

Wer bestellt, muss bezahlen

Dr. Wulf-Dietrich Leber, Johannes Wolff

Die Krankenkassen stehen den künftigen Investitionsbewertungsrelationen kritisch gegenüber. Unsere Autoren warnen davor, dass diese Kalkulation nur dazu dient, **den Kassen weitere Kosten aufzubürden**, weil die Länder ihrer Finanzierungspflicht nicht nachkommen. Das eigentliche Problem der Investitionsfinanzierung bleibt der Krankenhausplan.



Foto: fotolla

Als 1972 das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) in Kraft trat und die duale Finanzierung festschrieb, betrug der Finanzierungsanteil der Bundesländer (und damals noch des Bundes) über 20 Prozent der Krankenhausausgaben. Heute ist der Beitrag der Länder auf eine fast vernachlässigbare Restgröße von unter fünf Prozent geschrumpft. Berücksichtigt man, dass in den neuen Bundesländern ein Teil der Länderinvestitionen über Artikel 14 Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) GKV-finanziert

ist, sinkt dieser Wert sogar unter die Vier-Prozent-Marke. Der Abwärtstrend ist bemerkenswert stabil, und erlaubt eine Prognose: Im Jahr 2021 gehört die duale Finanzierung der Vergangenheit an – ganz ohne gesetzliche Änderung.

Ob im Jahr 2021 die Nulllinie erreicht wird, kann nicht mit Sicherheit vorhergesagt werden. Möglicherweise haben die Länder ein Interesse, EG-rechtskonform Standortpolitik fortführen zu können. Die Gesundheitswirtschaft ist ein lukrativer wachsen-

der Markt, sodass immer mehr Länder sich als „Gesundheitsregion“ profilieren. Gesundheitsversorgung wird unter diesem Aspekt als Wirtschaftsförderung begriffen. Politische Schlagworte wie „Jobmotor Gesundheitswesen“ zeugen von der Fehlverwendung der Krankenhausplanung im Rahmen der Wirtschaftsförderung. Beschäftigungssicherung ist keine Aufgabe einer Krankenversicherung. Die offizielle Aufrechterhaltung der Fiktion einer dualen Finanzierung würde den Ländern erlauben, Subventionen lokaler

Leistungserbringer aufrechtzuerhalten, die ihnen das EG-Recht ansonsten untersagen würde.

Die mangelnde Investitionsfinanzierung wurde lange Zeit begleitet durch Debatten über einen Investitionsstau. Inzwischen betont auch die Krankenhausesseite, dass es sich um einen klaren Fall von Länderversagen handelt. Der frühere Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), Dr. Rudolf Kösters, sprach gar von „staatlich organisierter Zechprellerei“. Sagen wir es ehrlich: Die Länder lassen die Krankenhäuser verrotten. Bemerkenswert ist aber nun, dass die meisten Krankenhäuser in Deutschland alles andere als verrottet aussehen. Offenbar werden die Investitionen aus anderen Quellen finanziert – vornehmlich aus Erlösen der Krankenbehandlung, den Betriebsmitteln. Laut KHG stellt die Verwendung von Betriebsmitteln für Investitionen eigentlich eine Zweckentfremdung dar – eine Zweckentfremdung, bei der die Krankenkassenaufsicht erlöskürzend einschreiten müsste. Im Übrigen sei allerdings darauf hingewiesen, dass man ein Krankenhaus auch mit einer Investitionsquote von null betreiben kann. Miete, Pacht, Leasing, Outsourcing, Sale-and-lease-back ermöglichen es, komplett über Betriebsmittel die Investitionen zu finanzieren und erschweren so die Bestimmung eines optimalen Investitionsniveaus, des tatsächlichen Investitionsbedarfs und seiner korrekten Abbildung.

Eine Kalkulation für die Tonne?

Die Verteilung der Investitionsmittel auf die Krankenhäuser ist Ländersache. Allen gemeinsam sind ein Anteil krankenhausspezifischer Einzelförderung (zum Beispiel der Bau eines OP-Trakts) und ein Anteil pauschaler Fördermittel. Über die Höhe der beiden Fördertypen gibt es keine bundesweit aggregierte amtliche Statistik. Über alle Bundesländer hinweg wird aber rund die Hälfte der Investitionen über pauschale Fördermittel verteilt, wobei die Anteile je nach Bundesland teilweise deutlich variieren.

Erosion der dualen Finanzierung 1991 bis 2009, Trendprognose 2021

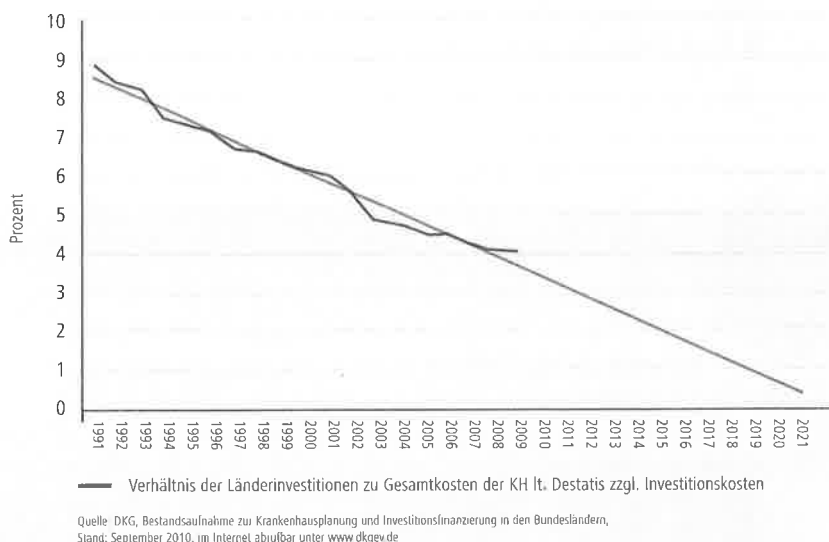


Abb. 1

Obwohl die Einzelförderung verteilungspolitisch das größere Problem ist, wird seit Jahren die Sinnhaftigkeit der Verteilung von pauschalen Fördermitteln diskutiert. Kritisiert wurde in der Vergangenheit insbesondere deren Verteilung nach Betten, da diese immer weniger ein sachgerechtes Maß für die Leistung eines Krankenhauses darstellen. Im Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) 2009 wurde deshalb beschlossen, die Verteilung der pauschalen Fördermittel nicht mehr vorrangig nach Betten, sondern leistungsorientiert über Investitionsbewertungsrelationen vorzunehmen. Ähnlich dem DRG-System wird die Investitionsförderung in eine Finanzierungs- und eine Leistungsabbauförderungskomponente getrennt. Die Selbstverwaltungspartner sollen einen bundesweit einheitlichen Katalog der Investitionsbewertungsrelationen vereinbaren, und die Bundesländer finanzieren die Krankenhäuser über Investitionsbasisfallwerte. Das DRG-System bekommt sozusagen eine weitere Spalte: Neben den Relativgewichten für Betriebskosten wird es je DRG einen Wert für den (relativen) Investitionsbedarf geben. Das InEK

hat ein Schema für die Kalkulation vorgelegt, wobei alle Investitionsmittel unabhängig von ihrer Herkunft berücksichtigt werden. Rund 30 Häuser beteiligen sich derzeit an der Kalkulation, und wenn keine unerwarteten Schwierigkeiten auftreten, dann liegt für 2013 erstmals ein Set von Investitionsbewertungsrelationen vor. Fraglich ist allerdings, ob diese – insbesondere von den Krankenhäusern engagiert betriebene – Kalkulation für die Tonne ist. Drei Gründe lassen dies befürchten:

1. Mehrere Länder haben schon mehr oder weniger offiziell erklärt, dass sie diese Investitionsbewertungsrelationen nicht verwenden werden (siehe Beitrag Seite 268). Das Gesetz schreibt



die Anwendung für die Verteilung der pauschalen Fördermittel nicht vor. Es sorgt lediglich dafür, dass es ein Angebot für die Anwendung gibt.

2. Die Fördermittel sinken. Welchen Sinn machen hoch professionell kalkulierte Investitionsbewertungsrelationen, wenn es keine oder nur eine so geringe Investitionsförderung gibt, dass über deren Verteilungsrationale nicht mehr ernsthaft gestritten werden muss?

3. Die Einzelförderung kann die Förderung so stark verzerren, dass es auf die Rationalität der Pauschalförderung auch nicht mehr ankommt.

Wozu also die Kalkulation? Die Krankenkassen haben den Verdacht, dass die Kalkulation nur dazu dient, einen weiteren Investitionskostenanteil quasi geordnet von den Länderhaushalten auf die Krankenkassen zu übertragen. Alles, was das InEK kalkuliert, ist bislang von den Krankenkassen bezahlt worden. Da liegt der Verdacht nahe, dass ein ungeliebter Förderanteil auf die Kassen abgewälzt werden soll. Pauschale Krankenhausförderung ist politisch wenig ertragreich (keine publikumswirksamen Politikerporträts bei der Eröffnung neuer Kinderstationen oder technischer Wunderwerke). Sie belastet lediglich den Landeshaushalt. Was liegt da näher als die „leistungsorientierte“ Integration in die Krankenhausentgelte?

Bei Lichte betrachtet wurde die Finanzierung der Investitionskosten schon längst auf die Kassen übertragen. Eine offizielle Statistik gibt es nicht. Aber wenn man einmal annimmt, dass die wahre Investitionsquote zehn Prozent der Krankenhauskosten beträgt, dann werden derzeit schon mehr als die Hälfte der Investitionen via DRG finanziert. Das wirft die Frage auf, ob die derzeitigen DRG-Relativgewichte, die ja explizit keine Investitionsaufwände enthalten, den Aufwand richtig abbilden. Wer aufwandsgerecht finanzieren will, der müsste eigentlich schon heute die Hälfte der notwendigen Investitionsmittel in die DRG-Kalkulation einbeziehen. In einer solchen Betrachtungsweise

sind die gegenwärtigen DRG eigentlich verzerrt: Sie enthalten eine Unterbewertung kapitalintensiver Leistungen und eine Überbewertung personal- und materialintensiver Leistungen.

Würde diese Verzerrung irgendwann öffentlichkeitswirksam diskutiert, dann wäre die Kalkulation von Investitionsbewertungsrelationen vielleicht doch nicht für die Tonne. Sie wäre die Basis, um die DRG-Relativgewichte aufwandsgerecht zu adjustieren. Aber wo sind die politischen Kräfte für eine solche Adjustierung? Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der bei jeder Veränderung von Relativgewichten Ärger ins Haus steht, wird sie nicht fordern – es sei denn garniert mit Mehrforderungen an die Krankenkassen. Der vermeintliche Investitionsstau wird wahrscheinlich fröhliche propagandistische Urstände feiern. Die Krankenkassen werden diese Korrektur nicht fordern, wenn nicht endlich mit der quasi offiziellen Übernahme der Finanzierungslast auch eine erweiterte Mitsprache bei der Krankenhausplanung einhergeht. Damit wären wir beim eigentlichen Problem der Investitionsfinanzierung: beim Krankenhausplan.

Verantwortungslose Krankenhausplanung

Es gab einmal eine naive Phase der gesundheitspolitischen Diskussion über Krankenhausfinanzierung. Da forderten die Krankenkassen die monistische Finanzierung in der Hoffnung, mehr Einfluss auf die Krankenhausplanung zu bekommen. Inzwischen fordern die Krankenkassen keinen Übergang zur Monistik mehr, weil sich gezeigt hat, dass die Übernahme finanzieller Lasten mitnichten zu einer Erweiterung von Mitspracherechten geführt hat. Die Kassen zahlen via DRG mehr als die Hälfte der Investitionen, aber ihr Einfluss auf die Krankenhausplanung ist um kein Jota gewachsen.

Im Gegenteil: Es steht zu befürchten, dass die Monistik quasi schleichend eingeführt wird, weil die Länder ihrer Finanzierungspflicht nicht nach-

kommen. An der Krankenhausplanung aber ändert sich nichts. Wenn sich nichts ändert, dann dürften die Länder gegen Ende dieses Jahrzehnts am Ziel ihrer Träume angekommen sein: alles bestimmen, nichts bezahlen.

Die finanziellen Folgeprobleme dieser verfehlten Politik werden sich in den nächsten Jahren verschärfen: Krankenhauspolitik kann von den Ländern ohne finanzielle Erwägungen – quasi verantwortungslos – gemacht werden. In Zeiten auskömmlicher Investitionsfinanzierung wirkten sich Überkapazitäten im Krankenhausbereich zwar nur anteilig, aber doch direkt auf den Landeshaushalt aus. Dementsprechend fand ein halbwegs rationaler Abwägungsprozess zwischen dem Nutzen und den Kosten von Krankenhausstandorten statt.

Die Finanzwirtschaft, die sich mit der richtigen Verortung finanzpolitischer Entscheidungen beschäftigt, spricht beim Auseinanderfallen von Kostenträgung und Planung von einer Verletzung der fiskalischen Äquivalenz. Die Theorie der fiskalischen Äquivalenz besagt, dass der Kreis der Nutzer identisch mit dem Kreis der Kostenträger sein sollte.

Im Krankenhausbereich fallen Entscheidung, Planung und Finanzierung in mehrfacher Hinsicht auseinander. Zum einen planen die Bundesländer im Rahmen der Krankenhausplanung Investitionen, finanzieren diese aber nur in unzureichender Höhe. Zum anderen wird der Betrieb der einmal getätigten Investition nicht zu 100 Prozent von den Bewohnern des jeweiligen Bundeslands finanziert, sondern über die Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bundesweit.

Diese in mehrfacher Hinsicht verletzte fiskalische Äquivalenz führt heute mehr denn je zur „maximalen Krankenhausversorgung“ und dazu, dass Kapazitäten weit über das Maß des Notwendigen ausgebaut werden und nicht mehr korrigierbar sind. Selbst der Betrieb von Fehlinvestitionen wird über die Umlage in der GKV externalisiert. Die große Frage ist: Wie lange lässt sich die Bundespolitik eine solche Verzerrung gefallen?



Abrechnungslizenz Krankenhaus

Um den Bereich der Krankenhausplanung gesetzlich neu zu ordnen, dürfte es nicht ausreichen, die Planungskompetenz der Länder unverändert in andere Hände zu geben, zum Beispiel in die des Bundes oder die der Krankenkassen. Es muss vielmehr darüber nachgedacht werden, ob die Krankenhausplanung im jetzigen Umfang noch das richtige Steuerungsinstrument ist. Zweifelsfrei bedarf die Notfallversorgung planerischer Entscheidungsprozesse. Aber für planbare Leistungen sollte sich die Kompetenz der Bundesländer auf die Festlegung von Mindestvorgaben (Leistungsmengen) und die Kontrolle zu deren Einhaltung beschränken. Die Bundesländer entwickeln sich so von der Bau- zur Verbraucherschutzbehörde. Für eine Harmonisierung unter den Bundesländern sollte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bundesweite Versor-

gungsrichtgrößen vorgeben. Die Krankenkassen sichern in diesem Rahmen kollektiv- oder einzelvertraglich durch Ausschreibung diese Vorgaben ab.

Neben Ausschreibungen wird inzwischen auch diskutiert, ob mehr Flexibilität in die Krankenhauslandschaft kommen könnte, wenn Abrechnungsmengen im Nichtnotfallbereich quasi handelbar gemacht werden. Die Aufnahme in den Krankenhausplan stellt im Wesentlichen eine Abrechnungslizenz gegenüber den Krankenkassen dar. Der Krankenhausmarkt ist inzwischen eine Art Lizenzhandel. Möglicherweise könnte man auch kleine, definierte Leistungsspektren handelbar gestalten. Eine notwendige Neustrukturierung (zum Beispiel das Schließen einer Abteilung) wäre für den betroffenen Krankenhäuserträger eher zu akzeptieren, wenn es sich um eine Veräußerung von Mengenkontingenten handelt und nicht um eine quasi entschädigungslose Enteignung durch Streichung im Krankenhausplan.

Was tun? Die verzerrte Entscheidung in Sachen Krankenhausplanung schreit nach einer Veränderung der Kompetenzen. Die deutsche Geschichte – man denke an die Kaiserwahl – lehrt: Länder sind käuflich. Irgendwann sind die Folgekosten verzerrter landespolitischer Entscheidungen so hoch, dass es sich für die Gesundheitspolitik auf Bundesebene lohnt, den Bundesländern die Entscheidungskompetenz über die Krankenhausplanung abzukaufen. Es ist damit zu rechnen, dass dies schon vor Erreichen der Investitionsnulllinie im Jahre 2021 geschieht.

Anschrift der Verfasser:

Dr. Wulf-Dietrich Leber
Abteilungsleiter Krankenhäuser

Johannes Wolff
Referatsleiter Krankenhausvergütung
Abteilung Krankenhäuser
GKV-Spitzenverband
Mittelstraße 51
10117 Berlin
E-Mail: Wulf-Dietrich.Leber@gkv-spitzenverband.de
E-Mail: Johannes.Wolff@gkv-spitzenverband.de



Der Durchbruch in der Zusammenarbeit

Vernetzung sichert die Zukunft Ihres Krankenhauses

Überwinden Sie Krankhausgrenzen und machen Sie Ihre Einweiser zu Partnern. Kommunizieren Sie mit allen PVS-Systemen und stellen Sie einzigartige Serviceangebote bereit: mit iSOFT Health Relations. Diese bahnbrechende eHealth-Lösung eröffnet Ihrem Krankenhaus neue Wege zur intersektoralen Zusammenarbeit. Optimieren Sie Prozesse und verringern Sie administrativen Aufwand. Profitieren Sie von maximaler Wirtschaftlichkeit und sichern Sie die Existenz Ihres Krankenhauses! www.isoftware.com