEK schätzt die DKG den Investitionsbedarf im Jahr 2014 auf 5,74 Mrd. €, der bei zunehmenden Fallzahlen und steigenden Baukosten in den Folgejahren auf 5,85 Mrd. € (2015) bzw. 6,01 Mrd. € (2016) angesetzt wird (DKG 2017).

Eine fundierte Grundlage zur Herleitung des jährlichen Investitionsbedarfs bieten Bilanzdaten und Gewinn- und Verlustrechnungen der Krankenhäuser, da sie neben der wirtschaftlichen Lage auch Auskunft über die Vermögensstruktur geben. Auf Basis dieser umfangreichen Datengrundlage beziffern Augurzky et al. (2017b) im Krankenhaus Rating Report 2017 den jährlichen Investitionsbedarf zum Erhalt der gegenwärtigen Substanz der Plankrankenhäuser auf 5,4 Mrd. €. Die Länder steuern dazu rund 2,8 Mrd. € jährlich bei. Es bleibt somit eine Förderlücke von 2,6 Mrd. €. Im Folgenden wird die Herleitung des jährlichen Investitionsbedarfs exemplarisch dargestellt. Analog zum Investitionsbarometer NRW (RWI 2016b) und zum Krankenhaus Rating Report (Augurzky et al. 2016, Augurzky et al. 2017b) können dazu drei Methoden herangezogen werden (Schaubild 13):

- i. **„InEK-Methode“:** Über die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) errechnete Bezugsgröße aus der Kalkulation der Investitionsbewertungsrelationen in Verbindung mit der Leistungsmenge des Krankenhauses,
- ii. **„IST-Substanzerhalt“:** Über das Sachanlagevermögen zu Anschaffungs- und Herstellungskosten, unter Betrachtung der jährlichen Abschreibungen,
- iii. **„SOLL-Substanzerhalt“:** Über die Methode „IST-Substanzerhalt“, ergänzt um ein Benchmarking mit Krankenhäusern, die als voll investiert anzunehmen sind.

Schaubild 13

Investitionsbedarf und Förderlücke 2015 in Mio. €



Quelle: RWI; Augurzky et al. (2017b) – Krankenhaus Rating Report 2017.

Nach der InEK-Methode wird der Investitionsbedarf auf Grundlage der Investitionsbewertungsrelationen aus 2017 abgeleitet (InEK 2017a). Je DRG-Fall setzt das InEK einen Investitionsbedarf von 322,96 € an. Für weitere Fälle nach der BpflV setzen wir 649,57 € an (InEK 2017b, Draheim und Beeck 2014). Bundesweit ergibt sich somit ein Investitionsbedarf von 6,53 Mrd. € pro Jahr bzw. 6,7% der Gesamterlöse.

Der Ansatz des „IST-Substanzerhalts“ basiert auf den Jahresabschlussdaten der Krankenhäuser und nimmt Bezug auf das aktuell vorhandene Sachanlagevermögen. Hochgerechnet auf die Grundgesamtheit aller Krankenhäuser (ohne Universitätskliniken) ergibt sich ein Sachanlagevermögen zu AHK von 115 Mrd. €. Basierend auf einer mittleren Abschreibungsquote des SAV zu AHK beträgt der jährliche Abschreibungsbedarf demzufolge 6,54 Mrd. €. Zu beachten ist, dass damit nur die gegenwärtige Substanz erhalten werden kann. Technischer Fortschritt und inflationsbedingte Preiserhöhungen sind nicht berücksichtigt. Daher wird ein Aufschlag von 2,0% zum jährlichen Abschreibungsbedarf addiert. Folglich ergibt sich ein jährlicher Gesamtinvestitionsbedarf (ohne Universitätskliniken) von 6,67 Mrd. € nach der Methode des „IST-Substanzerhalts“. Allerdings enthält dieser Investitionsbedarf auch nicht-förderfähige Anlagegüter. In Anlehnung an RWI (2016b) wird angenommen, dass 81% der Sachanlagegüter förderfähig sind. Dementsprechend beläuft sich der förderfähige Investitionsbedarf auf 5,4 Mrd. € pro Jahr bzw. 5,5% der Gesamterlöse des Krankenhausmarktes.

Der dritte Ansatz des „SOLL-Substanzerhalts“ ergänzt die Berechnung um ein Benchmarking. Hier geht man davon aus, dass in einigen Bundesländern bereits in der Vergangenheit nicht ausreichend investiert wurde. Folglich fällt das vorhandene Sachanlagevermögen zu gering aus. Der pure Substanzerhalt würde somit zu einer Verfestigung der Unterkapitalisierung führen. Daher ist eine Benchmark notwendig um den Soll-Zustand der Krankenhäuser zu definieren. Aufgrund umfangreicher Investitionen, die zwischen 1995 und 2014 im Rahmen der Sonderför-

derung in den neuen Bundesländern in die Krankenhäuser getätigt wurden, eignen sich dafür besonders die ostdeutschen Krankenhäuser. Sie setzen im Durchschnitt 1,55 € Sachanlagevermögen zu AHK je Euro Erlös ein. Je Krankenhaus wird auf Basis dieser Benchmark ein Soll-Sachanlagevermögen zu AHK errechnet. Basierend auf diesem SOLL-Sachanlagevermögen wird der Investitionsbedarf analog zum Ansatz des „IST-Substanzerhalts“ ermittelt. Damit ergibt sich bundesweit ein förderfähiger Investitionsbedarf von 6,63 Mrd. € jährlich respektive 6,8% der jährlichen Gesamterlöse.

Basierend auf dem Investitionsbedarf ergibt sich die Förderlücke als Differenz zwischen dem jährlichen Investitionsbedarf und den bereitgestellten Fördermitteln. Wie bereits erwähnt, werden jährlich 2,79 Mrd. € an Fördermitteln durch die Länder zur Verfügung gestellt. Entsprechend liegt die Förderlücke zwischen 2,60 Mrd. € („IST-Substanzerhalt“) und 3,84 Mrd. € („SOLL-Substanzerhalt“). Aufgrund dieser Förderlücke investieren die Krankenhäuser in unterschiedlichem Ausmaß ergänzend durch Eigenmittel, allerdings nicht im ausreichenden Maße, um den Investitionsbedarf vollständig zu decken. Somit ergibt sich die Investitionslücke als Differenz zwischen Investitionsbedarf und der Summe der fördermittel- sowie eigenfinanzierten Investitionen.

Tabelle 5

Investitionsbedarf, Förder- und Investitionslücke nach Bundesländern 2015

	D	BB, BE, MV	BW	BY	HE	NI, HB	NW	RP, SL	SH, HH	SN	ST, TH
Förderfähiger Investitionsbedarf in Mio. €											
Ist	5.400	452	638	892	397	493	1.194	354	375	269	337
Soll	6.632	598	767	1.051	476	662	1.570	397	417	324	370
Nach InEK	6.532	609	732	1.009	466	648	1.536	412	377	341	402
Fördermittel in Mio. €	2.794	232	437	500	242	314	515	148	185	131	89
Förderlücke in Mio. €											
Ist	2.606	220	201	392	155	178	679	206	190	138	247
Soll	3.838	366	330	551	234	348	1.055	248	232	193	281
Nach InEK	3.738	377	295	509	224	334	1.021	264	192	210	313
Förderlücke je Fall in €											
Ist	135	122	94	132	113	94	149	168	172	137	208
Soll	199	203	155	186	171	183	232	203	210	192	237
Nach InEK	194	209	138	172	164	175	225	216	174	208	264
Förderf. eigenf. Invest. Mio. €	2.155	215	273	284	215	198	484	109	149	112	113
Investitionslücke in Mio. €											
Ist	452	5	-72	108	-60	-20	194	96	41	26	134
Soll	1.683	151	57	266	19	149	570	139	83	81	167
Nach InEK	1.584	162	21	224	9	135	537	155	43	98	199

Quelle: RWI; Augurzyk et al. (2017b) – Krankenhaus Rating Report 2017. Anmerkung: Der Soll-Bedarf wird auf Basis der Fallentwicklungen je Bundesland fortgeschrieben.

Ein Bundeslandvergleich zeigt, dass Nordrhein-Westfalen und Bayern, in absoluten Zahlen, die höchsten Förderlücken aufweisen (Tabelle 5, Ist-Werte). 679 Mio. € würden in NRW bzw. 392 Mio. € in Bayern an zusätzlichen Fördermitteln benötigt, um den Investitionsbedarf¹⁹ zu decken. Auf den einzelnen Fall bezogen reduziert sich die Bandbreite. Die Förderlücke je Fall (Ist-Werte) schwankt zwischen 208 € in Sachsen-Anhalt/Thüringen und 94 € in Baden-Württemberg und Niedersachsen/Bremen. Auch die finanziellen Möglichkeiten, zusätzliche Investitionen aus Eigenmitteln durchzuführen, variieren zwischen den Bundesländern, sodass die resultierende Investitionslücke in den einzelnen Ländern recht unterschiedlich ausfällt. Auf Basis der Ist-Methodik ist sie in manchen Ländern sogar negativ. Einschränkend ist zu erwähnen, dass die eigenfinanzierten Investitionen von Jahr zu Jahr stark schwanken können, wenn gewisse Bauvorhaben in ein Jahr fallen. Mithin kann die hier ausgewiesene Investitionslücke über die Zeit

¹⁹ Basierend auf dem Ansatz „IST-Substanzerhalt“.

unterschiedlich ausfallen. Bei Aggregation auf die Bundesebene fällt die zeitliche Volatilität jedoch deutlich geringer aus.

4. Internationaler Vergleich

4.1 Überblick

Für die Erarbeitung neuer Konzepte zur Investitionsförderung in Deutschland ist es hilfreich, Beispiele aus dem Ausland zu betrachten, um dort vorhandene positive Lösungsansätze auf ihre Übertragbarkeit für die deutsche Situation zu prüfen. In diesem Zusammenhang soll in diesem Gutachten eine internationale Übersicht geleistet werden, wie sich die Situation der Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser in anderen Ländern darstellt, welche politischen Reformmaßnahmen dort in der Vergangenheit getroffen wurden und welche Vor- und Nachteile die jeweiligen Finanzierungssysteme mit sich bringen. Für den internationalen Vergleich wurden in Absprache mit dem BMG die folgenden Länder ausgewählt: Dänemark, Österreich, Schweiz, Frankreich, Niederlande, Japan und Australien.

Die länderspezifische Untersuchung erfolgte auf Basis von ein bis zwei strukturierten Experteninterviews je Land, der Auswertung von Fragebögen, die an Vertreter aus dem Bereich Gesundheitswirtschaft der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft KPMG in dem jeweiligen Land verschickt wurden sowie ergänzender Literatur und Materialien. Der Aufbau der einzelnen Länderanalysen wurde anhand der Untersuchung der folgenden Aspekte einheitlich strukturiert:

- **Krankenhausstruktur und Leistungsdaten:** Darstellung des landesspezifischen Krankenhausmarkts anhand von Strukturkennzahlen,
- **Politische Steuerung:** Systematik der Krankenhausplanung und -finanzierung,
- **Finanzierung der Investitionskosten:** gegenwärtige Situation, Probleme und Reformen,
- **Bewertung:** Schlussfolgerung und mögliche Implikationen für Deutschland.

In Schaubild 14 sind die Strukturen und Finanzierungsarten im Krankenhausbereich in den einzelnen Ländern anhand von ausgewählten Merkmalen als Überblick aufgeführt. Es zeigt sowohl hinsichtlich der Bettendichte als auch der Krankenhaushäufigkeit eine stark heterogene Situation. So ist die Bettendichte in Deutschland beispielsweise mehr als doppelt so hoch wie in Dänemark und auch deutlich höher als in den anderen Ländern (mit Ausnahme Japan). Im internationalen Vergleich zeigt sich für Deutschland eine hohe Anzahl an Krankenhausfällen, die bezogen auf die Einwohnerzahl beispielweise in den Niederlanden und Japan nur halb so hoch ausfällt wie in Deutschland.

Auf der Finanzierungsseite weisen alle betrachteten Länder bei der Behandlungsvergütung mittlerweile ein Fallpauschalensystem mit verschiedenen Variationen auf. Die Investitionskostenfinanzierung läuft nur in Deutschland komplett getrennt über einen anderen Kostenträger (Staat) als die Betriebskosten. In den meisten betrachteten Ländern sind die Investitionskosten entweder vollständig (Niederlande, Schweiz) oder zumindest teilweise (Frankreich, Japan) in den Fallpauschalen enthalten. Die Details der Investitionskostenfinanzierung und der politischen Zuständigkeiten in den verschiedenen Ländern sind sehr komplex und sollen im Folgenden dargestellt und hinsichtlich ihrer Vor- und Nachteile untersucht werden.

Schaubild 14

Krankenhausstruktur und -finanzierung im internationalen Vergleich

	 Deutschland	 Dänemark	 Österreich	 Schweiz	 Frankreich	 Niederlande	 Japan	 Australien
Akut-Betten je 1.000 Einw. ¹	6,18	2,47	5,78	3,76	4,14	3,32 ^(a)	7,88	3,74 ^(b)
Krankenhaushfälle je 1.000 Einw. ¹	256	152	263	168	165	119 ^(a)	124	173 ^(b)
Krankenhauskosten ■ pro Kopf ^{1,2} ■ in % des BIP ¹	1.510 US\$ 3,3%	2.106 US\$ 4,7%	1.905 US\$ 4,0%	2.460 US\$ 4,1%	1.745 US\$ 4,4%	1.814 US\$ 3,8%	1.715 US\$ ^(b) 4,7% ^(b)	1.814 US\$ ^(b) 3,8% ^(b)
Trägerschaft der Krankenhäuser	Öffentlich, freigemeinnützig und privat	Öffentlich (Regionen + Kommunen)	Großteils öffentlich (v.a. Landes-KH), teils privat	Überwiegend öffentlich und privat non-profit	Öffentlich, privat und privat non-profit	Überwiegend privat non-profit	Überwiegend öffentlich und privat non-profit	Öffentlich und privat
Behandlungskostenvergütung	Einheitliche Fallpauschalen	Einheitliche Fallpauschalen	Fallpauschalen mit regionalen Anpassungen	Fallpauschalen mit untersch. Baserates	Fallpauschalen (Unterschiede je nach Träger)	Fallpauschalen mit individuellen Verhandlungen	Fallpauschalen je Tag und Einzelleistung	Fallpauschalen für öffentliche Krankenhäuser
Kostenträger Behandlung	Krankenversicherung	Staat	Landesfonds (Staat + Versicherung)	Kantone + Krankenversicherung	Krankenversicherung	Krankenversicherung	Krankenversicherung	Staat + private Krankenversicherung
Investitionsfinanzierung	Staatliche Förderung durch Bundesländer	Staatliche Einzelförderung	Föderale Abgangsfinanzierung	In Fallpauschalen enthalten	Teils in Fallpauschalen, teils staatliche Einzelförderung	In Fallpauschalen enthalten	Teils in Behandlungspauschalen, teils staatliche Einzelförderung	Staatliche Förderung für öffentliche Krankenhäuser

Quelle: IMSP, HS Fresenius, OECD (2016). – ¹Alle Angaben für Jahr 2014, OECD Health Statistics 2016. – ^a2012. – ^b2013. – ²zu aktuellen Preise und Kaufkraftparitäten.

4.2 Länderanalyse

4.2.1 Dänemark²⁰

Die aktuelle dänische Krankenhauslandschaft ist geprägt von einem drastischen strukturellen Wandel, der von politischer Seite systematisch vorangetrieben wird und in vielfacher Hinsicht als vorbildlich angesehen wird. Noch bis Ende der 1990er Jahre waren kleine regionale Allgemein-Krankenhäuser in großer Anzahl über das gesamte Land verteilt. Aufgrund einer Strukturreform, bei der vor allem die Qualität der Patientenversorgung und weniger die hohen Vorhaltekosten für die Krankenhauskapazitäten im Vordergrund standen, wurden seit der Jahrtausendwende eine Vielzahl dieser kleinen Krankenhäuser geschlossen und die Anzahl der Bettenkapazitäten deutlich reduziert. Es fand eine Abkehr von der wohnort-zentrierten Krankenhausplanung zu einer spezialisierten Versorgung mit starker intersektoraler Vernetzung und einer Restrukturierung der Notfallversorgung in Dänemark statt. Gegenwärtig weist Dänemark eine der niedrigsten Bettendichten (2014: 2,5 Betten pro 1 000 Einwohner) und kürzesten Verweildauern (2014: 3,5 Tage) in Europa auf (OECD 2016) und beide Kennziffern sollen zukünftig weiter deutlich reduziert werden (Danish Ministry of Health 2016).

Im Gegensatz zu Deutschland hat Dänemark ein staatliches, steuerfinanziertes Gesundheitssystem, bei dem sowohl die Planung, Trägerschaft und Vergütung der Krankenhäuser in staatlicher Verantwortung liegen. Somit stammen sowohl die Behandlungsvergütung über das Fallpauschalensystem als auch die Investitionsfinanzierung über nationale und regionale Fördermittel direkt aus dem Staatshaushalt. Die Zuständigkeit für die Krankenhäuser liegt bei den fünf dani-

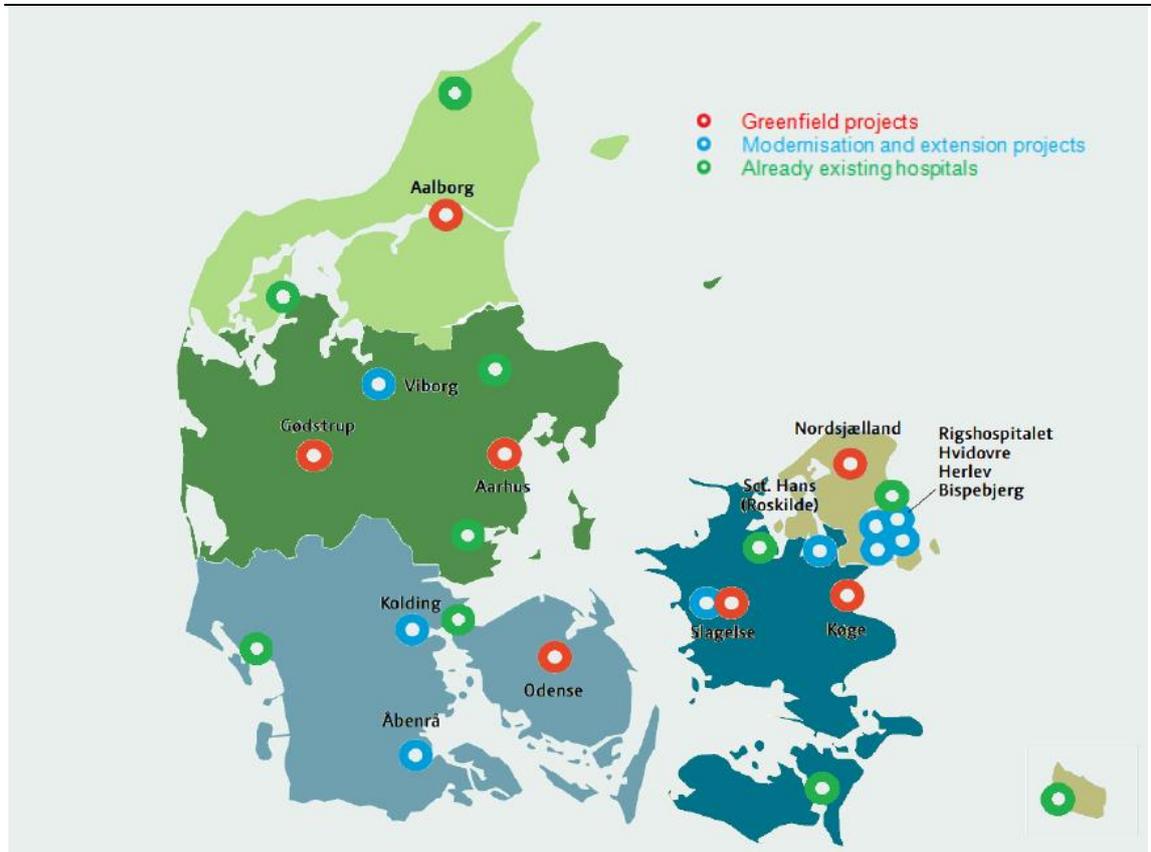
²⁰ Als Ansprechpartner für Dänemark dienten das dänische Konsulat in München (v.a. Frau Judith Niehaus) mit Informationen aus dem dänischen Gesundheitsministerium, sowie Vertreter von KPMG Dänemark.

schen Regionen, die allerdings keine politische Eigenständigkeit besitzen, sondern vielmehr verwaltungstechnische Einheiten zwischen Zentralverwaltung und den Kommunen bilden. Die übergeordnete politische Steuerung und Koordination der Krankenhäuser (speziell hinsichtlich der Spezialisierung von Leistungen) findet durch die nationale Regierung statt.

Seit der Gesundheitsreform im Jahr 2007 plant die dänische Gesundheitsbehörde (DHMA) für insgesamt 36 spezialisierte Leistungsbereiche die regionale Verteilung dieser Angebote auf die Krankenhäuser. Diese erfolgt in Abhängigkeit der Komplexität, der Häufigkeit und des Ressourcenaufwands der Leistungen und anhand eines einheitlichen Kriterienkatalogs, um die Qualität der Leistungserbringung (z.B. über Mindestmengen) sicher zu stellen (Danish Ministry of Health 2016). Grundsätzlich sollten spezialisierte Leistungen in 1-3 Krankenhäusern je Region und hochspezialisierte Behandlungen in 1-3 Krankenhäusern landesweit angeboten werden. Für besonders seltene Leistungen ist sogar die Behandlung im Ausland anstatt eines eigenen Angebots in dänischen Krankenhäusern vorgesehen.

Schaubild 15

Neustrukturierte Krankenhauslandschaft in Dänemark



Quelle: Danish Ministry of Health (2016).

Mit einem groß angelegten, nationalen Investitionsprogramm („Danish Super Hospital Program“) wird die Krankenhausstruktur in Dänemark aktuell weiter zentralisiert und modernisiert. Bis 2022 wird es landesweit insgesamt 16 Superkrankenhäuser geben (vgl. Schaubild 15), wovon sieben dieser Häuser als komplette Neubauten geplant wurden und im Zeitraum zwischen 2017 und 2022 einsatzbereit sein sollen. Die neun anderen Superkrankenhäuser werden oder wurden an bestehenden Standorten erweitert und modernisiert. Die gesamte Investitionssumme für dieses Strukturprogramm beträgt rund 5,6 Mrd. € und damit rund 1 000 € pro Einwohner. Die Mittel stammen im Wesentlichen aus nationalen Fördermitteln (60%) und den

zugewiesenen Regionalbudgets (27,5%). Darüber hinaus soll auch der Grundstücksverkauf von dann nicht mehr benötigten Krankenhausstandorten in nicht unerheblichem Umfang (12,5%) zur Finanzierung des Programms beitragen.

Die Auswahl der Investitionsprojekte fand auf regionaler Ebene in Abstimmung mit der Zentralregierung und unter Berücksichtigung einheitlicher Kriterien statt. Dabei erfolgte die Zusage der staatlichen Fördermittel für die ausgewählten Investitionsprojekte nur im Gegenzug zu Bereitschaft der Regionen zu generellen Strukturanpassungen mit Schließung von kleinen lokalen Krankenhäusern. Die Regionen sind individuell verantwortlich für die Errichtung der Superkrankenhäuser in ihrem Gebiet und müssen gegenüber der Zentralregierung regelmäßig Rechenschaft ablegen über den Fortschritt und die Einhaltung der fix vorgegebenen Budgets für jedes einzelne Projekt.

Im Gegenzug zu den hohen Investitionen erwartet die dänische Regierung von den Regionen deutliche Effizienzgewinne durch den Betrieb der modernen Superkrankenhäuser in Höhe von 4-8% gegenüber dem vorherigen Status quo²¹. Erreicht werden soll dies vor allem über:

- den Abbau von Bettenkapazitäten,
- die Zusammenlegung und Restrukturierung von Einheiten,
- den Ausbau von ambulanter / intersektoraler Versorgung,
- den verstärkten Einsatz von modernen IT- und Logistiklösungen.

Dänemark gilt schon seit langem als Vorreiter in der Nutzung von E-Health-Lösungen, wie z.B. der elektronischen Patientenakte oder elektronischen Überweisungen und Arzneimittelverschreibungen (Currie 2014). Im Rahmen der Krankenhausneustrukturierung wird diesem Bereich ebenfalls ein besonderer Stellenwert beigemessen, indem ein festgeschriebener Anteil von 20% der gesamten Investitionssumme explizit für den Bereich IT und Logistik vorgesehen ist. Damit sollen die organisatorischen und medizinischen Abläufe innerhalb des Krankenhauses erheblich optimiert und effizienter gestaltet werden. Außerdem sollen auch die telemedizinischen Anbindungen außerhalb der Klinik deutlich verbessert werden, um durch einen verbesserten Informationsaustausch der Krankenhäuser mit niedergelassenen Ärzten, Rettungsdienst, Pflegeeinrichtungen und direkt mit den Patienten die Krankenhausfälle und die stationäre Verweildauer weiter reduzieren zu können. So sollen unter anderem mit diesen Maßnahmen in dem Superhospitalprogramm bis zum Jahr 2020 folgende Ziele erreicht werden:

- Steigerung der ambulanten Behandlungen um 50%,
- Abbau der Bettenkapazitäten um 20%,
- Reduzierung der stationären Verweildauer auf ca. drei Tage.

Mit der massiven Umstrukturierung des Krankenhauswesens zeigt Dänemark vorbildlich, wie eine Reform zu effizienten Strukturen in der stationären Versorgung angegangen werden kann. Aufbauend auf einer umfassenden Bestandsaufnahme mit klar definierten Zielen, der Bereitschaft zur Schließung vieler kleiner Einheiten und der Bereitstellung von enormen Investitionsmitteln soll die Versorgungssituation für die dänische Bevölkerung weiter verbessert werden. Dabei steht die Qualität der Versorgung im Vordergrund, aber gleichzeitig sollen durch moder-

²¹ Die Regierung erwartet Einsparungen durch die Effizienzgewinne in Höhe von rd. 300 Mio. € pro Jahr, sodass sich die Gesamtinvestitionssumme unter der hypothetischen Annahme ansonsten gleichbleibender Rahmenbedingungen nach 20 Jahren amortisiert hätte.

ne Krankenhausstrukturen auch erhebliche Effizienzsteigerungen ermöglicht werden. Wichtig sind neben der architektonischen und organisatorischen Gestaltung bei Krankenhausneubauten vor allem auch die enge Vernetzung zwischen dem stationären Sektor und dem niedergelassenen Bereich sowie die starke Einbeziehung von modernen IT- und E-Health-Lösungen bereits bei der Planung und Bereitstellung von Fördermitteln zu berücksichtigen.

Auch im Bereich der Notfallversorgung zeigt das Beispiel Dänemark, dass eine flächendeckende Sicherstellung auch bei einer starken Konzentration und Zentralisierung der Krankenhauslandschaft gewährleistet werden kann. Die Anzahl der Notaufnahmen wird von 40 auf nur noch 20 Einrichtungen halbiert und gleichzeitig werden strukturelle Anpassungsmaßnahmen getroffen, um die Versorgungsqualität trotz steigender Entfernungen zu verbessern (Augurzky 2015). Für die deutsche Gesundheitspolitik kann das Beispiel Dänemarks somit Wege aufzeigen, wie strukturelle Anpassungen und Investitionen im Krankenhauswesen generell angegangen werden können, auch wenn die Rahmenbedingungen in beiden Ländern in wesentlichen Bereichen (z.B. bei der föderalen politischen Struktur und der staatlichen Trägerschaft der Krankenhäuser) Unterschiede aufweisen und eine direkte Übertragbarkeit der Lösungen nicht zulassen.

4.2.2 Österreich²²

Das System der österreichischen Krankenhausfinanzierung und -planung ist stark föderal geprägt mit einer sehr heterogenen Ausgestaltung in den einzelnen Bundesländern. Im Jahr 2015 gab es in Österreich 278 Krankenanstalten mit insgesamt mehr als 65 000 Betten, wobei 70% der Bettenkapazitäten in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten verfügbar waren. Dies sind „öffentlich versorgungsrelevante Spitäler“ in Trägerschaft von Bundesland, Gemeinden und Sozialversicherungsträgern, sowie „öffentlich finanzierte“ Kliniken von gemeinnützigen Trägern. Im Gegensatz zu den gewinnorientierten privaten Krankenhäusern erhalten diese sog. Fondsspitaler zusätzlich zur allgemeinen Finanzierung über die Fallpauschalenvergütung („LKF – leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung“) noch zusätzliche Mittel nach dem Prinzip der sog. „Abgangsfinanzierung“²³.

Die politische Zuständigkeit für das Krankenhauswesen ist abgesehen von der Grundsatzgesetzgebung auf Bundesebene vor allem bei den neun Bundesländern angesiedelt, die für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung zuständig sind. In den Krankenhausplänen der Bundesländer werden das jeweilige Leistungsangebot geplant und die entsprechende Investitionsplanung abgeleitet. Bei der praktischen Ausgestaltung der Finanzierung über die Landesgesundheitsfonds wird den Bundesländern ein großer Freiraum zugestanden, den sie unterschiedlich stark nutzen. Die Länder bzw. Landesgesundheitsfonds können die Mittel auf verschiedene „Töpfe“ (Budgetwidmungen) aufteilen, von denen der weitaus größte zur Finanzierung der stationären Betriebskosten dient²⁴. Daneben gibt es die Möglichkeit, unter anderem Mittel für die Spitalsambulante Versorgung, für strukturfördernde Maßnahmen oder

²² Als Ansprechpartner für Österreich standen u.a. Nikolaus Koller (Präsident der Bundeskonferenz der Krankenhausmanager Österreichs), der Salzburger Landesgesundheitsfonds sowie Vertreter von KPMG Österreich zur Verfügung.

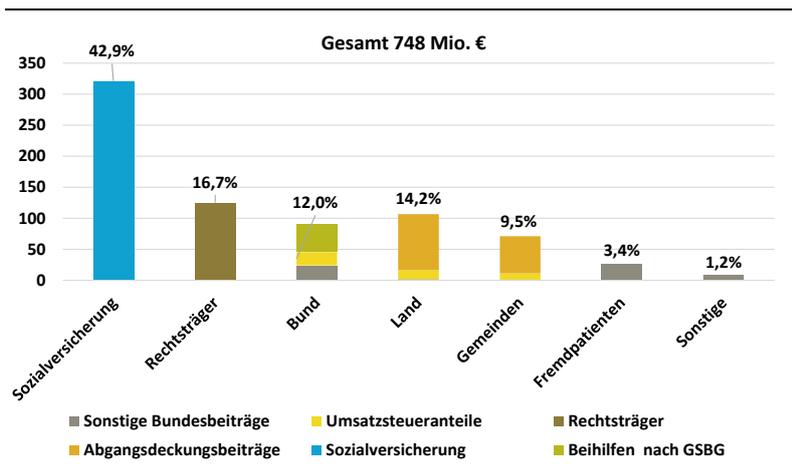
²³ Prinzip der Betriebsabgangsdeckung: Betriebsabgänge (Differenz zwischen Einnahmen und Betriebs- und Erhaltungskosten) werden je nach Trägerschaft in unterschiedlichem Ausmaß aus öffentlichen Mitteln (z.B. durch öffentliche Eigentümer und aus den Budgets der Landesfonds) finanziert.

²⁴ Mindestens 51% der laufenden Kosten (inkl. Abschreibungen) der Krankenhäuser müssen durch marktmäßige Umsätze im Sinne von Erlösen finanziert werden.

für Investitionen gesondert zu widmen. Somit unterscheidet sich die Investitionsfinanzierung je nach Bundesland stark. Während manche Länder in großem Umfang separate Investitionsmittel zur Finanzierung jeglicher Investitionsgüter bereitstellen, fördern andere Bundesländer nur Großinvestitionen über Investitionszuschüsse. Alle anderen Investitionen werden über eine entsprechend höher dotierte Fallpauschalenvergütung finanziert.

Bei der praktischen Ausgestaltung der Investitionskostenfinanzierung erhalten die zumeist landeseigenen Fondsspitäler trotz der theoretisch unterschiedlichen Systematiken ihre benötigten Mittel aus den öffentlichen Finanzierungsmitteln der Länder (als Träger) oder der Landesfonds. Aufgrund der heterogenen Ausgestaltung der Finanzierungssystematik je nach Bundesland und der Intransparenz durch die Abgangsfinanzierung sind keine Informationen über die tatsächlichen Investitionssummen der österreichischen Krankenhäuser verfügbar. In Schaubild 16 ist beispielhaft für den Salzburger Landesgesundheitsfonds die Aufteilung der Finanzierungsmittel dargestellt, um die Größenordnung der Mittelbereitstellung durch die einzelnen Beteiligten aufzuzeigen. Die Höhe der Bundesmittel liegt über alle Länder hinweg bei einem Anteil zwischen 10% und 14% des gesamten Fondsvolumens (vgl. Tabelle 6).

Schaubild 16
Finanzmittelaufkommen Landesgesundheitsfonds Salzburg 2015



Quelle: Eigene Darstellung nach SAGES (2016).

Tabelle 6
Anteil der Bundesmittel in Österreich

	Anteil der Bundesmittel an Landesgesundheitsfonds ¹ , 2015 in %	davon GSBG-Beihilfen ²
Burgenland (2014)	13,9%	5,9%
Kärnten	10,2%	4,5%
Niederösterreich	13,3%	k.A.
Oberösterreich	k.A.	k.A.
Salzburg	12,0%	6,0%
Steiermark	11,9%	5,1%
Tirol	13,8%	5,4%
Vorarlberg (2014)	11,4%	5,6%
Wien (2014)	14,1%	7,6%

¹Eigene Berechnungen aus Tätigkeitsberichten der Landesgesundheitsfonds- – ²Beihilfen nach dem Gesundheits- u. Sozialbereich-Beihilfengesetz (GSBG 1996).

Tendenziell findet im österreichischen Krankenhauswesen durch die unterschiedliche Finanzierungssystematik und öffentliche Abgangsdeckung eine Wettbewerbsverzerrung vor allem zugunsten der landeseigenen Krankenhäuser statt. Durch die starke Beteiligung des Staates auf Finanzierungs- und Trägerseite ist die politische Einflussnahme relativ groß und es wird den öffentlich geförderten Krankenhäusern in Österreich eine grundsätzlich auskömmliche Finanzierung für den Betrieb und die nötige Investitionstätigkeit ermöglicht. Ein Rückgang des Sachanlagevermögens ist bei den Fondsspitalern bisher nicht zu beobachten und es werden auch weiterhin Investitionsmittel für den Neubau öffentlicher Krankenhäuser zur Verfügung gestellt. Gleichzeitig finden allerdings auch wenig strukturelle Anpassungen in der Krankenhauslandschaft statt und eine qualitätsgetriebene Konzentration und Spezialisierung des Leistungsange-

bots kommt kaum voran. Dementsprechend weist Österreich im internationalen Vergleich hohe Krankenhauskapazitäten und stationäre Fallzahlen auf.

Auf Bundesebene wird zunehmend versucht, den Ausgabenanstieg im Krankenhausbereich zu bremsen und Strukturanpassungen voranzutreiben. So sieht das „Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung“ aus dem Jahr 2013 beispielweise folgende Reformansätze vor:

- Vereinbarung von Ausgabenobergrenzen (explizit ohne Investitionskosten!) und Ausgabendämpfungseffekten auf Landesebene,
- Finanzmonitoring und Berichterstattung auf Bundesebene,
- Verschiedene Maßnahmen in den einzelnen Bundesländern mit dem Ziel der Strukturanpassung und Leistungssteuerung.

Bisher war allerdings in den meisten Ländern nur eine geringe Durchsetzungskraft dieser Reformvorgaben zu beobachten. Weiterhin bestehen systembedingt geringe Anreize zu Effizienzsteigerungen in den öffentlichen Krankenhäusern, da Defizite häufig durch die Abgangsdeckung ausgeglichen werden. Ein struktureller Umbau der Krankenhauslandschaft mit einer einheitlichen leistungsgerechten Vergütungssystematik scheidet bisher an der regionalen Zuständigkeit der Länder, die ihren politischen Einfluss im Krankenhausbereich weiterhin aufrechterhalten möchten, zumal sie den Großteil der finanziellen Aufwendungen des Landesgesundheitsfonds nicht selber tragen müssen.

Bei ähnlich stark ausgeprägten föderalen Zuständigkeiten und Strukturen wie in Deutschland, aber gleichzeitig deutlichen Unterschieden in der Systematik der Krankenhausfinanzierung lassen sich aus Österreich, vor allem unter Berücksichtigung begrenzter öffentlicher Mittel, keine auf Deutschland übertragbaren Reformoptionen ableiten.

4.2.3 Schweiz²⁵

Die Krankenhausstruktur der Schweiz ist historisch geprägt von kleineren, regionalen Anbietern und einer hohen Bedeutung der wohnortnahen flächendeckenden Versorgung. Dem föderalen Aspekt kommt im Gesundheitswesen (wie auch in vielen anderen Bereichen) der Schweiz über die 26 Kantone eine sehr starke Bedeutung zu. Seit dem 1996 eingeführten Krankenversicherungsgesetz (KVG) haben die Kantone neben der hoheitlichen Aufgabe der Krankenhausplanung auch die Verpflichtung zur Mitfinanzierung der Krankenhausvergütung zusammen mit den Kranken- und den Unfallversicherern. In den vergangenen 20 Jahren ist seitdem eine kontinuierliche Konzentration von stationären Einrichtungen und Kapazitäten zu beobachten. Im Jahr 2015 waren insgesamt 288 Krankenhäuser („Spitäler“ inkl. Reha-Einrichtungen) in der Schweiz vorhanden, davon waren 106 Allgemein-Krankenhäuser mit unterschiedlichen Versorgungsstufen. Im Jahr 1998 waren es noch 399 bzw. 251 Krankenhäuser. Im gleichen Zeitraum wurden die Bettenkapazitäten von rund 40 000 Akut-Betten (1998) auf unter 31 000 reduziert. Die Betten-dichte pro 1 000 Einwohner liegt in der Schweiz aktuell mit 3,7 deutlich niedriger als in Deutschland (6,8).

Während die politische Zuständigkeit für die bundesweite Regelung der gesetzlichen Krankenversicherung (v.a. hinsichtlich Qualität und Wirtschaftlichkeit) bei der Zentralregierung liegt, kommt den Kantonen eine Mehrfachrolle als Planer, Leistungseinkäufer und Krankenhausbetreiber zuteil. Im Jahr 2012 wurde ein bundesweit einheitliches Fallpauschalensystem („Swiss-

²⁵ Als Ansprechpartner für die Schweiz standen u.a. Willy Oggier (Gesundheitsökonomische Beratungen AG, Küsnacht) und Vertreter von KPMG Schweiz zur Verfügung.

DRG“) eingeführt, mit unterschiedlichen Basisfallwerten je nach Kanton und Krankenhausart und einer festgeschriebenen anteiligen Kostenübernahme durch die Kantone an der Fallpauschalenvergütung für alle öffentlichen und privaten Krankenhäuser auf der Spitalliste.²⁶ Die Kantone erstellen Spitallisten, indem sie mit Krankenhäusern Leistungsverträge²⁷ abschließen. Dazu erstellen die Kantone mithilfe des SwissDRG-Katalogs verschiedene Leistungsgruppen und weisen diese dann den Spitälern innerhalb und außerhalb des jeweiligen Kantons zu, wobei es sich nicht um mengenmäßige, sondern rein fachliche Zuweisungen mit strikt definierten Qualitätskriterien für Basisleistungen und spezialisierte Leistungen handelt.

Die Ziele dieser Reform waren die Verbesserung der Transparenz bei Spitalleistungen und Kostenstrukturen sowie die Förderung der wettbewerblichen Ausrichtung der Schweizer Krankenhäuser. Neben einer Kostendämpfung durch Effizienzsteigerungen soll systematisch ein Qualitätswettbewerb im Krankenhauswesen implementiert werden, da idealerweise jedes Spital letztlich nur Leistungsaufträge für das Leistungsspektrum erhält, das es auch wirtschaftlich und mit der nötigen Qualität anbieten kann.

Mit der Umstellung der Krankenhausvergütung im Jahr 2012 erfolgte auch eine grundlegende Reform in der Systematik der Investitionskostenfinanzierung in der Schweiz. In den neu eingeführten DRG-Fallpauschalen sind die Investitionskosten für die Krankenhäuser nun vollständig enthalten²⁸ und darüber hinaus sind den Kantonen keine zusätzlichen öffentlichen Fördermittel für Investitionen erlaubt. Allerdings wurde zusätzlich das Instrument der Förderung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen geschaffen, das zusätzliche kantonale Fördermittel insbesondere für Forschung und Lehre sowie für die regionale Sicherstellung der Versorgung ermöglicht. Diesbezügliche Untersuchungen deuten darauf hin, dass verschiedene Kantone die entsprechenden Mittel in sehr unterschiedlichem Umfang zur politischen Einflussnahme durch versteckte Subventionierung und Wettbewerbsverzerrung zugunsten ihrer kantonalen Krankenhäuser nutzen (Polynomics AG 2016).

Befürchtungen, dass die Umstellung auf Fallpauschalen zu einer allgemein schlechteren Finanzausstattung und rückläufigen Investitionstätigkeit der Krankenhäuser führen könnte, haben sich bisher nicht bestätigt. Die Ertragslage der Krankenhäuser in der Schweiz kann generell als auskömmlich bewertet werden und durch die Überarbeitung des SwissDRG-Katalogs, die Einführung von Zusatzentgelten für Hochkostenfälle sowie durch die differenzierten Base Rates scheint dies auch weiterhin gesichert zu sein. Die Investitionstätigkeit hat sich in den vergangenen Jahren stabil entwickelt und lag im Durchschnitt über alle Krankenhäuser im Zeitraum 2009 – 2015 stets bei einem Anteil von rund 8,0 bis 8,5%. Die vom Schweizer Bundesamt für Gesundheit (BAG) veröffentlichten Kennzahlen der Krankenhäuser zeigten für das Jahr 2015 eine durchschnittliche Investitionsquote von 8,1% am Umsatz für alle Krankenhäuser und 7,9% bei den Allgemeinkrankenhäusern. Die Kliniken in privater Trägerschaft erreichten dabei ähnlich wie in Deutschland einen deutlich höheren Wert als die öffentlichen und nicht-gewinnorientierten Krankenhäuser (vgl. Tabelle 7).

²⁶ Seit 2017 beträgt der Kostenanteil der Kantone einheitlich mindestens 55% und der Anteil der Krankenversicherung höchstens 45%.

²⁷ Patienten haben generell eine freie Krankenhauswahl, jedoch hängt das Ausmaß der Kostenübernahme von der Spitallistenzugehörigkeit, dem Behandlungs- und dem Wohnortkanton ab.

²⁸ Im Jahr 2012 zunächst noch als Zuschlag von ca. 10% auf den Basisfallwert, seitdem vollständig in die Bewertungsrelation einkalkuliert.

Tabelle 7

Investitionsquoten der Schweizer Krankenhäuser

2015, in %

Investitionsquoten 2015 nach Trägerschaft	Alle Spitäler (N=288)	Allgemeinkrankenhäuser (N=106)
Privat (AG / GmbH)	10,3	10,2
Gemeinnützig (Verein / Stiftung)	7,1	6,7
Öffentliche Unternehmen	7,0	6,9
Gesamt	8,1	7,9

Quelle: Eigene Berechnungen nach Angaben aus BAG (2017).

Bezüglich der Investitionskostenförderung hat das Schweizer Modell mit den kantonalen Spitallisten den Vorteil, dass Kantone auch die Investitionskosten für spezialisierte Leistungserbringer außerhalb des eigenen Kantons indirekt mitfinanzieren²⁹, wenn Nachbarkrankenhäuser in der Spitalliste des Kantons aufgenommen sind, weil kein vergleichbares Angebot in der Region vorhanden ist.

Insgesamt zeigt das Schweizer System der Investitionskostenfinanzierung über die Fallpauschalenvergütung gegenüber dem dualen System in Deutschland einige Vorteile. Die Einführung der Fallpauschalenvergütung in der Schweiz erfolgte im Vergleich zu Deutschland zwar erst 10 Jahre später. Dafür wurde im Zuge dieser Reform gleichzeitig versucht, qualitätsgetriebene Strukturanpassungen über die Planung anhand von Spitalleistungsgruppen³⁰ zu erreichen und eine wettbewerbliche Ausrichtung bei der Investitionskostenförderung durch die Berücksichtigung in den Fallpauschalen zu schaffen. Diese Ansätze erscheinen aus gesundheitsökonomischer Sicht als generell geeignet, um die Krankenhausstrukturen effizienter und qualitativ besser auszurichten. Die Umsetzung fällt in den einzelnen Kantonen noch sehr unterschiedlich aus, was teilweise auch den sehr spezifischen regionalen Rahmenbedingungen (z.B. Topographie, Sprachbarrieren, etc.) geschuldet sein kann.

Die Anbindung der Investitionsfinanzierung an die Fallpauschalen hat in der Schweiz bisher keine oder nur eine geringe mengentreibende Wirkung auf die Fallzahlen entwickelt. Ein Grund hierfür kann die Finanzierungskonstellation sein, bei der die Kantone in der Schweiz auch anteilig die Vergütungskosten mitfinanzieren und somit ein eigenes Interesse an einer effizienten Versorgung haben. Allerdings ist die Mehrfachrolle der Kantone in der hoheitlichen Krankenhausplanung, der anteiligen Leistungsvergütung und als Eigentümer öffentlicher Krankenhäuser auch kritisch zu betrachten. Die damit verbundenen Interessenkonflikte können zu systemischen Widersprüchen und tendenziell unerwünschten strukturerhaltenden Effekten führen. So ist beispielsweise eine Ausweitung der ambulanten Patientenversorgung (unabhängig von den medizinischen Aspekten) für den Kanton aufgrund seiner Kostenbeteiligung in der stationären Versorgung erstrebenswert, während für die Krankenhausbetreiber eher Anreize bestehen, die stationären Kapazitäten auszulasten und möglicherweise auszuweiten. Über die Spitallisten und Leistungsverträge können die Kantone hier eine entsprechende politische Einflussnahme in die eine oder andere Richtung ausüben. Würde man das Schweizer System der Investitionspauschalen in der DRG-Vergütung auf Deutschland übertragen, wäre hingegen mit weniger poli-

²⁹ Über die Kostenbeteiligung an der Fallpauschalenvergütung und den darin enthaltenen Investitionskosten.

³⁰ In der Schweiz werden alle Fälle mit einem Algorithmus eindeutig in Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG) eingeordnet, für die unterschiedliche leistungsspezifische Anforderungen definiert sind (vgl. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich 2012). Vorreiter war hier das Modell der Gesundheitsdirektion Zürich, das mittlerweile auch in vielen anderen Kantonen zum Einsatz kommt.

tisch motivierten Wettbewerbsverzerrungen und Hemmnissen in der Strukturanpassung zu rechnen als bei dem bisherigen Modell der Einzelförderung.

4.2.4 Frankreich³¹

Das französische Gesundheitssystem ähnelt in seinen Grundzügen dem bismarckschen Sozialversicherungssystem, weist aber zunehmend auch steuerfinanzierte Elemente auf, die es in die Nähe eines Beveridge Modells rücken. Private Zusatzversicherungen decken für französische Bürgerinnen und Bürger die Differenz zwischen gesetzlich erstatteten und üblicherweise in Rechnung gestellten Beträgen ab.

Die französische Krankenhausstruktur kennt öffentliche und private Träger, wobei der private Sektor in einen gemeinnützigen und profitorientierten Sektor unterteilt werden kann. Im Jahr 2014 gab es in Frankreich insgesamt 3 111 stationäre oder teilstationäre Einrichtungen der Krankenversorgung, davon stellte der öffentliche Sektor 1 416 Einrichtungen. Auf den privaten Sektor entfielen 1 012 profitorientierte Einrichtungen, 21 privat getragene Krebsversorgungszentren (CLCC) und 662 privat gemeinnützige Einrichtungen. Etwa 60% der Betten befinden sich im öffentlichen Sektor, 15% in privaten freigemeinnützigen Einrichtungen und ein Viertel in den profitorientierten privaten Kliniken (Direction de la recherche des études, 2016a). Im Gegensatz zu Deutschland sind die Fallzahlen im vollstationären Bereich in Frankreich seit Jahren stabil, während sich teilstationäre und Tagesfälle sehr dynamisch entwickelt haben. Zwischen 2002 und 2014 lag die Zahl der vollstationären Fälle im somatischen Bereich stets knapp über 10 Mio., wobei sich im gleichen Zeitraum die Zahl der teilstationären Fälle von jährlich 5 auf 7 Mio. erhöht hat. Stark ausgeprägt ist auch die Steigerung der teilstationären Aufenthalte im rehabilitativen Bereich (Direction de la recherche des études, 2016a).

Die Verantwortung für die Planung und Steuerung der Versorgung liegt bei den regionalen Gesundheitsagenturen, den „Agence Régionale de Santé (ARS)“. Den Vorsitz führt ein Generaldirektor mit weitreichenden Exekutivbefugnissen, der im Ministerrat ernannt wird. Ihm gegenübergestellt ist ein Aufsichtsrat („conseil de surveillance“) der sich aus dem Präfekten der Region und den verschiedenen Stakeholdern (Krankenkassen, Gebietskörperschaften, Patientenvertreter etc.) zusammensetzt. Der Generaldirektor legt sektorenübergreifend fest, welche Leistungserbringer mit welchem Budget und Versorgungsauftrag tätig werden. Die ARS schließt auch mehrjährige Verträge über besondere Versorgungsleistungen und Investitionen ab.

Auf nationaler Ebene steuert das Parlament die Ausgaben der Krankenversicherung in den jährlichen Beratungen (Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale LFSS). Im Rahmen dieser Beratungen wird ein Gesamtausgabenziel definiert, einschließlich eines Teilziels für die stationäre Versorgung. In einem komplexen Prozess wurden dabei im Jahr 2014 für die stationäre Versorgung ca. 75 Mrd. € zugeteilt, 55 Mrd. € davon im Versorgungsbereich der nach Fallpauschalen vergütet wird (siehe nächster Abschnitt), die restlichen 20 Mrd. € in Sonderstrukturen, zum Beispiel für Privatkliniken mit besonderem Versorgungsprofil oder für die psychiatrische Versorgung. Nationale Investitionsprogramme ergänzen die Arbeit der ARS. Sie werden über den so genannten „Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés“ (FMESP) abgewickelt. Die Mittel des Fonds werden von den Sozialversicherungsträgern aufgebracht.

³¹ Als Ansprechpartner für Frankreich stand im Wesentlichen Jörg Artmann (AOK Rheinland/Hamburg, Stabsbereich Gesundheitspolitik/Gesundheitsökonomie) zur Verfügung sowie Vertreter von KPMG Frankreich.

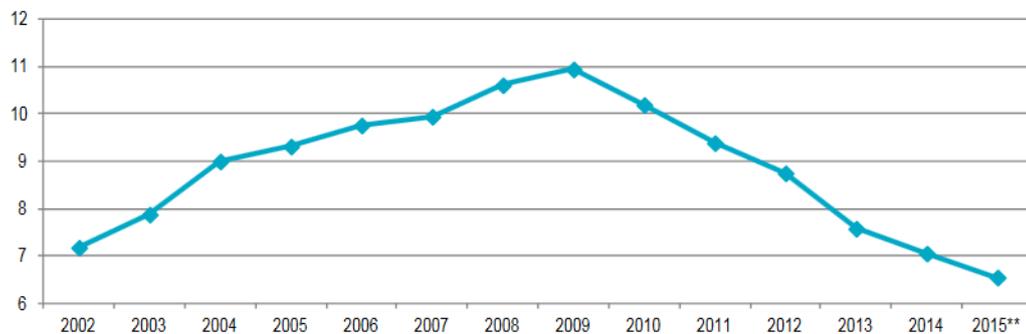
Das französische Fallpauschalen-Vergütungssystem wurde ab 2004 schrittweise eingeführt und bis 2008 voll entgeltwirksam. Aufgrund methodischer Unterschiede in der Preiskalkulation von privaten und öffentlichen Häusern gibt es aber de facto zwei nebeneinander existierende Preissysteme, die zu einer tendenziell höheren Vergütung der gleichen Leistung im öffentlichen Sektor gegenüber dem privaten führen. In den DRGs für die privaten Einrichtungen sind aber beispielsweise nicht die Gehaltsbestandteile der Ärzte enthalten. Das ursprüngliche Ziel der Vergütungskonvergenz zwischen den Sektoren wurde im Rahmen der parlamentarischen Beratungen zum LFSS des Jahres 2013 wieder fallen gelassen (Ministère des Affaires sociales et de la Santé 2013a).

Die Fallpauschalen decken nur in (theoretischen) Ansätzen die Aufwendungen für Investitionen mit ab, indem zum Beispiel Kosten für die Kapitalbeschaffung in kalkulatorischen Ansätzen berücksichtigt werden. Da sich allerdings die tatsächlich ausgezahlten Tarife von den Daten der Kostenerhebung unterscheiden, kann nicht davon ausgegangen werden, dass die tatsächlichen Investitionskosten durch die Vergütung abgedeckt werden.³² Neben den Vergütungs-Zuweisungen der ARS können sich Krankenhäuser auch seit einigen Jahren auf Förderung durch nationale Investitionsprogramme bewerben. Im Rahmen des „Plan Hôpital 2012“ wurden in den Jahren 2007-2012 rund 10 Mrd. € zusätzlich zur Verfügung gestellt. In einem zweistufigen Verfahren wurden zunächst (nach eigenem Ermessen) auf der Ebene der ARS förderungswürdige Projekte ausgewählt. Anschließend wurde auf nationaler Ebene durch ein nationales Auswahlkomitee bestehend aus den Vorläuferorganisationen der ANAP (siehe unten) die endgültige Zuteilung der Mittel bestimmt. Die Zahlen zeigen eine deutliche Konzentration der Mittel (85%) auf Immobilienprojekte. Der öffentliche Sektor absorbierte mehr als 80% der Fördermittel.

Entsprechend stiegen die Investitionsleistungen der öffentlichen Krankenhäuser zwischen 2002 und 2009 durch die Investitionsförderprogramme der Zentralregierung (v.a. „Plan Hôpital 2007“ und „Plan Hôpital 2012“) stark an auf bis zu 11% des Umsatzes. Mit Auslaufen dieser allgemeinen Förderprogramme sank die Investitionsquote der öffentlichen Krankenhäuser auf aktuell nur noch rund 6,5% (Schaubild 17). Bei den privaten Krankenhäusern in Frankreich musste die Investitionstätigkeit dagegen überwiegend aus eigenen Mitteln erfolgen und die Investitionsquote sank von über 11% des Umsatzes im Jahr 2006 auf zuletzt rund 4% (Schaubild 18).

Schaubild 17

Frankreich – Öffentliche Krankenhäuser: Investitionsquote in % des Umsatzes

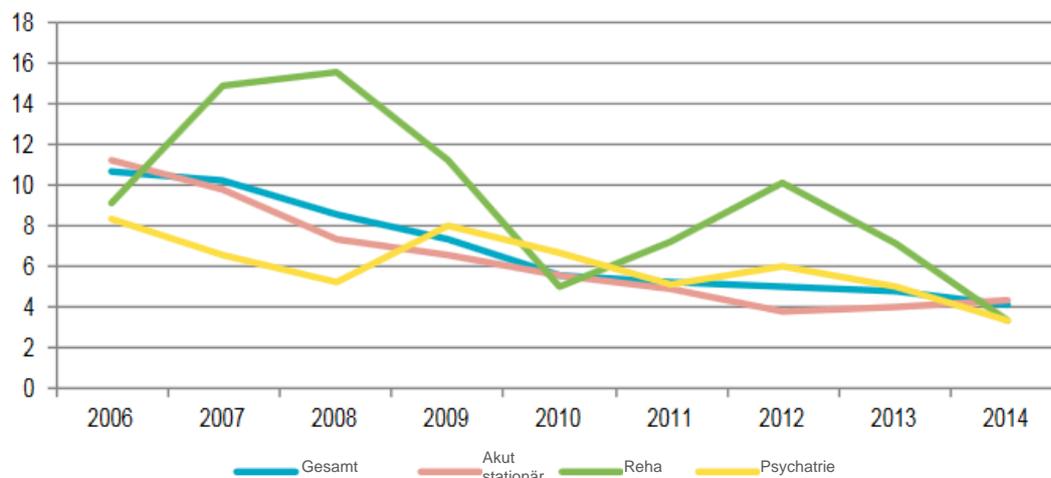


** Vorläufige Angaben

Quelle: Direction de la recherche des études (2016b): 83.

³² Siehe dazu: Inspection Générale des Affaires Sociales (2013): 72.

Schaubild 18

Frankreich – Private Krankenhäuser: Investitionsquote in % des Umsatzes

Quelle: Direction de la recherche des études (2016a): 87.

Mit dem im Jahr 2011 beschlossenen „Plan Hôpital Numérique“ werden darüber hinaus gezielt Investitionen in die Krankenhaus-IT gefördert, um die IT-Infrastruktur der Krankenhäuser landesweit auf ein ähnliches Niveau zu bringen. Für den Zeitraum 2013-2017 sind hierfür 400 Mio. € an Förderung vorgesehen (Cour des Comptes 2016). Voraussetzung der Förderung sind die Erfüllung von Anforderungen aus einem gemeinsamen Funktionalitätsbereich („socle commun“), der sich auf die Fähigkeit zur vertraulichen, verlässlichen Kommunikation und eindeutigen Identifikation bezieht. Darauf aufbauend wurden fünf Anwendungsszenarien definiert:

1. Austausch von Bilddaten,
2. die interoperable Patientenakte,
3. elektronische Verordnung und Verschreibung,
4. elektronischer Behandlungsplan,
5. elektronisches „Ressourcen-Dashboard“ zur internen Steuerung.

Anhand der unterschiedlichen Niveaus in diesen fünf Bereichen und in Funktion des Versorgungsauftrags des Krankenhauses werden Fördermittel in Form von Anschubs- und Erfolgsfinanzierung ausgeschüttet (Ministère des Affaires sociales et de la Santé 2013b). Die nationalen Unterstützungsprogramme für Investitionen sind Antwort auf eine allgemein angespannte wirtschaftliche Lage, insbesondere der großen (universitären) Versorger im öffentlichen Bereich. Sie konkurrieren mit teilweise hoch spezialisierten, kleinen privaten Strukturen, die trotz einiger Ausnahmen insgesamt hoch profitabel wirtschaften. Trotz des Profitabilitätsunterschieds stehen die nationalen Investitionsprogramme auch grundsätzlich diesen Trägern zur Verfügung.

Seit dem Jahr 2009 existiert eine nationale Agentur zur Unterstützung der Qualitätsanstrengungen der Krankenhäuser, auch und besonders im Bereich der betriebswirtschaftlichen Planung von Investitionsvorhaben. Die „Agence Nationale d’Appui à la Performance“ (ANAP) wurde auch als Ergebnis der Erfahrungen aus dem Plan Hôpital 2007 gegründet. Die Abwicklung dieses Plans machte gravierende Managementfehler in den Krankenhäusern und bei den ARS deutlich, die zu Fehlallokationen der Mittel führten.³³ Die ANAP wird getragen von den wich-

³³ Cour des Comptes (2013): 146.

tigsten Stakeholdern des französischen Systems: den Krankenkassen, der Krankenhausgesellschaft, der Pflegekasse und dem französischen Gesundheitsministerium. Ihre Arbeiten haben empfehlenden Charakter. Sie kann aber „Audits“ in den Gesundheitseinrichtungen veranlassen, um die Implementierung ihrer Empfehlungen zu überprüfen. Auf Regierungsebene hat man eine interministerielle Arbeitsgruppe zur Überwachung von Investitionsvorhaben mit einem Volumen von über 50 Mio. € gegründet. Die französische Agentur zur Entwicklung des Fallpauschalensystems (Agence Technique pour l'information et l'hospitalisation – ATIH) arbeitet an einer Verfeinerung der Fallpauschalen, um Investitionskosten besser zu berücksichtigen.

Aus deutscher Sicht sind die Erkenntnisse aus den französischen Reformen von Interesse, insbesondere die Gründung einer Beratungseinrichtung für Krankenhäuser mit einem breiten Fokus auf betriebswirtschaftlich effizientem Mitteleinsatz und eine zielgerichtete Steuerung der staatlichen Fördermittel. Hier waren bei den französischen Fördermaßnahmen im Nachhinein erhebliche Defizite festzustellen, die bei einer grundsätzlich erwägenswerten Übernahme von einzelnen Programmen in Deutschland (z.B. Bundesprogramm zur Förderung der Krankenhaus-IT) von vornherein vermieden werden sollten. Insgesamt sind die französischen Erfahrungen aber aufgrund der strukturellen Besonderheiten im Krankenhausmarkt nur sehr begrenzt auf Deutschland übertragbar.

4.2.5 Niederlande³⁴

Das niederländische System der Gesundheitsversorgung und speziell der Krankenhausmarkt wurden in der Vergangenheit stärker liberalisiert als in den meisten anderen europäischen Ländern. Im Jahr 2015 existierten in den Niederlanden insgesamt 81 Allgemeinkrankenhäuser, 8 Universitätskliniken und 65 spezialisierte Kliniken, die für die stationäre Versorgung der Bevölkerung zuständig waren. Daneben wird auch die ambulante fachärztliche Versorgung in den Niederlanden vor allem von den Krankenhäusern und sogenannten selbstständigen Behandlungszentren (ZBCs) geleistet. Die Krankenhäuser und ZBCs befinden sich fast ausschließlich in privater Trägerschaft von gemeinnützigen Stiftungen und es ist ihnen gesetzlich verboten Gewinne zu erwirtschaften.³⁵

Durch die hohe Bevölkerungsdichte ist die räumliche Erreichbarkeit der Krankenhäuser in den Niederlanden sehr gut. Die Bettendichte war in der Vergangenheit im europäischen Vergleich eher niedrig, mit zuletzt 3,3 Betten pro 1 000 Einwohner fast halb so hoch wie in Deutschland (6,2 Betten). Seit der Abschaffung einer zentralen Krankenhausplanung im Jahr 2008 (s. unten) ist allerdings wieder ein leichter Anstieg der niederländischen Bettenkapazitäten zu beobachten. Die Anzahl der Krankenhäuser blieb dabei in den vergangenen Jahren weitestgehend konstant. Der Anstieg fand vor allem im ambulanten bzw. teilstationären Bereich der Krankenhäuser und ZBCs statt (Kronemann 2016). Gleichzeitig gingen die Anzahl der vollstationären Krankenhausfälle und die der Belegungstage leicht zurück. Die Kapazitätsauslastung der niederländischen (Akut-)Krankenhäuser lag bereits seit Anfang der 1990er Jahre unterhalb der meisten europäischen Nachbarländer. Seit der Liberalisierung des niederländischen Krankenhausmarkts und dem zunehmenden Wettbewerb ist die Bettenauslastung noch weiter gesunken (NZa 2015).

³⁴ Als Ansprechpartner für die Niederlande standen u.a. Anne Margo Reintsema (Schön Kliniken), Johan van Manen (Niederländische Zorgeinstanz) und Vertreter von KPMG Niederlande zur Verfügung.

³⁵ Die Zulassung von gewinnorientierten Krankenhäusern stand schon öfters in der politischen Diskussion. Ein entsprechender Antrag des niederländischen Gesundheitsministers scheiterte zuletzt im Jahr 2014 (Kronemann 2016).

Die Krankenhausplanung und die Regulierung der Vergütung waren historisch auf der Ebene der nationalen Regierung angesiedelt. Im Jahr 2008 wurde die staatliche Krankenhausplanung weitgehend abgeschafft und dem freien Wettbewerb zwischen den einzelnen Leistungsanbietern und den Verhandlungen mit den Krankenversicherungen überlassen. Eine zentrale Angebotsplanung durch die staatliche Gesundheitsbehörde (NZA) erfolgt mittlerweile nur noch für eine begrenzte Auswahl folgender hochspezialisierter Leistungsbereiche:

- Nieren-, Lungen-, Lebertransplantation,
- Strahlentherapie (Megavolt Therapie und Brachytherapie),
- Neurochirurgie,
- Herzchirurgie und alle Formen der therapeutischen Intervention, einschließlich der Implantation eines Kardioverter-Defibrillators,
- Spezielle klinische genetische Tests und Beratung,
- in vitro-Fertilisation,
- Neugeborenen-Intensivstation.

Diese Leistungen werden vor allem an den Universitätskliniken erbracht und die notwendige räumliche und medizinisch-technische Ausstattung auch weiterhin auf Antrag mit staatlichen Investitionsmitteln gefördert.

Für die Finanzierung der Investitionskosten in allen anderen Bereichen der Krankenhausversorgung erfolgte im Jahr 2008 die Umstellung als Bestandteil der Fallpauschalenvergütung (DBC-System³⁶), die im Jahr 2005 eingeführt wurde. Das DBC-System besteht im Wesentlichen aus frei verhandelbaren Leistungsbereichen („B-Segment“), bei denen jede Krankenversicherung mit den einzelnen Krankenhäusern über die Preise (Basisfallwert) und Mengen der Leistungen verhandelt. Dementsprechend kann die gleiche Behandlung im gleichen Krankenhaus von verschiedenen Versicherungen unterschiedlich vergütet werden. Darüber hinaus gibt es im DBC-System auch noch einen Bereich mit staatlich festgelegten Preisen („A-Segment“), der allerdings zunehmend abgebaut wird.

Die Umstellung der Investitionsfinanzierung erfolgte nach Einführung der Fallpauschalenvergütung zunächst schrittweise, um den Krankenhäusern weitgehende Planungs- und Finanzierungssicherheit zu gewährleisten. Im alten System wurden die Budgets zur Investitionsfinanzierung am Ende des Jahres auf Basis der tatsächlichen Kapitalkosten (Abschreibung + Zinsen auf Gebäude und Anlagevermögen) „nachkalkuliert“.³⁷ Durch die Integration der Investitionskosten in die Fallpauschalen-Vergütung sollte der Anreiz zu effizienteren Infrastrukturen im Krankenhaus gesteigert werden und die Investitionsförderung an die wettbewerbliche Leistungserbringung gekoppelt werden. Die Übergangsphase zur Integration der Investitionskosten in DBC-Vergütung (zunächst v.a. im „B-Segment“) fand sukzessive in den Jahren 2008 bis 2012 statt. Seit 2013 sind die Kapitalkosten komplett in der Vergütung enthalten und damit vollständig Bestandteil der Verhandlungen zwischen Versicherungen und Krankenhäusern. Für einzelne Krankenhäuser existiert noch eine zweite Übergangsregelung bis Ende 2017 mit abnehmenden

³⁶ *Diagnosis Treatment Combinations als prozeduren-ausgerichtete Adaption des DRG-Systems.*

³⁷ *Abschreibungen für Gebäude wurden beispielsweise generell auf einen Zeitraum von 50 Jahren berechnet und daraus eine feste jährliche Fördersumme für das Krankenhaus abgeleitet.*

garantierten jährlichen Fördersummen für Baumaßnahmen, die noch unter dem alten Planungssystem beschlossen wurden.

Mit der Integration der Investitionskosten in die Fallpauschalenvergütung ging das Investitionsrisiko auf die Krankenhäuser über. In den ersten Jahren der Umstellung erhielten defizitäre Einrichtungen oftmals noch zusätzliche staatliche Finanzierungshilfen (indirekt über Kreditgarantien oder direkte finanzielle Fördermittel), um wirtschaftlich bedingte Krankenhausschließungen zu verhindern. Seit 2011 hat die niederländische Regierung offiziell die Vorgabe erlassen, keine öffentlichen Hilfen für Krankenhäuser in wirtschaftlicher Schieflage bereit zu stellen. Seitdem kam es bereits zu einzelnen Fällen, in denen Krankenhäuser in Konkurs gingen (Van de Voorde et al. 2014). Die langfristige Auswirkung der Finanzierungsumstellung auf die Investitionsmittelausstattung der niederländischen Krankenhäuser lässt sich bisher nur schwierig bewerten. In den ersten Jahren nach der Reform zeigte sich ein deutlicher Rückgang der durchschnittlichen Investitionsquote der niederländischen Krankenhäuser (vgl. Tabelle 8). Bei den Allgemeinkrankenhäusern sank nach Angaben der staatlichen Gesundheitsbehörde die Quote von 17% des Umsatzes (2010) auf 10% (2014), was im internationalen Vergleich immer noch ein relativ hoher Wert ist. Außerdem ist zu beachten, dass die Investitionstätigkeit stark heterogen zwischen den einzelnen Krankenhäusern verteilt ist. Die wirtschaftliche Lage der einzelnen Anbieter und damit die finanzielle Möglichkeit zu Investitionen sind nur noch abhängig vom Leistungsgeschehen und den direkten Verhandlungen mit den Krankenversicherungen. Hier spielt auch die Qualität der Anbieter eine Rolle, die in den Selektivverträgen der Krankenversicherungen zunehmend an Bedeutung gewinnt.

Tabelle 8

Durchschnittliche Investitionsquote der niederländischen Krankenhäuser

in % des Umsatzes

	2010	2011	2012	2013	2014
Allgemeinkrankenhäuser	17,0	15,2	14,1	11,8	10,1
Uni-Kliniken	19,1	22,5	19,6	14,6	12,4
Reha-Kliniken	4,8	4,3	7,8	11,7	11,4
Gesamt	13,6	14,0	13,8	12,7	11,3

Quelle: Nza (2015).

Im Vergleich zu Deutschland weist die reformierte Krankenhausversorgung in den Niederlanden vor allem durch die Integration der Investitionsförderung in die Fallpauschalen und die Planungsfreiheit der Anbieter einige systemische Vorteile auf. Die Ausgangssituation in den Niederlanden, mit einer zentralen politischen Zuständigkeit auf nationaler Ebene sowie rein privaten Leistungserbringern und Kostenträgern, entspricht allerdings auch nicht den deutschen Rahmenbedingungen. Insgesamt zeigen die Reformen zur Liberalisierung des niederländischen Krankenhausmarkts aber, wie die Umstellung von einem angebotsorientierten, staatlich geplanten System zu einem nachfrageorientierten, wettbewerblichen System funktionieren kann. Die Krankenhausplanung als Grundlage für Investitionsfinanzierung ist in den Niederlanden – mit Ausnahme für hoch spezialisierte Leistungen – nicht mehr notwendig. Die Krankenhäuser richten ihr Angebot und Ihre Infrastruktur entsprechend der Verhandlungen mit den privatwirtschaftlichen Krankenversicherungen aus, die die Nachfrage-Bedürfnisse der Versicherten widerspiegeln. Dadurch sollen sich die Strukturen besser nach Qualitäts- und Effizienzkriterien

ausrichten. Die staatliche Aufgabe gilt nur noch der Überwachung der Versorgungssicherheit für die Bevölkerung, vor allem im Bereich der Krankenhaus-Notfallversorgung.³⁸

Während bei staatlich reglementierten Volumen und Budgets die Patienten für fachärztliche und stationäre Leistungen im Krankenhaus oftmals lange Wartezeiten in Kauf nehmen mussten, konnte dieses Problem mit Umstellung auf Fallpauschalenvergütung und wettbewerbliche Ausweitung der Krankenhauskapazitäten weitgehend reduziert werden. Wie sich die Strukturen langfristig anpassen werden bleibt abzuwarten und hängt davon ab, welche und wie viele Anbieter im Wettbewerb wirtschaftlich tragfähig überleben können. Strukturelle Anpassungen durch Übernahmen und zunehmende Spezialisierung bzw. Konzentration der Leistungsangebote fanden bisher nicht in einem übermäßigen Umfang statt. Die Versorgungssituation der Bevölkerung wurde durch die Reformen nicht gefährdet, sondern qualitativ eher verbessert.

4.2.6 Japan³⁹

Das japanische Krankenhaussystem lässt sich aufgrund sektoraler Überschneidungen nicht strikt von den anderen Leistungserbringern abgrenzen. Jeder Japaner kann sich grundsätzlich auf Kosten der verpflichtenden gesetzlichen Krankenversicherung in allen medizinischen Einrichtungen, Krankenhäusern und Arztpraxen behandeln lassen, ohne dass eine Überweisung erforderlich ist („Free Access“-Prinzip). Sowohl Krankenhäuser als auch Arztpraxen können ambulante und stationäre Leistungen anbieten. Daher verfügen auch größere Arztpraxen, bzw. medizinische Versorgungszentren über Akutbetten, in denen Patienten in der Regel bis zu 48 Stunden stationär versorgt werden. Aufwändigere Behandlungen sind dagegen nur in Krankenhäusern möglich.

Gleichzeitig bieten die japanischen Krankenhäuser typischerweise neben der Akutversorgung noch eine Vielzahl weiterer Leistungen an, hauptsächlich im Bereich der Langzeitpflege von chronisch Kranken und pflegebedürftigen, alten Patienten. Für das Jahr 2015 wies das japanische Gesundheitsministerium (MHLW⁴⁰) in seiner Statistik rund 8 500 Krankenhäuser (davon ca. 7 400 Allgemeinkrankenhäuser) mit insgesamt rund 1,57 Mio. Betten (davon ca. 0,9 Mio. Akutbetten) für die stationäre Versorgung der 127 Mio. Einwohner aus. Hinzu kamen noch rund 115 000 Betten in den Arztpraxen. Obwohl sich seit Beginn des Jahrtausends die Kapazitäten bereits um rund 700 Krankenhäuser und 70 000 Krankenhausbetten reduziert haben, ist die Krankenhaus- und Bettendichte in Japan noch immer deutlich höher als in Deutschland. Gleichzeitig ist die durchschnittliche Verweildauer in japanischen Krankenhäusern international eine der höchsten (2015: 16,8 Tage).

Die Ausgestaltung der Krankenhausplanung findet in Japan auf regionaler Ebene der Präfekturen statt. Die nationale Regierung erlässt unter Einbeziehung eines Fachbeirats⁴¹ die gesetzlichen Rahmenbedingungen (z.B. Medizinisches Versorgungsgesetz), auf deren Basis die Umset-

³⁸ Die Notfallversorgung im ambulanten Bereich erfolgt durch niedergelassene Allgemeinärzte und außerhalb der Sprechzeiten in einer Notdienstpraxis, die oftmals in räumlicher Nähe zur Notaufnahme im Krankenhaus liegt.

³⁹ Als Ansprechpartner für Japan dienten u.a. Hirotaka Furukawa (I. Botschaftssekretär der japanischen Botschaft in Berlin) mit Informationen aus dem japanischen Gesundheitsministerium, sowie Vertreter von KPMG Japan.

⁴⁰ Angaben des japanischen Gesundheitsministeriums (MHLW) wurden übersetzt und bereitgestellt durch den japanischen Botschaftssekretär H. Furukawa.

⁴¹ Bestehend aus Vertretern der Krankenversicherung, Leistungsanbieter, Präfekturen und Gemeinden.

zung in den einzelnen Präfekturen teilweise sehr unterschiedlich ausfällt. Die Krankenhausdichte liegt im japanischen Durchschnitt bei 6,7 Krankenhäusern pro 100 000 Einwohner, schwankt aber zwischen den einzelnen Präfekturen von einem Minimalwert von 3,8 bis zu maximal 17,7 (Furukawa 2015). Seit einem starken Anstieg der Krankenhauskapazitäten in den 1980er Jahren (Zuwachs um mehr als 300 000 Betten innerhalb von 10 Jahren) existiert in Japan die sog. „Medizinversorgungsplanung“. Mit diesem Instrument sollen die Präfekturen die notwendigen Krankenhauskapazitäten für landesweit insgesamt ca. 350 „medizinische Regionen“ anhand von maximalen Bettenzahlen festlegen. Diese regionalen Obergrenzen für die Bettenkapazität sind maßgeblich als Zulassungsvoraussetzung für neue Betten oder Krankenhäuser (Tatara 2009). In einem Großteil der Planungsregionen herrscht eine Überversorgung und es werden keine zusätzlichen Krankenhauskapazitäten genehmigt.

Die Finanzierung der Krankenhäuser erfolgt ähnlich wie in Deutschland über ein duales System der Leistungsvergütung durch die gesetzlichen Krankenversicherungen und der Investitionsfinanzierung mittels staatlicher Förderung. Dies gilt sowohl für die rund 70 Prozent der Krankenhäuser in privater Trägerschaft (sog. „besondere medizinische Körperschaften“) ebenso wie für öffentliche und gemeinnützige Einrichtungen. Bereits im Jahr 2003 wurde ein Vergütungssystem für die Krankenhäuser auf Basis von einer Kombination von Tages- und Fallpauschalen⁴² schrittweise eingeführt. Da die Teilnahme an der Vergütungsumstellung bis heute weitgehend auf freiwilliger Basis erfolgte, findet jedoch aktuell noch bei über der Hälfte aller Akutkrankenhäuser in Japan das System der Einzelleistungsvergütung⁴³ Anwendung. Bei beiden Vergütungsmodellen werden die Preise landesweit einheitlich auf nationaler Ebene festgesetzt.

Die Investitionskosten der Krankenhäuser sind grundsätzlich kein Bestandteil der Behandlungsvergütung und müssen aus Eigenmitteln und Fördermitteln der zuständigen Präfektur finanziert werden. Eine einheitliche Erfassung und Übersicht der Investitionsmittel der japanischen Krankenhäuser ist nach Auskunft des MHLW aufgrund der regional heterogenen und intransparenten Finanzierungssystematik nicht vorhanden. Allerdings fließen die Investitionskosten indirekt auch in die Kalkulation der Krankenhausvergütung ein. Das japanische Gesundheitsministerium überprüft regelmäßig alle zwei Jahre die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser als Grundlage für Anpassungen bei den Vergütungspreisen. Als wichtige Kennzahl dient hier die Umsatzrendite der Krankenhäuser, bei der die Investitionskosten explizit mitberücksichtigt werden. Demzufolge spiegeln sich hohe Investitionskosten bei unzureichender Bereitstellung von Fördermitteln in einer verschlechterten Umsatzrendite und in einer höheren Anpassung der Vergütungspreise wider.⁴⁴ Aufgrund der letzten Untersuchung aus dem Jahr 2015 liegt die durchschnittliche Umsatzrendite der Krankenhäuser bei -3,1%, wobei vor allem öffentliche Krankenhäuser in kommunaler Trägerschaft zum Teil erhebliche Defizite aufweisen und die Ertragslage der privaten Krankenhäuser deutlich besser war (MHLW⁴⁵).

⁴² „DPC/PDPS“-System mit DPC: „Diagnosis Procedure Combination“ und PDPS: „Per-Diem Payment System“.

⁴³ Über Punktwert und einheitlichen Bewertungsmaßstab.

⁴⁴ Eine verschlechterte wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser wird nicht direkt in eine entsprechende Revisionsrate der Gebührenordnung umgesetzt. Die Analyse dient offiziell lediglich als Diskussionsbasis für den japanischen G-BA, der über die Anpassung der Vergütung entscheidet.

⁴⁵ Die Angaben des japanischen Gesundheitsministeriums (MHLW) wurden übersetzt und bereitgestellt durch den japanischen Botschaftssekretär H. Furukawa.

Durch regelmäßige Anpassungen der Krankenhausvergütung zur Verbesserung der schlechten wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser kommt die dringend nötige Strukturanpassung des japanischen Krankenhausmarkts nur sehr langsam voran. Als größte Probleme werden die ineffizienten Strukturen und hohen Überkapazitäten angesehen, die zu langen Verweildauern und hohen Kosten führen. Eine konsequente Umstellung der Vergütung auf Fallpauschalen würde den wirtschaftlichen Anreiz zum Kapazitätsabbau im Krankenhausbereich erhöhen und eine effiziente Verlagerung von Leistungen in den vor- und nachgelagerten Bereich der ambulanten Versorgung und Pflege vorantreiben. Die politische Umsetzung entsprechender Reformmaßnahmen ist bisher unzureichend, sodass ein dauerhaft ansteigender Bedarf staatlicher Zuschüsse zur Krankenversicherung unvermeidbar sein wird.

Mit dem Gesetz zur „Sicherung umfassender Verbesserungen in der medizinischen und pflegerischen Versorgung“ hat die japanische Regierung seit dem Jahr 2015 einen Strukturfonds eingerichtet, mit einem jährlichen Budget von rund 1,2 Mrd. €. Zur Finanzierung des Fonds und Unterstützung der Krankenversicherung wurde der allgemeine Mehrwertsteuersatz in Japan 2014 um drei Prozentpunkte erhöht. Die 47 japanischen Präfekturen sollen jeweils eigene Maßnahmenkataloge entwickeln, um den voraussichtlichen Gesundheits- und medizinischen Versorgungsbedarf bis zum Jahr 2025 mit „effektiven und leistungsfähigen Versorgungsstrukturen vor Ort“ abdecken zu können. Die Mittel des Fonds werden dazu den Präfekturen bereitgestellt, die damit Zusammenschlüsse und Umstrukturierungen der regionalen Anbieter und Bettenkapazitäten finanziell unterstützen sollen. Laut Nationalregierung soll mit dem Fonds schwerpunktmäßig der Kapazitätsabbau im stationären Bereich durch einen Wandel von einem krankenzentrierten zu einem hausärztezentrierten Versorgungssystem mit ausgebauter integrierter Versorgung erreicht werden. Zudem wird auch eine Angleichung der regional sehr heterogenen Versorgungsstrukturen angestrebt. In welchem Ausmaß in den einzelnen Regionen tatsächliche Strukturanpassungen umgesetzt werden, liegt jedoch weitgehend im Entscheidungsbereich der Präfekturen und die Ergebnisse des Strukturfonds bleiben abzuwarten.

Aus deutscher Sicht zeigt das japanische Krankenhaus- und Gesundheitsversorgungssystem eindringlich, wie ineffiziente Strukturen bei einer gleichzeitig stark alternden und schrumpfenden Bevölkerung zu immensen finanziellen Belastungen für den Staat führen. Dies betrifft nicht nur das spezifische Problem der Investitionskostenförderung, sondern die Finanzierung des gesamten Gesundheitsversorgungssystems. Durch die Herausforderungen aufgrund des demografischen Wandels und der ineffizienten Versorgungsstrukturen sind beide Länder durchaus vergleichbar. Die Situation in Japan ist aber etwas angespannter. In Japan setzte der demografische Wandel früher ein und ist bereits weiter fortgeschritten als in Deutschland.

Aufgrund der hohen medizinischen Kosten der stark wachsenden älteren Bevölkerung wurde 2008 in Japan ein spezielles medizinisches Versorgungssystem für Ältere (über 75-jährige) eingeführt. Zur Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung trägt der japanische Staat (überwiegend auf nationaler Ebene) 50% der jährlichen Gesamtkosten dieses Programms in Höhe von rund 110 Mrd. €. Zur Finanzierung des dauerhaft ansteigenden Bedarfs staatlicher Zuschüsse zur Sozialversicherung wurde der Mehrwertsteuersatz in Japan Anfang 2017 erneut um zwei Prozentpunkte erhöht – nach dem letzten Anstieg im Jahr 2014. Ohne eine strukturelle Reform der japanischen Gesundheitsversorgungslandschaft werden die Kosten der medizinischen Versorgung weiter ansteigen. Im Krankenhausbereich wurden die ineffizienten Strukturen jedoch durch die verlustgetriebene Vergütungsanpassung und die staatliche Investitionsfinanzierung der Präfekturen bisher weitgehend aufrechterhalten. Die Reformmaßnahmen der Zentralregierung verfolgen die richtigen Ziele (Kapazitätsabbau, Bettenumwidmung, Effizienzsteigerung, etc.), es fehlen allerdings klar definierte, einheitliche Kriterien zur Umsetzung.

4.2.7 Australien⁴⁶

Australien hat ein nationales öffentliches Gesundheitssystem, das vor allem im Krankenhausbereich durch ein privates System der Gesundheitsversorgung ergänzt wird. Im Jahr 2015 standen insgesamt 1 322 Krankenhäuser mit rund 92 000 Betten für die Versorgung der rund 23 Mio. Einwohner zur Verfügung. Hierbei ist zwischen den knapp 700 öffentlichen Krankenhäusern (mit rund zwei Drittel der Betten) und den 620 privaten Einrichtungen zu unterscheiden, von denen wiederum mehr als die Hälfte eigenständige Tageskliniken sind. Die Anzahl der öffentlichen Krankenhäuser ist in den vergangenen Jahren weitgehend konstant geblieben, ihre Kapazitäten sind seit 2010 um insgesamt rund 2 500 Betten angestiegen (ca. 1,1% Wachstum p.a.). Bei den privaten Krankenhäusern stieg die Anzahl im gleichen Zeitraum um mehr als 30 neue Anbieter an und die Kapazitäten wuchsen um 3 600 Betten (2,9% p.a.). Die Zahl der Krankenhausfälle stieg gleichzeitig um durchschnittlich 3,5% pro Jahr an; 3,2% bei den öffentlichen und 4,0% bei den privaten Krankenhäusern (AIHW 2016).

Bei insgesamt 10,2 Mio. Krankenhausfällen pro Jahr ist die Hospitalisierungsrate mit einem Wert von rund 45% bezogen auf die Bevölkerung im internationalen Vergleich hoch. Allerdings waren mehr als die Hälfte der Fälle ambulante Behandlungen oder Patienten, die am gleichen Tag wieder entlassen wurden. Im Gegensatz zu Deutschland und den meisten anderen europäischen Ländern benötigt Australien wachsende Kapazitäten in der Krankenhausversorgung, da nicht nur der Anteil der älteren Bevölkerung weiter zunehmen wird, sondern auch, um dem deutlichen Anstieg der Bevölkerungszahlen gerecht werden zu können. Bis zum Jahr 2050 wird ein Bevölkerungswachstum von über 50% auf dann rund 36 Mio. Einwohner prognostiziert, mit entsprechenden Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung und die erforderlichen Investitionsmittel.

Die Rahmenbedingungen der öffentlichen Gesundheitsversicherung („Medicare“) liegen im politischen Verantwortungsbereich der australischen Nationalregierung. Zur Finanzierung wird landesweit eine speziell gekennzeichnete Einkommenssteuer in Höhe von 1,5 bis 2,5% erhoben. Für die Ausgestaltung und Bereitstellung der Gesundheitsversorgungsstrukturen sind die sechs Bundesstaaten und zwei Territorien zuständig. Sie betreiben die Krankenhausplanung und sind (teilweise gemeinsam mit lokalen Einrichtungen) in der Trägerschaft der öffentlichen Krankenhäuser. Für die Krankenhausfinanzierung stellen die Staaten und die Nationalregierung gemeinsam Mittel zur Vergütung der Betriebskosten bereit, mit steigendem Anteil der nationalen Ebene. Der überwiegende Teil (86%) der Vergütung wird in Form von Fallpauschalen nach der DRG-Systematik an die Krankenhäuser verteilt. Für ausgewählte Bereiche der Krankenhausversorgung besteht daneben eine Förderungssystematik zur Kostenerstattung („block funding“). Dies betrifft neben dem Bereich Forschung und Lehre vor allem kleine Krankenhäuser in abgelegenen ländlichen Gebieten⁴⁷ (National Health Funding Pool 2016).

Die Investitionskostenfinanzierung der öffentlichen Krankenhäuser liegt im Aufgabengebiet der Staaten, die als direkt oder indirekt zuständige Betreiber für eine angemessene Investitionsmittele Ausstattung ihrer Krankenhäuser verantwortlich sind. In allen Staaten wird hauptsächlich in

⁴⁶ Als Ansprechpartner für Australien standen u.a. Lynton Norris (National Health Funding Body) und Vertreter von KPMG Australien zur Verfügung.

⁴⁷ Hierfür sind feste Auswahl-Kriterien von der zuständigen DRG-Kalkulationsbehörde definiert, die sich auf systematische Hindernisse bei der Anwendung von Fallpauschalen beziehen oder auf fehlende Skalenerträge, die keine wirtschaftliche Tragfähigkeit bei einer Anwendung der Fallpauschalenvergütung ermöglichen.

Antragsverfahren über die Vergabe von Investitionsfördermitteln entschieden, unter Berücksichtigung von regional festgelegten Prioritäten. Im Rahmen einer nationalen Gesundheitsreform („National Health Reform“) wurden im Jahr 2011 sogenannte lokale Krankenhausnetzwerke (LHN) eingeführt, u.a. um eine verbesserte Steuerung der Mittelverteilung zu erreichen. Seitdem sind alle öffentlichen Krankenhäuser in lokalen Krankenhausnetzen mit zugehörigen Verwaltungsgremien organisiert. Im Jahr 2015 existierten 138 dieser LHN, die sich in ihrer Größe und Zusammensetzung deutlich unterschieden.⁴⁸ Auf der Ebene der LHN werden die Budgets eigenverantwortlich an die angeschlossenen Krankenhäuser verteilt und Investitionsmaßnahmen abgestimmt. Dadurch soll eine Strukturanpassung auf lokaler Ebene stattfinden, indem Zusammenschlüsse, Spezialisierungen und effiziente Investitionsmittelverteilung innerhalb der LHN vorangetrieben werden. Des Weiteren wird auch auf eine Verbesserung der integrierten Versorgung abgezielt durch die verstärkte Vernetzung auf lokaler Ebene, mit den LHN der Krankenhäuser und lokalen Zusammenschlüssen der niedergelassenen Allgemeinärzte (Glover 2016).

Zusätzlich zur Investitionsfinanzierung der Staaten werden in Australien auch auf nationaler Ebene gezielte Fördermittel für Investitionsmaßnahmen im Krankenhaus bereitgestellt. Mit dem Health and Hospitals Fund (HHF) wurde im Jahr 2009 ein nationales Investitionsprogramm mit insgesamt rund 3,5 Mrd. € für fünf Jahre von der australischen Regierung bereitgestellt, um die gesamte Gesundheitsinfrastruktur und speziell die Versorgung in ländlichen Gebieten zu fördern, teilweise auch zielgerichtet auf einzelne Fachgebiete (z.B. onkologische Versorgung). Im Krankenhausbereich betraf dies die Förderung von folgenden Investitionen:

- Baumaßnahmen zum Neubau oder für Erweiterungen und Modernisierungen,
- Anschaffung benötigter medizinisch-technischer Geräte,
- Bereitstellung von IT-Systemen.

Für die Auswahl der zu fördernden Projekte wurden durch die Regierung Bewertungskriterien festgelegt, um sicherzustellen, dass mögliche Investitionen:

- den national festgelegten Prioritäten entsprechen,
- einen effektiven Nutzen generieren,
- die benötigte Infrastruktur effizient bereitstellen,
- vorgegebenen Standards entsprechen.

Im Jahr 2015 wurde mit dem „Medical Research Future Fund“ ein Nachfolgeprogramm des HHF gestartet, um auf nationaler Ebene die Forschung und Versorgung in speziell ausgewählten medizinischen Leistungsbereichen mit zusätzlichen Investitionsmitteln auszustatten.

Die Investitionstätigkeit der öffentlichen Krankenhäuser in Australien wird mittlerweile auf Ebene der LHN erfasst, wurde bisher jedoch noch nicht veröffentlicht (AIHW 2016). Für die privaten Krankenhäuser, die teilweise gewinnorientiert und teilweise mit gemeinnützigen Trägern organisiert sind, stellt die australische Statistikbehörde entsprechende Daten zur Verfügung. Es zeigt sich, dass die Investitionsquote der privaten Kliniken in den vergangenen Jahren deutlichen Schwankungen unterlag, mit Investitionen zwischen 4,5 bis 8,0% des Umsatzes (vgl. Tabel-

⁴⁸ Von den 138 LHN im Jahr 2015 bestanden 57 aus nur einem einzelnen Krankenhaus (fast ausschließlich im Staat Victoria). Die anderen LHN setzten sich aus einem Hauptkrankenhaus und mehreren weiteren Krankenhäusern zusammen, je nach Bevölkerungsdichte und fachlicher Zuordnung (AIHW 2016).

le 9). Angesichts der im gleichen Zeitraum aufgebauten Kapazitätserweiterungen erscheinen diese Werte vergleichsweise niedrig.

Tabelle 9

Investitionstätigkeit der privaten Krankenhäuser in Australien

	2004-05	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14	2014-15
Krankenhäuser (Anzahl)	285	279	281	282	286	282
Betten (Anzahl)	24 346	25 394	26 031	26 889	27 943	28 679
Bruttoumsatz (Mio. AU\$)	6 249	9 838	10 352	10 856	11 740	12 768
Bruttoinvestitionen (Mio. AU\$)	309	788	461	664	718	834
Investitionsquote (% am Umsatz)	4,9%	8,0%	4,5%	6,1%	6,1%	6,5%

Quelle: Eigene Berechnungen nach Angaben aus ABS (2016).

Aus deutscher Sicht weist das australische Gesundheitssystem zwar grundlegende Unterschiede auf, in der Investitionsfinanzierung der öffentlichen Krankenhäuser zeigen sich jedoch auch vergleichbare Elemente. Auch in Australien werden die Fördermittel separat von der Behandlungsvergütung und, ebenso wie in Deutschland, auf der regionalen Ebene der Staaten bzw. Bundesländer zur Verfügung gestellt. Als strukturpolitisch sinnvolle Maßnahme im australischen System ist die Einrichtung von lokalen Krankenhausnetzwerken zu bewerten. Dies wurde auf nationaler Ebene für alle Krankenhäuser verpflichtend beschlossen. Dadurch erhalten die Anbieter auf lokaler Ebene mehr Eigenverantwortung bei der wettbewerblichen Strukturanpassung zur effizienten Verteilung der öffentlichen Mittel. Des Weiteren dient die Reform auch einer Stärkung der integrierten Versorgung durch bessere Vernetzung mit den lokalen Anbietern der ambulanten Versorgung und Pflege. U.a. durch diese Maßnahmen ist es in den vergangenen Jahren gelungen, zur Reduzierung der Wartelisten in den öffentlichen Krankenhäusern beizutragen. Eine Besonderheit der australischen Krankenhausstruktur ist die zukünftige Herausforderung durch den notwendigen Kapazitätsaufbau. Dieser wird von der Regierung durch nationale Investitionsprogramme gezielt gesteuert und gefördert. Entscheidend und vorbildlich ist dabei die Vorgabe einer nationalen Prioritätenfestlegung zur Auswahl und zielgerichteten Unterstützung ausgewählter Projekte in der gesamten Gesundheitsversorgung.

4.3 Zusammenfassung – Lessons learned

Der internationale Vergleich zeigt, dass die einzelnen Länder große Unterschiede aufweisen in der Ausgestaltung, der politischen Steuerung und vor allem der Finanzierung ihrer Krankenhausstrukturen. Teilweise existieren diese Unterschiede sogar auf regionaler Ebene innerhalb eines Landes (z.B. Österreich). Aufgrund dieser stark divergierenden Rahmenbedingungen konnte die Analyse der Investitionsfinanzierung in den einzelnen Ländern auch nicht mit einem einheitlichen Kriterienkatalog oder systematischen Kennzahlen abgefragt werden.⁴⁹

Die Höhe der getätigten Investitionen in den ausgewählten Staaten ist (soweit verfügbar) in Tabelle 10 dargestellt. Dabei ist zu beachten, dass die angegebenen Investitionssummen auf-

⁴⁹ Es wurde mit einheitlich strukturierten Fragebögen versucht, spezifische Kennzahlen zur wirtschaftlichen Lage, Fördermittelquote etc. der Krankenhäuser in den einzelnen Ländern abzufragen. Allerdings waren je nach individueller Ausgestaltung der Gegebenheiten in den einzelnen Ländern oftmals keine entsprechend zutreffenden Angaben möglich. Stattdessen wurde mithilfe der durchgeführten Experteninterviews und zusätzlicher Literaturrecherche die jeweilige Situation der Investitionsfinanzierung qualitativ beschrieben und anhand von ausgewählten Kennzahlen dargestellt.

grund der jeweils sehr spezifischen Finanzierungssystematik nur begrenzt vergleichbar sind.⁵⁰ Während für Österreich und Japan keine Angaben und für Australien nur für die privaten Krankenhäuser Angaben verfügbar waren, zeigen alle anderen Staaten eine Größenordnung der Pro-Kopf-Investitionen, die ein Vielfaches der KHG-Fördermittel in Deutschland beträgt. Selbst wenn man zur besseren Vergleichbarkeit der Werte die (geschätzten) Eigeninvestitionen der deutschen Krankenhäuser mit hinzurechnet, ergeben sich deutlich niedrigere Werte in Deutschland (mit zuletzt rund 57 € pro Einwohner) als in Dänemark (99 €), in der Schweiz (253 €), Frankreich (89 €) oder den Niederlanden (2014: 116 €). Als Einschränkung muss erwähnt sein, dass die Angaben für Deutschland keine Angaben über die Investitionen der Universitätskliniken enthalten, da hierzu keine verfügbaren Daten vorliegen (vgl. Kap. 2.4). Aber auch die Investitionen der niederländischen Allgemeinkrankenhäuser, bei denen die Hochschulkliniken ebenfalls nicht enthalten sind, liegen deutlich über den Werten der deutschen Krankenhäuser.

Tabelle 10

Investitionsmittel im internationalen Vergleich

	Absolut (in Mio. € ¹)			Je Einwohner (in €)			Je Bett (in 1.000 €)		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Dänemark ²	560	560	560	99,7	99,23	98,53	33,20	37,90	40,11
Österreich	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Schweiz ³									
- Akutkrankenhäuser	1.642	1.633	1.645	202,95	199,43	198,63	75,37	75,59	77,03
- Krankenhäuser gesamt	2.064	2.054	2.093	255,13	250,80	252,69	66,79	66,68	67,94
Frankreich ⁴									
- Öffentl. Krankenhäuser	5.573	5.307	5.027	84,47	80,08	75,55	19,63	18,80	17,91 ⁵
- Krankenhäuser gesamt	6.244	5.884	-	94,65	88,80	-	16,37	15,51	-
Niederlande ⁶									
- Allgemeinkrankenhäuser	1.503	1.302	-	89,46	77,19	-	42,11	37,48	-
- Krankenhäuser gesamt	2.153	1.961	-	128,10	116,25	-	49,70	46,30	-
Japan	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Australien ⁷ (nur private KH)	444	481	559	-	-	-	16,52	17,21	19,48
Deutschland									
- KHG-Mittel (gesamt)	2.724	2.783	2.794	33,78	34,37	34,21	6,10	6,23	6,25
- inkl. Eigeninvestitionen ⁸	4.624	4.683	4.694	57,34	57,83	57,47	9,24	9,35	9,40

Quelle: Hochschule Fresenius, IMSP, Danish Ministry of Health, BAG, DREES, Nza, AIHW, RWI, OECD. – Anmerkungen: 1) Umrechnung von Angaben in anderen Währungen, jeweils mit konstantem €-Wechselkurs zum Stichtag 31.12.2015; 2) keine konkreten Jahreswerte erhältlich, daher pauschale Annahme, dass Gesamtvolumen des aktuellen Investitionsprojekts für 16 „Superhospitals“ über zehn Jahre gleichmäßig verteilt wird; 3) Allgemein-KH und Gesamt-KH (inkl. Psych. + Reha); 4) Öffentliche KH („participant au service public“, inkl. Psych. + Reha) und Gesamt-KH (öffentl. + priv. KH, jeweils inkl. Psych. + Reha), k. A. für private KH für 2015 verfügbar; 5) eigene Schätzung aufgrund fehlender Bettenzahlen für 2015; 6) Allgemein-KH (ohne Uni-Kliniken) und Gesamt-KH (inkl. Unikliniken und Reha), k. A. für 2015 verfügbar; 7) Nur Angaben für private Krankenhäuser verfügbar, daher nur Werte je Bett (in privater Trägerschaft) berechnet; 8) Pauschale Annahme der Eigeninvestitionen auf 1,9 Mrd. € pro Jahr vgl. Abschätzung in KRR.

⁵⁰ Die Werte für die Schweiz stellen beispielsweise den betriebswirtschaftlichen Aufwand für Anlagenutzung und Kapitalzinsen der Krankenhäuser dar. In Dänemark dagegen sind beispielsweise nur die staatlich bereitgestellten Fördermittel für Neubau und Modernisierung der 16 Superhospitals berücksichtigt.

Noch deutlicher fällt der Unterschied der Investitionen pro Bett aus, da Deutschland bei dieser Kennzahl aufgrund der fehlenden Strukturanpassungen und der daraus resultierenden hohen Bettendichte im internationalen Vergleich noch schlechter abschneidet als bei den Pro-Kopf-Werten. Die Spannweite der durchschnittlichen Investitionen je Bett reicht im internationalen Vergleich von rund 16 000 € (Frankreich) bis rund 75 000 € (Schweizer Akutspitäler). In Deutschland liegen die KHG-Fördermittel je Bett dagegen nur bei rund 6 200 € je Bett. Auch unter Berücksichtigung der aus Eigenmitteln geleisteten Investitionen der deutschen Krankenhäuser lagen die Investitionen je Bett hierzulande unterhalb von 10 000 €.

Trotz der unterschiedlichen Rahmenbedingungen lassen sich wichtige Erkenntnisse aus den anderen Ländern ableiten. Denn die Anforderungen an moderne Krankenhausstrukturen sind in allen betrachteten Ländern gleich. Krankenhäuser benötigen für die Erbringung qualitativ hochwertiger Diagnose- und Therapieleistungen kostenintensive medizinisch-technische Geräte, baulich entsprechend angepasste Räumlichkeiten und eine moderne Logistik- und IT-Infrastruktur. Dies erfordert kapitalintensive Investitionen, die finanziert werden müssen. Je nach Finanzierungssystematik müssen die dafür erforderlichen Mittel entweder als öffentliche Fördermittel oder über entsprechende Zuschläge auf die Leistungsvergütung den Krankenhäusern zur Verfügung gestellt werden.

Aus ordnungspolitischer Sicht sind Modelle, in denen die Investitionskosten in der Fallpauschalenvergütung berücksichtigt sind (wie z.B. in den Niederlanden und der Schweiz) generell vorteilhaft. Dies ermöglicht eine wettbewerbliche und leistungsbezogene Steuerung der Investitionen. Notwendige Strukturanpassungen der Krankenhauslandschaft ergeben sich in Folge automatisch, allerdings ist auch kein strukturell steuernder Eingriff über gezielte Investitionsmittelbereitstellung möglich. Die Beispiele zeigen, dass sich eine solch monistische Lösung sowohl bei zentraler politischer Zuständigkeit und sehr geringer staatlicher Planung (Niederlande) als auch bei stark föderalen Kompetenzen und sehr detaillierter Planung (Schweiz) umsetzen lässt. Sowohl in den Niederlanden als auch in der Schweiz sind allerdings systematische Besonderheiten im Vergleich zum deutschen Krankenhaussystem erkennbar. Eine generelle Übertragung dieser Vorteilhaftigkeit der Investitionsfinanzierung mittels Fallpauschalenvergütung auf Deutschland ist daher nicht zulässig.

Bei separater Mittelbereitstellung zeigt sich, dass die Investitionsfinanzierung möglichst an Maßnahmen zur Strukturoptimierung gekoppelt sein sollte. Sowohl aus Gründen der Versorgungsqualität als auch aus wirtschaftlichen Effizienzaspekten sollten die Investitionsmittel nur ausgewählten Leistungserbringern bereitgestellt werden, anstatt sie auf viele kleine und möglicherweise defizitäre Krankenhäuser zu verteilen (Negativbeispiele Japan und Österreich). Die Strukturanpassung kann dabei durch direkte staatliche Steuerung der Strukturen und gezielte Vorgaben für die Investitionsmaßnahmen erfolgen (Beispiel Dänemark). Alternativ ist auch die Vorgabe klar definierter Auswahlkriterien für gezielte Investitionsmittel möglich, um die beabsichtigten Strukturanpassungen zu erreichen (Beispiel Australien und Frankreich, bei letzterem allerdings mit mangelhafter Ausführung).

In Schaubild 19 sind die wesentlichen Erkenntnisse aus den untersuchten Ländern in einer Übersicht dargestellt und nach mehr oder weniger vorbildlichen Ansätzen für Deutschland aufgeteilt.

Schaubild 19

Lessons learned aus Investitionsprogrammen anderer Länder

Vorbildliche Elemente		Keine übertragbaren Lösungsansätze	
Dänemark	<ul style="list-style-type: none"> Nationales Investitionsprogramm für effiziente Strukturen und hohe Spezialisierung Feste Investitionsanteile für IT- und Logistik Optimierung der sektorenübergreifenden Versorgung und des Rettungsdienstes 	Österreich	<ul style="list-style-type: none"> System der Abgangsdeckung führt zu ineffizienten Strukturen und hohen Kosten Sehr heterogene Finanzierungssystematiken zwischen den Bundesländern sowohl bei Behandlungs- als auch Investitionskosten
Niederlande	<ul style="list-style-type: none"> Investitionskosten einheitlich in Fallpauschalenvergütung enthalten Starker Wettbewerb und Qualitätsorientierung durch direkte Verhandlungen zwischen Krankenversicherungen mit Krankenhäusern Staatliche Planung kaum noch notwendig 	Japan	<ul style="list-style-type: none"> Kein einheitliches Vergütungssystem für Behandlungs- und Investitionskosten Hoher Finanzbedarf aufgrund großer Überkapazitäten und demografischer Alterung zu Lasten des Staatshaushalts
Schweiz	<ul style="list-style-type: none"> Investitionskosten einheitlich in Fallpauschalenvergütung einkalkuliert Kantonale Förderung für Forschung+Lehre und regionale Sicherstellung möglich Kantonsübergreifende Planung und Finanzierung durch Spitalisten 	Frankreich	<ul style="list-style-type: none"> Fallpauschalenkalkulation nicht einheitlich und unzureichend für Investitionsbedarf Nationale Investitionsprogramme erzielen keine nachhaltige Strukturanpassung aufgrund ungenügender Auswahlkriterien
Australien	<ul style="list-style-type: none"> Eigenverantwortliche Investitionsfinanzierung der privaten Krankenhäuser Investitionsförderung der öff. Kliniken mit Strukturanpassungen und mit zielgerichteter Unterstützung durch nationale Programme 		

Quelle: Hochschule Fresenius, IMSP.

Aus deutscher Sicht lassen sich aus der internationalen Analyse folgende Erkenntnisse zusammenfassen, die bei der Bereitstellung von Investitionsmitteln generell berücksichtigt werden sollten:

- Fokus auf strukturverändernde Programme mit klarer Zielvorstellung,
- längerfristige Ausrichtung der Steuerung,
- Finanzierung nach einheitlichen Vergabekriterien,
- Auswahl und Unterstützung effizienter Leistungserbringer und
- Finanzierung durch den Bund und bzw. oder durch die Beitragszahler in Abhängigkeit der bereitgestellten Landesmittel.

Für die Entwicklung neuer Konzepte zur Investitionsfinanzierung in Deutschland ist es daher wichtig, dass – unabhängig von der Mittelherkunft – eine Aufstockung der Investitionsförderung gezielt strukturverändernd eingesetzt werden sollte. Hierfür sind geeignete Auswahlkriterien von entscheidender Bedeutung.

5. Reformoptionen

5.1 Bestehende Vorschläge

Der Übergang vom dualistischen Finanzierungssystem auf ein monistisches System wurde in der Vergangenheit von den Akteuren im Gesundheitswesen häufig diskutiert. Konkrete Vorschläge zu einem solchen Übergang wurden ebenfalls vorgelegt, jedoch nicht umgesetzt. Die Grundideen ausgewählter Vorschläge werden im Folgenden vorgestellt.

Rürup und IGES. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit haben Prof. Bert Rürup und das IGES-Institut ein Gutachten zur Umstellung auf eine monistische Finanzierung von

Krankenhäusern erstellt (Rürup et al. 2008). Die Grundidee dieses Reformvorschlags basiert auf leistungsorientierten Investitionszuschlägen auf die diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRG), womit die Investitionsmittelzuteilung wettbewerblich organisiert wäre. Die Höhe der Investitionsförderung beziffern die Autoren auf rund 5 Mrd. €, was einer Investitionsquote von 8,6% entsprechen würde. Die Investitionsmittel würden hierbei nicht länger aus den Landeshaushalten finanziert, sondern durch einen Vorwegabzug des Umsatzsteueraufkommens, welches den Ländern zusteht. Die Finanzausstattung der Krankenkassen – die neben den Betriebskosten nun auch die Investitionskosten tragen müssten – würde über eine Rückvergütung in Form von Steuerzuschüssen in den Gesundheitsfonds erhöht werden können. Die bundeslandspezifische KHG-Förderhistorie – also das KHG-Fördervolumen früherer Jahre – würde im Rahmen dieses Reformvorschlags keine explizite Berücksichtigung finden.

Rürup et al. (2008) argumentieren, dass eine Besser- bzw. Schlechterstellung eines Krankenhauses im Wesentlichen von Volumen und Struktur seiner Leistungen und seiner Wirtschaftlichkeit abhängt. Als Folgen dieses Systems erwarten die Autoren einen beschleunigten Abbau von Überkapazitäten und eine erhöhte Spezialisierung der Krankenhäuser. Mit unerwünschten Konsequenzen wäre indessen in strukturschwachen Regionen zu rechnen, da Spezialisierung und Wirtschaftlichkeit einer wohnortnahen und flächendeckenden Versorgung gegenüberstehen. Um eine regionale Unterversorgung zu vermeiden, plädieren Rürup et al. (2008) für die Implementierung eines Infrastrukturfonds – ebenfalls steuerfinanziert – dessen Mittel der Krankenhausversorgung strukturschwacher Regionen zugutekommen sollen. Die Mittelzuteilung sollte hierbei bundeseinheitlichen Verfahrensgrundsätzen folgen, in deren Rahmen die Länder selbstständig über den Einsatz der Mittel bestimmen könnten.

Die Krankenhausplanung würde in diesem Vorschlag aufgegeben. An deren Stelle würde ein Qualitätsmonitoring treten, das auf die Qualität und Sicherheit stationärer Leistungen abzielt. Hiermit hätten die Länder eine Aufsichts- und Überwachungsfunktion in der regionalen Krankenhausversorgung. Des Weiteren wäre den Ländern durch die Mittel aus dem Infrastrukturfonds ein Steuerungsinstrument bereitgestellt, mit dem sie ihrer Sicherstellungsverantwortung entsprechen würden.

SVR Gesundheit. Einen Übergang zur Monistik hat auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit) im Jahresgutachten 2007 angeregt (SVR Gesundheit 2007), wobei die Investitionsmittel an die DRG zu koppeln wären. Die Ausgestaltung dieses Investitionszuschlags sollte dabei von der Selbstverwaltung geprüft werden. Optimal wäre ein funktionaler Investitionskostenzuschlag, der sich an den einzelnen Fallgruppen orientiert und deren individuellen Investitionsbedarf berücksichtigt. Eine solche Berechnung würde jedoch auch auf komplexen Kalkulationen beruhen. Alternativ wäre ein prozentualer Zuschlag möglich, der der pauschalen Abgeltung der Instandhaltungskosten (§ 17 Abs. 4 KHG) ähnelt. Im Rahmen eines strukturierten Dialogs zwischen Krankenhäusern, Krankenkassen, Ländern und dem Bund sollte das Volumen der Investitionskostenzuschläge ermittelt werden. Den Krankenhäusern würden die zweckgebundenen Investitionszuschüsse weitestgehend zur freien Verfügung stehen, jedoch sollten die Länder im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrags die Kliniken verpflichten können, ausgewählte Leistungen (z.B. Notfallversorgung) vorzuhalten.

Um Beitragssatzerhöhungen in der GKV und PKV in diesem System zu vermeiden, regt der SVR Gesundheit an, die zusätzlichen Lasten für die Krankenversicherungen von den beteiligten Akteuren – Krankenhäuser, Krankenkassen, Länder und Bund – gemischt zu finanzieren. Die bisherige Pauschalförderung würde als dauerhafter Steuerzuschuss in den Gesundheitsfonds eingezahlt werden, wobei sich die Gesamtsumme der Mittel anteilig nach der Bevölkerungszahl der

Länder orientieren würde. Die Einzelförderung dagegen würde in einer Übergangsphase von mehreren Jahren weiter finanziert. Nach dieser Übergangsphase würden die Länder, anstelle der bisherigen Einzelförderung, die Sicherung der Notfallversorgung und die Abwehr von Unterversorgung zu einem angemessenen Teil finanzieren.

Dem Bund kommt bei diesem Vorschlag eine entscheidende Rolle zu, wie es bereits bei Einführung des KHG und GSG der Fall gewesen ist. Für eine Beteiligung des Bundes wären zusätzliche Steuerzuschüsse in den Gesundheitsfonds oder eine Reduzierung bzw. ein Erlass der Mehrwertsteuer auf Arzneimittel denkbar. Da der SVR Gesundheit aufgrund des höheren Investitionsvolumens mit einer höheren Effizienz im Krankenhausmarkt rechnet, die in einer mittelfristigen Senkung der Betriebskosten mündet, sollten die Krankenkassen einen Teil der Investitionskosten übernehmen. Schließlich sollten die Krankenhäuser auf die Forderung einer vollständigen Nachfinanzierung des Investitionsstaus verzichten, da sie im Gegenzug eine höhere Investitionssicherheit sowie mehr Autonomie und Flexibilität erhalten.

BDPK. Das RWI hat 2007 in Zusammenarbeit mit dem Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. ein Konzept zur Neuorganisation der Investitionsfinanzierung von Krankenhäusern vorgelegt (BDPK 2007). Das sogenannte „Modell 21 – Regionale monistische Finanzierung“ beruht auf der leistungsbezogenen Vergabe von Investitionsmitteln, die hälftig von Krankenkassen und Ländern finanziert werden. Investitionskosten sind den Autoren zufolge analog zu Betriebskosten zu behandeln und demnach von den Nutzern der Krankenhausleistungen in Abhängigkeit von in Anspruch genommenen Leistung zu tragen. Der Investitionsbedarf wird durch das InEK aufgrund einer aufwands- und leistungsbezogenen Kalkulation bestimmt und somit die Investitionskostenanteile je DRG beziffert. Die Nutzung von Investitionskostenanteilen je DRG stellt eine wettbewerbliche Verteilung von Investitionsmitteln sicher und berücksichtigt das Leistungsangebot des Krankenhauses.

Es kann allerdings nicht die bisherige ungleiche Verteilung zwischen Krankenhäusern eines Landes und den potenziell entstandenen Investitionsstau ausgleichen. Um diese Tatsache zu berücksichtigen, schlagen die Autoren eine zehnjährige Konvergenzphase vor. In diesem ersten Schritt wird von den Ländern ein „Investitionsbedarfs-Landesbasisfallwert“ festgelegt, der die Investitionsmittel pauschal je Krankenhausfall verteilt. Nach Abschluss der Konvergenzphase erfolgt die Verteilung der Investitionsmittel durch die Investitionskostenanteile je DRG. Die Höhe des Gesamt-Investitionsbedarfs ergibt sich aus den Berechnungen des InEK. Die Autoren gehen jedoch davon aus, dass die Höhe der Fördermittel zumindest 5 Mrd. € betragen muss, um die Existenz der Krankenhäuser zu sichern.

Die Länder überführen dazu ihre derzeitige Investitionsförderung in eine „Clearingstelle Investitionskosten für Krankenhäuser“. Der Gesundheitsfonds leitet diese Mittel den Krankenkassen entsprechend der landesspezifischen Fördermittelhöhe sowie der Fallzahl des behandelnden Krankenhauses zu. Bei unveränderter Höhe der landesspezifischen Fördermittel gehen die Autoren von einer Mehrbelastung der Kassen in Höhe von 2,3 Mrd. € während der Konvergenzphase aus. Dies entspräche einer Beitragssatzerhöhung von 0,2%. Es ist jedoch fraglich, ob die Krankenkassen bereit sind, eine solche Mehrbelastung zu tragen, ohne dass ihnen ein entsprechendes Mitspracherecht bei der Gestaltung der Krankenhausplanung eingeräumt wird. Des Weiteren bestehen Anreize für die Länder, ihre Förderung weiter zu kürzen, da die Investitionsförderung hälftig durch Länder und Krankenkassen erfolgt.

Monopolkommission. Ein weiteres Modell wurde von der Monopolkommission (2007) erarbeitet. Auch dieses Modell sieht eine Abkehr von der dualistischen Trennung zwischen Betriebs- und Investitionskosten vor. Vielmehr werden beide Säulen des bisherigen Systems Bestandteil

eines Preisverhandlungsprozesses zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern. Dabei gilt das DRG-System als Orientierungswert ohne bindende Wirkung. Krankenkassen und Krankenhäuser sind frei, individuelle Vergütungsformen auszuhandeln. Investitionskosten sind somit Bestandteil dieser Preisverhandlungen. Dies wäre ein Schritt von einer staatlich gelenkten Bedarfsplanung hin zu einer wettbewerblichen Preisfestsetzung, wodurch die langfristige Vergütung den tatsächlich entstehenden Grenzkosten entspricht. Bei diesem Vorschlag wird allerdings nicht diskutiert, wie die entfallende staatliche Förderung kompensiert wird. Es ist außerdem nicht davon auszugehen, dass dieser Vorschlag politisch umsetzbar ist. Ein solches Vorgehen bedeutet die völlige Abkehr von der Krankenhausplanung durch die Länder.

5.2 Erfahrungen aus früheren Gesetzgebungsverfahren

Die Erfahrung aus den großen Reformgesetzen seit Ende der 1960er Jahre zeigt Folgendes. Die Krankenkassen wollten zunächst eine dualistische Finanzierung. Auch die damalige Bundesregierung sah Investitionen in Krankenhäuser als öffentliche Aufgabe an und war daher auch für eine duale Finanzierung mit einer Auftrennung in Betriebskosten und Investitionen/Neubauten, wobei dies wegen der damals gültigen Zuteilung der Gesetzgebungskompetenzen an den Bund bedeutete, dass die Länder nicht einbezogen wurden und eine de facto erfolgende Förderung durch die Länder ohne rechtliche Kompetenz erfolgen musste.

Erst durch die Änderungen des Grundgesetzes Ende der 1960er Jahre konnte zu Beginn der 1970er Jahre dann endlich eine verfassungsrechtlich abgesicherte Aufteilung der Investitionskosten auf Bund und Länder erfolgen. Gleichzeitig wurde den Bundesländern die Kompetenz zur Krankenhausplanung übertragen. Bis Ende der 1970er Jahre wurde seitens des Bundes versucht, über indirekte Beeinflussung (Mittelkürzungen), in die Kapazitätsplanung der Länder einzugreifen, ab 1984 wurde die Investitionskostenbeteiligung schließlich vollständig aufgegeben. Als Flaschenhals entpuppten sich bei den Investitionen die Länderhaushalte, und der Umstand fehlender Mindestfördervorgaben führte zu einer Unterfinanzierung der Investitionen in die Krankenhausinfrastruktur. Die Krankenkassen rückten in der Folge ab den 1980ern von ihren Vorbehalten zu einer Monistik ab, stellten jedoch immer die Bedingung, entsprechend Einfluss auf die Krankenhausplanung nehmen zu wollen. Dies stieß auf den Widerstand der Bundesländer, die hier ihre Regelungskompetenzen nicht schmälern lassen wollten.

Die Bundesländer haben Einflussnahmebestrebungen des Bundes in die Krankenhausplanung meist abgewehrt und lediglich insoweit zugelassen, wenn ihnen der Bund dafür Unterstützung bei der Finanzierung der Investitionen in Krankenhäuser angeboten hat. So wurde mit dem KHSG der Strukturfonds nach § 12 KHG eingerichtet, mit dessen Geldern der Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und Standorten sowie die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre örtliche Versorgungseinrichtungen sowie der Aufbau palliativer Versorgungsstrukturen gefördert werden soll. Die Mittel werden insoweit anteilig aus dem Gesundheitsfonds bereitgestellt, der sich auch aus Bundesmitteln speist. Der Bund nimmt insoweit durch die Zweckbestimmung zumindest indirekt Einfluss auf die Krankenhausplanung auf Länderebene. Rechtlich möglich wäre allerdings eine Umstellung auf Monistik, da die dualistische Finanzierung keinen Verfassungsrang besitzt und bei Schaffung entsprechender einfachgesetzlicher Vorgaben somit auch eine Abkehr von diesem System denkbar wäre. Das 10-jährige Sonderförderungsprogramm anlässlich der Wiedervereinigung (Art. 14 Gesundheitsstrukturgesetz GSG) zeigt zudem, dass auch eine gemeinschaftliche Förderung durch Bund, Länder und Krankenversicherungen erfolgreich sein kann. Dies war jedoch offenkundig der historischen Situation geschuldet und von vornherein als Ausnahmemassnahme angelegt. Inwieweit dort erfolgreiche Maßnahmen, wie die Koordinierung der Investi-

onen durch die Landeskrankenhausesellschaften und Landesverbände der Krankenkassen unter Beteiligung der Länder auch für zukünftige Vorhaben umsetzbar wären, ist daher fraglich.

Seit Ende der 1980er Jahre finden sich in den Gesetzgebungsverfahren immer wieder Ansätze eines Systemwandels hin zur Monistik (Absichtserklärung im GSG 1993), die jedoch, abgesehen von der Beteiligung der Krankenkassen an der Finanzierung der Instandhaltungskosten gemäß dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz, nicht umgesetzt wurden. Auch nach dem Regierungswechsel ließen sich 1999/2000 die Pläne der rot-grünen Regierung zur Einführung der Monistik in drei Schritten bis 2008 erneut nicht umsetzen, da sich insoweit keine politische Mehrheit im Bundesrat fand (dort hatten unionsgeführte Länder eine Mehrheit). Dies lag u.a. auch daran, dass die Entwürfe zwar eine massive Kürzung der Investitionsförderung im Zuge der Übernahme der Verpflichtungen durch die Krankenkassen vorsahen, während eine Kompensation lapidar durch „Einsparungen“ der Krankenhäuser erfolgen sollte, um d.h. Beitragssatzerhöhungen in der Krankenversicherung zu vermeiden.

Mit dem KHRG erfolgte 2009 die Einführung der Investitionsbewertungsrelationen, die jedoch bislang nur freiwillig von einzelnen Ländern verwendet werden. Damit soll eine sachgerechte Ermittlung des jährlichen bestandserhaltenden Investitionsbedarfs auf Grundlage eines methodisch fundierten Verfahrens ermöglicht werden. Es existiert damit ein transparentes Verteilungsinstrument, welches jedoch mangels einer Verpflichtung der Länder zur Bereitstellung des ermittelten Förderungsbedarfs derzeit eher zur Darstellung der Förderungslücke verwendet wird. Mit dem KHSG wurde die Verknüpfung von Fördergeldern aus dem Gesundheitsfonds an eine Bereinigung der Kapazitätsstrukturen implementiert, wodurch wiederum eine indirekte Beeinflussung auf die Ländersache Krankenhausplanung einhergeht.

5.3 Sonderförderung Neue Bundesländer

Auch wenn die Investitionskostenfinanzierung der Krankenhäuser reine Länderaufgabe ist, so hat sich der Bund in der Vergangenheit bereits mit eigenen Fördermitteln an dieser Aufgabe beteiligt. Als temporäre Sonderform der Investitionsförderung unter finanzieller Beteiligung des Bundes (und der Kostenträger) wurde eine Sonderförderung für Krankenhäuser in den neuen Bundesländern (einschließlich Ost-Berlin) eingeführt. Mit der Wiedervereinigung 1990 wurde die deutsche Krankenhauslandschaft um die Krankenhäuser aus den neuen Ländern erweitert. Die Ausgangsbedingungen der dort vorhandenen Krankenhäuser waren geprägt von einer oftmals maroden Bausubstanz, teilweiser sachfremder Immobiliennutzung, sowie veralteter und unzureichender technischer Ausstattung. Mehrere Gutachten bezifferten den damals bestehenden Investitionsbedarf der Krankenhäuser im Beitrittsgebiet auf rund 31 Mrd. DM (15,9 Mrd. €) (DKG 2015).

Ein Bestandteil des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG)⁵¹ aus dem Jahr 1993 war daher eine Sonderförderung für ostdeutsche Krankenhäuser, um das Niveau der stationären Versorgung in den neuen Ländern nachhaltig zu verbessern und an das Versorgungsniveau der alten Länder anzupassen. Damit sollten Sonderfördermittel in Höhe von insgesamt 10,7 Mrd. € bereitgestellt werden, jeweils zu einem Drittel (3,58 Mrd. €) durch Bundes- und Landesmittel in einem Zeitraum von zehn Jahren (1995-2004), sowie durch Mittel der Kostenträger über zusätzliche Be-

⁵¹ Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (vom 21.12.1992, BGBl. I S. 2266).

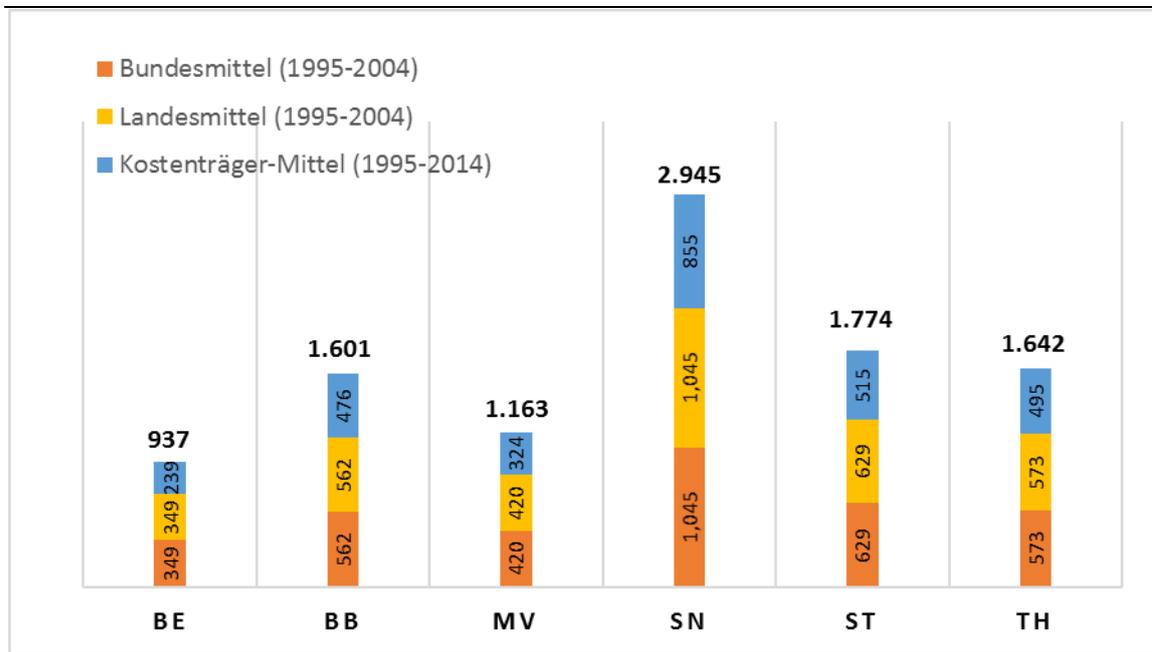
nutzerbeiträge⁵² im 20-Jahres-Zeitraum 1995-2014. Während die Bundes- und Landesmittel nur zur unmittelbaren Investitionsfinanzierung verwendet werden durften, konnten die Benutzerbeiträge auch für weitergefasste Maßnahmen zur Investitionsförderung (z.B. für Finanzierung von Zinskosten für Darlehen o.ä.) verwendet werden.

Verwaltungstechnisch wurden die Verteilung, Finanzierungsformen, Entscheidungsverfahren und Abrechnung über Bund-Länder-Vereinbarungen geregelt und umgesetzt. Auf Landesebene erfolgte die Planung und Verteilung in jährlich fortzuschreibenden Investitionsprogrammen. Die Fördermittel des Bundes wurden anteilmäßig entsprechend ihrer Einwohnerzahl auf die neuen Bundesländer verteilt. Als Bedingung für das Abrufen der Bundesmittel durch die Länder war die Bereitstellung „(...) zusätzlicher Mittel der Länder in mindestens gleicher Höhe (...)“ im Gesetz vorgeschrieben (Art. 14 Abs. 2 GSG).

In Schaubild 20 ist die Höhe der Investitionsmittel nach GSG Art. 14 für die einzelnen Bundesländer dargestellt. Es zeigt sich, dass vermutlich in allen Ländern die veranschlagten Bundesmittel in voller Höhe abgerufen und damit mindestens die gleiche Summe an Landesmitteln zur Verfügung gestellt wurde.⁵³ Die Benutzerbeiträge, die über die Kostenträger bereitgestellt wurden, summierten sich über den gesamten Zeitraum 1995-2014 auf 3,13 Mrd. €. Damit lagen die bereitgestellten Mittel der Krankenkassen und privaten Krankenversicherungen insgesamt rund 450 Mio. € unterhalb des ursprünglich kalkulierten Fördermittelvolumens. Insgesamt betrug die Kostenträgermittel nur 87,5% der Bundesmittel. In den einzelnen neuen Bundesländern variieren die je nach Berechnungs- bzw. Belegungstagen zur Verfügung gestellten Mittel zwischen 73% in Ost-Berlin und 93% in Thüringen.

Schaubild 20

Investitionsmittel nach GSG Art. 14 in Mio. €



Quelle: IMSP, HS Fresenius, DKG (2017).

⁵² Als abrechnungsbezogener Investitionszuschlag für jeden Belegungstag in einem Krankenhaus in den neuen Bundesländern (1995-1997: 4,09 €; 1998-2014: 5,62 €).

⁵³ Die Bundesmittel wurden ab dem Jahr 2002 mit den Zuweisungen aus dem Solidarpakt verrechnet und daher nicht mehr in den Haushalten der Landesministerien aufgeführt.

Unabhängig von der Sonderförderung nach GSG, blieben die Verpflichtung der Länder zur Investitionsfinanzierung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG-Mittel) und ihre Zuständigkeit für die Krankenhausplanung davon unberührt weiterhin bestehen. Mit der Bereitstellung von Bundesmitteln sollte in erster Linie eine generelle Aufstockung der Fördermittel erreicht werden, ohne konkrete Gegenleistungen der Länder einzufordern. Dies war im Wesentlichen der damaligen politischen Sondersituation kurz nach der Wiedervereinigung und dem dringend notwendigen Fördermittelbedarf zum Neuaufbau moderner Krankenhausstrukturen in den neuen Bundesländern geschuldet.

Allerdings war in der Realität ein deutlicher Rückgang der regulären KHG-Fördermittel ab dem Jahr 1995 in den neuen Bundesländern festzustellen. Es wurden vielfach nur noch die im Rahmen des GSG als Ko-Finanzierungsmittel vorgeschriebenen Mittel zum Abruf der Bundesmittel in voller Höhe durch die Länder bereitgestellt, sodass von einem starken Mitnahmeeffekt ausgegangen werden kann. Anstatt der ursprünglich vom Bundesgesetzgeber intendierten Erhöhung der Fördermittel fand Großteils eher eine Verlagerung der Mittelherkunft vom Land zum Bund bzw. Kostenträger statt. Dies wurde vielfach auch durch eine wenig transparente Ausweisung der Bundesmittel und verschiedenen Arten von landeseigenen Fördermitteln in den entsprechenden Landeshaushalten unterstützt.

Insgesamt lassen sich aus den Erfahrungen mit dem Sonderprogramm nach Art. 14 GSG die folgenden Erkenntnisse ableiten:

- Eine gemeinschaftliche Bereitstellung von Fördermitteln durch Bund, Länder und Krankenversicherungen war damals möglich und rechtlich umsetzbar⁵⁴.
- Die Fördermaßnahme war von vornherein als temporäre Ausnahme angelegt und hatte durch die historische Sondersituation eine breite politische Unterstützung.
- Bereitgestellte Bundesmittel wurden komplett durch die Länder abgerufen.
- Ländermittel zur notwendigen Ko-Finanzierung der Bundesmittel nach GSG wurden vielfach nicht zusätzlich, sondern anstatt von KHG-Fördermitteln bereitgestellt.
- Es war nur ein Mitspracherecht der Krankenversicherungen vorgesehen, aber nicht des Bundes bei der Erstellung von Investitionsprogrammen auf Landesebene.
- Fehlende einheitliche Zielvorgaben oder Auswahlkriterien für Investitionsprojekte führten zu unterschiedlichen strukturellen Ergebnissen in den einzelnen Ländern.

Für neue Konzepte der Investitionsförderung unter Beteiligung des Bundes lässt sich aus diesen Erfahrungen die Schlussfolgerung ziehen, dass eine reine Aufstockung der Fördermittel ohne weitere Kriterien nur begrenzt hilfreich sein kann. Vielmehr gilt es, dass einheitliche Vorgaben und eine Prioritätenfestlegung notwendig sind, um die erforderlichen Strukturoptimierungen zu erreichen. Außerdem sollten Ko-Finanzierungsvorschriften für die Länder als Bedingung für Bundesmittel derart ausgestaltet werden, dass sie die Gefahr von Mitnahmeeffekten effektiv mindern können. Zusätzlich zeigt das Beispiel der Sonderförderung nach Art. 14 GSG, dass neben der Bereitstellung von Bundesmitteln auch die grundsätzliche Möglichkeit zur Beteiligung der Krankenversicherungen an der Investitionskostenfinanzierung besteht.

⁵⁴ Die damalige Bundesbeteiligung beruhte auf der Rechtsgrundlage des Art. 104a Abs. 4 Satz 1 2. Alt. a.F. (Finanzhilfen zum Ausgleich unterschiedlicher Wirtschaftskraft im Bundesgebiet). Die aktuellen Vorschläge müssen an den derzeitigen finanzverfassungsrechtlichen Vorgaben - insbesondere Art. 104b GG - ausgerichtet werden.

5.4 Exkurs: Andere Bereiche der Daseinsvorsorge

Vergleichbar mit dem oben aufgeführten Beispiel der Sonderförderung nach GSG hat der Bund in der Vergangenheit auch bereits auf anderen Gebieten gezeigt, dass es durchaus möglich ist, Länder und Kommunen bei wichtigen Themen der staatlichen Daseinsvorsorge finanziell zu unterstützen. Für eine Vielzahl an Bereichen, deren hoheitliche Aufgabenwahrnehmung eindeutig der Landesebene zugeordnet ist (z.B. Ausbau der Kinderbetreuung, Investitionsausbau in Schulen, Infrastrukturausbau in Kommunen), hat der Gesetzgeber auf Bundesebene Maßnahmen beschlossen, um sich finanziell mit Bundesmitteln zu beteiligen (vgl. Tabelle 11).

Tabelle 11

Ausgewählte Maßnahmen des Bundes zur finanziellen Unterstützung von Länderaufgaben

Maßnahme	Beschreibung	Fördervolumen und -zeitraum	Förderbedingungen
Kommunalinvestitions-Förderungsgesetz (KInvFG)	Finanzhilfen für Länder zur Förderung von Investitionen finanzschwacher Kommunen im Bereich Infrastruktur	3,5 Mrd. € nach festem Schlüssel aufgeteilt auf die 16 Länder; ursprünglich 2015 bis 2018, mittlerweile bis 2020	Bund definiert Förderbereiche, Förderquote bis 90%, Länder entscheiden bei der Verteilung der Mittel
Bildungsinvestitionen "Digitalpakt#D"	Vorschlag des BMBF zur Investition in IT-Ausstattung an den rund 40 000 Schulen in Deutschland	5 Mrd. € vom BMBF in den kommenden fünf Jahren (Finanzierung nach aktuellem Stand (08/2017) noch nicht gesichert)	Länder müssen gemeinsame technische Standards für pädagogisch sinnvolle digitale Konzepte umsetzen
Sonderfonds "Beseitigung von Hochwasserschäden"	Sondervermögen "Aufbauhilfe" von Bund und Ländern für Schadensbeseitigung und Wiederaufbau nach Hochwasserschäden im Jahr 2013	Insgesamt 8 Mrd. €, inkl. Beteiligung der Länder mit 3,25 Mrd. €	Bund definiert einheitliche Maßstäbe und Bereiche der Schadensermittlung; Ratenzahlung der Länder über 20 Jahre, teilweise über Umsatzsteuerverteilung zugunsten des Bundes
Städtebauliche Investitionen	Investitionen zur Umstrukturierung der städtebaulichen Infrastruktur und Behebung städtebaulicher Missstände	Im Jahr 2015 stellte der Bund rund 70 Mio. € für das Programm bereit	Bund legt konkrete Ziele der Städtebauförderung fest und beteiligt sich an der Finanzierung der Maßnahmen mit einem Drittel der förderungsfähigen Kosten
Förderprogramme KfW-Bank	Vielzahl von Fördermaßnahmen (Kredite und Investitionszuschüsse) für Privatpersonen, Unternehmen und öffentliche Einrichtungen	Unterschiedlich für diverse Maßnahmen	Bund legt Förderziel, Förderatbestände, Berechtigste und Höhe der Förderung fest, Antrag wird bei KfW geprüft und ggf. bewilligt
Ausbau der Kinderbetreuung	Finanzhilfen für den Ausbau sowie den Betrieb von Betreuungsplätzen für Kinder mit mittlerweile drei Investitionsprogrammen	Drei Investitionsprogramme (2008-13), (2013-2014), (2015-2018) mit insg. einmalig rd. 5 Mrd. € für Investitions- und Betriebskosten, sowie dauerhaft 850 Mio. € p.a. für Betriebskosten	Bund legt fest, welche Art von Investitionen gefördert werden und dass Förderung im Rahmen der Festbetragsfinanzierung stattfindet

Quelle: Hochschule Fresenius, IMSP, BMF, BMBF.

Allen Fördermaßnahmen gemeinsam ist, dass die Politik auf Bundesebene akuten Handlungsbedarf erkannt hat, da auf Landesebene die notwendigen Finanzierungsmittel nicht aufgebracht werden bzw. nicht aufgebracht werden konnten. Teilweise wurde der zusätzlich benötigte Fördermittelbedarf durch Gesetze auf Bundesebene ausgelöst (z.B. Kinderförderungsgesetz (KiföG) mit dem darin verankerten Rechtsanspruch auf einen Betreuungsplatz für alle Kinder ab dem vollendeten ersten Lebensjahr), weshalb eine finanzielle Förderung mit Bundesmitteln bereits gleich zu Beginn in den entsprechenden politischen Entscheidungsprozessen mitberücksichtigt wurde (z.B. „Investitionsprogramme zur Kinderbetreuungsfinanzierung“). In ande-

ren Bereichen (z.B. Kommunalinvestitionsförderungsgesetz) wurden Fördermittel des Bundes bereitgestellt, ohne dass eine direkte politische Verpflichtung auf Bundesebene vorlag. Hier sollten dennoch - im Sinne der staatlichen Daseinsvorsorge - notwendige Investitionen vor allem mit Schwerpunkt auf Infrastruktur (u. a. Lärmbekämpfung, Städtebau, Krankenhäuser, Luftreinhaltung, energetische Sanierung der Schulinfrastruktur) finanziell gefördert werden.

Die vorgestellten Beispiele zeigen, dass der Bund durch gezielte finanzielle Förderprogramme bei der Gestaltung von länderereignen Themen mitwirken kann. Denn im Gegenzug zu den bereitgestellten Fördermitteln konnte der Bund die zugehörigen Förderbedingungen definieren, unter denen die Länder (bzw. Kommunen) die Mittel abrufen konnten. Dies ist sowohl bei Projekten möglich, die der Bund alleine finanziert, als auch bei Programmen mit Ko-Finanzierungsvorschrift für die Länder. Darüber hinaus hat der Bund auch die Möglichkeit über staatseigene Kreditinstitute (z.B. KfW-Bank) Kapital zu vergünstigten Konditionen für zu fördernde Programme bzw. Privatpersonen, Unternehmen und öffentliche Einrichtungen bereitzustellen. Bei solchen „ausgelagerten“ Fördermaßnahmen können die jeweiligen Förderziele, Fördertatbestände, Antragsberechtigte und die Höhe der Förderung einheitlich festgelegt werden. Aber auch bei der direkten Fördermittelbereitstellung des Bundes kann der Bund die Kriterien vorgeben, an wen und wie die Mittel verteilt werden. Da die Länder an der Umsetzung der Mittelverteilung oftmals beteiligt sind, können hier auch länderspezifische Ausgestaltungen erfolgen, die von bundeseinheitlichen Vorgaben abweichen.

Als wichtiger Punkt in diesem Zusammenhang ist ebenfalls zu erwähnen, dass sich Bund und Länder aktuell über die Neuordnung der Finanzbeziehungen zwischen Bund und Ländern nach dem Auslaufen des bisherigen Länderfinanzausgleichs und des Solidarpakts II geeinigt haben. Das „Gesetz zur Neuordnung des bundesstaatlichen Finanzausgleichssystems ab dem Jahr 2020“ wurde im Juni 2017 vom Bundestag mit Zustimmung des Bundesrats beschlossen (BGBl. I S. 3122). Darin vorgesehen ist u.a. eine neue Umverteilung der Umsatzsteueranteile zugunsten der Länder. Im Gegenzug erhält der Bund zusätzliche Kompetenzen von der Länderebene (z.B. bei Investitionen im Fernstraßennetz, bei der Ausgestaltung von Digitalisierungsprogrammen und bei der Überwachung der Landeshaushalte durch Institutionen des Bundes). Eine Berücksichtigung des Gesundheits- bzw. Krankenhausbereichs fand im Zuge dieser Neuordnung nicht statt. Es zeigt aber erneut die generelle Möglichkeit auf, die zusätzliche Bereitstellung von Bundesmitteln im Gegenzug mit erweiterten Kompetenzen des Bundes bei landespolitischen Aufgaben des Staates zu verknüpfen.

5.5 Ausgangslage und Ziele

5.5.1 Ausgangslage

Die Krankenhausversorgung in Deutschland ist durch zahlreiche Schwierigkeiten geprägt. Die wirtschaftliche Lage mancher Krankenhäuser konnte 2015 als mäßig bezeichnet werden. Überdurchschnittlich schlecht war sie besonders bei kleinen, wenig spezialisierten sowie kommunalen Krankenhäusern – jedoch mit großen regionalen Unterschieden. Am schwierigsten war sie in Baden-Württemberg, Bayern und Niedersachsen. Dagegen war die Situation in den Neuen Bundesländern überdurchschnittlich gut. Im internationalen Vergleich leistet sich Deutschland umfangreiche Krankenhauskapazitäten, zum Teil verteilt auf relativ viele Standorte, sodass es in Deutschland zahlreiche kleine Standorte gibt – oftmals mit den genannten wirtschaftlichen Schwierigkeiten. Hinzu kommt durch die überproportional starke Schrumpfung der Bevölkerung in ländlichen Regionen eine schwindende Tragfähigkeit der ländlichen Infrastruktur, was mittelfristig die Lage von ländlichen Krankenhäusern verschärfen kann.

Darüber hinaus ist eine geringe Marktdynamik zu verzeichnen. Nur wenige Marktaustritte (Schließungen), aber auch wenige Markteintritte waren zu verzeichnen. Die hohe Regulierungsdichte im Gesundheitswesen schränkt die unternehmerischen Freiheiten und damit die Innovationsoffenheit und Experimentierfreude ein. Deutlich bemerkbar ist dies an dem geringen Grad an Digitalisierung und elektronischer Vernetzung im Gesundheitswesen. Unter anderem erschwert dies eine sektorenübergreifende Qualitätstransparenz. Die Befreiung von der Mehrwertsteuer wiederum führt zu einem geringen Anteil arbeitsteiliger Produktionsprozesse, d.h. zu einer geringen Vorleistungstiefe.

Neben vielen Vorteilen des DRG-Systems setzt es für Leistungserbringer den Anreiz, eine möglichst große Zahl an Patienten zu behandeln. Je größer die Zahl, desto besser können die vorhandenen Fixkosten gedeckt werden und desto besser stellt sich die Ertragslage dar. Bei Indikationen mit einem gewissen Ermessungsspielraum kann dieser Anreiz dazu führen, eher zu viele als zu wenige stationäre Behandlungen zu erbringen, was betriebswirtschaftlich zwar sinnvoll ist, aber zu volkswirtschaftlich unnötig hohen Kosten führt. Dagegen fällt der Anreiz zu Qualitätsverbesserungen aufgrund einer derzeit eher geringen Qualitätstransparenz vergleichsweise niedrig aus. Hinzu kommt die ambulant-stationäre Sektorengrenze, die dazu führt, Leistungen im Zweifel stationär als ambulant zu erbringen, um als Krankenhaus nicht auf Vergütung zu Gunsten des ambulanten Sektors verzichten zu müssen. Die Sektorengrenze und eine ungenügende Patientensteuerung führen überdies dazu, dass die Notfallversorgung ineffiziente Ergebnisse liefert.

Hinzu kommt ein zunehmender Fachkräftemangel sowohl im ärztlichen als auch im pflegerischen Bereich. Demografisch bedingt wachsende Patientenzahlen müssen also mit einer weniger stark wachsenden oder möglicherweise sogar schrumpfenden Zahl an Fachkräften versorgt werden. Dies erhöht der Druck, Systemineffizienzen wie die Sektorengrenze, bestehende Krankenhausstrukturen oder Anreize zur Mengenausweitung zu hinterfragen, um die Patientenversorgung langfristig nicht zu gefährden.

Schließlich ist schon seit etlichen Jahren eine nachlassende Investitionsaktivität im Krankenhausbereich zu beobachten. Die Bundesländer haben ihr Engagement in diesem Bereich in den vergangenen Jahren immer mehr reduziert, sodass die Länder inzwischen im Durchschnitt nur noch etwa die Hälfte der nötigen Investitionen der Krankenhäuser mit Hilfe von Fördermitteln finanzieren. Es gelingt den Krankenhäusern indessen nicht, die andere Hälfte aus eigener Kraft aufzubringen, sodass sich die Unternehmenssubstanz der Krankenhäuser langsam, aber sicher verschlechtert. Bei einer Fortschreibung dieser Situation wird die Krankenhausversorgung mittelfristig darunter leiden.

Der Gesetzgeber hat in der 18. Legislaturperiode von 2013 bis 2017 einige Maßnahmen eingeleitet um den geschilderten Problemen entgegenzuwirken. Das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) ist in dieser Hinsicht die umfassendste Reform gewesen. Wesentliche Ziele des Gesetzes sind die Steigerung der Versorgungsqualität, die Optimierung der Versorgungsstrukturen, eine Begrenzung des Leistungsmengenzuwachses sowie eine Stärkung der Pflege am Bett. Eine detaillierte Beschreibung der einzelnen Maßnahmen würde hier zu weit gehen. Wichtige Punkte sind die angestrebte fundierte Qualitätsmessung durch das IQTiG, um die Qualitätstransparenz zu steigern und um langfristig eine qualitätsorientierte Vergütung schaffen zu können. Überdies sollen die Qualitätsmaße dazu dienen, den Bundesländern eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung zu ermöglichen. Ergänzend sollen die Mindestmengenregelungen zur Verbesserung der Behandlungsqualität fortentwickelt werden.

Eine weitere wichtige Maßnahme war die Einführung des Strukturfonds, der dazu dient, die Kosten von Krankenhausschließungen oder von Kapazitätsverlagerungen zum Zweck der Leistungskonzentration zu tragen. 500 Mio. € der Mittel des Strukturfonds bringt der Gesundheitsfonds auf und weitere 500 Mio. € im Rahmen einer Ko-Finanzierung die Länder. Ergänzend wurde die Möglichkeit geschaffen, dass Krankenkassen sich an den Kosten von Krankenhausschließungen beteiligen können (§15 KHG). Allerdings wird diese Möglichkeit bis dato nicht genutzt, weil vermutlich auch Krankenkassen den öffentlichen lokalen Widerstand bei Krankenhausschließungen fürchten. Hinzu kommen Zentrumszuschläge, um einen Anreiz zur stärkeren Zentrumsbildung zu setzen. Ebenfalls unter das Thema „Strukturoptimierung“ fällt die Neuordnung der Notfallversorgung mit der Festlegung eines gestuften Notfallkonzepts für Krankenhäuser.

Zur Begrenzung des Leistungsmengenzuwachses sieht das KHSG den Fixkostendegressionsabschlag, die Neuausrichtung der DRG-Kalkulation und Zweitmeinungsverfahren vor. Personalkostenintensive DRGs wurden aufgewertet und im Gegenzug sachkostenintensive DRGs abgewertet. Zur Stärkung der Pflege am Bett wurde ein Pflegestellenförderprogramm aufgelegt und der pauschale Versorgungszuschlag für Krankenhäuser (auf die DRG-Vergütung) zu einem pauschalen Zuschlag auf die Pflegepersonalkosten von Krankenhäusern umgewidmet. Der Einsatz von Pflegekräften wird damit finanziell belohnt. Schließlich sollen Personalmindestvorgaben in der Pflege für pflegesensitive Bereich erarbeitet werden.

Weitere hier zu erwähnende Gesetze in dieser Legislaturperiode sind das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz sowie das eHealth-Gesetz. Ersteres schafft zusätzliche Anreize für eine Niederlassung in unterversorgten Gebieten, entwickelt die Gründungsmöglichkeiten für medizinische Versorgungszentren weiter, verlangt die Einrichtung von Terminservicestellen seitens der Kassenärztlichen Vereinigungen, verbessert das Entlassmanagement im Krankenhaus und schafft den Anspruch auf Zweitmeinung für Patienten. Darüber hinaus führt es den Innovationsfonds ein, um innovative Projekte mit einem besonderen Fokus auf die Vernetzung verschiedenster Anbieter, vor allem ambulant und stationär, zu fördern und zu evaluieren. Das eHealth-Gesetz fördert den elektronischen Arztbrief und die elektronische Patientenakte. Medizinische Notfalldaten sollen ab 2018 auf der elektronischen Gesundheitskarte hinterlegt sein. Ferner gibt es einen Anspruch auf einen Medikationsplan und es soll eine Online-Prüfung und Aktualisierung von Versichertenstammdaten erfolgen.

Einige der eingangs genannten Problemfelder wurden also angegangen. Das zentrale Problem der mangelhaften Investitionsfinanzierung durch die Länder blieb aber weitgehend ausgespart. Der Strukturfonds lindert das Problem des Substanzerhalts nur ein wenig. Er fokussiert sich vielmehr auf die Optimierung der bestehenden, teils ineffizienten Strukturen. Der Krankenhaus Rating Report 2017 ([Augurzky et al. 2017b](#)) beziffert den jährlichen Investitionsbedarf zum Erhalt der gegenwärtigen Substanz der Plankrankenhäuser auf 5,4 Mrd. €. Die Länder steuern dazu rund 2,8 Mrd. € jährlich bei. Es bleibt eine Lücke von 2,6 Mrd. €, die entweder die Krankenhäuser selbst aus Eigenmitteln schließen müssen oder die einfach offen bleibt und zu einem schleichenden Substanzabbau führt.

Im Folgenden sollen Vorschläge erarbeitet werden, wie dieses Problem nachhaltig gelöst werden kann. Dabei sollen auch Bundesmittel in Betracht gezogen werden. Da allerdings die Länder für die Investitionsfinanzierung verantwortlich sind, sind je nach Maßnahme passende Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass Bundesmittel ergänzend zielorientiert eingesetzt werden können.

Aus den genannten Gesetzen der 18. Legislaturperiode lassen sich folgende zentrale Ziele des Gesetzgebers ableiten: Reduktion von Mengenanreizen, stattdessen Anreize zur Erhöhung der Versorgungsqualität, Incentivierung des Strukturwandels im Krankenhausbereich und Unterstützung der Zentrumsbildung sowie Incentivierung digitaler Zusammenarbeit von Leistungserbringern untereinander und mit Patienten und generell Incentivierung von einer stärkeren Vernetzung der Leistungserbringer. Diese Ziele dienen als Kompass dafür, welche Forderungen mit der Bereitstellung von Bundesmitteln verbunden sein könnten. Da ein offenkundiges Ziel die Optimierung der Krankenhausstrukturen ist, soll im folgenden Abschnitt zunächst eine bundesweite Soll-Struktur beispielhaft als Orientierung erarbeitet werden. Ferner soll damit näherungsweise abgeleitet werden, welche (einmaligen) Kosten bei einem Übergang zur Soll-Struktur entstehen können.

5.5.2 Soll-Struktur

Dieser Abschnitt leitet eine mögliche Soll-Struktur und die nötigen Investitionskosten zur Erreichung dieser Soll-Struktur ab. Dabei sollte sie positive Effekte auf die Betriebskosten und den jährlichen Investitionsbedarf haben. Hierfür getroffene Annahmen werden transparent gemacht und plausibilisiert. Überdies ist zu erwarten, dass mit der Soll-Struktur der Fachkräftebedarf sinkt und die medizinische Qualität steigt. Beginnend im Jahr 2015 (Status quo) werden wichtige Kennzahlen der Plankrankenhäuser in Deutschland aufbereitet und bis zum Jahr 2025 hochgerechnet. Quelle für die Hochrechnungen sind Analysen aus dem Krankenhaus Rating Report 2017 (Augurzky et al. 2017b).

Im Jahr 2015 gab es 1 566 IK-Nummern von Plankrankenhäusern, davon 1 351 Allgemeinkrankenhäuser und 215 Krankenhäuser mit aussch. psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychiatrischen, psychotherapeutischen und neurologischen und/oder geriatrischen Betten. Plankrankenhäuser sind jene Krankenhäuser, die eine Investitionsförderung nach KHG erhalten. Universitätskliniken oder Krankenhäuser mit einem Versorgungsvertrag mit Krankenkassen sind darin nicht enthalten. Insgesamt verfügen diese Krankenhäuser über 437 500 Betten. Die genaue Zahl der Standorte ist nicht bekannt. Denn eine IK-Nummer kann grundsätzlich mehr als einen Standort umfassen. Auf Grundlage der entsprechenden Definition von Krankenhausstandorten nach § 2a KHG soll künftig ein amtliches Verzeichnis von Krankenhausstandorten geführt werden (vgl. § 293 Abs. 6 SGB V). Ein solches Standortverzeichnis würde eine bessere und transparentere Datengrundlage schaffen als es mit einem Verzeichnis auf Grundlage von IK-Nummern möglich ist. Eine Analyse der Qualitätsberichte der Krankenhäuser, die auf Standortebezug vorliegen, hat ergeben, dass es im Durchschnitt 1,27 Standorte je IK-Nummer gibt. Wenn wir diesen Wert zu Grunde legen, kommen wir für 2015 auf 1 989 Standorte von Plankrankenhäusern.

Die Fallzahl dieser Krankenhäuser lag bei rund 17,1 Mio. und die Zahl der Belegungstage bei 124,7 Mio.⁵⁵ Bis zum Jahr 2025 gehen wir von einem Wachstum der Fallzahl von 14,7% aus, wenn sowohl die demografische Entwicklung als auch darüber hinausgehende Wachstumstrends der Vergangenheit fortgeschrieben werden (Augurzky et al. 2017b). Auf Basis von Ana-

⁵⁵ Da für die Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychiatrischen, psychotherapeutischen und neurologischen und/oder geriatrischen Betten nicht die Zahl der Fälle und Belegungstage nur für die darunter befindlichen Plankrankenhäuser in der amtlichen Statistik ausgewiesen wird, muss ihre Zahl geschätzt werden. Etwa 91% der Betten dieser Krankenhäuser sind Betten von Plankrankenhäusern. Wir nehmen an, dass diese Quote auch für die Zahl der Fälle und Belegungstage gilt.

lysen des stationären Leistungsgeschehens wird das ambulante Potenzial auf 5,8% beziffert, das mittelfristig gehoben werden könnte.⁵⁶ Dabei wurde die Altersstruktur der Patienten berücksichtigt. Es handelt sich um eine konservative Schätzung. Sundmacher et al. (2015) kommen auf höhere Werte. Für die die Soll-Struktur gehen wir von der vorsichtigeren Schätzung aus, dass bis 2025 ein ambulantes Potenzial von 5,8% gehoben wird. Ferner rechnen wir mit einer weiteren Verweildauerreduktion bei den Plankrankenhäusern auf 6,44 Tage bis 2025.⁵⁷ 2015 lag sie bei 7,28 Tagen (Tabelle 12) und die Auslastung bei 78,1%. Trotz steigender Fallzahlen würde bei diesen Entwicklungen die Zahl der Belegungstage abnehmen. Außerdem nehmen wir an, dass die Bettenauslastung für Krankenhäuser maximal bei 86% liegen sollte, um ausreichend freie Kapazitäten für Notfälle und saisonale Schwankungen vorzuhalten. Beides zusammen führt zu einem sinkenden Bedarf an Betten bis 2025 von etwa 13%.

Tabelle 12

Hochrechnung der Leistungszahlen 2015 bis 2025

Leistungen	Ist 2015	Delta-%	Delta-abs.	Soll 2025
Fallzahl (inkl. amb. Pot.)	17.135.673	14,7%	2.521.207	19.656.880
Realisiertes ambulantes Potenzial	0,0%	-	5,8%	5,8%
Fallzahl (exkl. amb. Pot.)	17.135.673	8,1%	1.381.108	18.516.781
Belegungstage (inkl. amb. Pot.)	124.735.542	1,6%	1.950.003	126.685.544
Belegungstage (exkl. amb. Pot.)	124.735.542	-4,3%	-5.397.759	119.337.783
Verweildauer in Tagen	7,28	-11,5%	-0,83	6,44
Einwohnerzahl				
Alle	81.345.000	0,3%	244.000	81.589.000
Alter 65+	17.290.000	14,6%	2.517.000	19.807.000

Quelle: Eigene Berechnungen. – Anmerkung: Einwohnerzahl nach der Variante 2 der 13. Bevölkerungsvorausberechnung.

Die Soll-Struktur definieren wir an Hand der Kennzahl „Standorte je Einwohner“ und wählen als Benchmark das Bundesland Sachsen. Die Einwohnerdichte Sachsens liegt etwa auf dem Niveau des bundesdeutschen Mittelwerts, die Krankenhausdichte jedoch um 14,4% unter dem Durchschnitt (Schaubild 21). Viel diskutiert werden zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Gutachtens die Niederlande, die hinsichtlich der Bevölkerungszahl und Fläche mit Nordrhein-Westfalen vergleichbar ist, aber rund zwei Drittel weniger Krankenhäuser vorhält, sowie Dänemark, das

⁵⁶ Das ambulante Potenzial definiert sich als der Anteil der traditionell stationär durchgeführten Fälle, die prinzipiell auch ambulant durchführbar wären. Hierzu wird auf die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) veröffentlichten Leistungsdaten des Katalogs ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationsersetzender Eingriffe gemäß § 115b SGB V sowie zusätzlich patientenbezogener Faktoren, darunter der Schweregrad PCCL (patient clinical complexity level) zurückgegriffen. Die Zuordnung des ambulanten Potenzials auf Ebene der ICD-3-Steller erfolgt dadurch, dass zunächst zu jeder DRG anhand der hinterlegten Prozeduren ein ambulantes Potenzial bestimmt wird. Dieses wird den bei einer DRG erbrachten ICD oder Fachabteilungen zugeordnet. Dieser Umweg ist erforderlich, weil keine direkte Korrelation zwischen ICD und durchgeführten Prozeduren besteht (Augurzky et al. 2017b).

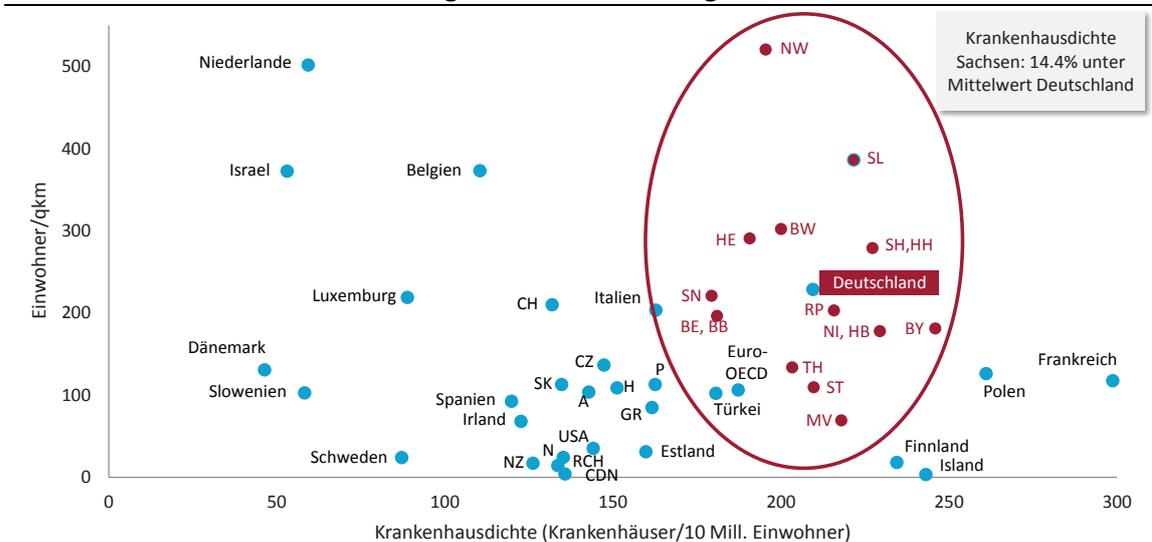
⁵⁷ Die aktuell vorliegende Verweildauer wird je Altersklasse und Geschlecht fortgeschrieben. Je Altersklasse wird ein jährlicher Rückgang von 1,4% angenommen. Um die durchschnittliche Verweildauer über alle Altersklassen zu erhalten, werden die altersspezifischen Verweildauern entsprechend der relativen Bedeutung der einzelnen Altersklassen heute und in Zukunft gewichtet. Dadurch wird berücksichtigt, dass die Zunahme der Zahl älterer Menschen einen auf die durchschnittliche Verweildauer steigenden Einfluss hat (Augurzky et al. 2017b).

derzeit eine umfangreiche Zentralisierung seiner Krankenhausversorgung umsetzt. Würde eines dieser Länder als Benchmark gewählt, könnte die Krankenhausedichte in Deutschland noch deutlich niedriger angesetzt werden. Jedoch ist die Datenvergleichbarkeit zwischen OECD-Ländern nicht immer zu 100% gewährleistet. Außerdem ist der regulatorische Rahmen zwischen OECD-Ländern sehr unterschiedlich, sodass die Übertragbarkeit auf Deutschland nur unter Einschränkungen gegeben ist (vgl. Kap. 4). Beispielsweise liegen in Dänemark die Planung, Trägerschaft und Vergütung der Krankenhäuser in direkter staatlicher Zuständigkeit. Vorgaben zur Strukturoptimierung durch gesteigerte Spezialisierung, Ambulantisierung und intersektorale Versorgung können in Dänemark dementsprechend leichter landesweit erlassen und umgesetzt werden. In den Niederlanden dagegen erfolgen die Strukturanpassungen vor allem durch liberalisierte, wettbewerbliche Verhandlungsprozesse zwischen den Versorgern und Kostenträgern bei monistischer Finanzierung. In unserem Gutachten bevorzugen wir aufgrund der eingeschränkten Vergleichbarkeit daher eine innerdeutsche Benchmark.

Die Krankenhäuser in Sachsen schneiden in wirtschaftlicher Hinsicht bundesweit am besten ab. Sie erzielen die höchsten Jahresergebnisse von 3,9% der Erlöse (Schaubild 22). Kein sächsisches Krankenhaus in der Stichprobe des Krankenhaus Rating Report 2017 wies im Jahr 2015 einen Jahresverlust aus. Dies kann neben der Krankenhausedichte daran liegen, dass sie einen relativ hohen Kapitaleinsatz haben, d.h. gut investiert sind, und dass es nur wenige kleine Häuser unter 150 Betten gibt (20%). Beispielsweise liegt der Anteil kleiner Häuser in Baden-Württemberg und Bayern bei weit über 50% (Schaubild 23). Trotz der niedrigeren Krankenhausedichte ist in Sachsen die Erreichbarkeit der Grundversorger gut (Schaubild 24).

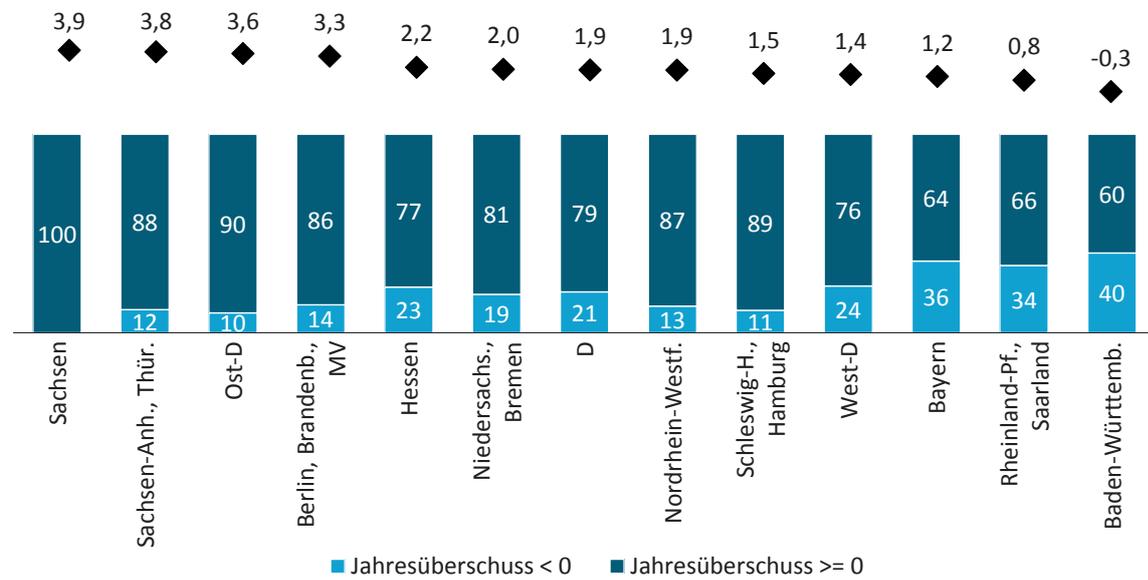
Schaubild 21

Krankenhausedichte und Bevölkerungsdichte in OECD-Mitgliedstaaten



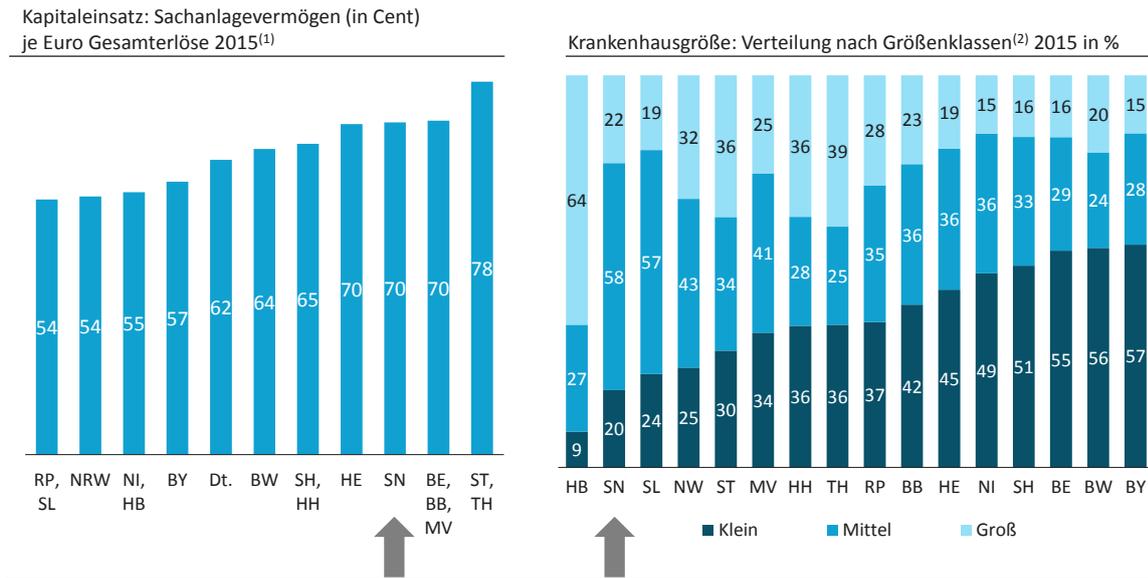
Quelle: Augurzky et al. (2017b). – Anmerkung: Jeweils aktuellstes Jahr (2012 bis 2015). Daten zu Deutschland aus 2015 beziehen sich auf Versorgungs-KH (Unikliniken, Plan-KH und KH mit Versorgungsvertrag) und psychiatrische Kliniken, Daten zu Schweden aus 2003 und zu Norwegen aus 2000. – Grundlage der OECD-Länder: „general hospitals“; Australien, Japan und Korea ausgeblendet, weil Werte weit außerhalb des Diagrammbereichs. Daten zu Krankenhausstandorten in Dänemark wurden der Studie vom Danish Ministry of Health (2016) entnommen.

Schaubild 22
Jahresergebnis nach Steuern 2015 (als Anteil an Erlösen)



Quelle: Augurzky et al. (2017b).

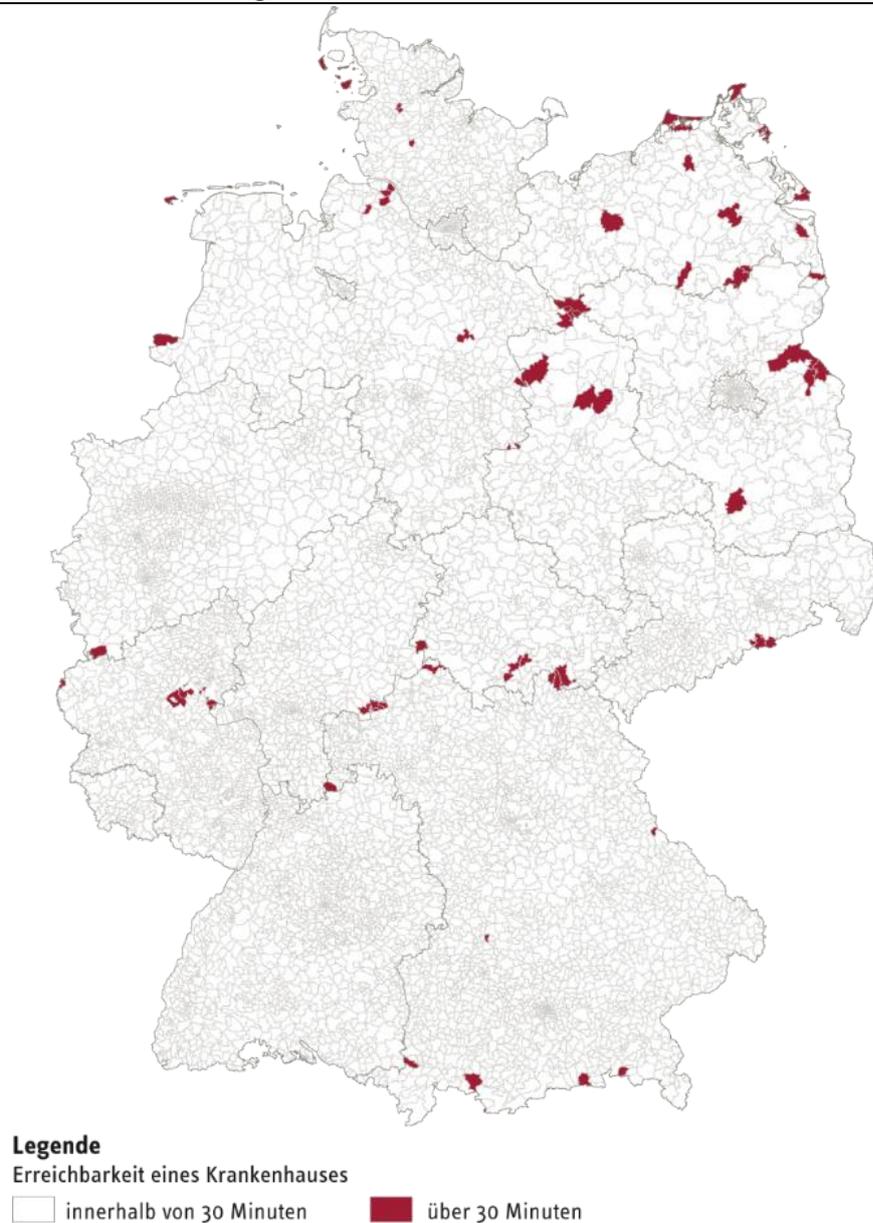
Schaubild 23
Kapitaleinsatz und Anteil kleiner Krankenhäuser



Quelle: Augurzky et al. (2017b) – Anmerkung: klein: weniger als 150 Betten; mittel: 150 bis 400 Betten, groß: über 400 Betten – je IK-Nummer.

Schaubild 24

Erreichbarkeit der Grundversorger



Quelle: Augurzky et al. (2014).

Wir nehmen an, dass der Gesamtumsatz aller Plankrankenhäuser wie die Fallzahl wächst. Tabelle 13 stellt die Entwicklung der Betriebskosten und des Umsatzes sowohl 2015 als auch in der Hochrechnung 2025 dar. Für investive Zwecke können Krankenhäuser neben dem Jahresergebnis nach Steuern (EAT, Earnings after tax) auch die eigenfinanzierten Abschreibungen einsetzen. Daher addieren wir beide Werte. In der Hochrechnung der Betriebskosten wird überdies bereits unterstellt, dass nur Krankenhäuser mit schlechter wirtschaftlicher Lage in der Simulation nicht mehr zu berücksichtigen sind. Dies allein führt automatisch zu einer Verbesserung der durchschnittlichen wirtschaftlichen Lage: Das EAT und die eigenfinanzierten Abschreibungen erhöhen sich von 4,4% auf 5,0% der Erlöse. Tabelle 14 stellt die Veränderungen für diejenigen Krankenhäuser separat dar, die zu den 25% mit dem schlechtesten Rating 2015 gehören. Es handelt sich um 497 Standorte, von denen in der Simulation 286 nicht mehr berücksichtigt werden. Wir gehen davon aus, dass es sich dabei um kleinere Standorte mit durch-

schnittlich nur 132 Betten handelt. In der Summe würden damit in diesem Quartil 37 800 Betten nicht mehr berücksichtigt. Die größeren Standorte in diesem Quartil bleiben bestehen, wie bei allen anderen Krankenhäusern in der Simulation würden pauschal 4,9% ihrer Betten nicht mehr berücksichtigt. Wir nehmen aber an, dass sich ihre Ertragsituation verbessert: das EAT zzgl. eigenfinanzierter Abschreibungen steigt von 28 Euro je Fall im Jahr 2015 auf 84 Euro je Fall 2025. In den besseren drei Rating-Quartilen bleibt dieser Wert konstant bei 239 Euro je Fall.

Tabelle 13

Umsatz und Betriebskosten 2015 und in der Simulation 2025

Umsatz und Betriebskosten	Ist 2015	Delta-%	Delta-abs.	Soll 2025
Bereinigte Kosten in T€	70,116,904	7.4%	5,192,798	75,309,702
Jahresergebnis (EAT) in % Umsatz	1.9%	-	-	-
Eigenfin. Abschreibungen in % Umsatz	2.5%	-	-	-
Geschätzter Umsatz in T€	73,331,385	8.1%	5,910,394	79,241,779
EAT + eigenfin. Abschreibungen in T€	3,214,481	22.3%	717,596	3,932,077
- als Anteil Umsatz	4.4%	-	0.58%	5.0%

Quelle: Eigene Berechnungen.

Tabelle 14

Umsatz und Betriebskosten 2015 und in der Simulation 2025 nach Rating-Quartilen

Umsatz und Betriebskosten nach Rating	Ist 2015	Delta-%	Delta-abs.	Soll 2025
4. Rating-Quartil				
Anteil Krankenhäuser	25,0%	-	-12,6%	12,3%
Standorte	497	-57,7%	-286	210
Anteil Betten	24,5%	-	-7,1%	17,3%
Betten	107.108	-38,5%	-37.800	65.923
Betten je Standort	216	45,4%	98	314
Betten der verbleibenden Standorte	69.308	-4,9%	-3.385	65.923
Betten der zu schließenden Standorte	37.800	-100,0%	-37.800	0
Geschlossener Standort:				
- Verhältnis Größe zu Durchschnitt	60%			
- Anzahl Betten	132			
Anteil Fallzahl	24,5%	-	-7,1%	17,3%
Fallzahl	4.195.123	-23,5%	-984.316	3.210.807
Geschätzter Umsatz in T€	17.952.852	-23,5%	-4.212.338	13.740.514
Jahresergebnis (EAT) in % Umsatz	-1,5%	-	-	-
Eigenfin. Abschreibungen in % Umsatz	2,2%	-	-	-
EAT + eigenfin. Abschreibungen in T€	116.783	129,6%	151.363	268.146
- als Anteil Umsatz	0,7%	-	1,3%	2,0%
Rating-Quartil 1-3				
Standorte	1.492	0,0%	0	1.492
Betten	330.392	-4,9%	-16.137	314.255
Betten je Standort	221	-4,9%	-11	211
Fallzahl	12.940.550	18,3%	2.365.424	15.305.974
Geschätzter Umsatz in T€	55.378.533	18,3%	10.122.731	65.501.265
EAT + eigenfin. Abschreibungen in T€	3.097.698	18,3%	566.233	3.663.931
- als Anteil Umsatz	5,6%	-	0,0%	5,6%

Quelle: Eigene Berechnungen.

Mit den oben genannten Hochrechnungen, einer unterstellten maximalen Bettenauslastung von 86%, einer um 14,4% niedrigeren Krankenhausdichte und den beschriebenen Finanzkennzahlen ergeben sich die in Tabelle 15 gezeigten Kennzahlen für 2015 und 2025. Die Bettenzahl je Standort würde sich zwischen 2015 und 2025 kaum ändern. Annahmegemäß würde die Zahl der Standorte um 14,4% sinken und in der Projektion der Bettenbedarf um 13,3% zurückgehen. Allerdings würde ein Standort 2025 deutlich mehr Fälle versorgen, sodass auch der Umsatz je Standort entsprechend steigen würde. Wir unterstellen dabei keine Preisinflation, d.h. lassen die Preise der Einfachheit und der besseren Vergleichbarkeit wegen konstant auf dem Niveau von 2015. Da die wirtschaftlich schwachen und kleineren Standorte in der Simulation nicht mehr berücksichtigt werden und sich die Ertragslage der nicht geschlossenen wirtschaftlich schwachen Häuser außerdem leicht verbessern würde, würde das EAT zzgl. eigenfinanzierter Abschreibungen von 188 auf 212 Euro je Fall steigen.

Tabelle 15

Ausgewählte Kennzahlen der Simulation zur Soll-Struktur

Kennzahlen	Ist 2015	Delta-%	Delta-abs.	Soll 2025
Auslastung	78,1%	-	7,9%	86,0%
Betten je Standort	220	1,5%	3,3	223
Stationäre Fallzahl je Standort	8.616	26,2%	2.261	10.877
Standorte je 1 Mio. Einwohner	24,4	-14,7%	-3,6	20,9
Standorte je 1 Mio. Einwohner 65+	115,0	-25,3%	-29,1	86,0
Betten je 1 Mio. Einwohner	5.378	-13,4%	-719	4.660
Betten je 1 Mio. Einwohner 65+	25.304	-24,1%	-6.110	19.194
Fallzahl je 1.000 Einwohner	211	7,7%	16	227
Fallzahl je 1.000 Einwohner 65+	991	-5,7%	-56	935
Umsatz				
... je Standort in Mio. €	36,9	26,2%	9,7	46,5
... je Bett in €	167.615	24,4%	40.819	208.434
... je Fall in €	4.279	0,0%	0	4.279
... je Einwohner in €	901	7,7%	70	971
... je Einwohner 65+ in €	4.241	-5,7%	-241	4.001
EAT + eigenfin. Abschreibungen				
... je Fall in €	188	13,2%	25	212
... je Fall in Rating-Quartil 4	28	200,0%	56	84
... je Fall in Rating-Quartil 1-3	239	0,0%	0	239

Quelle: Eigene Berechnungen.

Wenn in der gewählten Soll-Struktur die Zahl der Standorte sinken würde, würde es zu einer Umverteilung der Patienten kommen. Auch die Investitionsbedarfe würden sich ähnlich zwischen den Standorten umverteilen. Allerdings ist davon auszugehen, dass ein gewisser Teil des gesamten Investitionsbedarfs an der Zahl der Standorte festzumachen ist und bei einer geringeren Standortzahl sinkt. Für die Simulationsrechnung nehmen wir an, dass 10% des Investitionsbedarfs an den Standort gekoppelt sind, 45% an der Bettenzahl und 45% an der Fallzahl. Tabelle 16 stellt dar, wie sich unter diesen Bedingungen der Investitionsbedarf bundesweit verändern würde, wenn 2025 die Soll-Struktur erreicht wird. Einerseits würde er aufgrund der steigenden Fallzahl steigen, andererseits würde er aufgrund der rückläufigen Betten- und Standortzahl zurückgehen. In der Summe würde er in der Simulation um 3,7% von 5,4 auf dann 5,2 Mrd. € sinken.

Tabelle 16
Investitionsbedarf 2015 und in der Simulation 2015

Investitionsbedarfe	Ist 2015	Delta-%	Delta-abs.	Soll 2025
Investitionsbedarf in Mrd. € p.a.	5,40	-3,7%	-0,20	5,20
Investitionsbedarf gekoppelt an ...				
Standort	10%	-	-1,1%	8,9%
Bett	45%	-	-4,4%	40,6%
Fall	45%	-	5,5%	50,5%
Investitionsbedarf je ...				
Standort in €	271.518	0,0%	0	271.518
Bett in €	5.554	0,0%	0	5.554
Fall in €	142	0,0%	0	142

Quelle: Eigene Berechnungen.

Im Ergebnis würde sich bei einem Übergang zur Soll-Struktur der Investitionsbedarf leicht um 200 Mio. € reduzieren und die Ertragslage der Krankenhäuser um 720 Mio. € verbessern (Tabelle 17). Falls die zusätzlichen Erträge der Krankenhäuser – entgegen der Idee der Dualistik – für Investitionen verwendet und die Länder ihr derzeitiges Fördermittelvolumen bis 2025 halten würden, könnte dadurch die effektive Förderlücke von derzeit 2,60 Mrd. auf 1,68 Mrd. € gesenkt werden. Bei der Diskussion der Vorschläge zur Behebung der Förderlücke in Abschnitt 5.6 werden wir jedoch nur die Reduktion um 200 Mio. € ansetzen. Sollte es zu keinen Strukturveränderungen kommen, erwarten wir außer einer Preisinflation, die hier unberücksichtigt bleibt, keine Änderung an der Höhe des Investitionsbedarfs.

Tabelle 17
Effektive Förderlücke 2015 und in der Simulation 2025

Übersicht	Ist 2015	Delta-%	Delta-abs.	Soll 2025
Jahreserg. n. Steuern+Zinsen, Mrd. €	3,21	22,3%	0,72	3,93
Investitionsbedarfe in Mrd. €	5,40	-3,7%	-0,20	5,20
Fördermittel der Länder in Mrd. €	2,80	0,0%	0,00	2,80
Förderlücke in Mrd. €	2,60	-35,3%	-0,92	1,68

Quelle: Eigene Berechnungen.

Der Übergang zur Soll-Struktur wäre allerdings mit erheblichen Zusatzinvestitionen verbunden. Insgesamt würden 286 Standorte und 37 800 Betten nicht mehr für die akutstationäre Versorgung benötigt und könnten abgebaut oder einer anderen Nutzung zugeführt werden (Tabelle 18). Wir nehmen an, dass Schließungskosten etwa dem Jahresumsatz eines Standortes entsprechen. Preusker et al. (2014) gehen von mindestens einem Jahresumsatz oder sogar mehr aus. Damit ergäben sich Schließungskosten von 6,34 Mrd. €. Ein Teil der Betten der geschlossenen Häuser dürfte jedoch in Nachbarhäuser verlagert werden müssen, um die Patienten in der Region weiter versorgen zu können. Wir nehmen an, dass 30% bzw. 11 340 Betten verlagert werden und dass je Bett am neuen Standort Investitionskosten von 150 000 € entstehen. Insgesamt fielen damit weitere 1,70 Mrd. € an. Für den bei rückläufigen Belegungstagen pauschalen Bettenabbau in Krankenhäusern setzen wir keine Investitionskosten an. Betten würden hier einfach entfernt. Möglicherweise käme es aber in einigen Fällen zur Umwandlung von 3-Bett- in 2-Bett-Zimmer. Die dafür nötigen Anpassungen fielen jedoch unter den normalen jährlichen Investitionsbedarf.

Tabelle 18

Investitionskosten für den Übergang zur Soll-Struktur

Standortschließungen	
Anzahl	286
Anzahl Betten je Standort	132
Geschätzter Umsatz je Standort in Mio. €	22,1
Schließungskosten / Umsatz	100%
Schließungskosten je Standort in Mio. €	22,1
Ges. Schließungskosten in Mrd. €	6,34
Geschlossene Betten	37.800
- davon Anteil zu verlagernder Betten	30%
Zu verlagernde Betten	11.340
Investitionskosten je Bett an neuem Standort in €	150.000
Ges. Investitionskosten Bettenverlagerung in Mrd. €	1,70
Bettenabbau	
Bettenabbau aus Schließungen	26.460
Bettenabbau aus Kapazitätsanpassungen	30.862
Kosten des Abbaus eines Bettes in €	0
Ges. Kosten des Bettenabbaus in Mrd. €	0,00
Spezialisierung: Bettenverlagerung	
Anteil der zu verlagernden Betten / Betten 2025	8,0%
Anzahl der zu verlagernden Betten	30.414
Investitionskosten je Bett an neuem Standort in €	100.000
Ges. Investitionskosten Bettenverlagerung in Mrd. €	3,04

Quelle: Eigene Berechnungen.

Neben der Schließung von Standorten würden zum Erreichen der Soll-Struktur auch Leistungskonzentrationen gehören, die Kapazitätsverschiebungen zwischen Standorten zur Folge haben. Wir unterstellen, dass dazu etwa 30 000 Bettenverlagerungen nötig werden bzw. 8% der Soll-Bettenzahl 2025. Wenn für jedes zu verlagernde Bett Investitionskosten von 100 000 € entstünden, fiel ein dritter Kostenblock von 3,04 Mrd. € an. Die Kosten für die Verlagerung von Betten zwischen Standorten fallen niedriger aus als die Kosten für die Verlagerung von Betten eines geschlossenen in einen offenen Standort. Bei der Verlagerung zwischen Standorten käme es auch zum „Tausch“ und vorhandene Kapazitäten könnten zum Teil weiter genutzt werden. Bei der Aufnahme von Betten aus geschlossenen Standorten müssten dagegen beim aufnehmenden Standort Kapazitäten erweitert werden.

In der Summe fielen unter diesen Annahmen Kosten von 11,1 Mrd. € an, um die Investitionen für den Übergang zur Soll-Struktur zu finanzieren (Tabelle 19).⁵⁸ 1 Mrd. € hat der Strukturfonds bereits zur Verfügung gestellt, sodass weiter 10,1 Mrd. € nötig wären. Verteilt auf acht Jahre wären dies 1,26 Mrd. € pro Jahr. Setzt man diesen Wert ins Verhältnis zu den angenommenen Einsparpotenzialen von 920 Mio. € (geringerer Investitionsbedarf und bessere Ertragslage), ergäbe sich eine volkswirtschaftliche Rendite auf das eingesetzte Kapital von 8,3%.

⁵⁸ Zum Vergleich: zwischen 1991 und 2010 hat Sachsen bezogen auf seine Einwohnerzahl fast 2 Mrd. € mehr Investitionsfördermittel erhalten als das durchschnittliche westdeutsche Bundesland (ohne Berlin). Hochgerechnet auf die Größe der westdeutschen Bundesländer wären dies 31 Mrd. €. Ein relevanter Teil der höheren Fördermittel für Sachsen dürfte für Zwecke der Strukturoptimierung genutzt worden sein. Der hier errechnete nötige Wert von 11 Mrd. € dürfte daher nicht übertrieben, sondern vermutlich eher untertrieben sein.

Tabelle 19

Gesamte Umstrukturierungskosten und Einsparpotenzial

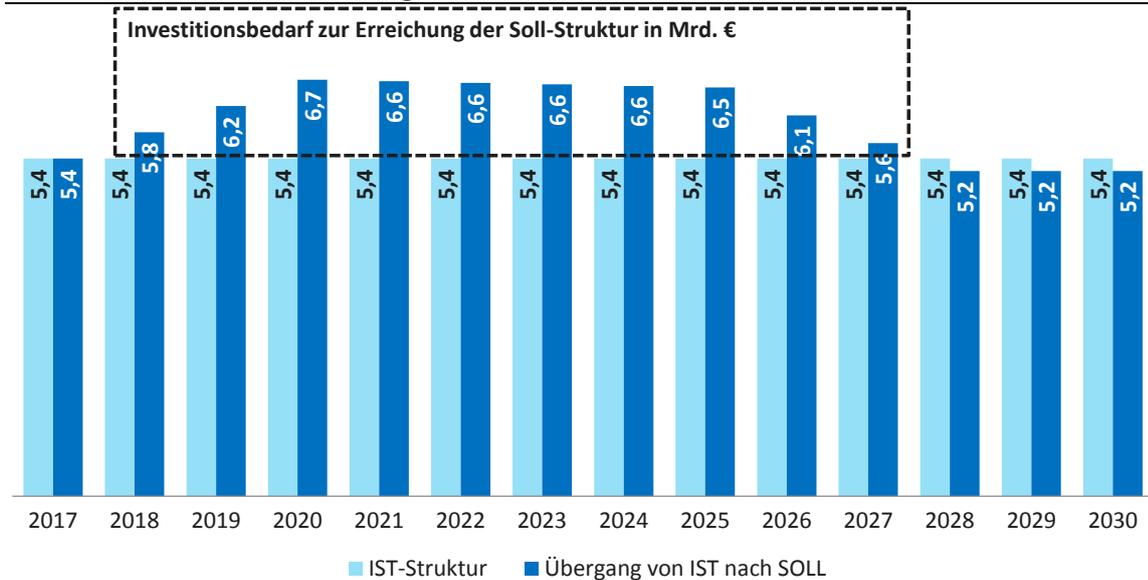
Übersicht, in Mrd. €	
Schließungskosten	6,3
Investitionskosten Bettenverlagerung bei Schließungen	1,7
Kosten des Bettenabbaus	0,0
Investitionskosten Bettenverlagerung bei Spezialisierung	3,0
Gesamt	11,1
Davon aktueller Strukturfonds	-1,0
Noch zu leisten	10,1
- Pro Jahr, beginnend 2018, 8 Jahre laufend + Nachlauf	1,26
Dauerhafte Einsparung in Mrd. €	0,92
"Rendite" auf das eingesetzte Umstrukturierungskapital	8,3%

Quelle: Eigene Berechnungen.

Schaubild 25 stellt den nötigen Investitionsbedarf über die Zeit dar, wenn man annimmt, dass die Umsetzung einer Konzentrations- oder Schließungsmaßnahme drei Jahre in Anspruch nimmt. Setzt man den Beginn für das Jahr 2018 an, würde die letzte Maßnahme 2027 fertiggestellt werden. Ab 2028 würde die Soll-Struktur vorliegen und damit entsprechend ein um 0,2 Mrd. € niedrigerer jährlicher Investitionsbedarf.

Schaubild 25

Investitionsbedarf zur Erreichung der Soll-Struktur im Zeitverlauf, in Mrd.



Quelle: Eigene Berechnungen.

5.5.3 Ziele von Maßnahmen zur Verbesserung der Investitionsfinanzierung

Das Hauptziel von Maßnahmen zur Verbesserung der Investitionsfinanzierung sollte eine auskömmliche und nachhaltige Investitionsfinanzierung sein, d.h. die Schließung der Förderlücke. Vor dem Hintergrund der möglichen Aufstockung der Investitionsförderung mit Bundesmitteln ist ein weiteres Hauptziel die Optimierung der Versorgungsstrukturen, wie zum Beispiel durch das Erreichen der im vorigen Abschnitt dargestellten Soll-Struktur. Die Soll-Struktur sollte dabei sowohl eine Reduktion der Betriebs- und Investitionskosten als auch eine Verbesserung der Ergebnis- und Indikationsqualität ermöglichen. Hinzu kommen mittelbare Förderziele wie der

Ausbau der Spezialisierung von Krankenhäusern, die stärkere intersektorale Zusammenarbeit und die Digitalisierung im Gesundheitswesen.

Manche Maßnahmen könnten unerwünschte Nebeneffekte haben (Schaubild 26). Eine pauschale Aufstockung der Fördermittel führt zum Beispiel zu „Windfall Profits“ für Krankenhäuser, die bislang einen Teil der Investitionen aus eigener Kraft finanziert haben. Maßnahmen, die darauf abzielen, Kapazitäten zu bündeln, könnten dazu führen, dass sich regionale Monopole herausbilden, was mittelfristig Qualitätseinbußen nach sich ziehen kann. Grundsätzlich bergen alle Maßnahmen, die Bundesmittel ins Spiel bringen, die Gefahr, dass im Gefolge dessen die Länder ihre eigenen Fördermittel zurückfahren. Am Ende würde dann wieder eine Förderlücke entstehen. Darüber hinaus können Maßnahmen, die gezielt ausgewählte Akteure fördern, diesen Wettbewerbsvorteile gegenüber nicht-geförderten Krankenhäusern verschaffen und so den Wettbewerb verzerren. Schließlich können Maßnahmen, die gezielt Innovationen fördern, dazu führen, dass sie privatwirtschaftliche Innovatoren mit möglicherweise besseren Produkten ausbremsen. Im nächsten Abschnitt sollen alle vorgeschlagenen Maßnahmen im Hinblick auf diese Kriterien bewertet werden.

Schaubild 26

Ziele und mögliche Nebeneffekte von Maßnahmen

Hauptziele	<ol style="list-style-type: none">1. Auskömmliche und nachhaltige Investitionsfinanzierung2. Erreichen von Soll-Vorgaben, z.B. Soll-Struktur <p>Dabei Reduktion der Investitions- und Betriebskosten Dabei Verbesserung der Ergebnis- und Indikationsqualität</p>
Mittelbare Förderziele: Förderung von ...	<ul style="list-style-type: none">... Spezialisierung... intersektoraler Zusammenarbeit... Digitalisierung
Nebenbedingungen: Vermeidung von ...	<ul style="list-style-type: none">... Windfall Profits für Krankenhäuser... regionalen Monopolen („Monopolisierung“)... Verdrängungseffekten durch Aufstockung mit Bundesmitteln... Wettbewerbsverzerrungen... Ausbremsen von Innovatoren

Quelle: Eigene Darstellung.

Des Weiteren kann es bei manchen Maßnahmen dazu führen, dass das derzeit ungleiche Fördermittelniveau der Länder zu Problemen bei der Umstellung führen kann. In diesem Fall wäre vermutlich eine Übergangszeit zu definieren, um im Nachgang einen Ausgleich zu schaffen. Ähnliche Schwierigkeiten gab es zum Beispiel beim Übergang von der Einzelförderung zur Baupauschale in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2008. Zum Zeitpunkt der Umstellung hatten natürlicherweise manche Krankenhäuser in den vergangenen Jahren mehr Einzelfördermittel erhalten als andere. Um dem Rechnung zu tragen, wurde eine längere Übergangszeit eingeführt, um die Unterschiede zum Startzeitpunkt über die Zeit auszugleichen.

Mithin muss sich jede vorgeschlagene Maßnahme zu den folgenden Fragen äußern:

- Welche Ziele sollen erreicht werden und welche unerwünschten Nebeneffekte sind zu erwarten?
- Welche Arten von Investitionen sollen gefördert werden? Alle Investitionen nach dem KHG oder ausgewählte Arten von Investitionen zur Erreichung einzelner Ziele?

- Wer soll die Mittel erhalten? Jedes Krankenhaus, das Bedarf hat bzw. anmeldet, in voller Höhe oder nur teilweise?
- Wie sollen die Mittel verteilt werden? Pauschal oder über ein Antragsverfahren?
- Wie lange soll gefördert werden? Maßnahmen, die dazu dienen, eine auskömmliche und nachhaltige Investitionsfinanzierung zu schaffen, sollten von unbegrenzter Dauer sein oder zumindest in regelmäßigen Abständen verlängert werden können. Maßnahmen, die das Erreichen eines konkreten Ziels anstreben, werden nur so lange dauern, bis das Ziel erreicht ist.
- Wer finanziert die Bereitstellung der Mittel? Der Steuerzahler, die Beitragszahler der Krankenversicherungen oder die Patienten mit Eigenbeteiligungen? Im Folgenden beschränken wir uns auf die Steuer- und Beitragszahler, differenzieren aber nicht zwischen ihnen, sondern nur nach Länder- und Bundesmitteln.⁵⁹ Der Begriff „Bundesmittel“ umfasst damit sowohl Steuermittel des Bundes als auch Beitragsmittel der Krankenversicherungen. Als weiterer Zahler können Krankenhäuser selbst auftreten, wenn sie Investitionen aus Eigenmitteln finanzieren, wie dies bislang zum Teil schon der Fall ist.
- Welche Voraussetzungen sind nötig, um Bundesmittel einzubringen?
- Was ist rechtlich umsetzbar? Hinsichtlich der rechtlichen Bewertung sind die jeweiligen grundgesetzlichen Kompetenzzuweisungen zu beachten. Sie sind bei Krankenhäusern ggf. anders geregelt als bei anderen Infrastrukturprojekten wie z.B. Straßen, Kommunalprojekten, Sonderförderungen (Hochwasser) oder digitalem Ausbau. Die konkurrierende Gesetzgebungszuständigkeit (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG) umfasst lediglich die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze (vgl. die weiteren Ausführungen unter 5.6.1.):
 - BVerfG⁶⁰: keine Befugnisse des Bundes in die Krankenhausorganisation und -planung der Länder strukturell einzugreifen.
 - Nach Art. 70 GG liegen die Gesetzgebungskompetenz für stationäre Versorgung und der Sicherstellungsauftrag allein bei den Bundesländern.
 - Aber es besteht eine hohe Unsicherheit, wo die Grenze zwischen Bundes- und Landesgesetzgebungskompetenz im Einzelfall verläuft. Aktuell strittig ist der Eingriff durch GBA-Beschlüsse in Krankenhauspläne der Länder. In der rechtswissenschaftlichen Literatur gibt es Stimmen, die die Kompetenzzuweisungen an den GBA kritisch sehen (Pitschas 2016; Bohle, 2016; Wollenschläger/Schmidl, 2016; Quaas, 2016). So zeigt die Diskussion um das KHSG eben auch, dass eine eindeutige Bewertung der Abgrenzung von Kompetenzen immer nur im Einzelfall erfolgen kann und auch dann oftmals noch Auslegungsspielräume bestehen. Dem ist durch entsprechend sensitiven Umgang mit den bundesrechtlichen Vorgaben bei der Vergabe von Finanzhilfen zu begegnen.

⁵⁹ Aufgrund der demografischen Entwicklung und ihrer Verschärfung etwa ab Mitte der 2020er Jahre dürften Eigenbeteiligungen der Patienten eine größere Bedeutung gewinnen. Die konkrete Herkunft der Bundes- oder Landesmittel ist für dieses Gutachten jedoch unerheblich.

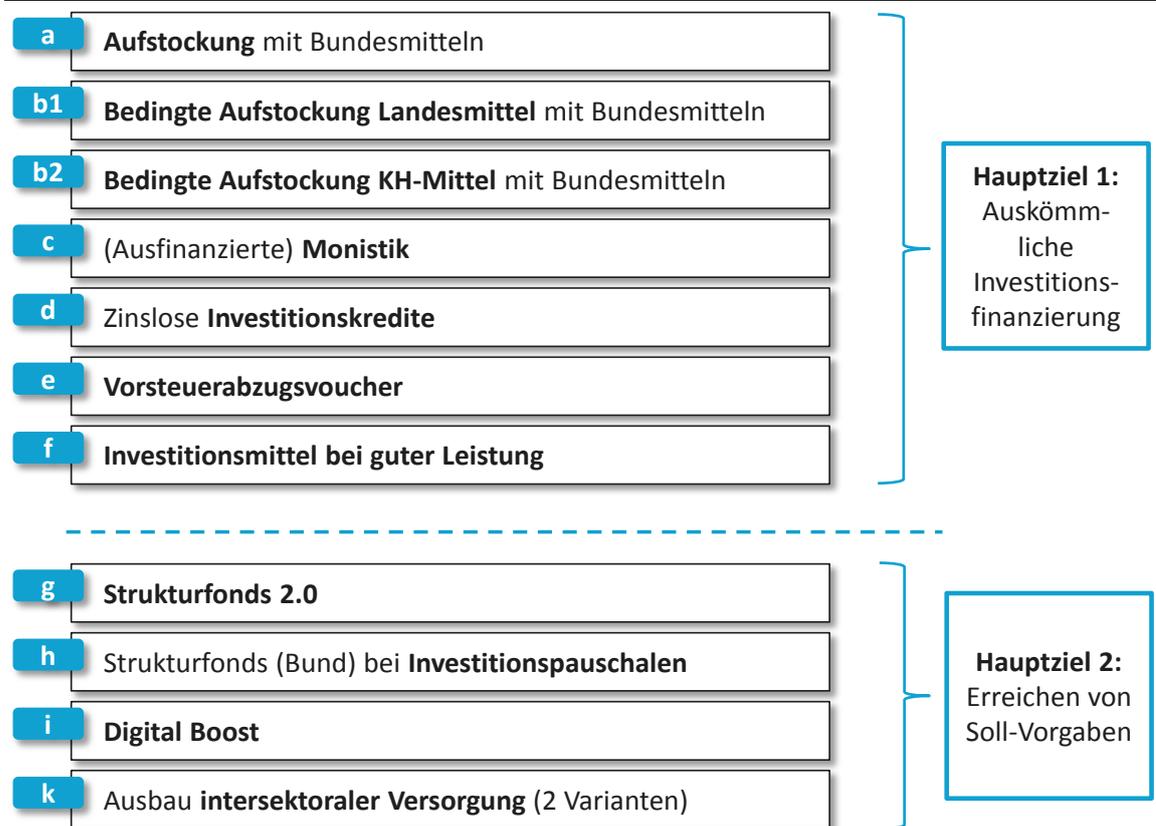
⁶⁰ BVerfGE 82, 209 (232); 83, 636 (380).

- Eine mögliche Lösung ist die Ausgestaltung derart, dass die Länder eine Wahloption zur Teilnahme am vom Bund geförderten Anreizsystem erhalten. Allerdings eröffnet dies die Möglichkeit, sich aus den Zielvorgaben des Bundes zurückzuziehen, womit die Krankenhausinvestitionen weiterhin uneinheitlich ausfallen können.

Eine perfekte Maßnahme, die alle Ziele erreicht und dabei keine unerwünschten Nebenwirkungen zeigt, wird es nicht geben. Daher wird es am Ende sinnvoll sein, verschiedene geeignete Maßnahmen miteinander zu kombinieren. Folgende in Schaubild 27 aufgelistete Vorschläge sollen im nächsten Abschnitt im Detail vorgestellt und bewertet werden. Dabei wird unterschieden zwischen Vorschlägen, die zum Ziel haben, eine auskömmliche und nachhaltige Investitionsfinanzierung anzustreben, und solchen, die die Optimierung der Versorgungsstruktur zum Ziel haben, wie z.B. durch das Erreichen der Soll-Struktur. Anschließend wird eine Empfehlung für jede Maßnahme abgegeben. Am Ende schlagen wir eine konkrete Kombination aus verschiedenen Maßnahmen (Baukastenprinzip) vor (Schaubild 28).

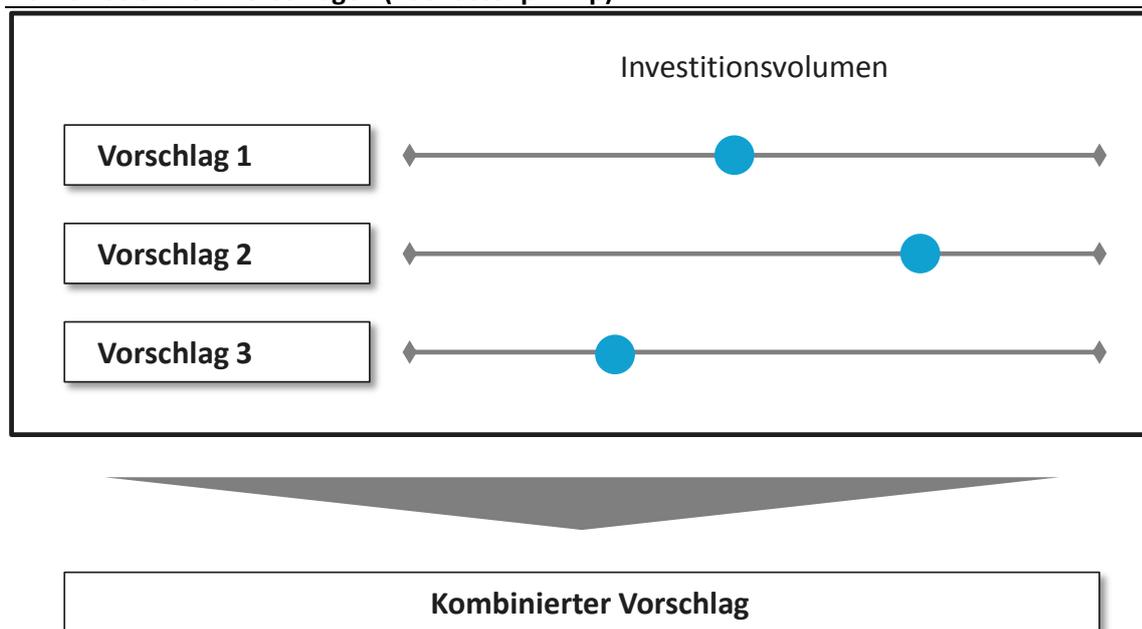
Schaubild 27

Vorgeschlagene Maßnahmen



Quelle: Eigene Darstellung.

Schaubild 28

Kombination von Vorschlägen (Baukastenprinzip)

Quelle: Eigene Darstellung.

5.6 Neue Vorschläge zur Verbesserung der Investitionsfinanzierung

5.6.1 Vorschläge zur Erreichung einer auskömmlichen Investitionsfinanzierung

Im Folgenden werden die im Schaubild 27 aufgelisteten Maßnahmen im Einzelnen beschrieben. Die jeweils nachfolgende Prüfung ihrer rechtlichen Umsetzbarkeit ist stets vor dem Hintergrund der oben dargestellten historischen Entwicklung der Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser in Deutschland zu sehen. Nach der Änderung des Grundgesetzes⁶¹ und der hierauf beruhenden Einfügung des Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG hat der Bund die Zuständigkeit für die Finanzierung der Investitionskosten mit dem KHG auf die Länder übertragen. Nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG wurde der Zuständigkeitsbereich des Krankenhauswesens in Form der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und der Regelung der Krankenhauspflegesätze Gegenstand der konkurrierenden Gesetzgebung. Zum Verständnis des Begriffs der sogenannten konkurrierenden Gesetzgebung erfolgt ein kurzer Überblick über die Gesetzgebungskompetenz im Allgemeinen.

Als Fundamentalnorm der grundgesetzlichen Kompetenzordnung ist Art. 70 GG zu sehen.⁶² Art. 70 Abs. 1 GG weist ausdrücklich den Ländern das „Recht der Gesetzgebung“ zu, wenn die nach Sachbereichen geordneten Gesetzgebungsbefugnisse nicht nach Maßgabe des Art. 70 Abs. 2 GG in Verbindung mit den Vorschriften über die ausschließliche und die konkurrierende Gesetzgebung in Art. 71 bis Art. 74 GG dem Bund zugeordnet ist. Demnach handelt es sich bei Art. 70 Abs. 1 GG um ein Regel-Ausnahme-Verhältnis zugunsten der Länder.

Im Gegensatz zur ausschließlichen Gesetzgebungskompetenz nach Art. 71 GG bestimmt Art. 72 GG Begriff und Erscheinungsformen, Voraussetzungen und Rechtsfolgen der konkurrierenden

⁶¹ 22. Gesetz zur Änderung des Grundgesetzes vom 12.05.1969 (BGBl. I S. 363).

⁶² Uhle in Maunz/Dürig, Kommentar zum GG, Art. 70 Rn. 1.

Gesetzgebung. Hierbei spiegelt sich die von Art. 70 GG festgelegte Verteilung der Gesetzgebungskompetenz in der inneren Struktur von Art. 72 GG wider.⁶³ Demnach bestimmt Art. 72 Abs. 1 GG, dass den Ländern auch im Bereich der konkurrierenden Gesetzgebung grundsätzlich die Gesetzgebungsbefugnis zusteht, wenn nicht der Bund durch Gesetz von seiner Gesetzgebungszuständigkeit Gebrauch macht.

Art. 72 Abs. 2 GG zählt enumerativ Fälle auf, in denen der Bund unter besonderen Voraussetzungen die Möglichkeit hat, die Länder aus ihrer Gesetzgebungskompetenz zu verdrängen. Diese länderverdrängende Normierungsbefugnis des Bundes⁶⁴ ist insoweit an den Nachweis der „Erforderlichkeit“ einer bundesgesetzlichen Regelung geknüpft. In unmittelbarem Zusammenhang mit Art. 72 GG steht Art. 74 GG, der die Gegenstände aufzählt, in denen und für die der Bund die Zuständigkeit zur konkurrierenden Gesetzgebung hat nach Art. 72 GG.

Für den mit Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG eingeführten Zuständigkeitsbereich des Krankenhauswesens in Form der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und der Regelung der Krankenhauspflegesätze bedeuten die vorgenannten Ausführungen demnach Folgendes: Da Art. 74 GG als Regelung der konkurrierenden Gesetzgebungskompetenz in unmittelbarem Zusammenhang mit Art. 72 GG steht, musste bereits nach der alten Fassung des Art. 72 GG eines von drei alternativen Bedürfnissen für die Zulässigkeit einer bundesgesetzlichen Regelung erfüllt sein, namentlich durfte keine wirksame Regelung durch Landesrecht vorliegen, eine landesrechtliche Regelung führte zu Interessensverletzungen anderer Länder oder der Gesamtheit oder es bedurfte einer bundesgesetzlichen Regelung zwecks Wahrung einheitlicher Lebensverhältnisse.

Auf der Grundlage dieser bundesgesetzlichen Gesetzgebungskompetenz wurde 1972 das Krankenhausfinanzierungsgesetz erlassen, das bis heute im Rahmen des dualistischen Finanzierungssystems die Tragung der Investitionskosten der Krankenhäuser aus öffentlichen Fördermitteln und die Finanzierung der Betriebskosten aus den Pflegesätzen vorsieht. Dieses der derzeitigen Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser zugrunde gelegte Prinzip ergibt sich allerdings wie oben dargestellt nicht aus dem Grundgesetz selbst, sondern aus einfachem Bundesrecht; deshalb kann der Gesetzgeber zukünftig auch andere Regelungen vorsehen.⁶⁵ Auch nach der aktuellen Fassung des Art. 72 Abs. 2 GG besteht für eine Regelungsbefugnis des Bundes gemäß Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG weiterhin zunächst der Vorbehalt der „Erforderlichkeit“ zur Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse oder der Wahrung der Rechts- oder Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse.

Die Rechtsprechung des BVerfG zu Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG ist in Bezug auf die Investitionskostenfinanzierung sehr übersichtlich. So hat es in einem Beschluss vom 07.02.1991, 2 BvL 24/84, festgestellt, dass eine landesrechtliche Regelung, mit der den Kommunen eine Umlage zur Finanzierung von Krankenhausbauten auferlegt wurde, nicht gegen die kompetenzrechtlichen Normen der Art. 70, 74 Abs. 1 Nr. 19a GG verstößt. Der Gesetzgeber habe dem Bund gerade nicht die Möglichkeit einräumen wollen, den letztlich Leistungspflichtigen unter Eingriff in das Verfassungs- und Finanzausgleichsgefüge der Länder selbst zu bestimmen, weshalb das KHG sich insoweit auch nicht zu dieser Frage verhält. Es weist die Investitionskosten lediglich allgemein der öffentlichen Hand zu.⁶⁶ Mit Beschluss vom 12.06.1990, 1 B vR 355/86 hat der 1. Senat

⁶³ Uhle in Maunz/Dürig, Kommentar zum GG, Art. 72 Rn. 2.

⁶⁴ Wie vor.

⁶⁵ Maunz in Maunz/Dürig, Kommentar zum GG, Art. 74, Rz. 223; .

⁶⁶ BVerfGE 83,363.

zudem entschieden, dass gesundheitspolitische Fernziele, die den allgemeinen Standard der Krankenhausversorgung weit übersteigen, nicht mit Hilfe zwingender Mindestvoraussetzungen für die Aufnahme in den Krankenhausplan nach dem KHG durchgesetzt werden können, da ein derartiger Eingriff in das Krankenhausplanungsrecht der Länder nicht mehr von der Kompetenznorm des Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG gedeckt sei. Streitgegenständlich war dort die Verweigerung der Aufnahme einer Privatklinik in den Krankenhausplan aufgrund einer zu strengen Auslegung der Vorgaben des KHG.⁶⁷

Das BVerwG hat zudem in zwei Urteilen vom 30.08.2012, 3 C 17/11 und 3 C 18/11, entschieden, dass die Einführung einer Baupauschale in NRW zulässig war, da Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG den Bund im Rahmen der konkurrierenden Gesetzgebung zwar ermächtigt, die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser zu regeln, allerdings mit den Vorgaben des KHG gerade keine bundesrechtliche Regelung getroffen hat, die der landesrechtlichen Einführung von Baupauschalen entgegenstehen würde. Allerdings darf dies nicht zu einer Unterfinanzierung notwendiger Investitionen führen, durch die die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser beeinträchtigt wird. Soweit dies im Einzelfall dennoch eintreten sollte, wäre dem durch Sonderförderungen entgegenzutreten.

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG umfasst letztlich alle Regelungen zur Gewährleistung eines Zustandes, in dem die Krankenhäuser die für die notwendige Krankenhausversorgung erforderlichen finanziellen Mittel haben.⁶⁸ Mit dem Erlass des KHG hat der Bundesgesetzgeber dann die Finanzierung der Investitionskosten aus öffentlichen Fördermitteln den Ländern überantwortet. Diese Entscheidung kann grundsätzlich durch Bundesgesetz wieder geändert werden. Soweit daher die bei den Vorschlägen vorgesehenen Bundesmittel zur Investitionskostenfinanzierung (teilweise) aus Beiträgen zur Krankenversicherung gedeckt werden sollen, würde dies eine Änderung der ursprünglich im KHG normierten dualen Krankenhausfinanzierung (§ 9 KHG) erfordern. Eine dauerhafte Finanzierung aus Beiträgen der Krankenversicherungen wäre zwar verfassungsrechtlich unproblematisch durch Bundesrecht umsetzbar, würde aber einerseits zu Forderungen der Versicherungen nach mehr Einfluß bei der Krankenhausplanung nach sich ziehen (woraus sich wiederum verfassungsrechtliches Konfliktpotenzial ergeben kann, solange dieser Bereich weiterhin der Landesgesetzgebungskompetenz unterfällt) und gleichzeitig das Risiko eines Beitragsanstiegs und damit auch der Lohnnebenkosten mit sich bringen. Wie bereits die Einführung des Strukturfonds (§ 12 KHG) mit dem KHSG gezeigt hat, kann jedoch eine punktuelle Kostenbeteiligung der Träger der Betriebskosten ohne die Gewährung grundlegender zusätzlicher Befugnisse umgesetzt werden. Da der Kompetenztitel zudem nicht materiebezogen ausgestaltet wurde, sondern einen Zielbezug (wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser) aufweist, ist in gewissen Grenzen ein Übergreifen in andere Bereiche wie das Krankenhausplanungsrecht verfassungsrechtlich gedeckt, soweit dies für die wirtschaftliche Sicherung relevant ist (Wollenschläger/Schmidl 2016 mwN).⁶⁹ Gleichzeitig darf durch eine weite Auslegung des Kompetenztitels keine Aushöhlung der Länderkompetenzen einhergehen. Daher wird ein Einfluss auf das Planungsrecht nur in enger Rückkoppelung zum Ziel der wirtschaftlichen Sicherung zulässig sein, und es ist den Ländern zudem weiterhin ein weiter eigener Gestaltungsspielraum einzuräumen (Stollmann 2016, Quaas 2016).

⁶⁷ BVerfGE 82, 209.

⁶⁸ Maunz in Maunz/Dürig, Kommentar zum GG, Art. 74, Rz. 221.

⁶⁹ In dieselbe Richtung: Oeter in v. Mangoldt/Klein/Starck, Kommentar zum GG, Art 74, Rz. 141; Wittreck in Dreier: Grundgesetz Kommentar, Art. 74, Rz. 94.

Würde man im Rahmen einer Verfassungsänderung den Kompetenztitel des Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG derart erweitern, dass dem Bund neben bzw. zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser auch Aspekte der Krankenhausplanung im Rahmen der konkurrierenden Gesetzgebung ausdrücklich übertragen und anschließend durch Bundesgesetz geregelt werden, könnten die Finanzhilfen insoweit auch strengere Vorgaben für die Bundesländer enthalten. Wie jedoch die Entstehungsgeschichte des Abs. 1 Nr. 19a zeigt, wurden derartige Ausweitungen von den Ländern bisher eher abgelehnt.⁷⁰

5.6.1.1 Pauschale Aufstockung mit Bundesmitteln

Der Vorschlag sieht vor, dass mit Bundesmitteln – idealerweise aus Steuermitteln – die jährliche Förderlücke von 2,6 Mrd. € dauerhaft geschlossen wird. Die Mittel sollen nach der Systematik der InEK-Investitionspauschalen an alle Plankrankenhäuser verteilt werden. Dies wären etwa 150 Euro je Fall. Die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen könnten im Auftrag des Bundes die Verteilung der Mittel im Rahmen der bestehenden Vergütungssysteme (DRG und BpflV) organisieren. Schaubild 29 stellt den Vorschlag überblicksartig dar. Sämtliche förderfähige Investitionsvorhaben nach KHG könnten damit finanziert werden. Da der Bund damit etwa die Hälfte der Investitionskosten tragen würde, sollte ihm die Möglichkeit eröffnet werden, den Ländern Vorgaben zu Krankenhausplanung und Investitionsentscheidungen, insbesondere auch bei Fragen optimaler Krankenhausstrukturen, vorzuschlagen, die diese entweder umsetzen oder durch eigene Kriterien zu ersetzen. Ein weiterer wichtiger Aspekt wäre die Forderung nach einer bundesweiten Vereinheitlichung der Planungskriterien. Nach Augurzky et al. (2014) sollten dabei folgende wesentliche Ziele angestrebt werden:

1. Einführung einheitlicher Vorgaben für eine bedarfsgerechte Versorgung: Um für alle Bürger die gleiche Qualität einer bedarfsgerechten Versorgung zu gewährleisten, sollten allgemeingültige Mindeststandards eingeführt und verbindlich festgelegt werden, z.B. explizite Erreichbarkeitsvorgaben. Gerade für gesetzlich Versicherte ist dies notwendig, da der Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung bundesweit einheitlich nach SGB V vorgegeben ist.
2. Klare Definition der Grund- und Regelversorgung: Für eine wohnortnahe Bereitstellung von Basisleistungen sollten Erreichbarkeitsvorgaben für die Grund- und Regelversorgung festgelegt werden. Diese Basisleistungen müssten daher von den Spezialleistungen der Schwerpunkt- und Maximalversorgung abgegrenzt werden. Es sollte für die leistungsbezogene Abgrenzung ein am Beispiel des SPLG-Groupers in der Schweiz orientierter Algorithmus entwickelt werden, mit dem einzelne Leistungsgruppen als Basisleistungen bzw. Spezialleistungen eingeordnet werden können.
3. Einheitliche Neuausrichtung der Notfallversorgung: Für die Notfallversorgung sollten eigene Standards verbindlich festgelegt und der Notfall einheitlich definiert werden. Die Zuständigkeiten der drei beteiligten Bereiche (ambulanter Sektor, Rettungsdienst und Krankenhäuser) wäre dabei klar zu regeln und die Einbindung des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes voranzutreiben.
4. Vorgabe bundesweit einheitlicher Standards zur Erreichbarkeit: Erreichbarkeitsstandards für elektive Behandlungen sollten je nach Art der Versorgungsstufe differenziert werden: Für Kliniken der Grund- und Regelversorgung und deren Angebot an Basisleistungen, sollte die Erreichbarkeitsvorgabe maximal 30 Pkw-Minuten betragen. Bei

⁷⁰ Wittreck in Dreier: *Grundgesetz Kommentar*, Art. 74, Rz. 92 f..

Schwerpunkt- und Maximalversorgern steht die Erreichbarkeit nicht im Vordergrund; zur Orientierung könnten hier 60 Pkw-Minuten festgesetzt werden. Dieser Standard ist derzeit für mehr als 99% der Bevölkerung erfüllt. In der Notfallversorgung sollte als Zeitspanne bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes maximal 12 Minuten vorgegeben werden, wie es heute schon in einigen Landesrettungsdienstgesetzen vorgesehen ist.

5. Erstellung verbindlicher Qualitätsvorgaben: Zur Steigerung des Patientennutzens sollte Qualität noch stärker als bisher als verbindliches Kriterium mit in die Krankenhausplanung aufgenommen werden, Abweichungen durch die Länder sollten nur nach oben möglich sein. Dabei stehen grundsätzlich die Indikationsqualität („Wird das richtige getan?“) und die Ergebnisqualität („Wird das richtige Ergebnis erzielt?“) im Vordergrund. Langfristig sollte eine ausreichende Transparenz über die erbrachte Ergebnis- und Indikationsqualität von Krankenhausleistungen geschaffen werden, um einen funktionierenden Qualitätswettbewerb zu ermöglichen. Vorgaben des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen sollten bundesweit gültig sein.
6. Schaffung einer einheitlichen Datengrundlage: Um die Krankenhausplanung zukunftsorientiert am zu erwartenden Bedarf ausrichten sowie die Versorgungsstrukturen systematisch überprüfen zu können, wäre die Schaffung einer passenden Datengrundlage zwingend notwendig. Insbesondere sollten die DRG-Statistiken und die Diagnosedaten der Krankenhausstatistik regional nach einheitlichen Kriterien ausgewertet werden. Zudem müssten langfristig für eine sektorenübergreifende Ausrichtung der Bedarfsplanung auch die ambulanten Daten der Kassenärztlichen Vereinigungen hinzugezogen werden. Im Rahmen des systematischen Versorgungsmotorings sollten bundesweit einheitliche Vorgaben zur Auswertung und Aufbereitung vorliegender Daten gemacht werden.
7. Überprüfung der Vorgaben durch systematisches Versorgungsmonitoring: Ein systematisches Monitoring des Versorgungsangebots ist zentraler Bestandteil einer reformierten Krankenhausplanung und -finanzierung. Dieses sollte auf der Ebene der Bundesländer unter Einbindung der Selbstverwaltungspartner erfolgen. Da die Krankenkassen die finanziellen Konsequenzen aus den Ergebnissen des Monitorings zu tragen hätten, z.B. Sicherstellungszuschläge, wäre ihnen ein Mitspracherecht einzuräumen. Das Monitoring fokussiert auf die drei Dimensionen von Fehlversorgung, deren Auftreten vermindert werden soll: Qualitative Fehlversorgung, Unterversorgung und Überversorgung.

Um für alle Bürger die gleiche Qualität einer bedarfsgerechten Versorgung zu gewährleisten, könnten somit allgemeingültige Mindeststandards als Richtschnur eingeführt werden, z.B. explizite Erreichbarkeitsvorgaben und Qualitätsstandards, wie dies teilweise bereits durch den Gemeinsamen Bundesausschuss erfolgt ist. Für die Einhaltung dieser Vorgaben könnte auf Landesebene ein kontinuierliches Monitoring des Versorgungsangebots nach einer einheitlichen Systematik zentraler Bestandteil einer anzustrebenden reformierten Krankenhausplanung sein. Falls ein Bundesland über diese einheitlichen Mindestvorgaben hinausgehende Planungsstandards festlegen möchte, müssten die sich daraus ergebenden Mehrkosten vom Bundesland alleine getragen werden. Schon heute ist es den Ländern bei Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses möglich, Abweichendes zu vereinbaren (siehe aktuelle Diskussion um die Kriterien zur qualitätsorientierten Krankenhausplanung auf Länderebene).

Schaubild 29

Vorschlag „Pauschale Aufstockung mit Bundesmitteln“

a) Der Bund gibt jährlich aus Steuermitteln 2,6 Mrd. € als bundesweit einheitliche Investitionspauschale (nach InEK-Investitionsbewertungsrelationen) hinzu		
1	Ziele?	Auskömmliche und nachhaltige Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser
2	Art von Investitionen?	Sämtliche nach KHG
3	Für wen?	Alle Plankrankenhäuser
4	Wie verteilen?	Nach InEK-Investitionsbewertungsrelationen
5	Wie lange?	Grundsätzlich langfristig, aber entsprechend der rechtlichen Umsetzbarkeit mit zeitlicher Begrenzung
6	Wer finanziert?	Bundesmittel
7	Voraussetzung?	Mitspracherechte bei der Krankenhausplanung (siehe z.B. Gutachten Krankenhausplanung 2.0, Definition bundesweit einheitlicher Planungskriterien) und bei der Optimierung der Krankenhausstrukturen
8	Nebeneffekte?	Mittelfristig Verdrängung von Investitionsfördermitteln der Länder und damit neue Investitionslücke Windfall Profits für alle Krankenhäuser, die heute aus eigener Kraft investieren
9	Rechtliche Umsetzbarkeit?	Ja, befristet

Quelle: Eigene Darstellung.

Mit diesem Vorschlag würde zwar die gegenwärtige Förderlücke geschlossen. Allerdings ist davon auszugehen, dass sich die Länder dann noch weiter aus ihrer Finanzierungsverantwortung zurückziehen würden. Denn die Tatsache, dass es einen festen Finanzierungsblock von 2,6 Mrd. € gibt, erhöht den Anreiz für die Länder, ihr Fördervolumen zurückzufahren. Mittelfristig würde sich wieder eine Förderlücke auftun, sodass der Vorschlag nicht nachhaltig wäre. Schaubild 30 fasst die erwarteten Effekte zusammen. An den Krankenhausstrukturen würde sich nur etwas ändern, wenn die Länder den Planungsvorschlägen des Bundes zustimmen. Anreize zur Spezialisierung und zur intersektoralen Zusammenarbeit würden nicht gesetzt. Allerdings könnten zusätzliche Investitionen in die Digitalisierung getätigt werden. Ein höherer Investitionsgrad kann darüber hinaus dazu führen, dass Betriebskosten sinken und die Versorgungsqualität steigt. Der jährliche Investitionsbedarf blieb indessen unverändert, ebenso die Indikationsqualität. Jedoch ist grundsätzlich denkbar, dass durch eine auskömmliche Investitionsfinanzierung der Mengenanreiz für Krankenhäuser kleiner wird, weil aus den Betriebserlösen keine Investitionen mehr finanziert werden müssen, und dass darüber die Indikationsqualität besser wird.

Bei Krankenhäusern, die bisher aus eigener Kraft investiert haben und dies nun nicht mehr tun müssen, würden „Windfall Profits“ anfallen. Wir gehen davon aus, dass sich mit diesem Vorschlag die Umsatzrendite der Krankenhäuser im Durchschnitt um etwa 2%-Punkte verbessern dürfte, sodass nicht mehr rund 30% der Krankenhausstandorte einen Jahresverlust wie im Jahr 2015 aufwiesen (Augurzky et al. 2017b), sondern nur noch etwa 15%. Eine Tendenz zur (regionalen) Monopolbildung würde nicht entstehen. Da alle Krankenhäuser in gleichem Maße von den zusätzlichen Mitteln profitierten, würden auch keine Wettbewerbsverzerrungen zu befürchten sein und durch die zweckfreie Ausschüttung der Mittel würde kein Innovator benachteiligt bzw. ausgebremst werden.

Schaubild 30

Erwartete Effekte des Vorschlags „Pauschale Aufstockung mit Bundesmitteln“

Effekte	Bewertung
Hauptziele	
1. Auskömmml. & nachhaltige Investitionsfinanz.	Ja, aber bei Verdrängung von Ländermitteln abnehmend
2. Erreichen der Soll-Struktur	Nein
Reduktion Betriebskosten	Ja, wenn Investitionen effizienzsteigernd sind
Reduktion Investitionskosten	Nein
Verbesserung Ergebnisqualität	Ja, wenn Investitionen Versorgungsqualität verbessern
Verbesserung Indikationsqualität	Nein
Mittelbare Ziele: Förderung von ...	
Spezialisierung	Nein
intersektoraler Zusammenarbeit	Nein
Digitalisierung	Ja, wenn Investitionsmittel von Krankenhäusern frei werden
Nebenbedingungen: Vermeidung von ...	
Windfall Profits für KH	Nein, Windfall Profits entstehen bei KH, die bislang aus eigener Kraft investiert haben
Monopolisierung	Ja
Verdrängungseffekten	Nein, Verdrängung von Investitionsfördermitteln der Länder
Wettbewerbsverzerrungen	Ja, alle KH erhalten Mittel bedingungslos
Ausbremsen von Innovatoren	Ja, alle KH erhalten Mittel bedingungslos

Bsp.⁽¹⁾: Wenn Umsatzrendite der KH um 2%-Punkte steigt (+1,8 Mrd. €), nimmt der Anteil derjenigen mit Jahresverlust (derzeit ca. 30% auf Standortebene) auf rund 15% ab.

Quelle: Eigene Darstellung.

Aus rechtlicher Sicht ist die pauschale Beteiligung des Bundes an den Investitionskosten umsetzbar und durch die jährliche Zugabe einer bundesweit einheitlichen Investitionspauschale aus Steuermitteln möglich. Die sich aus Art. 72 Abs. 2, 74 Abs. 1 Nr. 19a GG ergebenden Gesetzgebungskompetenzzuweisungen im Bereich des Krankenhauswesens nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG umfasst die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser. Diese wiederum erfasst alle Regelungen, die gewährleisten sollen, dass die Krankenhäuser die für die notwendige Krankenhausversorgung der Bevölkerung erforderlichen finanziellen Mittel haben.⁷¹ Dazu kann u.a. die Einräumung von Subventionsansprüchen der Krankenhäuser (Regelung finanzieller Förderungsmaßnahmen) gehören.⁷² Aufgrund dieser Kompetenzzuweisung wurde das Krankenhausfinanzierungsgesetz erlassen, das jedoch abgesehen von der Zuweisung der Entscheidung über die Investitionskostenförderung an die Länder bewusst keine abschließende Regelung dazu enthält, wer mit den Finanzierungsaufwendungen belastet werden kann.

Die rechtliche Umsetzbarkeit des Vorhabens ist, da es sich bei der Zugabe einer bundesweit einheitlichen Investitionspauschale aus Steuermitteln um eine Finanzhilfe handelt, an den Regelungen des Grundgesetzes über das Bund-Länder-Verhältnis in Bezug auf das Finanzwesen zu messen. Hierbei handelt es sich zunächst bei Art. 104a GG um die maßgebliche Norm. Nach Art. 104a Abs. 1 GG haben grundsätzlich der Bund und die Länder gesondert die Ausgaben zu tragen, die sich aus der Wahrnehmung ihrer Aufgaben ergeben, soweit das Grundgesetz nicht etwas anderes bestimmt. Hierbei enthält die Norm nicht nur die Verpflichtung für Bund und Länder, im Verhältnis zueinander die Lasten für die Erfüllung ihrer Aufgaben zu übernehmen. Vielmehr bedeutet die Regelung auch ein Verbot für beide Seiten, Aufgaben des anderen zu finanzieren.⁷³ Die Ausgabenverantwortung folgt demnach grundsätzlich der Aufgabenverantwortung. Da das aufgrund der konkurrierenden Gesetzgebungskompetenz des Bundes erlassene Krankenhausfinanzierungsgesetz im Rahmen des dualistischen Finanzierungssystems die Entscheidung über die Kostentragungspflicht der Investitionskosten den Ländern zuordnet,

⁷¹ Maunz in Maunz/Dürig, Kommentar zum GG, § 74 Rn. 221.

⁷² Wie vor.

⁷³ Maunz in Maunz/Dürig, Kommentar zum GG, § 104a Rn. 25.

handelt es sich grundsätzlich um eine Aufgabe der Länder. Die Ausgaben, die sich aus der Wahrnehmung dieser Aufgabe ergeben, sind nach der gesetzlichen Wertung des Art. 104a Abs. 1 GG dem Grunde nach von den Ländern zu tragen. Allerdings sieht Art. 104a Abs. 1 GG wiederum eine Ausnahme von diesem vorstehenden Grundsatz vor, indem es kein Verbot gegenseitiger Finanzierungshilfen annimmt, wenn das Grundgesetz selbst etwas anderes bestimmt. Diese grundgesetzlich vorgesehene Ausnahme kommt im Fall der Aufstockung der Investitionskosten der Länder durch Bundesmittel aus Art. 104b Abs. 1 GG in Betracht.

Nach Art. 104b Abs. 1 S. 1 GG kann der Bund, soweit das Grundgesetz ihm Gesetzgebungsbefugnisse verleiht, den Ländern Finanzhilfen für besonders bedeutsame Investitionen der Länder und der Gemeinden (Gemeindeverbänden) gewähren, die zur Abwehr einer Störung des gesamtwirtschaftlichen Gleichgewichts (1. Alt.) oder zum Ausgleich unterschiedlicher Wirtschaftskraft im Bundesgebiet (2. Alt.) oder zur Förderung des wirtschaftlichen Wachstums (3. Alt.) erforderlich sind.

Wie bereits eingangs dargestellt, hat der Bund die konkurrierende Gesetzgebungsbefugnisse im Bereich der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser nach Art. 72, 74 Abs. 1 Nr. 19a GG inne, sodass ihm das Grundgesetz Gesetzgebungsbefugnisse im Sinne von Art. 104b Abs. 1 S. 1 GG verleiht. Weiterhin handelt es sich bei den Investitionskosten der Länder im Krankenhausbereich um besonders bedeutsame Investitionen der Länder i.S. des Art. 104b Abs. 1 S. 1 GG. Bei dem Begriff der Investitionen bietet der Gruppierungsplan der Haushaltspläne von Bund und Ländern eine Richtschnur, was unter Investitionen zu verstehen ist. Demnach werden im Haushaltsrecht einheitlich Baumaßnahmen, der Erwerb von beweglichen und unbeweglichen Sachen und von Beteiligungen, Darlehen sowie Zuwendungen und Zuschüsse für Investitionen an dritte Aufgabenträger zu den Investitionen gezählt.⁷⁴ Die besondere Bedeutsamkeit liegt dann vor, wenn die Investitionen in Ausmaß und Wirkung ein besonderes Gewicht haben. Es kommt insoweit nicht auf die Einzelprojekte an, sondern auf die Bedeutung der Gesamtheit der geförderten Infrastrukturmaßnahmen.⁷⁵ Unstrittig fallen die Investitionskosten von Krankenhäusern unter diesen Investitionsbegriff. Es handelt sich bei den Investitionskosten auch um besonders bedeutsame Investitionen der Länder, da diese Kosten, die mithilfe der Finanzhilfe des Bundes gefördert werden sollen, in Ausmaß und Wirkung besonderes Gewicht für eine Verbesserung der gesamtsstaatlichen Struktur haben.⁷⁶ Zuletzt ist die Beteiligung des Bundes an besonders bedeutsamen Investitionen der Länder nur in einer der drei in Art. 104b Abs. 1 Nr. 1-3 GG genannten Fallgruppen möglich.

Der Begriff des gesamtwirtschaftlichen Gleichgewichts nach der ersten Alternative wird so verstanden, dass dem Bund damit die konjunkturpolitische Möglichkeit eröffnet werden soll, in einer Wirtschaftskrise die Länder und Kommunen als Hauptinvestoren zu antizyklischem Ausgabenverhalten zu motivieren. Sie betrifft einen kurzfristig entstehenden und vorübergehenden Förderbedarf. Eine Finanzhilfe wird dann als erforderlich erachtet, wenn durch sie die unmittelbar drohende oder bereits eingetretene Störungslage des gesamtwirtschaftlichen Gleichgewichts voraussichtlich positiv beeinflusst wird und so eine bessere Wahrung des gesamtwirtschaftlichen Gleichgewichts erreicht wird.⁷⁷

⁷⁴ Maunz in Maunz/Dürig, Kommentar zum GG, Art. 104a, Rn. 43.

⁷⁵ Heintzen in v. Münch/Kunig, Grundgesetz Kommentar, Art. 104b, Rn. 6.

⁷⁶ Maunz in Maunz/Dürig, Kommentar zum GG, Art. 104a, Rn. 43.

⁷⁷ Hellermann in v. Mangoldt/Klein/Starck, Kommentar zum GG, Art. 104b, Rn 30 ff..

Die zweite Alternative gibt dem Bund die Möglichkeit Finanzhilfen zu gewähren, wenn damit ein Ausgleich der unter dem Bundesdurchschnitt liegenden Wirtschaftskraft bestimmter Regionen, die nicht zwingend in einem einzelnen Bundesland liegen müssen, gefördert werden kann. Sie ist eher auf langfristige Förderbedarfe ausgelegt, weshalb der Bereich der thematisch umfassten Fördermaßnahmen enger auszulegen ist. Allerdings wird das einengende Erfordernis, wonach nur wirtschaftsbezogene Investitionen gefördert werden dürfen, wenig aussagekräftig angesehen, da auch Investitionen im Gesundheits- oder Bildungsbereich Auswirkungen auf regionale Strukturschwächen der Wirtschaft haben können.⁷⁸

Die dritte Alternative umfasst wiederum eine breite Palette von thematisch zulässigen Fördermaßnahmen, ohne dass insoweit eine Störung vorausgesetzt wird, weshalb eine einschränkende Auslegung auf Ermessensebene gefordert wird.⁷⁹ Eine längerfristige Förderung soll nicht von vornherein ausgeschlossen sein, solange hiermit nicht eine unzulässige Umgehung des bundesstaatlichen Finanzausgleichs erfolgt.⁸⁰

Die verfassungsrechtliche Prüfung bei der Anwendung im Einzelfall muss sich aufgrund der erheblichen Verwendung von unbestimmten Rechtsbegriffen darauf beschränken, ob diese Begriffe im Prinzip zutreffend ausgelegt werden und sich in dem durch Art. 104b Abs. 1 GG bezeichneten Rahmen halten. Finanzhilfen des Bundes dürfen jedoch keine Werkzeuge zu einer direkten oder indirekten Steuerung von Investitionen mit dem Ziel der Durchsetzung allgemeiner wirtschafts- oder strukturpolitischer Ziele des Bundes in den Ländern sein.⁸¹

Es wurde unter Verweis auf die Gesetzgebungsmaterialien vertreten, dass mit der Anwendung auf Krankenhausinvestitionen die äußersten Grenzen der beiden letzten Alternativen des Art. 104b Abs. 1 GG erreicht gewesen seien.⁸² Dies überzeugt nur bedingt, soweit als Kritikpunkt ein fehlender enger Zusammenhang zur Wirtschaftsförderung und eine dadurch drohende Ausweitung zu einer Generalklausel angeführt wurden. Da die stationäre Krankenversorgung allgemein einen erheblichen Wirtschaftszweig darstellt, führen unterbliebene Investitionen hier zu einer erheblichen Schwächung dieses Wirtschaftssektors, da die Kosten notwendiger Investitionen dann oftmals aus den laufenden Betriebskosten finanziert werden müssen. Das heißt, dass es sich bei der Aufstockung mit Bundesmitteln über eine Investitionspauschale um eine Finanzhilfe des Bundes für besonders bedeutsame Investitionen der Länder handelt, die jedenfalls zur Förderung des wirtschaftlichen Wachstums erforderlich und somit auch bei der gebotenen restriktiven Auslegung von Art. 104b Abs. 1 GG zulässig ist. Es handelt sich insoweit nicht um eine unzulässige pauschale Zuweisung des Bundes wegen allgemeiner finanzieller Schwäche der Länder nach der 2. Alternative,⁸³ sondern um eine Investition mit dem Ziel der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser nach der 3. Alternative, die so ihren Investitionsstau auflösen können und dann durch eine bundesweite verbesserte Infrastruktur einen positiven Effekt auf die Wirtschaftsentwicklung haben. Gleichzeitig zeigen die Erfahrungen der Vergangenheit (Aufbau des Investitionsstaus), dass die Investitionen ohne die Finanzhilfen des Bundes meist

⁷⁸ *Hellermann in v Mangold/Klein/Starck, Kommentar zum GG, Art. 104b, Rn 37.*

⁷⁹ *Heintzen in v. Münch/Kunig, Grundgesetz Kommentar, Art. 104b, Rn. 10.*

⁸⁰ *Hellermann in v Mangold/Klein/Starck, Kommentar zum GG, Art. 104b, Rn 39.*

⁸¹ *Heintzen in v. Münch/Kunig, Grundgesetz Kommentar, Art. 104b, Rn. 9.*

⁸² *Maunz in Maunz/Dürig, Kommentar zum GG, Art. 104a, Rn. 51.*

⁸³ *Kube in BeckOK Grundgesetz, Art. 104b Rn 4.*

nicht oder nur in wesentlich geringerem Umfang durch die Länder erfolgt sind, womit wiederum die Erforderlichkeit belegt wird.⁸⁴

Es ist zu beachten, dass das Bundesverfassungsgericht im Zusammenhang mit der dem Art. 104b Abs. 1 GG entsprechenden Regelung des Art. 104a Abs. 4 GG seinerzeit den Wortteil „-hilfen“ besonders betont hat.⁸⁵ Um insoweit nicht dem Vorwurf der unzulässigen Durchsetzung strukturpolitischer Bundesinteressen über das Mittel der Investitionsausgaben ausgesetzt zu sein, ist darauf zu achten, dass die Bedingungen für die Finanzhilfen nicht über die Förderungsziele des Art. 104b Abs. 1 GG hinausgehen. Mitspracherechte des Bundes in der Krankenhausplanung können nur auf freiwilliger Basis mit Zustimmung der Länder eingeräumt werden und dürfen insoweit keine Bedingung für die Förderung sein. Das Bundesverfassungsgericht hat insoweit festgestellt, dass der Bund generelle Vorgaben zum Verwendungszweck treffen kann, soweit er damit nicht in die Planungshoheit der Länder hinsichtlich sachlicher Ausgestaltung der Förderung oder konkreter Einzelprojekte eingreift.⁸⁶ Es bleibt dem Bund zudem unbenommen, Vorschläge oder Auswahlkriterien zu entwickeln, deren Übernahme den Ländern freigestellt wird.⁸⁷ Bei den Finanzhilfen des Bundes darf es sich lediglich um eine Mitfinanzierung handeln.⁸⁸ Die Länder müssen daher einen erheblichen eigenen Anteil an den Investitionskosten aufbringen. Die ersten Erfahrungen⁸⁹ mit dem durch das KHSG eingeführten Strukturfonds (§ 12 KHG), der durch seine Zielsetzung der Strukturverbesserung indirekt auch die Krankenhausplanung beeinflusst, zeigt, dass sich die Befürchtungen des Bundesverfassungsgerichts, hinsichtlich eines politischen Zwanges der Länder zur Inanspruchnahme von freiwilligen Bundeshilfen nicht bestätigen.

Das Nähere, insbesondere die Arten der zu fördernden Investitionen, muss durch ein Bundesgesetz, das der Zustimmung des Bundesrates bedarf, oder auf Grund des Bundeshaushaltsgesetzes durch Verwaltungsvereinbarung geregelt werden nach Art. 104b Abs. 2 S. 1 GG. In diesem Gesetz bzw. in der Verwaltungsvereinbarung können auch Bestimmungen über die Ausgestaltung der Länderprogramme zur Verwendung der Finanzhilfen des Bundes vorgesehen werden. Dabei hat die Festlegung der Kriterien für die Ausgestaltung der Länderprogramme im Einvernehmen mit den betroffenen Ländern zu erfolgen. Mit dieser Ergänzung des Art. 104b Abs. 2 GG, die am 20. Juli 2017 in Kraft getreten ist, soll dem Bund ein verbessertes Steuerungsrecht eingeräumt werden, um einen effektiven und effizienten Einsatz der Bundesmittel zur Erreichung der mit den Finanzhilfen angestrebten Förderzwecke zu ermöglichen (BT-Drs. 18/12588, S. 32). Weiterhin sind die Mittel nach Art. 104b Abs. 2 S. 5 GG nur befristet zu gewähren und sind hinsichtlich ihrer Verwendung in regelmäßigen Zeitabständen zu überprüfen. Der Gesetzgeber wollte hiermit eine Vermeidung schematisch verfestigter Dauersubventionierungen sicherstellen (BT-Drucks 16/813, S. 19). Eine unbefristete Gewährung ist demnach nicht

⁸⁴ *Hellermann in v Mangold/Klein/Starck, Kommentar zum GG, Art. 104b, Rn 43.*

⁸⁵ *Maunz in Maunz/Dürig, Kommentar zum GG, Art. 104a, Rn. 52 unter Verweis auf BVerfGE 39, 96, bestätigt in BVerfGE 108,169; ebenso Seiler in BeckOK Grundgesetz, Art. 74 Rn 73.*

⁸⁶ *BVerfGE 39, 96 (115).*

⁸⁷ *Vgl. insoweit die durch das KHSG eingeführten planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach § 6 Abs. 1a KHG, § 136c SGB V.*

⁸⁸ *Kube in BeckOK Grundgesetz, Art. 104b Rn 16; Heintzen in v. Münch/Kunig, Grundgesetz Kommentar, Art. 104b, Rn. 17..*

⁸⁹ *Vgl. Bericht des Bundesversicherungsamtes zum Stand der Förderung (Stand 31.12.2016).*

zulässig und somit auch nicht rechtlich umsetzbar. Im Hinblick darauf, dass Art. 104b Abs. 2 S. 6 GG von „Jahresbeträgen“ spricht, ist aber eine über mehrere Jahre laufende Finanzhilfe offensichtlich intendiert. Nicht klar abgrenzbar ist bislang, welche zeitlichen Beschränkungen sich daraus konkret ergeben. So wird in der Literatur vertreten, dass die Finanzhilfen nach der zweiten und dritten Alternative (Ausgleich unterschiedlicher Wirtschaftskraft im Bundesgebiet bzw. Förderung des wirtschaftlichen Wachstums) auch längerfristig angelegt sein können.⁹⁰ Ob diese nun fünf, zehn oder 30 Jahre umfassen darf, wird jeweils im Einzelfall zu prüfen sein, wobei als Maßstab anzusehen ist, dass die Finanzhilfe keine Umgehung der primären Steuerverteilung und der Ausgleichsleistungen aus dem bundesstaatlichen Finanzausgleich darstellen darf, sondern jeweils zweckgebunden temporär eine Unterstützung mit Bundesmitteln erforderlich sein muss. Eine Befristung von zehn Jahren wird als in der Regel zulässig erachtet.⁹¹ Außerdem ist es nicht ausgeschlossen, eine Finanzhilfe nach Ablauf der Befristung erneut befristet zu gewähren, sofern die Voraussetzungen für ihre Erforderlichkeit weiterhin vorliegen.⁹²

Zudem ergibt sich aus Art. 104b Abs. 2 S. 6 GG, dass die Finanzhilfen degressiv mit fallenden Jahresbeträgen auszugestalten sind. Dies bedeutet jedoch nicht, dass eine streng lineare Degression zu fordern ist, das Auslaufen der Mittel kann auch erst zu einem späteren Zeitpunkt der befristeten Laufzeit beginnen. Ziel dieser Vorgabe ist nicht der Aufbau von Druck gegenüber den Ländern zur landeseigenen Vollfinanzierung, sondern das Anhalten zu einem zielgerichteten Einsatz der Mittel zur möglichst zeitnahen Erreichung des Förderzwecks.⁹³ Es wäre somit möglich für die ersten 3 Jahre einen gleichbleibenden Förderungsbetrag vorzusehen und erst danach eine stufenweise Absenkung vorzunehmen.

Ferner können die dem Bund eingeräumten Mitbestimmungsmöglichkeiten für die Zugabe der Investitionspauschale problematisch werden, soweit dem Bund solche in Form der Einräumung von Mitspracherechten bei den Länderaufgaben gewährt werden. Hierdurch wäre dem Bund eine Einflussnahme bei der Krankenhausplanung möglich. Diese ist nach der grundgesetzlichen Kompetenzzuweisung den Ländern zugewiesen und folglich dem direkten Zugriff des Bundes entzogen. Insoweit ist dann jeweils eine Zustimmungsoption der Länder vorzusehen, wonach den Ländern ein eigenständiger Spielraum zur Ausgestaltung der bundeseinheitlichen Vorgaben verbleibt (vgl. die Ausführungen unter 5.6.1). Hierbei sollten jedoch die bereits bei den Regelungen des Krankenhausstrukturgesetzes aufgeworfenen kompetenzbezogenen Kritikpunkte beachtet werden. So wurde beispielsweise den Ländern im Krankenhausstrukturgesetz jeweils eine sogenannte opt-out-Option eingeräumt, nach der im Falle der Berührung von Länderkompetenzen die Länder wählen können, ob sie die Bundesvorgaben übernehmen oder aber eigene Lösungen implementieren.

Vor allem aufgrund der Gefahr, dass sich die Bundesländer bei Umsetzung dieses Vorschlags noch stärker aus ihren Finanzierungsverpflichtungen zurückziehen könnten (Mitnahmeeffekte), würden wir diesen Vorschlag nicht empfehlen. Hinzu kommt, dass die Finanzhilfen nach Art. 104b GG immer zeitlich befristet und degressiv ausgestaltet werden müssen. Auch wenn eine erneute Gewährung der Finanzhilfe nach ihrem zeitlichen Ablauf möglich ist, kann die Finanzie-

⁹⁰ Maunz in Maunz/Dürig, *Kommentar zum GG*, Art. 104a Rn. 48; Kube in BeckOK Grundgesetz, Art. 104b Rn 16; Hellermann in v Mangold/Klein/Starck, *Kommentar zum GG*, Art. 104b, Rn 39..

⁹¹ Hellermann in v Mangold/Klein/Starck, *Kommentar zum GG*, Art. 104b, Rn 67 (mwN).

⁹² Hellermann in v Mangold/Klein/Starck, *Kommentar zum GG*, Art. 104b, Rn 70; Heintzen in v. Münch/Kunig, *Grundgesetz Kommentar*, Art. 104b, Rn. 22..

⁹³ Hellermann in v Mangold/Klein/Starck, *Kommentar zum GG*, Art. 104b, Rn 69.

runungslücke nach diesem Vorschlag immer nur teilweise und temporär begrenzt geschlossen werden.

5.6.1.2 Bedingte Aufstockung von Länder- oder Krankenhausmitteln mit Bundesmitteln

Anders als der vorhergehende Vorschlag sollen hier nur Bundesmittel fließen, wenn die Länder mindestens ihr bestehendes Fördervolumen beibehalten und sie sich zu einer Ko-Finanzierung verpflichten, die über ihr bisheriges Fördervolumen hinausgeht. Konkret ist vorgesehen, dass der Bund bis zu 1,733 Mrd. € zusätzlich zur Verfügung stellt, wenn die Länder für je 2 € Bundesmittel einen Euro aus Ländermitteln ergänzen, also maximal 867 Mio. €. In der Summe könnten so ebenfalls 2,6 Mrd. € aufgebracht werden, die wie im vorherigen Vorschlag nach InEK-Investitionszuschüssen an die einzelnen Plankrankenhäuser verteilt würden. Schaubild 31 fasst den Vorschlag zusammen. Schaubild 32 fasst die erwarteten Effekte zusammen. Die Effekte dieses Vorschlags sind vergleichbar mit jenen des vorhergehenden Vorschlags. Allerdings wäre der Anreiz der Länder gemindert, ihr bisheriges Fördervolumen von 2,8 Mrd. € zu reduzieren. Im Gegenteil würde sogar ein Anreiz geschaffen, es aufgrund der nötigen Ko-Finanzierung auszuweiten.

Schaubild 31

Bedingte Aufstockung von Ländermitteln mit Bundesmitteln

b1) Für 1 € zusätzliche Fördermittel der Länder (on top ihres Vorjahres-Fördervolumens) gibt der Bund 2 € als Investitionszuschuss (InEK-Investitionsbewertungsrelationen) hinzu, insg. max. 1,733 Mrd. € p.a.

1	Ziele?	Auskömmliche und nachhaltige Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser
2	Art von Investitionen?	Sämtliche nach KHG
3	Für wen?	Alle Plankrankenhäuser
4	Wie verteilen?	Nach InEK-Investitionsbewertungsrelationen
5	Wie lange?	Grundsätzlich langfristig, aber entsprechend der rechtlichen Umsetzbarkeit mit zeitlicher Begrenzung
6	Wer finanziert?	Mittel des Bundes und der Länder
7	Voraussetzung?	Mitspracherechte bei der Krankenhausplanung (siehe z.B. Gutachten Krankenhausplanung 2.0, Definition bundesweit einheitlicher Planungskriterien) und bei der Optimierung der Krankenhausstrukturen
8	Nebeneffekte?	Keine Verdrängung von Fördermitteln der Länder zu erwarten Windfall Profits für alle Krankenhäuser, die heute aus eigener Kraft investieren
9	Rechtliche Umsetzbarkeit?	Ja, befristet

Quelle: Eigene Darstellung.

Die bedingte Aufstockung von Ländermitteln mit Bundesmitteln in der Weise, dass für jeweils 1,00 € zusätzliche Fördermittel der Länder der Bund jeweils 2,00 € als Investitionszuschuss hinzugibt, ist rechtlich umsetzbar. Insofern kann auf die vorherigen Ausführungen in Bezug auf den Vorschlag „Aufstockung mit Bundesmitteln über Investitionszuschuss“ verwiesen werden. Bei den Mitteln des Bundes handelt es sich um Finanzhilfen für besonders bedeutsame Investitionen der Länder im Sinne von Art. 104b Abs. 1 S. 1 GG, die zur Förderung des wirtschaftlichen Wachstums erforderlich sind. Bei einer Aufteilung der Fördermittel 1/3 zu 2/3 ist noch eine ausreichende Landesbeteiligung gegeben, die den Charakter einer Hilfe zu eigenen Aufwendungen der Länder nicht entfallen lässt.

Schaubild 32

Erwartete Effekte des Vorschlags „Bedingte Aufstockung von Ländermitteln mit Bundesmitteln“

Effekte	Bewertung
Hauptziele	
1. Auskömml. & nachhaltige Investitionsfinanz.	Ja
2. Erreichen der Soll-Struktur	Nein
Reduktion Betriebskosten	Ja, wenn Investitionen effizienzsteigernd sind
Reduktion Investitionskosten	Nein
Verbesserung Ergebnisqualität	Ja, wenn Investitionen Versorgungsqualität verbessern
Verbesserung Indikationsqualität	Nein
Mittelbare Ziele: Förderung von ...	
Spezialisierung	Nein
intersektoraler Zusammenarbeit	Nein
Digitalisierung	Ja, wenn Investitionsmittel von Krankenhäusern frei werden
Nebenbedingungen: Vermeidung von ...	
Windfall Profits für KH	Nein, Windfall Profits entstehen bei KH, die bislang aus eigener Kraft investiert haben
Monopolisierung	Ja
Verdrängungseffekten	Ja, weitgehend (Länder könnten trotzdem reduzieren)
Wettbewerbsverzerrungen	Ja, alle KH erhalten Mittel bedingungslos
Ausbremsen von Innovatoren	Ja, alle KH erhalten Mittel bedingungslos

Quelle: Eigene Darstellung.

Auch im Rahmen dieses Vorschlags ist aufgrund von Art. 104b Abs. 2 S. 5 GG eine zeitliche Beschränkung vorzunehmen, sodass eine zeitliche unbefristete Aufstockung rechtlich nicht umsetzbar ist. Die Finanzhilfen dürfen nur befristet gewährt werden. Das Nähere, insbesondere die Arten der zu fördernden Investitionen, muss auch bei diesem Vorschlag durch ein Bundesgesetz, das der Zustimmung des Bundesrates bedarf, oder auf Grund des Bundeshaushaltsgesetzes durch Verwaltungsvereinbarung geregelt werden nach Art. 104b Abs. 2 S. 1 GG. Ebenfalls kann hinsichtlich der Problematik der für die Fördermittel gewährten Einflussnahme des Bundes auf die Krankenhausplanung auf die obigen Ausführungen verwiesen werden.

Besonders aufgrund der Ko-Finanzierung der Länder halten wir Vorschlag b1 für empfehlenswert.

Beim folgenden Vorschlag (b2) handelt es sich um eine leicht veränderte Variante davon. Hier sollen mit Bundesmitteln eigenfinanzierte Investitionen von Krankenhäusern ko-finanziert werden. Je Euro, den ein Plankrankenhaus für Investitionen im Sinne des KHG einsetzt, gibt der Bund einen weiteren Euro hinzu. Anders als bei Vorschlag b1 werden die Mittel nicht pauschal an alle Krankenhäuser verteilt, sondern auf Antrag. Wir erwarten, dass dadurch etwa 1,3 Mrd. aus Bundesmitteln einzusetzen sind. Möchte man diesen Wert als feste Obergrenze ansetzen, bedarf es eines ergänzenden Verteilungsmechanismus, wenn die Ansprüche der Krankenhäuser in der Summe 1,3 Mrd. € überschreiten sollten. Eine Option wäre, die Reihenfolge der Antragseingänge zu Grunde zu legen. Eine andere Option wäre die Verknüpfung der Ko-Finanzierung an konkrete vom Bund vorzulegende Investitionsziele wie bei den Vorschlägen unter Abschnitt 5.6.2.

Schaubild 33

Bedingte Aufstockung von Krankenhausmitteln mit Bundesmitteln

b2) Für 1 € eigenfinanzierte förderfähige Investitionen eines Krankenhauses gibt der Bund 1 € hinzu
Zu erwartende Bundesmittel insg. **1,3 Mrd. € p.a.**⁽¹⁾, außerdem Krankenhausmittel von **1,3 Mrd. €**

1	Ziele?	Auskömmliche und nachhaltige Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser
2	Art von Investitionen?	Sämtliche nach KHG
3	Für wen?	Alle Plankrankenhäuser
4	Wie verteilen?	Auf Antrag
5	Wie lange?	Grundsätzlich ohne zeitliche Begrenzung
6	Wer finanziert?	Bundesmittel Krankenhausmittel (die nicht aus Erlösen von DRG oder BpflV stammen)
7	Voraussetzung?	Keine oder ggf. ergänzende Investitionsziele des Bundes
8	Nebeneffekte?	Verdrängung von Fördermitteln der Länder zu erwarten Windfall Profits für alle Krankenhäuser, die heute aus eigener Kraft investieren
9	Rechtliche Umsetzbarkeit?	Grundsätzlich auf nationaler Ebene möglich, aber EU-Beihilferecht zu beachten, zudem Frage der steuerlichen Behandlung

Quelle: Eigene Darstellung.

Da dieser Vorschlag keine Bedingungen an die Fördermittel der Länder stellt, ist davon auszugehen, dass es seitens der Länder zu Mitnahmeeffekten kommt (Schaubild 34). Ein Teil der bisherigen Länderförderung würde verdrängt. Darüber hinaus ist mit einer Wettbewerbsverzerrung zugunsten von Krankenhäusern zu rechnen, die aus eigener Kraft Investitionen finanzieren können. Denn nur solche Häuser, die Eigenmittel einsetzen können, würden überhaupt in den Genuss der Ko-Finanzierung kommen. Schließlich würde die bestehende Förderlücke nur dadurch geschlossen, dass man auf Eigenmittel der Krankenhäuser explizit zurückgreift, was der Dualistik im Prinzip widerspricht.

Schaubild 34

Erwartete Effekte des Vorschlags „Bedingte Aufstockung von Krankenhausmitteln mit Bundesmitteln“

Effekte	Bewertung
Hauptziele	
1. Auskömml. & nachhaltige Investitionsfinanz.	Nur zum Teil, Krankenhäuser tätigen weiterhin eigenfinanzierte Investitionen
2. Erreichen der Soll-Struktur	Nein
Reduktion Betriebskosten	Ja, wenn Investitionen effizienzsteigernd sind
Reduktion Investitionskosten	Nein
Verbesserung Ergebnisqualität	Ja, wenn Investitionen Versorgungsqualität verbessern
Verbesserung Indikationsqualität	Nein
Mittelbare Ziele: Förderung von ...	
Spezialisierung	Nein
intersektoraler Zusammenarbeit	Nein
Digitalisierung	Ja, wenn Investitionsmittel von Krankenhäusern frei werden
Nebenbedingungen: Vermeidung von ...	
Windfall Profits für KH	Nein, Windfall Profits entstehen bei KH, die bislang aus eigener Kraft investiert haben
Monopolisierung	Ja
Verdrängungseffekten	Nein
Wettbewerbsverzerrungen	Nein, nur Krankenhäuser mit ausreichender Investitionskraft erhalten Mittel
Ausbremsen von Innovatoren	Ja

Quelle: Eigene Darstellung.

Grundsätzlich ist die bedingte Aufstockung von Krankenhausmitteln mit Bundesmitteln auf nationaler Ebene möglich und somit rechtlich umsetzbar. Allerdings kann eine solche Umsetzung nur unter Berücksichtigung der Vorgaben des EU-Beihilfenrechts erfolgen.⁹⁴ Ausgangspunkt ist hierbei Art. 107 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV). Hiernach bestimmt zunächst Art. 107 Abs. 1 AEUV, dass staatliche oder aus staatlichen Mitteln gewährte Beihilfen gleich welcher Art, die durch die Begünstigung bestimmter Unternehmen oder Produktionszweige den Wettbewerb verfälschen oder zu verfälschen drohen, mit dem Binnenmarkt unvereinbar sind, soweit sie den Handel zwischen den Mitgliedstaaten beeinträchtigen. Der sachliche Geltungsbereich umfasst hierbei alle Wirtschaftszweige, soweit nicht Sondervorschriften bestehen.

Diesem Grundsatz der Unvereinbarkeit staatlicher Beihilfen mit dem Binnenmarkt folgen in Art. 107 Abs. 2 und 3 AEUV weitreichende Ausnahmen. So sind staatliche Unterstützungsmaßnahmen, soweit sie als Ausgleich für Leistungen anzusehen sind, die von Unternehmen zur Erfüllung gemeinwirtschaftlicher Verpflichtungen erbracht werden, sodass diese Unternehmen in Wirklichkeit keinen finanziellen Vorteil erhalten und durch die Maßnahme gegenüber ihren Wettbewerbern keine günstigere Wettbewerbsstellung erlangen, nicht als Beihilfe i.S.v. Art. 107 Abs. 1 AEUV anzusehen. Allerdings können sich auch hierbei rechtliche Schwierigkeiten ergeben (vgl. Urteil BGH, Urteil vom 24.03.2016, I ZR 263/14 „Kreiskliniken Calw“). Bei einer bundesweiten Fördermaßnahme, von der theoretisch alle deutschen Krankenhäuser profitieren können, dürfte die im Fall der Kreiskliniken Calw letztlich einschlägige Ausnahme der fehlenden Auswirkung auf den Handel in der Union nicht greifen.

Damit wäre dann zu prüfen, ob die Ausnahmeregelung des Art. 2 Abs. 1 lit. b) des Freistellungsbeschlusses 2012/21/EU der EU-Kommission vom 20.12.2011 eingreift, nach der die Notifizierungspflicht des Art. 108 Abs. 3 AEUV bei Ausgleichsleistungen für die Erbringung von Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse durch Krankenhäuser nicht besteht. Nach derzeitiger Bewertung liegen diese Voraussetzungen bei Umsetzung des Vorschlages vor, weshalb dieser auch EU-Beihilfenrechtlich zulässig wäre. Es handelt sich bei einer bundesweit zugänglichen Fördermaßnahme, die theoretisch von allen Plankrankenhäusern in Anspruch genommen werden kann, um eine Förderleistung, die dem DAWI-Freistellungsbeschluss unterfällt. Die betroffenen Krankenhäuser nehmen Aufgaben der öffentlichen Daseinsvorsorge wahr und erhalten die Leistungen somit nicht als einseitige Begünstigung. Eine Überkompensation kann durch entsprechende Prüfungen bei der Antragsstellung im Rahmen der konkreten Förderung sichergestellt werden.

Ebenso kann die zeitliche Befristung auf maximal zehn Jahre implementiert werden. Es bedürfte jedoch ferner einer genauen Bewertung der Frage, ob die Aufstockung mit Bundesmitteln als Investitionszulage (Rechtsanspruch) oder Investitionszuschuss (Ermessen) ausgestaltet werden soll, da sich hieraus jeweils Folgen für die Umsetzung ergeben. Zuletzt bedürfte es einer ausführlichen Klärung der steuerlichen Behandlung einer dahingehenden Aufstockung, die jedoch erst im Rahmen der konkreten Ausgestaltung möglich ist. Die Mittel der Krankenhäuser sollten zudem nicht aus dem DRG-Bereich kommen, da diese Mittel derzeit allein zur Deckung der laufenden Kosten vorgesehen sind und anderenfalls die Gefahr besteht, dass Anreize für eine Mengenausweitung bzw. Fallzahlsteigerung gesetzt werden, um höhere Bundesmittel abrufen zu können. Insoweit wären nicht aus der Patientenbehandlung erzielte Einnahmen (z.B. Park-

⁹⁴ Vgl. insoweit auch Wittreck in Dreier: Grundgesetz Kommentar, Art. 74, Rz. 95.

häuser, Kiosk, etc.) sowie Kredite oder ähnliche Finanzierungsoptionen als Grundlage der Krankenhausmittel für die Investitionsaufwendungen zu verwenden.

Insgesamt halten wir diesen Vorschlag für nicht empfehlenswert.

5.6.1.3 Umstellung auf Monistik

In einer monistischen Krankenhausfinanzierung würden Betriebs- und Investitionskosten aus einer Hand finanziert. Krankenhäuser würden eigenverantwortlich über ihre Investitionsvorhaben und deren Finanzierung entscheiden. Praktisch bedeutet dies, dass Investitionsmittel in die Systematik des DRG-Systems überführt werden müssen. Am einfachsten wäre dies derzeit möglich, wenn die vom InEK errechneten Investitionspauschalen genutzt würden. Um jedoch eine auskömmliche Investitionsfinanzierung zu erreichen, reicht es nicht, die derzeit 2,8 Mrd. € der Länder in Pauschalen zu überführen. Eine Aufstockung um etwa 2,6 Mrd. € wäre nötig. Der Bund könnte diese Aufstockung übernehmen, wenn sich die Länder verpflichteten, ihre sämtlichen derzeitigen Fördermittel ebenfalls für die monistische Finanzierung abzutreten. Daraus ließe sich ein Finanztopf von jährlich 5,4 Mrd. € speisen. Wie bei Vorschlag (a) könnten die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen im Auftrag des Bundes die Verteilung dieser Mittel an alle Plankrankenhäuser im Rahmen der bestehenden Vergütungssysteme organisieren. Je Krankenhausfall wären dies im Durchschnitt 314 € p.a. Die Krankenhäuser könnten die Mittel völlig frei verwenden, sei es für Investitionen oder sei es für andere Zwecke. Sollte ein Bundesland sich nicht an der Umstellung beteiligen wollen, würde in diesem Land kein Bundeszuschuss gewährt. Die Investitionsfinanzierung und ggf. -lücke bliebe in diesem Land beim Status quo. Schaubild 35 gibt einen Überblick zu diesem Vorschlag.

Schaubild 35

Monistik

c) Länder bringen bisheriges Fördervolumen gemäß eines Schlüssels⁽¹⁾ ein (2,8 Mrd. €), im Gegenzug bringt Bund zusätzlich **2,6 Mrd. €** ein, Kassen verteilen die Mittel nach InEK-Investitionspauschalen im Rahmen der DRG-Vergütung; zahlt ein Land zu wenig ein, werden für dieses Land die Bundesmittel entsprechend gekürzt

1	Ziele?	Auskömmliche und nachhaltige Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser Stärkung der Eigenverantwortlichkeit der Krankenhäuser bei Investitionsentscheidungen
2	Art von Investitionen?	Keine Beschränkungen
3	Für wen?	Alle Plankrankenhäuser
4	Wie verteilen?	Nach InEK-Investitionspauschalen
5	Wie lange?	Grundsätzlich langfristig, aber entsprechend der rechtlichen Umsetzbarkeit mit zeitlicher Begrenzung
6	Wer finanziert?	Aufstockung durch Bundesmittel
7	Voraussetzung?	Umstieg der Länder auf Monistik
8	Nebeneffekte?	Umverteilung von Mitteln von Ländern mit heute niedriger Investitionsförderung zu Ländern mit heute hoher Förderung; Windfall Profits für alle Krankenhäuser, die heute aus eigener Kraft investieren
9	Rechtliche Umsetzbarkeit?	Ja, befristet

Quelle: Eigene Darstellung. – ¹Orientiert an den Krankenhauskapazitäten im Land; Verteilungseffekte zwischen Ländern zu erwarten.

Da alle Länder bei der Umstellung auf diese Variante der Monistik gleich behandelt werden müssen, ist eine bundeseinheitliche Systematik festzulegen, nach der jedes Land Mittel in den Topf zur Finanzierung der Investitionspauschalen einzuzahlen hat. Sie könnte sich an den vor-

handenen Krankenhauskapazitäten orientieren, die sich über die Zahl der Standorte und die Bettenzahlen definieren. Viele Betten, aber vor allem auch viele Standorte sollten zu höheren Zahlungen eines Landes führen. Wenn man die Zahl der Betten und der Standorte je zu 50% gewichtet, wäre von jedem Land pro Bett 3 193 € und zusätzlich pro Standort 701 998 € einzuzahlen. Dabei gehen wir für diese Beispielrechnung von 1 990 Standorten und 1 567 IK-Nummer sowie von 437 500 Betten in Plankrankenhäusern aus. In der Summe beliefen sich damit die einzuzahlenden Mittel der Länder auf 2 794 040 000 €. Der Bund würde 2 605 920 000 € zuschießen, sodass sich ein Topf von 5,4 Mrd. ergibt.

Da es im Status quo große Unterschiede in der Höhe der Bereitstellung von Investitionsmitteln gibt, führt diese Zuteilungssystematik zu Verteilungseffekten zwischen den Ländern. Tabelle 20 stellt sie für die hier gewählte Beispielrechnung dar. Wir nehmen aus Vereinfachungsgründen an, dass die Zahl der Standorte je IK-Nummer in allen Bundesländern gleich ist. Sollte dieser Vorschlag zur Anwendung kommen, müsste eine eigene Standortstatistik geschaffen werden, wie sie nach § 293 Abs. 6 SGB V vorgesehen ist. Auf Grundlage der entsprechenden Definition von Krankenhausstandorten nach § 2a KHG soll demnach ein Verzeichnis von Krankenhausstandorten geführt werden. Nordrhein-Westfalen müsste nach dieser Systematik deutlich mehr Mittel einzahlen, als dies heute der Fall ist. Auch die neuen Bundesländer müssten mehr einzahlen, weil sie in den vergangenen Jahren ihr Fördermittelniveau stark abgesenkt hatten. Am meisten entlastet würde Baden-Württemberg, weil es verhältnismäßig wenige Betten je Einwohner hat.

Tabelle 20

Beispielhafte Darstellung der Verteilungseffekte bei einem Umstieg auf die Monistik bezogen auf Plankrankenhäuser

	Anzahl IK	Standorte/IK	Standorte	Betten	Einzuzahlen	Mittel 2015	Delta
Baden-Württemberg	174	1,27	221	47.432	306.589.096 €	437.000.000 €	-130.410.904 €
Bayern	279	1,27	354	65.277	457.183.848 €	500.000.000 €	-42.816.152 €
Berlin	44	1,27	56	16.516	91.967.128 €	96.450.000 €	-4.482.872 €
Brandenburg	52	1,27	66	15.029	94.351.093 €	82.500.000 €	11.851.093 €
Bremen	13	1,27	17	5.068	27.773.305 €	38.820.000 €	-11.046.695 €
Hamburg	27	1,27	34	10.000	56.003.868 €	91.030.000 €	-35.026.132 €
Hessen	125	1,27	159	30.726	209.557.563 €	242.200.000 €	-32.642.437 €
Mecklenburg-Vorp.	31	1,27	39	8.134	53.611.445 €	52.840.000 €	771.445 €
Niedersachsen	182	1,27	231	37.910	283.315.422 €	275.510.000 €	7.805.422 €
Nordrhein-Westfalen	327	1,27	415	111.293	646.917.540 €	515.000.000 €	131.917.540 €
Rheinland-Pfalz	72	1,27	91	21.814	133.847.947 €	119.800.000 €	14.047.947 €
Saarland	20	1,27	25	5.105	34.132.220 €	28.500.000 €	5.632.220 €
Sachsen	74	1,27	94	22.249	137.020.079 €	131.000.000 €	6.020.079 €
Sachsen-Anhalt	46	1,27	58	13.775	84.997.549 €	39.200.000 €	45.797.549 €
Schleswig-Holstein	64	1,27	81	13.091	98.861.060 €	94.230.000 €	4.631.060 €
Thüringen	37	1,27	47	14.081	77.950.837 €	50.000.000 €	27.950.837 €
Summe	1.567	1,27	1.990	437.500	2.794.080.000 €	2.794.080.000 €	0 €

Quelle: Eigene Berechnungen.

Eine monistische Krankenhausfinanzierung mit einem auskömmlichen Investitionskostenanteil hat viele Vorzüge. Der wichtigste ist die Aufhebung der Trennung der Betriebs- von den Investitionskosten. Denn eine Investition zielt oft auch darauf ab, betriebliche Prozesse zu optimieren und damit Betriebskosten zu reduzieren. Das eine kann nicht losgelöst vom anderen betrachtet werden. Die Dualistik dagegen trennt diese zwei Welten und erlaubt damit keine ganzheitliche Optimierung des Krankenhausbetriebs. So begrüßenswert dieser Vorzug wäre, sind im gegenwärtigen Vergütungssystem jedoch auch die Nachteile nicht vom Tisch zu weisen. Die Umstellung auf Investitionspauschalen würde aus Sicht des Krankenhauses effektiv zu einer Erhöhung der Preise für DRGs führen. Viele Investitionsmittel wird ein Krankenhaus in der Monistik genau

dann akquirieren, wenn es viele DRGs abrechnet. Der Mengenanreiz würde also noch verschärft. Es bedürfte daher zusätzlich einer gegenläufigen „Mengenbremse“ im Vergütungssystem. Hinzu kämen relativ hohe Verteilungseffekte zwischen Bundesländern, die im Zweifel über zusätzliche Bundesmittel aufzufangen wären. An der Krankenhausplanung müssten dagegen keine Anpassungen vorgenommen werden. Je mehr Kapazitäten (Standorte und Betten) die Länder aber vorhalten, desto mehr Mittel müssten sie dem Investitionsfinanzierungstopf zur Verfügung stellen, sodass sie zumindest einen kleinen Anreiz haben, nicht zu viele Standorte und Betten in den Krankenhausplan aufzunehmen. Schaubild 36 gibt einen Überblick über die weiteren zu erwartenden Effekte.

Schaubild 36

Erwartete Effekte des Vorschlags „Monistik“

Effekte	Bewertung
Hauptziele	
1. Auskömm. & nachhaltige Investitionsfinanz.	Ja
2. Erreichen der Soll-Struktur	Nein
Reduktion Betriebskosten	Ja, wenn Investitionen effizienzsteigernd sind
Reduktion Investitionskosten	Nein
Verbesserung Ergebnisqualität	Ja, wenn Investitionen Versorgungsqualität verbessern
Verbesserung Indikationsqualität	Nein, vermutlich sogar Verschlechterung
Mittelbare Ziele: Förderung von ...	
Spezialisierung	Nein
intersektoraler Zusammenarbeit	Nein
Digitalisierung	Ja, wenn Investitionsmittel von Krankenhäusern frei werden
Nebenbedingungen: Vermeidung von ...	
Windfall Profits für KH	Nein, Windfall Profits entstehen bei KH, die bislang aus eigener Kraft investiert haben
Monopolisierung	Ja
Verdrängungseffekten	Ja, Länder müssen jährliche Mittel nach vorgegebenem Schlüssel einbringen
Wettbewerbsverzerrungen	Ja, alle KH erhalten Mittel bedingungslos
Ausbremsen von Innovatoren	Ja, alle KH erhalten Mittel bedingungslos

Quelle: Eigene Darstellung.

Die Einführung dieser Variante der Monistik, bei der die aus Länder- und Bundesmitteln zusammengesetzten Investitionskosten über Investitionspauschalen durch die Krankenversicherungen verteilt werden, ist rechtlich umsetzbar. Soweit es sich bei den Aufstockungsleistungen des Bundes allerdings weiterhin um Finanzhilfen für besonders bedeutsame Investitionen der Länder im Sinne von Art. 104b Abs. 1 S. 1 GG handelt und nicht um Beitragsmittel der Kostenträger, gelten die entsprechenden Beschränkungen. Auch im Rahmen dieses Vorhabens ist daher aufgrund von Art. 104b Abs. 2 S. 5 GG eine zeitliche Beschränkung vorzunehmen, sodass ein zeitlich unbefristetes Vorhaben rechtlich nicht umsetzbar ist. Das Nähere, insbesondere die Arten der zu fördernden Investitionen, muss auch bei diesem Vorschlag durch ein Bundesgesetz, das der Zustimmung des Bundesrates bedarf, oder auf Grund des Bundeshaushaltsgesetzes durch Verwaltungsvereinbarung geregelt werden nach Art. 104b Abs. 2 S. 1 GG. Es besteht ein Zustimmungsvorbehalt der Länder, vor einem Umstieg auf die Investitionspauschalen.

Grundsätzlich halten wir die hier geschilderte Form der Monistik zwar für sinnvoll. Allerdings wäre die aus rechtlichen Gründen notwendige zeitliche Befristung nicht mit der nötigen Dauerhaftigkeit der Monistik in Einklang zu bringen. Zusätzlich bedürfte es außerdem Maßnahmen, um den dadurch ausgelösten Mengenanreiz zu dämpfen. Solange diese nicht vorliegen, können wir die Monistik nicht als kurzfristig umsetzbare Maßnahme empfehlen.

5.6.1.4 Zinslose Investitionskredite

Bei Fördermitteln für Investitionen handelt es sich um die Bereitstellung von öffentlichem Kapital an Krankenhäuser. Dabei fällt für dieses Kapital weder eine Verzinsung noch jemals eine

Tilgung an. Das zur Verfügung gestellte Kapital wird in der Bilanz als so genannte Sonderposten hinterlegt, die sich über die Zeit abbauen, bis sie irgendwann den Wert null erreichen. Man könnte diese Mittel also als einen negativ verzinsten Kredit betrachten. Wenn solches Kapital für ein Investitionsvorhaben nicht zur Verfügung steht, muss das Krankenhaus stattdessen privates Fremd- oder Eigenkapital⁹⁵ einsetzen. Fremdkapital verlangt eine Verzinsung und Tilgung. Eigenkapital verlangt eine Rendite.

Die Idee des zinslosen Investitionskredits ist es, zumindest auf die Verzinsung zu verzichten, nicht aber auf die Tilgung. Konkret würde der Bund bei eigenfinanzierten Investitionen von Krankenhäusern Kredite zur Verfügung stellen, die nicht verzinst, aber innerhalb einer festzulegenden Zeitspanne vollständig zurückgezahlt werden müssen. Nimmt man einen Zinssatz von 3% p.a. und ein Kreditausfallrisiko von 1% p.a. an, entstehen dem Kapitalgeber bei einem jährlichen Volumen an eigenfinanzierten Investitionen von 2,6 Mrd. € Kosten in Höhe von rund 104 Mio. € pro Jahr (Schaubild 37). Bei geringeren eigenfinanzierten Investitionen liegen die Kosten entsprechend niedriger.

Schaubild 37

Zinslose Investitionskredite

d) Bund trägt Zinsaufwendungen bei eigenfinanzierten Investitionen der Krankenhäuser, Beispiel: Eigeninvestitionen 2,6 Mrd. € p.a., Zinssatz 3% und Kreditausfallrisiko 1% → Jährliche Kosten: 104 Mio. €		
1	Ziele?	Anregung von eigenfinanzierten Investitionen
2	Art von Investitionen?	Sämtliche nach KHG
3	Für wen?	Alle Plankrankenhäuser
4	Wie verteilen?	Auf Antrag nach einheitlich definierten Kriterien
5	Wie lange?	Grundsätzlich langfristig, aber entsprechend der rechtlichen Umsetzbarkeit mit zeitlicher Begrenzung
6	Wer finanziert?	Bundesmittel, über Förderbank
7	Voraussetzung?	Bund legt Kriterien fest, nach denen Kredite gefördert werden
8	Nebeneffekte?	Nur leichte Verdrängung der Länderfördermittel denkbar
9	Rechtliche Umsetzbarkeit?	Ja, wenn zeitlich begrenzt; i.Ü. abhängig von Förderkriterien

Quelle: Eigene Darstellung.

Dieser Vorschlag wird die Förderlücke der Krankenhäuser nicht schließen. Er erleichtert aber zumindest die Finanzierung von Investitionen der Plankrankenhäuser. Die Kredite würden auf Antrag über eine Förderbank zur Verfügung gestellt. Der Bund würde hierzu Kriterien der Mittelvergabe definieren. Im Wesentlichen sollten jedoch sämtliche Investitionen nach dem KHG förderwürdig sein. Aufgrund des geringen Volumens von rund 100 Mio. € ist nicht mit einer nennenswerten Verdrängung der derzeitigen Fördermittel der Länder zu rechnen. Allerdings bestehen grundsätzlich die gleichen Einwände wie bei Vorschlag b2 (Bedingte Aufstockung von Krankenhausmitteln mit Bundesmitteln). Schaubild 38 gibt einen Überblick über die erwarteten Effekte dieser Maßnahme.

⁹⁵ Im Fall von öffentlich-rechtlichen Krankenhäusern kann auch öffentliches Eigenkapital eingesetzt werden.

Schaubild 38

Erwartete Effekte des Vorschlags „zinslose Investitionskrediten“

Effekte	Bewertung
Hauptziele	
1. Auskömmll. & nachhaltige Investitionsfinanz.	Nein, aber Anreiz zu eigenfinanzierten Investitionen
2. Erreichen der Soll-Struktur	Nein
Reduktion Betriebskosten	Ja, wenn Investitionen effizienzsteigernd sind
Reduktion Investitionskosten	Nein
Verbesserung Ergebnisqualität	Ja, wenn Investitionen die Versorgungsqualität verbessern
Verbesserung Indikationsqualität	Nein
Mittelbare Ziele: Förderung von ...	
Spezialisierung	Nein
intersektoraler Zusammenarbeit	Nein
Digitalisierung	Ja, wenn Investitionen
Nebenbedingungen: Vermeidung von ...	
Windfall Profits für KH	Großteils ja, weil Förderung nur sehr klein
Monopolisierung	Ja
Verdrängungseffekten	Großteils ja, höchstens leichte Verdrängungseffekte
Wettbewerbsverzerrungen	Nein, nur Krankenhäuser, die aus eigener Kraft tilgen können, erhalten Mittel
Ausbremsen von Innovatoren	Ja

Quelle: Eigene Darstellung.

Die Tragung der Zinsaufwendungen bei eigenfinanzierten Investitionen der Krankenhäuser durch den Bund ist rechtlich umsetzbar. Bei diesem Vorhaben erfolgt eine Finanzierung durch Bundesmittel über eine Förderbank, wie beispielsweise die Förderbank KfW (Kreditanstalt für Wiederaufbau). Aktuell erfolgen über Programme der KfW insbesondere eine Unterstützung im Bereich der Energieeffizienz bei Bau und Sanierung sowie Projekte zur Barrierefreiheit. Es handelt sich auch bei einer sogenannten Kreditförderung um Finanzhilfen für besonders bedeutende Investitionen der Länder nach Art. 104b Abs. 1 S. 1 GG, sodass auch hier die im Rahmen des ersten Vorschlags ausführlich dargestellten Voraussetzungen zu beachten sind.

Aufgrund des Art. 104b Abs. 2 S. 5 GG ist eine zeitlich unbegrenzte Maßnahme nicht möglich. Darüber hinaus hängt die rechtliche Umsetzbarkeit des Vorhabens entscheidend von den einzelnen Förderkriterien bzw. Vorgaben ab, die vom Bund festgelegt und nach denen Kredite gefördert werden. Soweit hier Vorgaben des Bundes zur Sicherstellung allgemeiner Standards der Krankenhausversorgung erfolgen sollen, muss auch bei diesem Vorhaben die Freiwilligkeit der Inanspruchnahme sowie die Einräumung von ländereigenen Spielräumen sichergestellt werden. Diese Freiwilligkeit dürfte sich bei dem Vorhaben jedoch bereits aus der Notwendigkeit eines Antrages der jeweiligen Länder ergeben. Die Maßnahme wäre daher zeitlich zu befristen, aber verlängerbar.

Da ähnliche Einwände wie bei Vorschlag b2 bestehen, ist auch dieser Vorschlag nicht empfehlenswert, wengleich sein Volumen im Vergleich zu b2 deutlich geringer ausfällt.

5.6.1.5 Vorsteuerabzugsvoucher

Krankenhausleistungen sind von der Mehrwertsteuer befreit. Vorleistungen, die Krankenhäuser von Dritten beziehen, sind dagegen in der Regel mit einer Mehrwertsteuer belegt, die jedoch aufgrund der Mehrwertsteuerbefreiung der Krankenhausleistungen nicht im Rahmen des Vorsteuerabzugs erstattet werden können. Die Konsequenz ist, dass Investitionen im Krankenhaus entsprechend teurer sind als in anderen Branchen, die vorsteuerabzugsberechtigt sind. Nimmt man einen durchschnittlichen Mehrwertsteuersatz für Vorleistungen im Investitionsgüterbereich von 12% an, entfallen bei einem Investitionsvolumen von 5,4 Mrd. etwa 600 Mio. € auf die Mehrwertsteuer.

Der hier unterbreitete Vorschlag zielt darauf ab, die Mehrwertsteuer in Form eines Vorsteuerabzugsvouchers den Krankenhäusern zu erlassen. Da sich die Mehrwertsteuereinnahmen etwa hälftig auf Bund und Länder verteilen, würde damit jede Seite zu etwa 300 Mio. € belastet. Aus Ländersicht wäre es allerdings im ersten Schritt ein Nullsummenspiel. Sie würden im Gegenzug ihre Investitionsfördermittel um diesen Betrag absenken können, weil Krankenhausinvestitionen entsprechend günstiger würden. Es muss daher eine Forderung dieses Vorschlags sein, das Fördermittelvolumen der Länder trotzdem auf dem derzeitigen Niveau von 2,8 Mrd. € zu belassen. Unter dieser Bedingung könnte sich auch der Bund analog beteiligen, im Zweifel, indem der Bundeszuschuss zum Gesundheitsfonds aus Steuermitteln um etwa 300 Mio. € gesenkt wird. Schaubild 39 gibt einen Überblick dazu.

Schaubild 39

Vorsteuerabzugsvoucher

<p>e) Keine Mehrwertsteuer auf Investitionsgüter, die Krankenhäuser erwerben; Vorsteuerabzugsvoucher für Krankenhäuser zur Rückerstattung der gezahlten MwSt. vom Finanzamt, Beispiel: Investitionen 5,4 Mrd. € p.a., durchschnittlicher MwSt.satz 12% → Jährliche Kosten max. 600 Mio. € (ca. hälftig Bund-Länder)</p>		
1	Ziele?	Anregung von eigenfinanzierten und geförderten Investitionen
2	Art von Investitionen?	Sämtliche nach KHG (oder eigenen Kriterienkatalog definieren, z.B. mit Fokus auf Strukturoptimierung oder Digitalisierung)
3	Für wen?	Alle Plankrankenhäuser
4	Wie verteilen?	Über Finanzämter
5	Wie lange?	Ohne zeitliche Begrenzung
6	Wer finanziert?	Steuermittel des Bundes und der Länder, ggf. Steuermittelzuschuss zum Gesundheitsfonds absenken
7	Voraussetzung?	Länder behalten ihr gegenwärtiges Fördervolumen bei, verzichten aber auf die MwSt.-Einnahmen
8	Nebeneffekte?	Keine
9	Rechtliche Umsetzbarkeit?	Ja

Quelle: Eigene Darstellung.

Zwar kann der Vorsteuerabzugsvoucher die Förderlücke nicht vollständig schließen. Allerdings kann er sie reduzieren und einen stärkeren Anreiz für eigenfinanzierte Investitionen setzen. Der Vorsteuerabzugsvoucher begünstigt durch eine nur prozentuale Unterstützung von Bund und Ländern eine Neujustierung der eigenmotivierten Investitionsaktivität der Krankenhäuser. Er kann damit die im Status quo bei allen Krankenhäusern stattfindende Verzerrung der „Make or Buy“-Entscheidung – gerade auch im Vergleich zu anderen Wirtschaftszweigen, die über eine Vorsteuerabzugsberechtigung verfügen – internalisieren. Dies ist unabhängig davon, ob die Investitionen aus Eigenmitteln oder aus Fördermitteln finanziert werden. Zu erwartende Verdrängungseffekte und Windfallprofits sind vor diesem Hintergrund als gering einzuschätzen. Wenn an die Maßnahme keine zusätzlichen Bedingungen geknüpft sind, wird damit jedoch kein Anreiz gesetzt, die Soll-Struktur zu erreichen. Schaubild 40 fasst die erwarteten Effekte zusammen. Negative Nebeneffekte sind keine zu erwarten. Bis dato ist eine derartiges Verfahren über Vorsteuerabzugsvoucher in Deutschland noch nicht umgesetzt worden, folgt aber im Grunde der Logik einer Absenkung von Mehrwertsteuersätzen in einzelnen Bereichen, um hier gezielt wirtschaftspolitische Anreize zu setzen, wie es zuletzt im Bereich der Hotellerie stattgefunden hat.

Schaubild 40

Erwartete Effekte des Vorschlags „Vorsteuerabzugsvoucher“

Effekte	Bewertung
Hauptziele	
1. Auskömmll. & nachhaltige Investitionsfinanz.	Zum Teil, weil Investitionen günstiger werden
2. Erreichen der Soll-Struktur	Nein
Reduktion Betriebskosten	Ja, wenn Investitionen effizienzsteigernd sind
Reduktion Investitionskosten	Nein
Verbesserung Ergebnisqualität	Ja, wenn Investitionen die Versorgungsqualität verbessern
Verbesserung Indikationsqualität	Nein
Mittelbare Ziele: Förderung von ...	
Spezialisierung	Nein
intersektoraler Zusammenarbeit	Nein
Digitalisierung	Ja, wenn Investitionsmittel von Krankenhäusern frei werden
Nebenbedingungen: Vermeidung von ...	
Windfall Profits für KH	Ja
Monopolisierung	Ja
Verdrängungseffekten	Ja
Wettbewerbsverzerrungen	Ja
Ausbremsen von Innovatoren	Ja

Quelle: Eigene Darstellung.

Der Vorsteuerabzugsvoucher für Krankenhäuser ist rechtlich umsetzbar, weil eine Befreiung der Investitionsgüter von der Umsatzsteuer möglich ist. Ausgangspunkt der rechtlichen Umsetzbarkeit ist zunächst die in Art. 105 GG geregelte Steuergesetzgebungskompetenz. Art. 105 GG verteilt die Verbandskompetenzen auf dem Gebiet der Steuergesetzgebung zwischen Bund und Ländern.⁹⁶ Diese richten sich dem systematischen Grundsatz nach an der in Art. 106 GG definierten Ertragshoheit aus. Das heißt, der Bund hat die ausschließliche (Art. 105 Abs. 1 GG) oder die konkurrierende (Art. 105 Abs. 2 GG) Steuergesetzgebungskompetenz, wenn er das Aufkommen der geregelten Steuer ganz oder auch nur teilweise vereinnahmt oder wenn die Voraussetzungen des Art. 72 Abs. 2 GG vorliegen.

Bei den Steuern, deren Aufkommen dem Bund entweder ganz oder auch nur teilweise zustehen, handelt es sich zum einen um die hier nicht einschlägigen, dem Bund allein zufließenden Bundessteuern im Sinne des Art. 106 Abs. 1 GG. Darüber hinaus handelt es sich bei den Steuern um die zwischen dem Bund und den Ländern aufzuteilenden Gemeinschaftsteuern nach Art. 106 Abs. 3 GG. Zu den Gemeinschaftsteuern zählt neben der Einkommenssteuer und der Körperschaftsteuer auch die Umsatzsteuer. Art. 105 Abs. 2 1. Fall GG wird daher auch als das „kompetenzrechtliche Fundament der wichtigsten Steuergesetze“⁹⁷ bezeichnet. Hierauf werden die Rechtsgrundlagen der praktisch bedeutsamen Gemeinschaftsteuern nach Art. 106 Abs. 3 GG gestützt. Zu diesen gehört auch die Umsatzsteuer, sodass aus der Systematik der Aufteilung der Steuergesetzgebungskompetenz folgt, dass aufgrund der aufgeteilten Ertragshoheit der Umsatzsteuer zwischen dem Bund und den Ländern nach Art. 106 Abs. 3 GG, ein Fall der konkurrierenden Gesetzgebung des Bundes nach Art. 105 Abs. 2 1. Fall GG vorliegt. In Bezug auf den Begriff der konkurrierenden Gesetzgebung kann auf die einleitenden Ausführungen verwiesen werden.

Die rechtliche Umsetzbarkeit des Vorhabens könnte dadurch erfolgen, dass in das Umsatzsteuergesetz analog zu den Regelungen in § 4 Nr. 14, Nr. 16 Umsatzsteuergesetz (UStG) eine Regelung aufgenommen wird, wonach bestimmte Investitionsgüter, die Krankenhäuser nach dem

⁹⁶ Seiler in Maunz/Dürig, Kommentar zum GG, Art. 105 Rn. 115.

⁹⁷ Wie vor, Rn. 150.

Krankenhausfinanzierungsgesetz erwerben, umsatzsteuerfrei sind. Dabei ist zu beachten, dass es hierzu der Zustimmung des Bundesrates nach Art. 106 Abs. 3 GG aufgrund der zugleich bestehenden anteiligen Ertragshoheit der Länder bedarf.⁹⁸ Insoweit wäre dann eine Verweisung auf entsprechende (ggf. zu ergänzende) Vorgaben im Krankenhausfinanzierungsgesetz vorzusehen, die die konkret zu fördernden Investitionsgüter definieren. Da es sich bei dem Krankenhausfinanzierungsgesetz um ein aufgrund der konkurrierenden Gesetzgebung des Bundes im Bereich des Krankenhauswesens zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser erlassenes Gesetz handelt, fällt auch die vorgesehene Änderung des Gesetzes in die Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes nach Art. 72 Abs. 2, 74 Abs. 1 Nr. 19a GG.

Wir empfehlen den Vorsteuerabzugsvoucher als Ergänzung zu strukturoptimierenden Maßnahmen.

5.6.1.6 Investitionsmittel bei guter Leistung

Das KHSG sieht perspektivisch eine qualitätsorientierte Vergütung der Krankenhausleistungen vor. Sie könnte über Zu- und Abschläge auf die DRGs erfolgen. Man könnte die qualitätsorientierte Vergütung aber auch mit der Investitionsfinanzierung verknüpfen. In diesem Fall fließen ergänzende Investitionsfördermittel nur an Krankenhäuser, die sich durch überdurchschnittliche Qualität hervorgetan haben. Ein Marktberaumungsprozess würde dann stärker an Qualität statt nur an der wirtschaftlichen Lage eines Anbieters anknüpfen. Jedes Jahr werden in Deutschland rund 18 Mio. Casemixpunkte in Plankrankenhäusern erbracht. Wenn die 50% Top-Performer eine Zusatzvergütung von 290 € je Casemixpunkt erhielten, wären dies in der Summe 2,6 Mrd. jährlich. Dabei kämen die Mittel nur Plankrankenhäusern zugute und sollten auf der Ebene einzelner Leistungssegmente verteilt werden, nicht auf der Hausebene. Eine Bedingung wäre wieder, dass die Bundesländer ihr bisheriges Fördermittelniveau nicht absenken. Ansonsten würde die qualitätsorientierte Zusatzvergütung in solchen Ländern entsprechend abgesenkt. Darüber hinaus sollte der Bund bundesweit einheitliche Qualitätskriterien sowie die Nutzung von Qualitätsmaßen in der Krankenhausplanung verlangen (vgl. Ausführungen in Vorschlag 5.6.1.1). Schaubild 41 stellt den Vorschlag überblicksartig dar.

290 € je Casemixpunkt entsprechen einer Anhebung der Vergütung um rund 8,6%, was eine relevante Größenordnung ist, um als Anreiz zu wirken. Auf der Hausebene dürfte die Erhöhung jedoch im Durchschnitt niedriger ausfallen, weil vermutlich nicht sämtliche Leistungsbereiche eines Krankenhauses zu den Top-Performern zählen dürften. Die erzielte Zusatzvergütung dürfte nur für investive Zwecke verwendet werden – nach den Vorgaben des KHG. Bei der Bereitstellung der vollen 2,6 Mrd. € (die Größenordnung der Förderlücke) wird es Krankenhäuser geben, deren qualitätsorientierte Zusatzvergütung den krankenhausesindividuellen Investitionsbedarf – auch mehrere Jahre hintereinander – übertreffen. Durch die Zweckbindung der Mittel könnte es dann zu einer Nichtverwendung eines Teils davon kommen.⁹⁹

⁹⁸ Wie vor, Rn. 151, 187 ff..

⁹⁹ Denkbar wäre hier ein Handel mit zweckgebundenen Investitionsmitteln zwischen Krankenhäusern mit überschüssigen Mitteln und Krankenhäusern mit Bedarfen. Diese Idee soll hier jedoch nicht weiterverfolgt werden.

Schaubild 41

Investitionsmittel bei guter Qualität

f) Investitionsmittel des Bundes bei überdurchschnittlich guter **Qualität** (qualitätsorientierte Zusatzvergütung für investive Zwecke zu verwenden), Beispiel: 18 Mio. CMP p.a., Zusatzvergütung 290 € je CMP für 50% Top-Performer (ca. 8,6% auf BFW) bei entsprechendem Leistungssegment → **Zusatzvergütung: 2,6 Mrd. € p.a.**

1	Ziele?	Auskömmliche und nachhaltige Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser Qualitätsverbesserung ⁽¹⁾
2	Art von Investitionen?	Sämtliche nach KHG
3	Für wen?	Alle Plankrankenhäuser
4	Wie verteilen?	Nach Qualitätsindikatoren des IQTiG, sobald rechtssicher ausgestaltet oder ggf. beginnend mit Kriterien zur Strukturqualität
5	Wie lange?	Grundsätzlich langfristig, aber entsprechend der rechtlichen Umsetzbarkeit mit zeitlicher Begrenzung
6	Wer finanziert?	Bundesmitten
7	Voraussetzung?	Bundesweit einheitliche Qualitätskriterien, Nutzung der Qualitätsmaße in der Krankenhausplanung der Länder, Beibehaltung des bisherigen Fördermittelniveaus der Länder (sonst Kürzung der Zusatzvergütung)
8	Nebeneffekte?	Bei ungenügender Risikoadjustierung ggf. falsche Ressourcenallokation
9	Rechtliche Umsetzbarkeit?	Ja, aber nur wenn zeitlich begrenzt

Quelle: Eigene Darstellung.

Da aber risikoadjustierte und rechtssichere Qualitätsmaße erst schrittweise vom IQTiG erarbeitet werden müssen, ist davon auszugehen, dass für eine längere Zeit ohnehin nicht alle Leistungssegmente eine qualitätsbedingte Zusatzvergütung erreichen können. Insofern ist in der Praxis auch nicht kurz- oder mittelfristig damit zu rechnen, dass 18 Mio. Casemixpunkte einer qualitätsorientierten Vergütung unterliegen werden. Infolgedessen würde das zu verteilende Finanzvolumen geringer als 2,6 Mrd. ausfallen.

Alternativ könnten in der Anfangsphase in einzelnen Leistungsfeldern aber auch Kriterien zur Strukturqualität herangezogen werden. Sie haben den Vorteil, dass sie einfacher messbar sind. Allerdings müssen sie nicht automatisch mit der Ergebnisqualität korrelieren. Daher sollten sie gegen Maße zur Ergebnisqualität ausgetauscht werden, sobald diese zur Verfügung stehen. Auch könnten zunächst Zentren, die vorgegebene Strukturanforderungen erfüllen, zusätzliche Investitionsmittel erhalten. Denn unter Heranziehung der Ergebnisse der Schiedsstelle nach § 9 Absatz 1a Nr. 2 KHEntgG bezüglich der „Besonderen Aufgaben“ ergibt sich für Zentren ein erhöhter Investitionsbedarf u.a. wegen außergewöhnlicher technischer Voraussetzungen und den Betrieb außergewöhnlich kostenintensiver Großgeräte¹⁰⁰. Außerdem besteht für Zentren (vor allem im Bereich der Onkologie) ein nachgewiesener Zusammenhang von Strukturanforderungen und Ergebnisqualität (vgl. z.B. Beckmann et al. 2011). Als Nebeneffekt würden dadurch Leistungskonzentrationen gefördert. Schließlich könnten Maße zur Abbildung von Indikationsqualität herangezogen werden, z.B. die Quote eingeholter externer Zweitmeinungen.

Aufgrund der gewählten Ausstattung des Topfes für qualitätsorientierte Vergütung in Höhe von maximal 2,6 Mrd. € könnte damit langfristig eine auskömmliche und – wenn regelmäßig verlän-

¹⁰⁰ Die Entscheidung der Bundesschiedsstelle zur Zentrumsvereinbarung vom 8.12.2016 wurde seitens der GKV beklagt. Zudem hat der GKV-SpiBu die Vereinbarung am 21.09.2017 mit Wirkung zum 31.12.2017 gekündigt. Für die spezielle Förderung mit Investitionsmitteln wäre daher ein anderer Zentrumsbegriff mit entsprechenden Strukturvorgaben zu verwenden.

gert – eine nachhaltige Investitionsfinanzierung erreicht werden (Schaubild 42). Die Maßnahme könnte sogar den Weg zur Soll-Struktur sowie zu einem Mehr an Spezialisierung unterstützen, wenn Krankenhäuser zwecks Qualitätsverbesserung ihre Leistungen stärker bündeln. Durch ein Mehr an Investitionen sollten überdies die Betriebskosten gesenkt werden können und Mittel zum Ausbau der Digitalisierung vorhanden sein. Der Struktur-Effekt dürfte jedoch nicht so groß sein, dass auch die Investitionsbedarfe sinken können. Indessen ist eine Verbesserung der Versorgungsqualität zu erwarten. Die bestehende Sektorengrenze dürfte allerdings einen Ausbau intersektoraler Zusammenarbeit weiterhin verhindern.

Schaubild 42

Erwartete Effekte des Vorschlags „Investitionsmittel bei guter Qualität“

Effekte	Bewertung
Hauptziele	
1. Auskömmll. & nachhaltige Investitionsfinanz.	Ja
2. Erreichen der Soll-Struktur	Zum Teil, wenn für bessere Qualität Strukturen angepasst oder explizit Zentren gefördert werden
Reduktion Betriebskosten	Ja, wenn Investitionen effizienzsteigernd sind
Reduktion Investitionskosten	Nein
Verbesserung Ergebnisqualität	Ja
Verbesserung Indikationsqualität	Ja, wenn Indikationsqualität auch vergütungsrelevant
Mittelbare Ziele: Förderung von ...	
Spezialisierung	Ja, wenn Spezialisierung zu besserer Qualität führt oder explizit Zentren gefördert werden
intersektoraler Zusammenarbeit	Nein, Qualitätsverbesserung durch intersektorale Zusammenarbeit wegen Sektorengrenze nicht möglich
Digitalisierung	Ja, wenn Digitalisierung zu besserer Qualität führt
Nebenbedingungen: Vermeidung von ...	
Windfall Profits für KH	Nein, Windfall Profits entstehen bei KH, die bislang aus eigener Kraft investiert haben
Monopolisierung	Ja
Verdrängungseffekten	Ja
Wettbewerbsverzerrungen	Ja
Ausbremsen von Innovatoren	Ja

Quelle: Eigene Darstellung.

Der Vorschlag ist in den Grenzen der in Art. 104b GG geregelten Grundsätze der Finanzhilfen des Bundes für besonders bedeutsame Investitionskosten der Länder rechtlich umsetzbar. Die Voraussetzungen des Art. 104b Abs. 1 S. 1 GG liegen dem Grunde nach vor. Insoweit ergeben sich zu dem zuvor Gesagten keine Besonderheiten. Aber auch hier ist insbesondere die zeitliche Begrenzung nach Art. 104b Abs. 2 S. 5 GG zu beachten.

Zwar kann dieser Vorschlag einige sinnvolle Ziele erreichen. Er ist jedoch an Voraussetzungen geknüpft, die kurzfristig nicht gegeben sind, nämlich die rechtssichere und risikoadjustierte Ausgestaltung der Qualitätsindikatoren für möglichst viele Leistungssegmente im Krankenhaus. Auch ist das Finanzvolumen, das der Bund alleine stemmen müsste, relativ hoch. Hinzu kommt, dass dem Vorhaben die Gefahr einer Vergrößerung des „Schereneffektes“ besteht, indem gut aufgestellte Krankenhäuser mit bereits erfolgten Investitionsanstrengungen ggf. auch bessere Qualität abliefern und so eine zusätzliche Förderung erhalten, während eigentlich bedürftige Krankenhäuser keine überdurchschnittliche Qualität vorweisen können und demnach keine zusätzliche Förderung erhalten. Hierdurch kann somit auch die Qualität nicht gesteigert werden. Vor diesem Hintergrund empfehlen wir diesen Vorschlag nicht auf kurze Sicht. Wir empfehlen allerdings, die Qualitätsmessung mit großem Engagement weiter voranzutreiben.

5.6.2 Vorschläge zur Optimierung der Versorgungsstruktur

5.6.2.1 Strukturfonds 2.0

Eine Fortführung des Strukturfonds (Strukturfonds 2.0) zielt darauf ab, langfristig die in Abschnitt 5.5.2 geschilderte Soll-Struktur zu erreichen. Die dazu nötigen Mittel werden auf rund 11 Mrd. € geschätzt. 1 Mrd. € hat bereits der bestehende Strukturfonds nach KHSG übernommen, sodass weitere 10 Mrd. € nötig wären. Verteilt auf acht Jahre, wären dies 1 250 Mio. € pro Jahr. Bei einer 1:1-Ko-Finanzierung des Bundes und der Länder entfielen auf den Bund jährlich 625 Mio. € und ebenso auf die Länder, die darüber hinaus ihr bisheriges Fördermittelvolumen nicht absenken dürften. Die Ziele des Strukturfonds 2.0 wären weitgehend identisch zu den Zielen des bestehenden Strukturfonds, nämlich die Konzentration der Krankenhauskapazitäten durch Schließung von Standorten oder einzelnen Leistungsbereichen und die Bündelung von Leistungen in größeren Einheiten. Die Umwidmung kann aus Wettbewerbsgründen entfallen. Anders als bisher empfehlen wir jedoch, die Mittel nach bundesweit einheitlichen Kriterien zu verteilen – in Form eines Punktesystems (Schaubild 43). Aufgrund eines solchen bundesweit einheitlichen Kriterienkatalogs erwarten wir kaum Verdrängungseffekte der Länderfördermittel, weil sie damit keine Mittel zur Förderung der normalen Krankenhausinvestitionen im Rahmen des KHG verwenden können.

Schaubild 43

Strukturfonds 2.0

g) (Befristete) Fortführung des bestehenden Strukturfonds mit 625 Mio. € p.a. Bundesmitteln und 1:1 Ko-Finanzierung der Länder, Anpassung der Vergabekriterien (Punktesystem), Steuermittel statt Gesundheitsfonds-Mittel, Halten des gegenwärtigen Niveaus der Länderförderung		
1	Ziele?	Erreichen der Soll-Struktur
2	Art von Investitionen?	Konzentration von Kapazitäten
3	Für wen?	Alle Plankrankenhäuser
4	Wie verteilen?	Strukturfondsmittel auf Antrag nach einheitlich definierten Kriterien (Punktesystem)
5	Wie lange?	Auf 8 Jahre
6	Wer finanziert?	Mittel des Bundes und der Länder
7	Voraussetzung?	Bundesweit einheitlicher Kriterienkatalog
8	Nebeneffekte?	Bei bundesweit einheitlichem Kriterienkatalog nur geringe Verdrängung der Länderfördermittel zu erwarten
9	Rechtliche Umsetzbarkeit?	Ja

Quelle: Eigene Darstellung.

Ein Punktesystem könnte beispielsweise folgendermaßen aussehen:

- Je abgebautes Bett in einem geschlossenen Standort: 4 Punkte
- Je verlagertes Bett aus einem geschlossenen Standort: 2 Punkte
- Je abgebautes Bett in einem bestehenden Standort: 1 Punkt
- Je verlagertes Bett von einem bestehenden in einen anderen bestehenden Standort (reine Leistungskonzentration): 1 Punkt

Die beantragte Fördersumme kann anschließend ins Verhältnis zur erzielten Gesamtpunktzahl gesetzt werden. Dies erlaubt ein Ranking der Anträge nach der Kennzahl „beantragte Fördersumme je Punkt“. Je niedriger diese Kennzahl ist, desto höher ist der Rang in der Antragsliste. Damit besteht für den Antragsteller ein Anreiz, eine möglichst niedrige Fördersumme je Punkt zu beantragen. Aufgrund dieses Wettbewerbselements bei der Antragstellung kann der Krankenhausträger den Antrag direkt stellen. Es muss an Hand eines Erreichbarkeitsmaßes nur geprüft werden, ob die Versorgungssicherheit in der betroffenen Region bei Umsetzung der Strukturmaßnahme gewährleistet bleibt.¹⁰¹

Tabelle 21 schildert beispielhaft einen Fall, bei dem ein Krankenhausträger einen Standort mit 100 Betten schließen und dabei 50 der Betten an einen anderen verlagern möchte. Die anderen 50 Betten werden aufgegeben. Er beantragt dafür ein Fördervolumen von 13,5 Mio. €. Insgesamt erreicht er 300 Punkte bzw. 45 000 € je Punkt. Im zweiten Beispiel (Tabelle 22) strebt ein Krankenhausverbund eine Schwerpunktbildung an und möchte dazu Fachabteilungen an einzelnen Standorten konzentrieren, wozu insgesamt 250 Betten verschoben werden sollen. Außerdem beabsichtigt er parallel, 50 Betten aufzugeben. Er beantragt ein Fördermittelvolumen von 21 Mio. €. Bei 300 erzielten Punkten sind das 70 000 € je Punkt. Im dritten Beispiel (Tabelle 23) möchte ein Träger an allen seinen drei Standorten die Bettenkapazitäten um insgesamt 100 Betten reduzieren, wofür er 4,8 Mio. € beantragt, d.h. 48 000 € je Punkt.

Tabelle 21

Beispiel 1 eines Antrags zum Strukturfonds 2.0

Krankenhausträger mit Schließung	Status quo	Ziel
Anzahl Standorte	3	2
Anzahl Betten		
Standort 1	250	300
Standort 2	250	250
Standort 3	100	0
Beantragtes Volumen in Mio. €		13,5

Bewertung	Betten	Punkte
Abgebautes Bett in geschlossenem Standort	50	200
Verlagertes Bett aus geschlossenem Standort	50	100
Abgebautes Bett in bestehendem Standort	0	0
Verlagertes Bett von besteh. in besteh. Standort	0	0
Summe		300
Beantragtes Volumen in € je Punkt		45.000 €

Quelle: Eigene Berechnungen.

¹⁰¹ Wenn nein, wäre ein Sicherstellungszuschlag zu beantragen.

Tabelle 22

Beispiel 2 eines Antrags zum Strukturfonds 2.0

Krankenhausträger mit Schwerpunktbildung durch Verlagerung von Abteilungen							
Anzahl Betten	Standort 1	Standort 2	Standort 3	Standort 4	Standort 5	Abbau	Status quo
Standort 1	780					15	795
Standort 2		330	50			15	395
Standort 3		80	300	20			400
Standort 4		30	30	180		10	250
Standort 5	20		20		150	10	200
Ziel	800	440	400	200	150	50	2.040
Beantragtes Volumen in Mio. €					21,0		

Bewertung	Betten	Punkte
Abgebautes Bett in geschlossenem Standort	0	0
Verlagertes Bett aus geschlossenem Standort	0	0
Abgebautes Bett in bestehendem Standort	50	50
Verlagertes Bett von besteh. in besteh. Standort	250	250
Summe		300
Beantragtes Volumen je Punkt	70.000 €	

Quelle: Eigene Berechnungen.

Tabelle 23

Beispiel 3 eines Antrags zum Strukturfonds 2.0

Krankenhausträger mit Bettenabbau	Status quo	Ziel
Anzahl Standorte	3	3
Anzahl Betten		
Standort 1	350	320
Standort 2	300	260
Standort 3	180	150
Beantragtes Volumen in Mio. €	4,8	

Bewertung	Betten	Punkte
Abgebautes Bett in geschlossenem Standort	0	0
Verlagertes Bett aus geschlossenem Standort	0	0
Abgebautes Bett in bestehendem Standort	100	100
Verlagertes Bett von besteh. in besteh. Standort	0	0
Summe		100
Beantragtes Volumen je Punkt	48.000 €	

Quelle: Eigene Berechnungen.

Demnach würde Beispiel 1 den höchsten Rang, Beispiel 3 den mittleren und Beispiel 2 den niedrigsten Rang erhalten. Die Verteilung der Strukturfondsmittel würde sich an diesen Rängen orientieren, falls es eine Übernachfrage nach den Mitteln geben sollte. Die hier angeführten Beispiele sollen die Vorgehensweise nur illustrieren. Sollte ein einheitlicher Kriterienkatalog für den Strukturfonds 2.0 in Frage kommen, müsste er ggf. in größerer Detailtiefe ausgearbeitet werden. Ferner sollte er nach einem Jahr Erfahrung anpassbar sein.

Der Strukturfonds 2.0 zielt nicht in erster Linie darauf ab, die Förderlücke zu schließen (Schaubild 44). Mittel- bis langfristig kann er aber durch die Optimierung der Krankenhausstrukturen den jährlichen Investitionsbedarf leicht reduzieren. Im weiter oben vorgestellten Modell der Soll-Struktur beträgt die Einsparung 200 Mio. €, d.h. der jährliche Bedarf würde von 5,4 Mrd. €

auf dann 5,2 Mrd. € sinken. Überdies sollten in optimierten Strukturen effizientere Betriebsabläufe möglich sein, sodass Betriebskosten sinken können. Gleichzeitig sollte der erreichbare höhere Spezialisierungsgrad die Ergebnisqualität steigern. Ferner sollte der Abbau von Krankenhauskapazitäten den Druck zur Deckung von Fixkosten über die Steigerung der Patientenzahlen lindern und mithin die Indikationsqualität verbessern. Der Strukturfonds 2.0 setzt allerdings keine Anreize, die intersektorale Zusammenarbeit auszubauen oder gezielt in die Digitalisierung zu investieren.

Schaubild 44

Erwartete Effekte des Vorschlags „Strukturfonds 2.0“

Effekte	Bewertung
Hauptziele	
1. Auskömm. & nachhaltige Investitionsfinanz.	Zum Teil indirekt über Reduktion Betriebs- und Investitionskosten
2. Erreichen der Soll-Struktur	Ja
Reduktion Betriebskosten	Ja, Investitionen aus dem Fonds sind effizienzsteigernd
Reduktion Investitionskosten	Ja, zu einem kleinen Teil
Verbesserung Ergebnisqualität	Ja, durch Konzentration und Spezialisierung
Verbesserung Indikationsqualität	Ja, durch Konzentration
Mittelbare Ziele: Förderung von ...	
Spezialisierung	Ja
intersektoraler Zusammenarbeit	Nein
Digitalisierung	Nein
Nebenbedingungen: Vermeidung von ...	
Windfall Profits für KH	Zum Teil, manche KH hätten auch ohne Unterstützung Strukturen optimiert
Monopolisierung	Nein
Verdrängungseffekten	Ja, durch Ko-Finanzierung und Halten des bestehenden Fördermittelvolumens
Wettbewerbsverzerrungen	Ja, weil Strukturfonds lange besteht, hat jeder Chance auf Mittelzuteilung
Ausbremsen von Innovatoren	Nein, Innovatoren mit eigenem Konzentrationsvorhaben werden ausgebremst

Quelle: Eigene Darstellung.

Darüber hinaus sind einige Nebenwirkungen zu erwarten. Grundsätzlich sind Investitionen, um einen defizitären Standort zu schließen oder Kapazitäten zu bündeln und dadurch mittelfristig die Betriebskosten zu reduzieren, in dem ureigenen Interesse eines jeden Unternehmens. Im Krankenhausbereich können aber lokalpolitische Zwänge und die Schwierigkeit, an ausreichend Investitionsmittel zu gelangen, dazu führen, dass solche effizienzsteigernden Investitionen ausbleiben. Dem einen oder anderen Krankenhaus gelingt es allerdings trotzdem, diese Hürden zu nehmen und aus eigener Kraft zu investieren. Solche Häuser würden also auch ohne einen Strukturfonds eine Strukturoptimierung durchführen. Es käme in diesem Fall zu Mitnahmeeffekten. Aus Gründen der Gleichbehandlung aller Träger sollten diese aber in Kauf genommen werden. Auftreten könnten jedoch Wettbewerbsverzerrungen, wenn ein Antragsteller eine Förderung erhält, ein benachbarter Antragsteller dagegen nicht. Bei einem einfachen und transparenten Kriterienkatalog – wie das oben vorgeschlagene Punktesystem – hätte allerdings jeder Antragsteller die gleichen Chancen auf Zuteilung von Fördermitteln. Da außerdem der Strukturfonds 2.0 über viele Jahre laufen würde, würde sich die Chance anders als im derzeitigen Strukturfonds wiederholen, was Wettbewerbsverzerrungen reduziert.

Allerdings könnten Innovatoren mit eigenen Konzentrationsvorhaben, die nicht den festgelegten Zielen des Strukturfonds entsprechen, ausgebremst werden, indem sie ihr ursprünglich geplantes Konzentrationsvorhaben aufgeben und stattdessen auf die Ziele des Strukturfonds hin ausrichten. Dieser vermutlich nur geringe Nebeneffekt sollte in Kauf genommen werden. Denkbar sind außerdem regionale Monopole, wenn es zu erheblichen Verlagerungen von Kapazitäten aus einer Region kommt. Da das Kartellamt nur Fusionen oder Übernahmen prüft, nicht aber Schließungen bzw. Verlagerungen von Leistungssegmenten innerhalb eines Verbundes, können langfristig bei Strukturoptimierungen vereinzelt regionale Monopole entstehen.

Schließlich ist nicht davon auszugehen, dass die Länder mit dem Strukturfonds 2.0 ihr bisheriges Fördermittelvolumen absenken. Voraussetzung für die Inanspruchnahme der Mittel des Fonds sind das Halten ihres bestehenden Fördermittelvolumens, die Ko-Finanzierung und für alle bundesweit einheitliche Bewertungskriterien.

Der Vorschlag der (befristeten) Fortführung des bestehenden Strukturfonds ist rechtlich umsetzbar. Demnach gelten dieselben Vorgaben, welche bereits bei der ursprünglichen Einführung des Strukturfonds mit dem Krankenhausstrukturgesetz zu beachten waren. Bei diesen handelt es sich im Einzelnen um folgende Vorgaben.

Die Abrufung der Mittel durch die Länder beruht auf freiwilliger Basis. Insoweit können die Länder Anträge auf Auszahlung der Fördermittel beim Bundesversicherungsamt (BVA) bis zu einer bestimmten Frist stellen. Das BVA ist sodann auch für die Zuweisung der Mittel zuständig. In den §§ 12-15 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes wird die Einrichtung eines Strukturfonds zur Verbesserung der Strukturen in der Krankenhausversorgung entsprechend festgelegt. Gelder aus dem Fonds werden nur bereitgestellt, wenn die Länder, ggf. gemeinsam mit dem Träger der zu fördernden Einrichtung, mindestens 50 Prozent der förderungsfähigen Kosten des Vorhabens tragen und einheitlich definierte Kriterien nach einem Punktesystem erfüllen. Die Mindestinvestitionsförderung durch die Länder ist einzuhalten. Die Entscheidung darüber, welche Vorhaben gefördert werden sollen, trifft das Land im Einvernehmen mit den Krankenkassenverbänden (einheitlich und gemeinsam).

Gleichwohl sind bei einer Umstellung der Finanzierung von Mitteln aus dem Gesundheitsfonds der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf Steuermittel des Bundes die Voraussetzungen für Finanzhilfen nach Art. 104b GG zu berücksichtigen. Denn auch hierbei handelt es sich um eine Mitfinanzierung der Investitionskosten der Länder, sodass der Anwendungsbereich des Art. 104b GG eröffnet ist. Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten kann auf die diesbezüglichen Ausführungen im Rahmen des ersten Vorschlags verwiesen werden. Insbesondere ist wiederum darauf zu achten, dass der Vorschlag lediglich als befristete Maßnahme durchzuführen ist nach Art. 104b Abs. 2 S. 5 GG.

Soweit bundesweit einheitliche Kriterien festgelegt werden sollen, besteht wiederum die Frage nach der Zulässigkeit derartiger Kompetenzzuweisungen. Dies darf jedenfalls nicht dazu führen, dass die den Ländern in der Krankenhausplanung originär zugesprochenen Kompetenzen zu Gunsten des Bundes verschoben werden. Dem wird wiederum durch den Umstand begegnet, dass die Länder nicht zu Abrufung der Mittel verpflichtet sind. Vielmehr erfolgt eine Auszahlung der Fördermittel lediglich auf Antrag nach einheitlich definierten Kriterien in Form eines Punktesystems.

Unter der Voraussetzung, dass die Evaluation des derzeitigen Strukturfonds durch das Bundesversicherungsamt zu einem positiven Urteil gelangt, empfehlen wir den Strukturfonds 2.0. Der große Vorteil des Strukturfonds ist die Voraussetzung, Strukturen zu optimieren. Damit kann es langfristig zu niedrigeren Betriebs- und Investitionskosten kommen sowie zu einer höheren Versorgungsqualität.

5.6.2.2. Ergänzender Strukturfonds bei Umstellung auf Investitionspauschalen

Mit der Erarbeitung von Investitionspauschalen durch das InEK wurde die Umstellung der Investitionsförderung auf Pauschalen unterstützt. Einige Länder haben inzwischen auf Pauschalen

umgestellt, andere ihre bisherige Fördersystematik beibehalten.¹⁰² Ein wesentlicher Vorteil von Investitionspauschalen liegt darin, dass die knappen Mittel effizienter verwendet werden. Die Eigenverantwortung des Krankenhauses nimmt zu, es kommt nicht zu einer „Übertreibung“ der Kosten wie bei einer Antragsförderung und eine regionalpolitisch motivierte Mittelvergabe würde entfallen. Der Bund würde somit mehr Effizienz bei Investitionen schaffen – ähnlich wie bei der qualitätsorientierten Förderung, bei der das Ziel „mehr Qualität“ ist.

Um einen Anreiz zum Umstieg auf Investitionspauschalen zu schaffen, würde der Bund zusätzliche Investitionsmittel für Länder bereitstellen, die auf Pauschalen umgestiegen sind. Im vorliegenden Vorschlag (Schaubild 45) stellt allein der Bund die Mittel für die Fortführung des Strukturfonds zur Verfügung, jedoch nur in der Höhe von 45% der Summe der pauschalen Fördermittel eines Landes. Die landesspezifische Ausstattung des Strukturfonds hängt damit erstens davon ab, wie großzügig ein Land bislang Investitionsmittel zur Verfügung gestellt hat und zweitens welchen Anteil davon pauschale Mittel ausmachen. Wenn sämtliche Mittel aller Länder pauschal verteilt würden (2,8 Mrd. €), würde der Strukturfonds mit 1,26 Mrd. € aus Bundesmitteln gespeist werden. Dies ist ausreichend, um in acht Jahren den Übergang zur Soll-Struktur zu finanzieren. Länder mit einem hohen Anteil an oder ausschließlich pauschalen Fördermitteln erhalten damit gleichzeitig einen ergänzenden Fonds an die Hand, um einmalige Strukturanpassungen finanzieren zu können.

Schaubild 45

Ergänzender Strukturfonds bei Umstellung auf Investitionspauschalen

h) Bund stellt für Länder, die auf **Investitionspauschalen** umstellen oder bereits umgestellt haben, einen ergänzenden Strukturfonds in Höhe von 45% der Summe aller pauschalen Fördermittel zur Verfügung; wenn alle Länder umstellen (2,8 Mrd. €) → **Kosten max. 1,26 Mrd. € p.a.**

1	Ziele?	Umstellung auf Investitionspauschalen, um Vorteile der Monistik zu realisieren Erreichen der Soll-Struktur
2	Art von Investitionen?	Konzentration von Kapazitäten
3	Für wen?	Alle Plankrankenhäuser
4	Wie verteilen?	Strukturfondsmittel auf Antrag nach einheitlich definierten Kriterien (Punktesystem)
5	Wie lange?	Auf 8 Jahre
6	Wer finanziert?	Bundesmittel
7	Voraussetzung?	Umstellung auf Investitionspauschalen der Ländermittel zur Erhöhung der Investitionseffizienz Bundesweit einheitlicher Kriterienkatalog für Strukturfondsanträge
8	Nebeneffekte?	Kaum Verdrängung der Länderfördermittel zu erwarten
9	Rechtliche Umsetzbarkeit?	Ja, ggf. weitergehende Prüfung notwendig

Quelle: Eigene Darstellung.

Die Vor- und Nachteile sind vergleichbar zu jenen der Vorschläge (b1) und (g) und werden daher an dieser Stelle nicht nochmals ausgeführt (Schaubild 46). Ein erwähnenswerter zusätzlicher Vorteil dieses Vorschlags ist, dass Länder mit einer rein pauschalen Investitionsförderung trotzdem einen (zeitlich befristeten) Finanzierungstopf erhalten, um gezielt Strukturanpassungen finanzieren zu können. Ein Nachteil ist, dass möglicherweise Länder mit einem hohen Bedarf an Strukturoptimierung nur geringe landesspezifische Strukturfondsmittel zugewiesen

¹⁰² Vgl. hierzu Tabelle 2 in Abschnitt 2.1.

bekämen, weil sie trotzdem nicht auf Pauschalen umsteigen wollen und Strukturanpassungen ohnehin nicht anstreben. Damit könnte die Wirkung dieses Vorschlags zu einem großen Teil verpuffen.

Schaubild 46

Erwartete Effekte des Vorschlags „ergänzender Strukturfonds bei Umstellung auf Investitionspauschalen“

Effekte	Bewertung
Hauptziele	
1. Auskömml. & nachhaltige Investitionsfinanz.	Zum Teil indirekt über Reduktion Betriebs- und Investitionskosten
2. Erreichen der Soll-Struktur	Ja
Reduktion Betriebskosten	Ja, Investitionen aus dem Fonds sind effizienzsteigernd und Monistik regt betriebskostensenkende Investitionen an
Reduktion Investitionskosten	Ja, zu einem kleinen Teil, Monistik regt außerdem höhere Investitionseffizienz an
Verbesserung Ergebnisqualität	Ja, durch Konzentration und Spezialisierung
Verbesserung Indikationsqualität	Ja, durch Konzentration
Mittelbare Ziele: Förderung von ...	
Spezialisierung	Ja
intersektoraler Zusammenarbeit	Nein
Digitalisierung	Nein
Nebenbedingungen: Vermeidung von ...	
Windfall Profits für KH	Zum Teil, manche KH hätten auch ohne Unterstützung Strukturen optimiert
Monopolisierung	Nein
Verdrängungseffekten	Ja, durch Anknüpfung des Strukturfonds an Höhe pauschaler Fördermittel
Wettbewerbsverzerrungen	Ja, weil Strukturfonds lange besteht, hat jeder eine Chance auf Mittelzuteilung
Ausbremsen von Innovatoren	Nein, Innovatoren mit eigenem Konzentrationsvorhaben werden ausgebremst

Quelle: Eigene Darstellung.

Die rechtliche Umsetzbarkeit der Zurverfügungstellung eines ergänzenden Strukturfonds in Höhe von 50 Prozent der Summe der Investitionspauschalen durch den Bund für alle Länder, die ihr derzeitiges Fördervolumen auf Investitionspauschalen umstellen oder bereits umgestellt haben, ist möglich. Auch bei diesem Vorschlag handelt es sich um Finanzhilfen des Bundes, deren Zulässigkeit sich nach Art. 104b Abs. 1 GG richtet, sodass auf die Ausführungen zu dem ersten Vorschlag verwiesen werden kann. Auch bei diesem Vorschlag liegen die Voraussetzungen dem Grunde nach vor. Es ist auch hier aufgrund des Art. 104b Abs. 2 S. 5 GG lediglich eine befristete Förderung möglich. Zudem sind die Länderkompetenzen durch die den Ländern zustehende Entscheidung, ihr Fördervolumen auf die Investitionspauschalen umzustellen, gewahrt. Nach hiesiger Bewertung ist die Ausübung einer negativen Teilnahmeentscheidung durch einzelne Bundesländer auch nicht geeignet, die Vorgaben des Art. 104b Abs. 1 GG zu unterlaufen, da der Zweck der Finanzhilfen grundsätzlich bestehen bleibt.

Wir empfehlen, zuerst zu eruieren, inwieweit die Länder diesem Vorschlag folgen würden. Im Zweifel empfehlen wir nicht die Umsetzung dieses Vorschlags.

5.6.2.3 Digital Boost

Eine Kritik am deutschen Gesundheitswesen ist sein mangelnder Grad an Digitalisierung (siehe zum Beispiel Amelung et al. 2016). Der Vorschlag „Digital Boost“ sieht vor, Investitionen in die Digitalisierung gezielt durch ein zeitlich befristetes Investitionsprogramm von acht Jahren zu fördern. Das Ziel ist eine zeitgemäße IT-Infrastruktur und Vernetzung der Krankenhäuser zu ermöglichen, wie sie in anderen Ländern bereits heute vorhanden ist. Dänemark sieht beispielsweise vor, dass 20% der Investitionen in neue Krankenhausstrukturen für IT und Logistik zur Verfügung stehen sollen (Danish Ministry of Health 2016). Bezogen auf den jährlichen Investitionsbedarf von 5,4 Mrd. € für Deutschland wären dies 1,08 Mrd. €. Der Bund könnte dazu 720 Mio. € jährlich beitragen, ergänzt um eine Ko-Finanzierung der Länder von 50% auf die

Bundesmittel, d.h. 360 Mio. €. Die Mittel würden nur für den Ausbau der digitalen Infrastruktur der Plankrankenhäuser bereitgestellt (Schaubild 47). Dabei ist Voraussetzung, dass die Länder ihr bisheriges Fördermittelvolumen nicht absenken. Bei einem Förderzeitraum von beispielsweise acht Jahren ergäben sich insgesamt 8,6 Mrd. € zusätzliche Fördermittel. Von Seiten der Krankenhäuser in Deutschland wurde das notwendige Fördervolumen für IT-Investitionen auf rund 11 Mrd. € über den Zeitraum der nächsten sieben Jahre geschätzt (VKD 2016).

Schaubild 47

Digital Boost

i) Zeitlich befristetes Investitionsprogramm (z.B. 8 Jahre) von 720 Mio. € p.a. Bundesmittel mit Ko-Finanzierung der Länder +50 % (on top ihres heutigen Fördervolumens) für Auf- und Ausbau moderner Technologien in KH (z.B. IT-Infrastruktur, Telemedizin, Robotik, Interoperabilität, digitale Interaktion mit Patienten)⁽¹⁾

1	Ziele?	Reduktion der Investitionslücke im Bereich „Digitalisierung“
2	Art von Investitionen?	Digitale Infrastruktur für betriebsübergeordnete Aufgaben gemäß Kriterienkatalog Nicht für allgemeine IT-Ausstattung der KH
3	Für wen?	Alle Plankrankenhäuser
4	Wie verteilen?	Auf Antrag, bei Erfüllung der Kriterien mit gleichen Chancen für alle Krankenhäuser – aber mit struktureller Komponente (z.B. Vorrang für Breitbandanschluss / Telemedizin in ländlichen Regionen)
5	Wie lange?	Begrenzt, z.B. auf 8 Jahre
6	Wer finanziert?	Mittel des Bundes und der Länder (Förderung IT-Sicherheit über BMI?)
7	Voraussetzung?	Bundesweit einheitlicher Kriterienkatalog
8	Nebeneffekte?	Bei unscharfer Definition der Kriterien, mögliche Mitnahmeeffekte der Krankenhäuser bei IT-Investitionen zur Reduktion der Betriebskosten
9	Rechtliche Umsetzbarkeit?	Ja, soweit keine vorrangigen Regelungen bestehen

Quelle: Eigene Darstellung.

Das hier vorgeschlagene Förderprogramm zielt dabei speziell auf Digitalisierungsmaßnahmen ab, die einen externen Nutzen generieren, der vom Krankenhaus nicht oder nicht vollständig internalisiert werden kann. Dagegen sollten Maßnahmen, die rein dazu dienen, die internen Betriebsprozesse durch Digitalisierung zu verbessern, nicht durch zusätzliche Investitionsmittel gefördert werden. Solange keine vollständige Schließung der Förderlücke erreicht wird und eigenfinanzierte Investitionen weiterhin stattfinden, sollten solche Investitionsmaßnahmen mit einem rein betrieblichen Nutzen allein aus Eigeninteresse des Betriebs erfolgen. Eine zusätzliche Förderung würde hier zu Wettbewerbsverzerrungen führen und diejenigen Krankenhäuser benachteiligen, die sich in der Vergangenheit schon fortschrittlich aufgestellt haben.

Unter die zu fördernde digitale Infrastruktur für betriebsübergeordnete Aufgaben sollten beispielweise die Ausstattung für telemedizinische Maßnahmen, die Schaffung von Interoperabilität bei elektronischem Datenaustausch oder die digitale Interaktion mit Patienten fallen. Zusätzlich könnten auch neuartige Risikoprojekte¹⁰³ gefördert werden, deren interner Nutzen nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit realisiert werden kann. Zur Abgrenzung der förderfähigen von nicht-förderfähigen Maßnahmen im Bereich der Digitalisierung ist ein bundesweit ein-

¹⁰³ Hierbei ist eine Abgrenzung zur Förderung durch den Innovationsfonds zu beachten.

heitlicher Kriterienkatalog zu erarbeiten. Nach Experteneinschätzung¹⁰⁴ ist eine Förderung vor allem für folgende Bereiche der Digitalisierung notwendig und sinnvoll:

- Bereitstellung und Betrieb von Breitband-Internetzugängen für Krankenhäuser. In der Regel ist derzeit eine Anschluss-Bandbreite mit mindestens 100 Mbit/s für aktuelle Anforderungen erforderlich. Dies stellt einen nicht unerheblichen Kostenfaktor für die Krankenhäuser dar. Daher sollte diskutiert werden, ob die Finanzierung der entstehenden Kosten für die Bereitstellung unabhängig von Krankenhausinvestitionsförderprogrammen oder im Rahmen von allgemeinen Fördertöpfen für Infrastrukturmaßnahmen finanziert werden sollen.
- Apparative Ausstattung im Krankenhaus für telemedizinische Anbindung an spezialisierte Versorgungszentren und integrierte Versorgungskonzepte.
- Aufbau einer einheitlichen Telematikinfrastruktur zur besseren Vernetzung und für die Interoperabilität im Rahmen des E-Health-Gesetzes. Auch wenn der Telematikzuschlag nach § 291 Abs. 7a SGB V bereits einen ersten, wichtigen Finanzierungsaufschlag bietet, zeigt die Empirie, dass insbesondere die Interoperabilität noch nicht gegeben ist und v.a. die klinischen Prozesse und die Investition in Humankapital noch nicht ausreichend (finanziert) sind, um von einer einheitlichen Telematikversorgungsstruktur sprechen zu können.
- Erhöhung der IT-Sicherheit für Krankenhäuser, die zur „kritischen Infrastruktur“ (nach §8a BSIG) zählen, z.B. technische Datensicherungssysteme, IT-Sicherheitsmanagement nach ISO 27001, etc. Dies betrifft etwa 80 bis 110 Krankenhäuser in Deutschland.¹⁰⁵

Vorrang sollten dabei Anträge zur besseren Anbindung von ländlichen Regionen an Zentren haben, zum Beispiel über Breitbandanschluss und Aufbau von Telemedizin. Bei unscharfer Abgrenzung der förderfähigen Maßnahmen sind Mitnahmeeffekte der Krankenhäuser für IT-Investitionen zu befürchten, die ausschließlich betriebsinternen Zwecken dienen.

Schaubild 48 stellt die erwarteten Effekte des „Digital Boost“ dar. Der Vorschlag kann die Förderlücke nicht schließen. Er entlastet nur bei Investitionen im Bereich der IT und Digitalisierung mit positiven externen Effekten. Ebenso wenig findet dadurch eine Annäherung an die Soll-Struktur statt und wird damit der Investitionsbedarf gesenkt. Die Indikationsqualität kann möglicherweise durch verbesserte telemedizinische Anbindung erhöht werden. Zusätzlich sind positive Effekte auf die Ergebnisqualität und die Höhe der Betriebskosten zu erwarten. Von den mittelbaren Zielen wird die „Digitalisierung“ gefördert und ggf. die intersektorale Zusammenarbeit, wenn sich die Interoperabilität erhöht. Negative Nebeneffekte sind nicht zu erwarten, außer wenn Innovatoren innovative, aber möglicherweise nicht förderfähige Ideen im Bereich der Digitalisierung nicht umsetzen, weil sie stattdessen lieber auf förderfähige Projekte setzen.

¹⁰⁴ Angaben von Prof. Dr. med. Siegfried Jedamzik (TH Deggendorf, Bayerische Telemed-Allianz).

¹⁰⁵ Ggf. wären solche Maßnahmen jedoch vom Bundesministerium des Inneren zu fördern.

Schaubild 48

Erwartete Effekte des Vorschlags „Digital Boost“

Effekte	Bewertung
Hauptziele	
1. Auskömmll. & nachhaltige Investitionsfinanz.	Zum Teil Entlastung bei Investitionen im Bereich Digitalisierung mit externem Nutzen
2. Erreichen der Soll-Struktur	Nein
Reduktion Betriebskosten	Ja, wenn Digitalisierung hierbei hilfreich
Reduktion Investitionskosten	Nein
Verbesserung Ergebnisqualität	Ja, wenn Digitalisierung hierbei hilfreich
Verbesserung Indikationsqualität	Nein
Mittelbare Ziele: Förderung von ...	
Spezialisierung	Nein
intersektoraler Zusammenarbeit	Ja, wenn Interoperabilität gefördert wird
Digitalisierung	Ja
Nebenbedingungen: Vermeidung von ...	
Windfall Profits für KH	Ja, wenn Vergabekriterien klar definiert sind
Monopolisierung	Ja
Verdrängungseffekten	Ja
Wettbewerbsverzerrungen	Ja, wenn während der Programmdauer alle KH gleiche Chancen haben
Ausbremsen von Innovatoren	Nein, manche Innovatoren könnten selbst ggf. interessantere Projekte stemmen

Quelle: Eigene Darstellung.

Die rechtliche Umsetzbarkeit des zeitlich befristeten Investitionsprogramms für den Auf- und Ausbau moderner Technologien in Krankenhäuser, wie beispielsweise die IT-Infrastruktur, die Robotik, die digitale Interaktion mit Patienten u.ä., ist grundsätzlich leichter als in anderen Bereichen. So sieht Art. 91c GG vor, dass der Bund und die Länder bei Planung, Errichtung und Betrieb der für ihre Aufgabenerfüllung benötigten informationstechnischer Systeme zusammenwirken. Die Norm soll eine verfassungsrechtliche Grundlage für die Zusammenarbeit von Bund und Ländern in der Informationstechnik schaffen.¹⁰⁶ Allerdings ist die Beurteilung der rechtlichen Umsetzbarkeit stets davon abhängig, ob bereits vorrangige Regelungen bestehen. So bestehen für den Bereich der Telematik bereits die Sonderzuweisungen nach § 291 a Abs. 7 SGB V, § 2 Nr. 2 KHG. Hier wäre also bei der Konkretisierung der Fördermaßnahmen darauf zu achten, welche Informationstechnologien dies betreffen soll.

Aufgrund der derzeit noch geringen Erfahrungswerte mit passenden Kriterien zur Abgrenzung von förderfähigen von nicht-förderfähigen Projekten würden wir zunächst nur eine abgespeckte Version des Digital Boost mit einem jährlichen Volumen von 510 Mio. € (340 Mio. Bund und 170 Mio. Länder) über einen Zeitraum von acht Jahren empfehlen. Damit kann diese Maßnahmen erst evaluiert werden. Eine Entscheidung über ihre Ausweitung sollte auf Basis der Evaluationsergebnisse erfolgen.

5.6.2.4 Sektorenübergreifende (Notfall-)Versorgung

Aufgrund der sektoralen Vergütungsstruktur in Deutschland findet eine patientenzentrierte sektorenübergreifende Versorgung nur sehr eingeschränkt statt. Mit zeitlich befristeten ergänzenden Fördermitteln könnten gezielt Investitionen in den Aufbau von sektorenübergreifenden Versorgungsangeboten gelenkt werden. Analog zum „Digital Boost“ würden hierfür jährlich 720 Mio. € aus Bundesmitteln und 360 Mio. € ko-finanziert durch die Länder für einen Zeitraum von acht Jahren zur Verfügung gestellt (Schaubild 49). Förderfähig wären nur Investitionen, die

¹⁰⁶ Gröpl in Mauz/Dürig, Kommentar zum GG, Art. 91c Rn. 1.

Schaubild 49

Sektorenübergreifende Versorgung

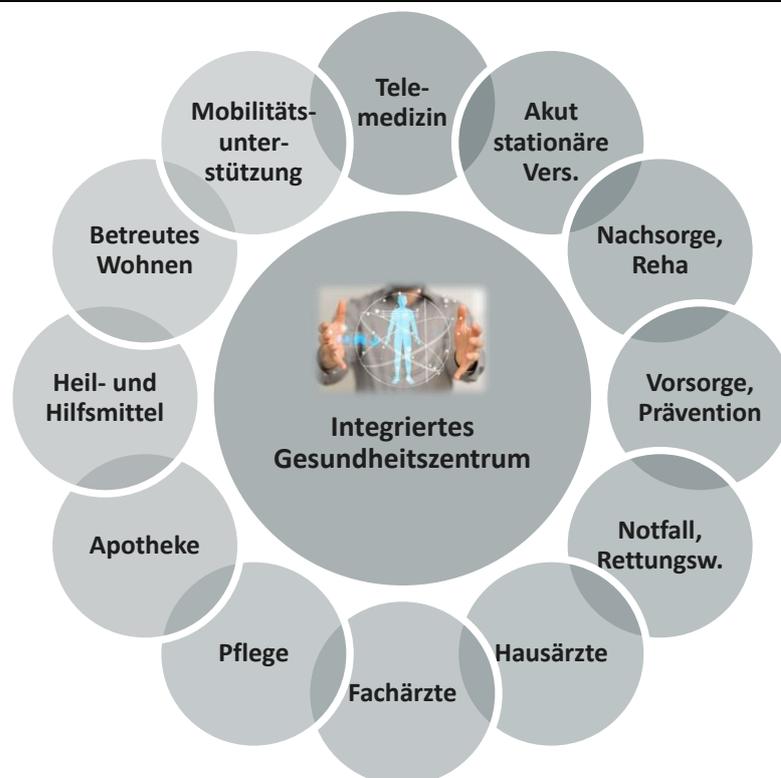
k) Zeitlich befristetes Investitionsprogramm (z.B. 8 Jahre) in Höhe von 720 Mio. € p.a. Bundesmittel mit Ko-Finanzierung der Länder +50 % % (on top ihres heutigen Fördervolumens) für den Auf- und Ausbau sektorenübergreifender Versorgungsangebote⁽¹⁾

1	Ziele?	Reduktion der Investitionslücke im Bereich sektorenübergreifender Versorgung, insbesondere auch Notfallversorgung
2	Art von Investitionen?	Sektorenübergreifende Versorgungsangebote, Kriterienkatalog zu definieren
3	Für wen?	Alle Plankrankenhäuser
4	Wie verteilen?	Auf Antrag, jedoch derart, dass während der Dauer des Investitionsprogramm gleiche Chancen für alle Krankenhäuser bestehen – aber: Vorrang der integrierten Notfallversorgung in ländlichen Regionen
5	Wie lange?	Begrenzt, z.B. auf 8 Jahre
6	Wer finanziert?	Mittel des Bundes und der Länder
7	Voraussetzung?	Bundesweit einheitlicher Kriterienkatalog
8	Nebeneffekte?	Wettbewerbsverzerrung im ambulanten Bereich
9	Rechtliche Umsetzbarkeit?	Ja

Quelle: Eigene Darstellung.

Schaubild 50

Beispiel „integriertes Gesundheitszentrum“



Quelle: Eigene Darstellung.

zu sektorenübergreifenden Versorgungsangeboten führen, beispielsweise ein integriertes Gesundheitszentrum (Schaubild 50), ein integriertes Notfallzentrum mit KV-Bereitschaftsdienst

oder telemedizinische Portalkliniken. Dazu ist ein bundesweit einheitlicher Kriterienkatalog zu definieren. Anträge können alle Plankrankenhäuser stellen. Vorrang sollten Anträge zum Aufbau einer sektorenübergreifenden Notfallversorgung haben, weil dort derzeit der größte Handlungsbedarf besteht.

Grundsätzliches Problem bei dieser Art der Investitionsförderung ist, dass es im ambulanten Bereich keine duale Finanzierung gibt. Dies hat zur Folge, dass über diese Maßnahme geförderte Krankenhäuser im investiven Bereich einen Wettbewerbsvorteil gegenüber den herkömmlichen ambulanten Anbietern haben. Es würde zu Wettbewerbsverzerrungen kommen. Ansonsten sind keine gravierenden Nebeneffekte zu erwarten (Schaubild 51). Zum Teil wird die Förderlücke reduziert. Möglicherweise können auch die Betriebskosten gesenkt werden, wenn ambulante und stationäre Leistungen sich bestehende Fixkosten gemeinsam besser teilen können. Sowohl die Ergebnis- als auch die Indikationsqualität sollte durch die sektorenübergreifende Versorgung gesteigert werden können, insbesondere wenn auch eine stärkere Ambulantisierung der Leistungen erreicht wird. Hinsichtlich der stationären Kapazitäten wird allerdings die Soll-Struktur nicht besser erreicht und es kann der Investitionsbedarf nicht reduziert werden. Auch werden keine Anreize zur Spezialisierung oder Digitalisierung gesetzt.

Schaubild 51

Erwartete Effekte des Vorschlags „sektorenübergreifende Versorgung“

Effekte	Bewertung
Hauptziele	
1. Auskömmll. & nachhaltige Investitionsfinanz.	Zum Teil Entlastung bei einem Teil der Investitionen
2. Erreichen der Soll-Struktur	Nein, wenn bezogen auf stationäre Strukturen; ja, wenn sektorenübergreifend
Reduktion Betriebskosten	Ja, Fixkosten können auf breitere Basis gestellt werden
Reduktion Investitionskosten	Nein
Verbesserung Ergebnisqualität	Ja
Verbesserung Indikationsqualität	Ja, wenn eine stärkere Ambulantisierung erreicht werden kann
Mittelbare Ziele: Förderung von ...	
Spezialisierung	Nein
intersektoraler Zusammenarbeit	Ja
Digitalisierung	Nein
Nebenbedingungen: Vermeidung von ...	
Windfall Profits für KH	Ja, wenn Vergabekriterien klar definiert sind
Monopolisierung	Ja
Verdrängungseffekten	Ja
Wettbewerbsverzerrungen	Ja, wenn während der Programmdauer alle KH gleiche Chancen haben
Ausbremsen von Innovatoren	Nein, manche Innovatoren könnten selbst ggf. interessantere Projekte stemmen

Quelle: Eigene Darstellung.

Der Vorschlag ist rechtlich umsetzbar, weil er zeitlich befristet ist und auf einer freiwilligen Beteiligung der Länder beruht. Allerdings ist im Rahmen der Umsetzung noch zu konkretisieren, was im Einzelnen gefördert werden soll. Hierbei können sich sodann Probleme bei der rechtlichen Umsetzbarkeit ergeben. Dies gilt vor allem in Anbetracht der unterschiedlichen rechtlichen Vorgaben in den verschiedenen Sektoren und den häufig unterschiedlichen Interessenlagen. Es sollte daher vorab ein breiter Konsens zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern über die zu fördernden Investitionen herbeigeführt werden, da eine Betrachtung der vergangenen Gesetzgebung ein häufiges Vor und Zurück des Gesetzgebers ergibt, der auf der einen Seite versucht hat, die Sektorengrenzen zur Verbesserung der Versorgung einzuebnen, um dann auf der anderen Seite durch gesetzgeberische Tätigkeit an anderer Stelle die Freiräume wieder einzuengen (vgl. beispielsweise aktuell die unbeabsichtigten Auswirkungen des Antikorruptionsgesetzes im Gesundheitswesen, die durch die Verwendung undefinierter Rechtsbegriffe in der Praxis eine breite Verunsicherung unter den Leistungserbringern hinsichtlich der weiterhin erlaubten intersektoralen Kooperationsformen hervorgerufen haben).

Wegen der Problematik der Wettbewerbsverzerrung im ambulanten Bereich sowie der weiterhin bestehenden sektoralen Vergütung, mit der sektorenübergreifende Angebote zu kämpfen hätten, empfehlen wir diesen Vorschlag derzeit nicht generell. Aufgrund der aktuellen Brisanz der Notfallversorgung empfehlen wir aber den Vorschlag zumindest für den Bereich der sektorenübergreifenden Notfallversorgung in Erwägung zu ziehen.

Die derzeit mangelnde Verzahnung der ambulanten und stationären ärztlichen wie pflegerischen Versorgung führt im Status quo zu einer ganzen Reihe von Problemen, u.a. auch dazu, dass ambulant-sensitive Krankenhausfälle (ASK) über die Notaufnahmen aufgenommen werden. Daher sollte gerade auch in diesem Bereich durch neue sektorenübergreifende Angebote ein besseres Schnittstellenmanagement über die Sektorengrenzen hinweg erfolgen. Hierfür könnten ebenfalls 720 Mio. € Bundesmittel mit einer Ko-Finanzierung der Länder in Höhe von 360 Mio. € zur Verfügung gestellt werden, jedoch nur für die Dauer von vier Jahren, weil es sich nur um einen Teil der sektorenübergreifenden Versorgung handelt (Schaubild 52). Das Hauptziel wäre die Etablierung von prozessual und budgetär eigenständigen intersektoralen Notfallzentren (INZ) zur Vermeidung von Steuerungs- und Anreizproblemen (siehe auch Augurzky et al. 2017a und Schaubild 53). Dies wurde aktuell auch vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR)¹⁰⁷ in einem ähnlichen Modell vorgeschlagen.

Schaubild 52

Sektorenübergreifende Notfallversorgung

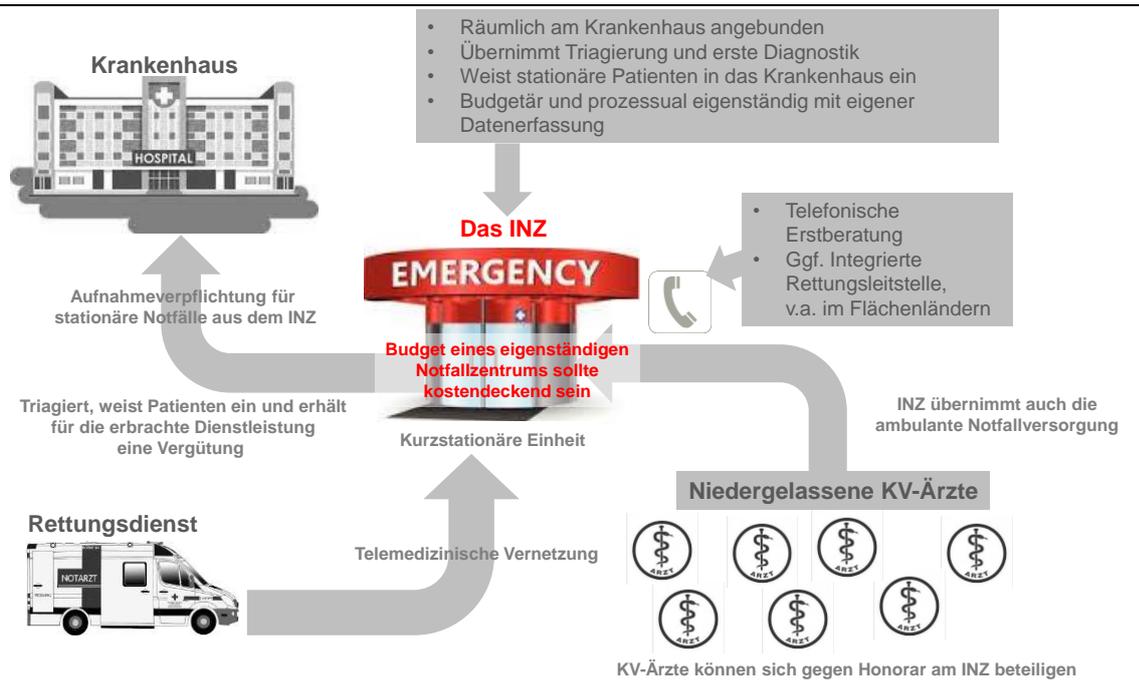
k2) Zeitlich befristetes Investitionsprogramm (z.B. 4 Jahre) in Höhe von 720 Mio. € p.a. Bundesmittel mit Ko-Finanzierung der Länder +50 % (on top ihres heutigen Fördervolumens) für den Auf- und Ausbau sektorenübergreifender Notfallzentren⁽¹⁾		
1	Ziele?	Etablierung von prozessual und budgetär eigenständigen, sektorenübergreifenden Notfallzentren zur Vermeidung von Steuerungs- und Anreizproblemen ⁽²⁾
2	Art von Investitionen?	Investitionen in bauliche und strukturelle Ausstattung der Intersektoralen Notfallzentren (INZ)
3	Für wen?	Alle notfallmedizinisch versorgungsrelevanten Plankrankenhäuser gemäß Notfallstufenkonzept des KHSG
4	Wie verteilen?	Auf Antrag, jedoch derart, dass während der Dauer des Investitionsprogramm gleiche Chancen für alle Krankenhäuser bestehen – aber: Vorrang der integrierten Notfallversorgung in ländlichen Regionen
5	Wie lange?	Begrenzt, z.B. auf 4 Jahre
6	Wer finanziert?	Mittel des Bundes und der Länder
7	Voraussetzung?	Bundesweit einheitlicher Kriterienkatalog für Ausgestaltung eines INZ
8	Nebeneffekte?	Wettbewerbsverzerrung im ambulanten Bereich
9	Rechtliche Umsetzbarkeit?	Ja

Quelle: Eigene Darstellung.

¹⁰⁷ SVR-Werkstattgespräch 2017 „Die Zukunft der Notfallversorgung in Deutschland“ vom 7.09.2017

Schaubild 53

Intersektorales Notfallzentrum



Quelle: Eigene Darstellung.

Ein intersektorales Notfallzentrum (INZ) ist dabei Anlaufpunkt für alle Notfallpatienten in einer Region. Idealerweise befindet sich ein INZ direkt im oder in der Nähe eines Krankenhauses. In begründeten Ausnahmefällen kann es auch räumlich vom Krankenhaus getrennte, eigenständige Notfallzentren geben, beispielsweise in ländlichen, unterversorgten Regionen. In diesem Fall muss aber die (logistische) Frage nach der Verlegungsmöglichkeit in die nächste stationäre Versorgung geregelt sein.

Das an einem Krankenhaus angesiedelte INZ sollte weitgehend prozessual und budgetär selbstständig agieren und sich selbst finanzieren. Dadurch wird die sektorale Trennung innerhalb der Notfallversorgung aufgelöst. Denkbar ist hierbei, dass die Verantwortung für die Gesamtheit des INZs den Krankenhäusern oder den Kassenärztlichen Vereinigungen übertragen werden oder dass die INZs einen spezifischen landesplanerischen Versorgungsauftrag erhalten. Die Höhe der zu finanzierenden Vorhaltekosten könnte sich nach der Notfallstufe richten, welche ein Notfallzentren-Plan ausweisen könnte. Unterschiedliche Notfallstufen sollten dabei mit unterschiedlichen Struktur- und Prozessanforderungen hinterlegt werden. Für genauere Details hierzu siehe auch Augurzky et al. (2017c).

Neben der Etablierung von sogenannten INZs ist allerdings parallel dazu auch der Abbau verzerrender sektoraler Vergütungsanreize, und – wie auch schon erwähnt – die Klärung der Zuständigkeiten ggf. durch eine Neuverteilung des Sicherstellungsauftrages sowie eine vereinfachte Patientensteuerung zu etablieren. Förderanträge können alle notfallmedizinisch versorgungsrelevanten Plankrankenhäuser gemäß Notfallstufenkonzept des KHSG stellen. Ein bundesweit einheitlicher Kriterienkatalog zur Bewertung der Anträge muss sicherstellen, dass alle Anbieter die gleichen Chancen haben. Vorrang sollte jedoch die integrierte Notfallversorgung in ländlichen Regionen haben. Aufgrund der geringen Investitionskosten der vorzuhaltenden Behandlungskapazitäten in (allgemeinärztlichen) Bereitschaftspraxen, welche sich auf unter 15.000 € pro Praxis p.a. belaufen dürften, sind die sich durch die unterschiedlichen Finanzierungssystemati-

ken (duale vs. monistische Finanzierung) im ambulanten Bereich zu erwartenden Wettbewerbsverzerrungseffekte als sehr gering einzuschätzen und können aufgrund der Dringlichkeit des Handlungsbedarfes im Bereich der Notfallversorgung vernachlässigt werden.

Aus rechtlicher Sicht ergeben sich keine grundsätzlichen Einschränkungen, da es sich letztlich nur um einen Unterfall des Vorschlages zur sektorenübergreifenden Versorgung handelt. Die dort genannten Voraussetzungen sind auch hier zu beachten. Schaubild 54 stellt die erwarteten Effekte des Vorschlags „sektorenübergreifende Notfallversorgung“ dar. Sie sind im Wesentlichen identisch zu den im Schaubild 51 genannten, allerdings beschränkt auf die Notfallversorgung. Wir würden empfehlen, diesen Vorschlag zunächst bei einem geringeren jährlichen Fördervolumen umzusetzen und zu evaluieren. Bei positiver Evaluation können die Mittel aufgestockt werden.

Schaubild 54

Erwartete Effekte des Vorschlags „sektorenübergreifende Notfallversorgung“

Effekte	Bewertung
Hauptziele	
1. Auskömml. & nachhaltige Investitionsfinanz.	Zum Teil Entlastung bei einem Teil der Investitionen
2. Erreichen der Soll-Struktur	Nein, wenn bezogen auf stationäre Strukturen; ja, wenn sektorenübergreifend
Reduktion Betriebskosten	Nein
Reduktion Investitionskosten	Nein
Verbesserung Ergebnisqualität	Ja, im Bereich der Notfallversorgung
Verbesserung Indikationsqualität	Ja, im Bereich der Notfallversorgung
Mittelbare Ziele: Förderung von ...	
Spezialisierung	Nein
intersektoraler Zusammenarbeit	Ja, im Bereich der Notfallversorgung
Digitalisierung	Nein
Nebenbedingungen: Vermeidung von ...	
Windfall Profits für KH	Ja, wenn Vergabekriterien klar definiert sind
Monopolisierung	Ja
Verdrängungseffekten	Ja
Wettbewerbsverzerrungen	Ja, wenn während der Programmdauer alle KH gleiche Chancen haben
Ausbremsen von Innovatoren	Nein, manche Innovatoren könnten selbst ggf. interessantere Projekte stemmen

Quelle: Eigene Darstellung.

5.6.3 Zusammenfassung und Empfehlung

Um die Substanz eines Unternehmens zu erhalten und insbesondere mit der technologischen Entwicklung mithalten zu können, bedarf es regelmäßiger Investitionen. Auf Basis von Jahresabschlussdaten aus dem Jahr 2015 kommen wir zu dem Ergebnis, dass jährlich etwa 5,4 Mrd. € zu investieren wären, um die bestehende Unternehmenssubstanz der Krankenhäuser in Deutschland halten zu können. Nach der „InEK-Methodik“ würde sich ein Bedarf von 6,5 Mrd. € ergeben. Will man auf Basis von best practice Benchmarks gar eine Soll-Substanz für alle Krankenhäuser erreichen, sind jährlich 6,6 Mrd. € zu investieren. Als best practice wurden hierbei die Krankenhäuser in den neuen Bundesländern gewählt.

Die Bundesländer, die für die Finanzierung der Investitionen zuständig sind, stellten 2015 – und auch in früheren Jahren – jedoch nur rund 2,8 Mrd. € pro Jahr zur Verfügung, sodass eine jährliche Förderlücke in Höhe von mindestens 2,6 Mrd. € entsteht. Zwar reduzieren die Krankenhäuser diese Lücke aus eigener Kraft durch eigenfinanzierte Investitionen. Es gelingt ihnen jedoch nicht, sie vollständig zu schließen. Infolgedessen ist mit einem schleichenden Substanzverzehr zu rechnen. Auch der Vergleich mit anderen Staaten weist auf eine geringe Investitionsaktivität in deutschen Krankenhäusern hin. Wenn man zur besseren Vergleichbarkeit der Werte die (geschätzten) Eigeninvestitionen der Krankenhäuser in Deutschland mit hinzurechnet, ergeben sich mit zuletzt rund 57 € pro Einwohner deutlich niedrigere Werte in Deutschland als in Däne-

mark (99 €), in der Schweiz (253 €), in Frankreich (2014: 89 €) oder in den Niederlanden (2014: 116 €).¹⁰⁸

Um die Krankenhausversorgung langfristig auf hohem Niveau gewährleisten zu können, sollte zumindest die gegenwärtige Kapitalausstattung der Krankenhäuser erhalten werden. Mindestens sollte also die jährliche Förderlücke von 2,6 Mrd. € geschlossen werden – auch mit Hilfe von Mitteln des Bundes bzw. durch die Beitragszahler in Abhängigkeit der bereitgestellten Landesmittel. Aus ordnungspolitischer Sicht sind Modelle, in denen die Investitionskosten in der Fallpauschalenvergütung berücksichtigt sind, wie z.B. in den Niederlanden und der Schweiz, vorteilhaft. Denn sie ermöglichen eine wettbewerbliche und leistungsbezogene Steuerung der Investitionen und reduzieren darüber hinaus Bürokratie.

Allerdings ist damit kein strukturell steuernder Eingriff über gezielte Investitionsmittelbereitstellung möglich. Bei der Investitionsfinanzierung mit Bundesmitteln sollte letzteres aber ein wichtiges Ziel neben der Reduktion der Förderlücke sein. Daher empfehlen wir grundsätzlich eine Koppelung der Mittel an konkrete Ziele wie zum Beispiel Strukturoptimierungen. Sie können durch direkte staatliche Steuerung und gezielte Vorgaben für die Investitionsmaßnahmen erfolgen wie im Beispiel Dänemark. Alternativ ist die Vorgabe klar definierter Auswahlkriterien für zielgerichtete Investitionsmittel möglich, um beabsichtigte Anpassungen zu erreichen wie in den Beispielen Australien und Frankreich; bei letzterem allerdings mit mangelhafter Ausführung.

Im Ergebnis sollten die Mittel eine effiziente, qualitativ hochwertige und bedarfsgerechte Leistungserbringung fördern und die Steuerung langfristig ausgerichtet sein. Vor diesem Hintergrund macht das vorliegende Gutachten verschiedene Vorschläge zur Schließung oder Reduktion der Förderlücke und wägt deren Vor- und Nachteile ab. Tabelle 24 fasst alle Vorschläge und ihre Bewertungen überblicksartig zusammen und stellt außerdem die Mittelherkunft je Vorschlag dar:

- a) Aufstockung mit Bundesmitteln über eine Investitionspauschale.
- b1) Bedingte Aufstockung von Landesmitteln mit Bundesmitteln: Für 1 € Aufwuchs der Ländermittel gibt der Bund 2 € als Investitionspauschale hinzu.
- b2) Bedingte Aufstockung von Krankenhausmitteln mit Bundesmitteln: Für 1 € eigenfinanzierte förderfähige Investitionen eines Krankenhauses gibt der Bund 1 € hinzu.
- c) (Ausfinanzierte) Monistik: Länder bringen ihre Fördermittel ein und der Bund stockt um 2,6 Mrd. € auf. Die gesamten Mittel werden anschließend nach InEK-Investitionspauschalen an Krankenhäuser verteilt.
- d) Zinslose Investitionskredite: Der Bund trägt die Zinsaufwendungen bei eigenfinanzierten Investitionen der Krankenhäuser.
- e) Vorsteuerabzugsvoucher: Keine Mehrwertsteuer auf Investitionsgüter, die Krankenhäuser erwerben.

¹⁰⁸ Als Einschränkung muss erwähnt werden, dass die Angaben für Deutschland keine Angaben über die Investitionen der Universitätskliniken enthalten, da hierzu keine verfügbaren Daten vorliegen. Aber auch die Investitionen der niederländischen Allgemeinkrankenhäuser, bei denen die Hochschulkliniken ebenfalls nicht enthalten sind, liegen deutlich über den Werten der deutschen Krankenhäuser.

- f) Investitionsmittel bei guter Qualität: Der Bund stellt einem Krankenhaus mit überdurchschnittlich guter Qualität (50% der Krankenhäuser) zusätzliche Investitionsmittel von 290 € je Casemixpunkt zur Verfügung.
- g) Strukturfonds 2.0: Fortführung des bestehenden Strukturfonds mit Anpassungen der Vergabekriterien.
- h) Ergänzender Strukturfonds bei Umstellung auf Investitionspauschalen: Länder, die auf Investitionspauschalen umstellen, erhalten einen ergänzenden Strukturfonds aus Bundesmitteln in Höhe von 45% der Summe der Investitionspauschalen.
- i) Digital Boost: Befristetes Investitionsprogramm zum Ausbau der Digitalisierung der Krankenhäuser aus Bundesmitteln und Ko-Finanzierung der Länder.
- k) Ausbau sektorenübergreifende Versorgung: Befristetes Investitionsprogramm für den Auf- und Ausbau sektorenübergreifender Versorgungsangebote aus Bundesmitteln und Ko-Finanzierung der Länder.
- k2) Ausbau sektorenübergreifende Notfallversorgung: Befristetes Investitionsprogramm für den Auf- und Ausbau sektorenübergreifender Notfallzentren aus Bundesmitteln und Ko-Finanzierung der Länder.

Tabelle 24

Zusammenfassende Bewertung aller Vorschläge

Effekte	a	b1	b2	c	d	e	f	g	h	i	k	k2
Hauptziele												
1. Auskömml. & nachh. Investitionsfinanz.	ja	ja	teils	ja	nein	teils	ja	nein	nein	nein	nein	nein
2. Erreichen der Soll-Struktur	nein	nein	nein	nein	nein	nein	teils	ja	ja	nein	nein	nein
Reduktion Betriebskosten	teils	ja	ja	ja*	ja*	nein						
Reduktion Investitionskosten	nein	ja	ja	nein	nein	nein						
Verbesserung Ergebnisqualität	teils	teils	teils	teils	teils	teils	ja	ja*	ja*	ja*	ja	teils
Verbesserung Indikationsqualität	nein	nein	nein	nein	nein	nein	ja	ja*	ja*	nein	ja*	teils
Mittelbare Ziele: Förderung von ...												
Spezialisierung	nein	nein	nein	nein	nein	nein	ja*	ja	ja	nein	nein	nein
intersektoraler Zusammenarbeit	nein	nein	teils	ja	teils							
Digitalisierung	teils	nein	nein	ja	nein	nein						
Nebenbedingungen: Vermeidung von ...												
Windfall Profits für KH	nein	nein	nein	nein	ja	ja	nein	teils	teils	ja	ja	ja
Monopolisierung	ja	nein	nein	ja	ja	ja						
Verdrängungseffekten	nein	ja	nein	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Wettbewerbsverzerrungen	ja	ja	nein	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Ausbremsen von Innovatoren	ja	nein	nein	nein	nein	nein						
Mittelherkunft												
Bundesmittel in Mio. € p.a.	2.600	1.733	1.300	2.600	100	300	2.600	625	1.260	720	720	720
Ländermittel in Mio. € p.a.	0	867	0	0	0	300	0	625	0	360	360	360
Krankenhausmittel in Mio. € p.a.	0	0	1.300	0	2.500	2.000	0	0	0	0	0	0
Laufzeit in Jahren	-	-	-	-	-	-	-	8	8	8	8	4
Summe in Mio. € p.a.	2.600	2.600	2.600	2.600	2.600	2.600	2.600	1.250	1.260	1.080	1.080	1.080
Summe in Mio. € über Laufzeit								10.000	10.080	8.640	8.640	4.320
Empfehlenswert (kurzfristig)	nein	teils	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	teils	nein	teils

Quelle: Eigene Berechnungen. Anmerkung: *Indirekte Effekte

Bei den Vorschlägen mit dem Ziel einer auskömmlichen und nachhaltigen Investitionsfinanzierung (Vorschläge a-f) summieren sich alle Mittel stets auf 2,6 Mrd. € – allerdings bei manchen unter Hinzuziehung von Investitionsmitteln der Krankenhäuser selbst, um gezielt unternehmerische Anreize zu setzen. Bei den anderen Vorschlägen (g-k2), die eine Optimierung der Versorgungsstrukturen bezwecken, ist die aggregierte Fördermittelsumme über ihre Laufzeit von Be-

deutung. So sind für eine Fortführung des Strukturfonds über acht Jahre rund 10 Mrd. € Investitionsmittel nötig, um den Übergang zur Soll-Struktur zu finanzieren.

Unter Berücksichtigung und Abwägung der Vor- und Nachteile der einzelnen Vorschläge plädieren wir für eine Kombination aus den folgenden fünf Vorschlägen:

- b1) Bedingte Aufstockung von Landesmitteln mit Bundesmitteln,
- e) Vorsteuerabzugsvoucher,
- g) Strukturfonds 2.0,
- i) Digital Boost und
- k2) Ausbau sektorenübergreifender Notfallversorgung.

Die bedingte Aufstockung von Landesmitteln mit Bundesmitteln (b1) kann kurzfristig umgesetzt werden, d.h. bereits im Laufe des Jahres 2018. Sie sollte einen Anreiz für Länder setzen, ihr Fördermittelvolumen zu erhöhen und insgesamt die bestehende Förderlücke zu reduzieren, aber nicht vollständig zu schließen. Wir schlagen vor, die Mittel soweit aufzustocken, um die Lücke um 50% zu reduzieren. Dazu wären 860 Mio. € aus Bundesmitteln zuzüglich einer Ko-Finanzierung der Länder von 430 Mio. € nötig. Aus rechtlichen Gründen ist diese Maßnahme zu befristen und degressiv auszugestalten. Außerdem sollte der Vorsteuerabzugsvoucher (e) Krankenhausinvestitionen generell vergünstigen, indem effektiv die Mehrwertsteuer auf Investitionsgüter dauerhaft entfällt. Damit wird ein Anreiz für Investitionen geschaffen, der den Bundes- und die Länderhaushalte mit insgesamt rund 600 Mio. € p.a. belastet. Wir erwarten, dass die Mehrwertsteuerthematik zwischen Bund und Ländern 2018 zu klären ist, sodass der Vorschlag ab 2019 umsetzbar wäre.

In Ergänzung dazu sollte der bestehende Strukturfonds mit Anpassungen bei den Kriterien zur Mittelvergabe für insgesamt weitere acht Jahre fortgeführt werden. Sein Ziel wäre, die im Gutachten hergeleitete Soll-Krankenhausstruktur zu erreichen. Mit 625 Mio. € jährlich an Bundesmitteln und weiteren 625 Mio. € an ko-finanzierten Landesmitteln würden bei einer Laufzeit von acht Jahren 10 Mrd. € zu Zwecken der Strukturoptimierung zur Verfügung stehen. Die erste Mittelvergabe könnte im Jahr 2019 angesetzt werden. Durch effizientere Krankenhausstrukturen sollte langfristig der jährliche Investitionsbedarf sinken. Wir gehen bei Erreichen der Soll-Struktur von einem Rückgang in Höhe von 200 Mio. € aus, sodass damit neben einer zu erwartenden Verbesserung der Versorgungsqualität und der Reduktion der Betriebskosten auch ein Beitrag zur Reduktion der Förderlücke erreicht würde.

Des Weiteren plädieren wir dafür, den Vorschlag (i) „Digital Boost“ aufzugreifen und Investitionsmittel für den Ausbau der Digitalisierung des Krankenhausbereichs zur Verfügung zu stellen. Dieser Vorschlag kann auch mit dem Strukturfonds kombiniert werden, wenn im Zuge der Bündelung von Kapazitäten zum Beispiel ein Zentralklinikum neu errichtet und modern aufgestellt werden soll. 20% der nötigen Mittel zur Schließung der Förderlücke sollten unseres Erachtens für den Ausbau der Digitalisierung zur Verfügung gestellt werden – orientiert an der Vorgabe in Dänemark, wo 20% des Investitionsvolumens zum Bau der „Superkrankenhäuser“ für IT und Logistik reserviert sind. Konkret würde dies bedeuten, 340 Mio. € p.a. aus Bundesmitteln und 170 Mio. € aus Landesmitteln für acht Jahre aufzubringen, beginnend erstmals im Jahr 2019, mit Antragstellungen in der zweiten Jahreshälfte 2018.

Aufgrund der derzeit nicht zufriedenstellend funktionierenden Notfallversorgung v.a. über die Sektorengrenzen hinweg und der Herausforderung, eine flächendeckende Notfallversorgung in ländlichen Gebieten künftig aufrechtzuerhalten, sprechen wir uns schließlich für die Umsetzung

des Vorschlags (k2) aus – auf vier Jahre befristet und ausgestattet mit einem jährlichen Volumen von 300 Mio. €, davon 200 Mio. € Bundes- und 100 Mio. € Landesmittel. Die bestehende Förderlücke ließe sich damit allerdings nicht verringern. Ziele wären stattdessen die Vermeidung einer Verschlechterung der Notfallversorgung und gegebenenfalls die Flankierung von Strukturoptimierungen in ländlichen Gebieten.

Tabelle 25 stellt die Kombination aus den fünf präferierten Vorschlägen überblicksartig dar. Insgesamt würden der Bund jährlich 2 325 Mio. € und die Länder über Ko-Finanzierungen 1 625 Mio. € bereitstellen. In der Summe erwarten wir damit langfristig und während der Programmdauer nicht nur eine Schließung der Förderlücke von 2,6 Mrd. €, sondern auch eine nachhaltige Strukturverbesserung in der Krankenhauslandschaft und in der sektorenübergreifenden Notfallversorgung. Nach dem Auslaufen des Digital Boosts würde sich nach acht Jahren jedoch wieder eine Lücke von 0,5 Mrd. € auftun.¹⁰⁹ Der Vorschlag zur bedingten Aufstockung von Landesmitteln mit Bundesmitteln (b1) ist aufgrund der juristischen Bewertung ebenfalls nur als zeitlich befristete und degressiv gestaltete Finanzhilfe des Bundes umsetzbar. Allerdings ließe sich eine derartige Unterstützungsmaßnahme nach Ablauf möglicherweise erneut befristet gewähren, sofern die Voraussetzungen für ihre Erforderlichkeit weiterhin vorliegen.

Tabelle 25

Kombination der zu empfehlenden Vorschläge

Mittelherkunft	b1	e	g	i	k2	
Bundesmittel in Mio. € p.a.	1.733	300	625	720	720	
Ländermittel in Mio. € p.a.	867	300	625	360	360	
Krankenhausmittel in Mio. € p.a.	0	2.000	0	0	0	
Laufzeit in Jahren	-	-	8	8	4	
Summe in Mio. € p.a.	2.600	2.600	1.250	1.080	1.080	
Summe in Mio. € über Laufzeit			10.000	8.640	4.320	

Mittel bei Kombination	b1	e	g	i	k2	Summe
Vom Bund	860	300	625	340	200	2.325
Von Ländern	430	300	625	170	100	1.625
Von Krankenhäusern	0	0	0	0	0	0
Zur Senkung der Investitionslücke	1.290	600	200	510	0	2.600

Quelle: Eigene Berechnungen.

6. Glossar

AOLG – Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden

ARS – Agence Régionale de Santé (Frankreich)

AV – Anlagevermögen

BGBl – Bundesgesetzblatt

BMBF – Bundesministerium für Bildung und Forschung

BT-Drucksache – Drucksache des Deutschen Bundestags

¹⁰⁹ Die im Förderzeitraum getätigten Digitalisierungsinvestitionen sollten allerdings – wie in Dänemark – auch einen positiven Effekt auf die Effizienz der Krankenhäuser und die Senkung der Betriebskosten haben. Dadurch stünden den Kliniken – unabhängig vom Prinzip der dualen Finanzierung – wiederum mehr Eigenmittel für Investitionen zur Verfügung.

DFG – Deutsche Forschungsgemeinschaft
DHMA – Danish Health and Medicines Authority
DKG – Deutsche Krankenhausgesellschaft
GKV – Gesetzlichen Krankenversicherung
GG – Grundgesetz
GSG – Gesundheitsstrukturgesetz
HBFVG – Hochschulbauförderungsgesetz
InEK – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
KHG – Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHRG – Krankenhausfinanzierungsreformgesetz
KHSG – Krankenhausstrukturgesetz
LHN – Local Hospital Network (Australien)
LKF – leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (Österreich)
SAV – Sachanlagevermögen
SAV zu AHK – Sachanlagevermögen zu Anschaffungs- und Herstellungskosten
SAV zu RBW – Sachanlagevermögen zu Restbuchwerten
SPLG – Spitalplanungs-Leistungsgruppe (Schweiz)
VUD – Verband der Universitätsklinika Deutschlands

Literatur

ABS - Australian Bureau of Statistics (2016), Issue 4390.0: Private Hospitals 2014–15. Canberra, Australia.

Abshoff, J. (1982), Überlegungen für eine Neuordnung des Krankenhausfinanzierungssystems. *Das Krankenhaus*, 74: 366-374.

Adam, W. (1958), Die Krankenhäuser im Rahmen des deutschen Gesundheitswesens. *Das Krankenhaus*, 50 (6): 227-231.

AIHW - Australian Institute of Health and Welfare (2016), Hospital resources 2014–15: Australian hospital statistics, Health services series no. 71. Cat. no. HSE 176. Canberra, Australia.

Amelung, V., N. Bertram, S. Binder, D. Chase und D. Urbanski (2016), Stiftung Münch (Hrsg.), *Die elektronische Patientenakte – Fundament einer effektiven und effizienten Gesundheitsversorgung*. Heidelberg: medhochzwei.

AOLG – Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (2016), *Daten zu Investitionsfördermitteln nach KHG 1972-2015*.

Auerbach, W. (1968), Krankenhauspolitik und Krankenhausbedarfsplanung. *Soziale Sicherheit*, 17 (6): 168-171.

Augurzky, B. (2011), Investitionspauschalen als Weg in die Monistik? In: J. Klauber, M. Geraedts, J. Friedrich, J. Wasem (Hrsg.): *Krankenhaus-Report 2011*. Stuttgart: Schattauer, 161-172.

Augurzky, B., A. Beivers, N. Straub und C. Veltkamp (2014), Krankenhausplanung 2.0. RWI Materialien 84. Essen: RWI.

Augurzky, B., A. Beivers und M. Giebner (2015), Organisation der Notfallversorgung in Dänemark: Lösungsansätze für deutsche Probleme?. In: Klauber, J., M. Geraedts, J. Friedrich und J. Wasem (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2015 – Schwerpunkt: Strukturwandel. Stuttgart: Schattauer, 77-97.

Augurzky, B., S. Krolop, A. Pilny, C.M. Schmidt und C. Wuckel (2016), Krankenhaus Rating Report 2016 – Mit Rückenwind in die Zukunft?. Heidelberg: medhochzwei.

Augurzky, B., A. Beivers und C. Dodt (2017a), Handlungsbedarf trotz Krankenhausstrukturgesetz. RWI Positionen. Essen: RWI.

Augurzky, B., S. Krolop, A. Pilny, C. M. Schmidt und C. Wuckel (2017b), Krankenhaus Rating Report 2017: Strukturfonds – beginnt jetzt die große Konsolidierung?. Heidelberg: medhochzwei.

Augurzky, B., Beivers, A., Dodt, C., (2017c), Handlungsbedarf trotz Krankenhausstrukturgesetz: Elf Thesen zur Reform der Notfallversorgung, RWI Position #68, 17. Mai 2017, RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Essen, download unter: <http://www.rwi-essen.de/publikationen/rwi-positionen/408/>

BAG – Bundesamt für Gesundheit der Schweiz (2017), Kennzahlen der Schweizer Spitäler 2015. Bern, Schweiz.

Bataille, M. und M. Coenen (2009), Monistik in der Krankenhausfinanzierung – Ist der Anfang gemacht?, Wirtschaftsdienst: 119-127.

BDPK - Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (2007), „Modell 21“ – Regionale monistische Finanzierung – Krankenhäuser gesund zukunftsfähig machen!. Berlin.

Becker, S. (2006), Das Recht der Hochschulmedizin. Springer-Verlag. Berlin. Heidelberg.

Beckmann, M.W., C. Bruckner, V. Hanf (2011), Qualitätsgesicherte Versorgung in zertifizierten Brustzentren und Optimierung der Behandlung von Patientinnen mit einem Mammakarzinom. Onkologie 2011;34: 362-7

Bohle, T. (2016), Rechtsfragen zum Krankenhausstrukturgesetz, GesundheitsRecht 2016, 605-616.

Bruckenberger, E. (2008), Zukunft der Krankenhausversorgung: Anforderung an Planung und Investitionen, in: Klusen, N., Meusch, A. (Hrsg.): Zukunft der Krankenhausversorgung: Qualität, Wettbewerb und neue Steuerungsansätze im DRG-System, Baden-Baden: Nomos, 93-108.

BT-Drucksache V/784 (1966), Mündlicher Bericht des Ausschusses für Wirtschaft und Mittelstandsfragen (15. Ausschuß) über den Antrag der Fraktion der SPD — Drucksache V/314 — betr. Pflegesätze von Krankenhäusern und den Antrag der Fraktionen der CDU/CSU, FDP — Drucksache V/389 — betr. finanzielle Situation der Krankenhäuser.

BT-Drucksache V/3008 (1968). Betreff: Gesundheitspolitik. Bezug: Große Anfrage der Fraktion der SPD - Drucksache V/2675 -

BT-Drucksache V/4230 (1969), Bericht über die finanzielle Lage der Krankenanstalten Bezug: Beschluß des Deutschen Bundestages vom 1. Juli 1966 – Drucksache 5/784.

BT-Drucksache VI/1667 (1970), Gesundheitsbericht der Bundesregierung.

BT-Drucksache 7/4530 (1975), Unterrichtung durch die Bundesregierung – Bericht der Bundesregierung über die Auswirkungen des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (KHG).

BT-Drucksache 12/3930 (1992), Beschlußempfehlung des Ausschusses für Gesundheit (15. Ausschluß). Bonn.

BT-Drucksache 14/1245 (1999), Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000).

BT-Drucksache 16/10140 (2008), Siebzehntes Hauptgutachten der Monopolkommission 2006/2007.

Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (1983), Gutachten zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung. Bonn.

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1989), Erfahrungsbericht über die Auswirkungen der Krankenhaus-Neuordnung 1984. Bonn.

Burmann, S., A. Schwarz und C. Wehner (2009), Konjunkturspritze für die Kliniken. *Gesundheit und Gesellschaft* 12 (9): 30-33.

BVA – Bundesversicherungsamt (2017), Bundesversicherungsamt zieht erste Bilanz zum Stand der Förderung des Strukturwandels in der Krankenhausversorgung. Pressemitteilung vom 2.8.2017. Internet: http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Presse/2017/PM_4-2017.pdf

Cour des Comptes (2013), Chapitre VI Plan hôpital 2007: la relance des investissements immobiliers. Paris. Internet: <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/Chap6-plan-hopital2007.pdf>

Currie, W.L. und J.M. Seddon (2014), A cross-national analysis of eHealth in the European Union: Some policy and research directions. *Information & Management* 51 (6): 783-797.

Danish Ministry of Health (2016), Healthcare in Denmark – An Overview, Published by: Ministry of Health, Kopenhagen, Denmark, Internet: <http://www.sum.dk>.

Direction de la recherche des études, d. l. é. e. s. D. (2016a), Les établissements de santé. Paris. Internet: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pano-etab-sante-2016.pdf>

Direction de la recherche des études, d. l. é. e. s. D. (2016b), Les dépenses de santé en 2015. Paris. Internet : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns2016.pdf>

DKG – Deutsche Krankenhausgesellschaft (1952), Krankenhausgesetz wegen der Notlage der Krankenkassen? Eine Entgegnung der Krankenhäuser auf die Denkschrift der Vereinigung der Ortskrankenkassenverbände vom Februar 1952. *Das Krankenhaus* 44 (11), 313-319.

DKG – Deutsche Krankenhausgesellschaft (2013), Hat die duale Krankenhaus-Finanzierung noch eine Zukunft? Die Sicht der DKG. Internet: http://www.uniklinika.de/media/file/5279.Folien_Baum.pdf. Letzter Zugriff: 23.02.2017.

DKG – Deutsche Krankenhausgesellschaft (2015), Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern. Stand August 2015. Berlin.

DKG – Deutsche Krankenhausgesellschaft (2017), Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern. Stand März 2017. Berlin.

Draheim, M. und S. Beeck (2015), Leistungsgerechte Finanzierung durch Investitionsbewertungsrelationen. Das Krankenhaus 9: 818-822.

Dreier, H. (Hrsg.) (2015), Grundgesetz Kommentar, Band II: Artikel 20-82, 3. Auflage 2015, Heidelberg: Mohr Siebeck.

Epping V., Hillgruber C. (Hrsg.) (2017), Beck'scher Online-Kommentar Grundgesetz, 34. Edition Stand 15.08.2017, München: CH Beck.

Expertenkommission „Zukunft der Krankenhausstruktur Baden-Württemberg“ (2006), Zukunft der Krankenhausstruktur Baden-Württemberg – Bericht der Expertenkommission. Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg. Stuttgart.

Furukawa H. (2015), Das Krankenhausssystem in Japan, Präsentation auf dem 24. Neubiberger Krankenhausforum.

Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (Hrsg.) (2012), Spitalplanungs-Leistungsgruppen SPLG Version 2.0 – Definitionshandbuch. Internet: <https://www.so.ch/fileadmin/internet/ddi/ddigesa/pdf/Spitalversorgung/Codierhandbuch.pdf>.

GKV – Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenversicherung (1983), Gemeinsame Presseerklärung der Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenversicherung vom 2.11.1983, Die Ortskrankenkasse 73 (23-24): 987f.

Glover L. (2016), The Australian Health Care System, 2015. In: Mossialos E, Wenzl M, Osborn R, und D Sarnak (Hrsg.), International Profiles of Health Care Systems, 2015, The Commonwealth Fund, January 2016.

Grabow, J. (2012) , Umstellung von der Einzelförderung auf leistungsorientierte Pauschale. das Krankenhaus Heft 08/2012 : 816-818. Stuttgart.

Hansmeyer, K. (1997), Zur zukünftigen Finanzierung von Krankenhausinvestitionen. Staatswissenschaften und Staatspraxis : Rechts-, wirtschafts- und sozialwissenschaftliche Beiträge zum staatlichen Handeln, 8(3). Baden-Baden: Nomos, 345-354.

Heyder, R. (2014), Hochschulambulanzen – Nukleus für Sektoren übergreifende Zentren? G+S 4-5/2014, 65ff.

InEK – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2017a), Abschlussbericht zur Entwicklung der Investitionsbewertungsrelationen. Internet: http://www.g-drg.de/Investitionsbewertungsrelationen_IBR/Investitionsbewertungsrelationen_IBR_2017/Abschlussbericht_zur_Entwicklung_der_Investitionsbewertungsrelationen

InEK – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2017b), IBR-Katalog 2017. Internet : http://www.g-drg.de/Investitionsbewertungsrelationen_IBR/Investitionsbewertungsrelationen_IBR_2017/IBR-Katalog_2017

Inspection Générale des Affaires Sociales (2013). Evaluation du financement et du pilotage de l'investissement hospitalier. Paris. Internet: http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-032P_Tome_I_-_Volume_I.pdf

Jung, K. (1982), Krankenhausfinanzierungsgesetz. Textausgabe mit Materialien zum Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz und einer erläuternden Einführung in die Neuregelungen. Stuttgart.

KMK (2016), Solide Bauten für leistungsfähige Hochschulen Wege zum Abbau des Sanierungs- und Modernisierungstaus im Hochschulbereich. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 11.02.2016.

Kommission Krankenhausfinanzierung der Robert Bosch Stiftung (1987), Krankenhausfinanzierung in Selbstverwaltung – Kommissionsbericht. Gerlingen: Bleicher.

Kroneman M., W. Boerma, M. van den Berg, P. Groenewegen, J. de Jong und E. van Ginneken (2016), The Netherlands: health system review. *Health Systems in Transition*, 18 (2): 1-239.

Krukemeyer, H. (1988), Entwicklung des Krankenhauswesens und seiner Strukturen in der Bundesrepublik Deutschland. Analyse und Bewertung unter Berücksichtigung der gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen und der gesundheitspolitischen Intervention, Bremen.

Malzahn J. und Wehner C. (2010), Zur Lage der Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser – Bestandaufnahme und Reformbedarf. In: J. Klauber, M. Geraedts, J. Friedrich (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2010. Stuttgart: Schattauer, 107-126.

v. Mangoldt, H., Klein, F., Starck, C. (Hrsg.) (2010), Kommentar zum Grundgesetz: GG, Band 2: Artikel 20 bis 82, 6. Auflage 2010, München: Vahlen.

v. Mangoldt, H., Klein, F., Starck, C. (Hrsg.) (2010), Kommentar zum Grundgesetz: GG, Band 3: Artikel 83 bis 146, 6. Auflage 2010, München: Vahlen.

Maunz, T. und G. Dürig (Hrsg.) (2017), Grundgesetz - Kommentar, Loseblattsammlung 80. Ergänzungslieferung Stand 06/2017, München: CH Beck.

v. Münch, I., (Hrsg.) (2012), Grundgesetz-Kommentar, Band 2: Art. 70 bis Art. 146, 6. Auflage 2012, München: CH Beck.

Ministère des Affaires sociales et de la Santé (2013a), Pacte de confiance pour l'hôpital: dossier de presse. Internet: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/04_03_13_Dossier_de_presse_rapport_Couty-2.pdf. Letzter Zugriff: 28.01. 2017.

Ministère des Affaires Sociales et de la Santé (2013b), Instruction DGOS/PF/MSIOS no 2013-225 du 4 juin 2013 relative au lancement opérationnel du volet financement du programme hôpital numérique. Internet: http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2013/13-07/ste_20130007_0000_0072.pdf. Letzter Zugriff: 28.01. 2017.

Müller, H. (1985), Die Neuordnung der Krankenhausfinanzierung – Eine zwingende Notwendigkeit der Gesundheitspolitik. In: Ferber, C. et al. (Hrsg.): Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen, München, 185-200.

National Health Funding Pool (2016), Annual Report 2015–16. Internet: <http://www.publichospitalfunding.gov.au/publications/annualreports>.

Neubauer, G. (1993), Schritte zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung in Deutschland. In: Institutionelle Erneuerung des Gesundheitswesens in Deutschland. Oberender, P. (Hrsg.), Baden-Baden: Nomos.

Neubauer, G. und Beivers, A. (2010), Zur Situation der stationären Versorgung: Optimierung unter schwierigen Rahmenbedingungen. In: J. Klauber, M. Geraedts, J. Friedrich (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2010. Stuttgart: Schattauer, 3-12.

NZa - Niederländische Gesundheitsbehörde (2015), Marktscan medisch-specialistische zorg. Internet:

https://www.nza.nl/1048076/1048181/Marktscan_medisch_specialistische_zorg_2015.pdf.

Pilny, A. (2017), Explaining differentials in subsidy levels among hospital ownership types in Germany. *Health Economics*, 26 (5): 566-581.

Pitschas, R. (2016), Kompetenzgerechte Qualitätssicherung der Krankenhausversorgung? *Gesundheit und Pflege* 2016, 161-166.

Polynomics AG (2016), Die Spitalversorgung im Spannungsfeld der kantonalen Spitalpolitik: Aktualisierung 2015.

Preusker, U., M. Müschenich, und S. Preusker (2014), Darstellung und Typologie der Marktaustritte von Krankenhäusern 2003–2013. Gutachten im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes.

Quaas, M. (2016), Planungsrelevante Qualitätsindikatoren Heikle Eingriff in die Länderhoheit, f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus 2016, 1158-1161.

Rau, F. (2009), "Regelungen des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes." *Das Krankenhaus*, Jg 03: 198-208.

Rürup, B., M. Albrecht, C. Igel, und B. Häussler (2008), Umstellung auf eine monistische Finanzierung von Krankenhäusern. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Berlin.

RWI – Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg.) (2016a), Überblick Krankenhausstrukturen Rheinland-Pfalz und Saarland. Forschungsprojekt im Auftrag der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, IKK Südwest, vdek-Landesvertretung Rheinland-Pfalz und Saarland, Knappschaft (Regionaldirektion Saarbrücken), BKK Landesverband Mitte (Landesvertretung Rheinland-Pfalz und Saarland) und Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau. RWI Projektberichte. Essen

RWI – Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg.) (2016b), Investitionsbarometer NRW. Forschungsprojekt im Auftrag der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen. RWI Projektberichte. Essen

SAGES – Salzburger Gesundheitsfonds (2016), Bericht gemäß § 26 Abs. 9 SAGES-G über den Salzburger Gesundheitsfonds (SAGES). Internet: https://www.salzburg.gv.at/gesundheit_/Documents/JB2015.pdf.

Sell, S. (2001), Gesundheitspolitik im Spannungsfeld von Bundesländern und Krankenkassen. In: Eckart, Karl, Jenkis, Helmut (Hrsg.): *Föderalismus in Deutschland*. Berlin, 255-277.

Senatsverwaltung für Justiz und Verbraucherschutz (2015), Verordnung über das Verfahren der Förderung von Krankenhäusern nach dem Landeskrankenhaus-gesetz (Krankenhausförderungs-Verordnung – KhföVO). Berlin, 20.10.2015.

Simon, M. (2000a), Monistische Finanzierung der Krankenhäuser – Kritische Anmerkungen zu einem umstrittenen Reformvorhaben. In N. Wolf, *Jahrbuch für kritische Medizin* 32: 58-81. Fulda: Argument Verlag.

Statistisches Bundesamt (1961-1976), Fachserie A – Bevölkerung und Kultur, Reihe 7, Gesundheitswesen 1959-1974. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (1977-1991), Fachserie 12 – Gesundheitswesen, Reihe 6, Krankenhäuser 1975-1989. Wiesbaden.

- Statistisches Bundesamt (1992-2016), Fachserie 12 – Gesundheitswesen, Reihe 6.1, Grunddaten der Krankenhäuser 1990-2015. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2016), Fachserie 17 – Preise, Reihe 2, Preise und Preisindizes für gewerbliche Produkte (Erzeugerpreise) Oktober 2016. Wiesbaden.
- Stollmann F. (2016), Qualitätsvorgaben in der Krankenhausplanung – Änderungen durch das Krankenhausstrukturgesetz, Neue Zeitschrift für Sozialrecht (NZS) 2016, 201-206.
- Sundmacher, L., Fischbach, D., Schuettig, W., Naumann, C., Augustin, U., und Faisst, C. (2015). Which hospitalisations are ambulatory care-sensitive, to what degree, and how could the rates be reduced? Results of a group consensus study in Germany. *Health Policy*, 119 (11), 1415-1423.
- SVR Gesundheit – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007), Kooperation und Verantwortung: Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Baden-Baden: Nomos.
- Tatara K. und E. Okamoto (2009), Japan: Health system review. *Health Systems in Transition*, 11 (5): 1-164. WHO Regional Office for Europe, Kopenhagen, Denmark.
- Trefz, U. und K. H. Tuschen (2009), Krankenhausentgeltgesetz: Kommentar mit einer umfassenden Einführung in die Vergütung stationärer Krankenhausleistungen. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Van de Voorde C, K. Van den Heede, C. Obyn, W. Quentin, A. Geissler, F. Wittenbecher, R. Busse, J. Magnussen, O. Camaly, S. Devriese, S. Gerkens, S. Misplon, M. Neyt und R. Mertens (2014), Conceptual framework for the reform of the Belgian hospital payment system. *Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). KCE Reports 229. D/2014/10.273/68.*
- vdek – Verband der Ersatzkassen e.V. (2017), Stand der Anträge zum Strukturfonds zum 4.8.2017.
- VKD – Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (2016), Krankenhausmanager fordern IT-Investitionsoffensive von der Politik -Digitalisierung ist zentrales Zukunftsthema für die Gesundheitsbranche. Pressemitteilung vom 14.11.2016. Internet: <https://www.vkd-online.de/aktuelles/pressemitteilung-krankenhausmanager-fordern-it-investitionsoffensive-von-der-politik2>
- Wasem, J. und A. Vincenti (2000), Monistische Krankenhausfinanzierung – Vorstellungen des Gesetzgebers, Konsequenzen. In M. Arnold, M. Litsch, und F. W. Schwartz, *Krankenhaus-Report '99 – Schwerpunkt: Versorgung chronisch Kranker*. Stuttgart: Schattauer Verlag, 231-244.
- Winterer, A. (2009), Neue Wege der Krankenhausfinanzierung – leistungsbezogene Investitionsförderung in NRW. In: J. Klauber, B. Robra, H. Schnellschmidt (Hrsg.): *Krankenhaus-Report 2008/09*. Stuttgart: Schattauer, 143-154.
- Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestages (2016), Ausarbeitung. Begriff, Rechtsform und Finanzierung der Universitätskliniken in Deutschland. WD 9-3000-007/16. Berlin.
- Wollenschläger, F. und A. Schmidl (2016), Kompetentielle Grundfragen des Krankenhausstrukturgesetzes - das neue Qualitätsziel in der Krankenhausplanung, *GesundheitsRecht* 2016, 542-550.



Das RWI wird vom Bund und vom Land
Nordrhein-Westfalen gefördert.

