

Konferenz „Kommunales Infrastruktur-Management“

Monistische Finanzierung von Krankenhäusern Bedrohung oder Chance ?

Dr. Martin Albrecht, Karsten Zich

IGES Institut

06. Juni 2008, TU Berlin

Agenda



- **Finanzierung von Krankenhausinvestitionen im Fokus**
- **Warum (wieder) Monistik?**
- **Umstellung auf monistische Finanzierung (Rürup/IGES- Expertise für das BMG)**
- **Infrastrukturfonds und Akteursperspektiven**

Finanzierung von Krankenhausinvestitionen im Fokus

Ausgangspunkt: Duale Krankenhausfinanzierung

- **Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) 1972**
- **Trennung der Krankenhauskosten in**
 - Investitionskosten
 - Finanzierung durch Bundesländer
 - Voraussetzung: Aufnahme in Krankenhausplan des Bundeslandes
 - pflegesatzfähige Kosten bzw. laufende Betriebskosten
 - Finanzierung durch Versicherte/Krankenkassen
 - in Form von Erlösen aus Pflegesätzen gemäß Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG)
→ i.W. Fallpauschalen / DRGs

Neugestaltung des ordnungspolitischen Rahmens



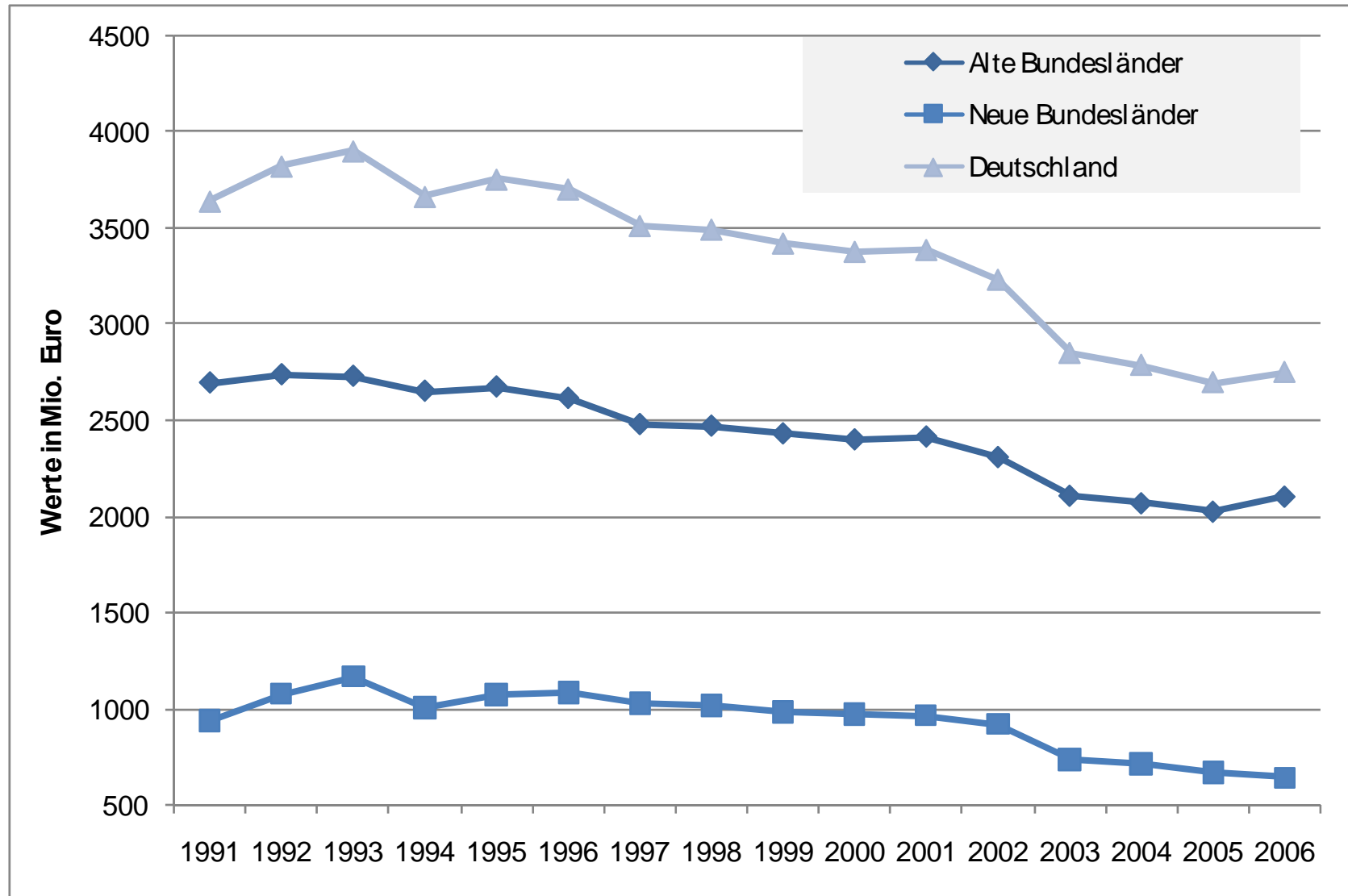
- **Krankenhausvergütung**
 - bundeseinheitlicher anstatt landeseinheitlicher Basisfallwert?
- **Selektivverträge**
 - “elektiv wird selektiv”?
- **Investitionsfinanzierung**
 - Umstellung auf Monistik?

Probleme der gegenwärtigen Investitionsfinanzierung



- **landes- und kommunalpolitische Einflussnahme**
 - externe Bürokratisierung → zeitliche Verzögerung von Investitionsentscheidungen
 - „sachfremde“ Aspekte
 - Krankenhäuser können Investitionen und laufenden Betrieb nicht kohärent planen / verhandeln
 - Beeinträchtigung der betriebswirtschaftlichen Rentabilität
 - Markterfolge privater Krankenhausträger
- **verstärkt Sektoralisierung im Gesundheitswesen**
 - ambulanter Sektor: Krankenkassen und KVen regeln Sicherstellung und Kapazitätsplanung, monistische Finanzierung, keine Steuermittel

Entwicklung der KHG-Investitionen, 1991-2006



Warum (wieder) Monistik?

Finanzierungsprobleme = „Investitionsstau“?

- **Steuerfinanzierung (via KHG) zur Überwindung von Investitionsstaus**
 - Anfang 1970er: notwendiger Modernisierungsschub angesichts Rückstände aus Nachkriegszeit
 - Anfang 1990er: Krankenhausinvestitionen in neuen Bundesländern
 - **heute:**
 - Kostendruck und Sparzwänge (Budgetdeckelung)
 - defizitäre Krankenhäuser
 - „Unterfinanzierung“ (Schätzbandbreite: 12 – 50 Mrd. Euro)
- Wirtschaftlichkeitsprobleme durch „Investitionsstau“?

Unterfinanzierung oder Überkapazitäten?

- **Eine allgemeine Unterfinanzierung lässt sich nicht belegen.**
 - Im Verhältnis zu den gesamten Gesundheitsausgaben haben sich die Ausgaben für Krankenhausleistungen seit Mitte der 90er nur unterdurchschnittlich stark erhöht.
 - Rein mengenmäßig sind im internationalen Vergleich Überkapazitäten feststellbar.
 - Systematische Produktivitätsunterschiede zwischen den Krankenhäusern deuten auf Überkapazitäten hin.
- **Parallelität von Überkapazitäten einerseits und unzureichenden Investitionen andererseits bedeuten ineffiziente Ressourcenallokation.**
 - eher: punktuelle Unterfinanzierung („zu viele zu wenig spezialisierte Krankenhäuser“)
 - suboptimale Finanzierungsstruktur

- **Kohärenz: Krankenversicherungen/Patienten finanzieren sowohl Betriebs- als auch Investitionsaufwendungen.**
 - steuerfinanzierte Förderung von KH-Investitionen nur noch mittelbar via Finanzausstattung der Krankenversicherungen (Entkopplung von tatsächlichen KH-Investitionen, keine Nachschusspflicht)
- **Ziel: Investitionsmittel sollen sich leistungsorientiert auf Krankenhäuser verteilen.**
 - Investitionszuschläge auf Leistungsvergütung (Kopplung an DRG-Pauschalen) → Wettbewerbsorientierung
 - keine explizite Deckelung von Investitionsbudgets mehr möglich
- **Bundesländer: Aufsichtsfunktion anstatt detaillierte Krankenhausplanung**
 - Qualitätsmonitoring und regionale Verteilung der KH-Kapazitäten

Umstellung auf monistische Finanzierung (Rürup/IGES-Expertise für das BMG)

- **Keine Mehrbelastung der Beitragszahler in Krankenversicherung durch Umstellung**
 - d. h. Überführung bisheriger KHG-Steuermittel in monistischen Finanzierungsrahmen
 - Ansatzpunkt: Einspeisung der Fördermittel als Steuerzuschuss in den Gesundheitsfonds
 - Problem: Einbezug der privaten Krankenversicherungen?
- **Neujustierung einer angemessenen Investitionsquote**
 - orientiert am „durchschnittlichen Investitionsbedarf der Krankenhäuser“

Angemessene Höhe der KH-Investitionen?

- **Optimales Investitionsniveau im Krankenhaussektor nicht bestimmbar**
 - mangelnde Identifizierbarkeit bestehender Über-, Unter- und Fehlkapazitäten
 - kein eindeutiger Algorithmus zur Bestimmung des optimalen Verhältnisses von Wohnortnähe, Spezialisierungsgrad und Rentabilität

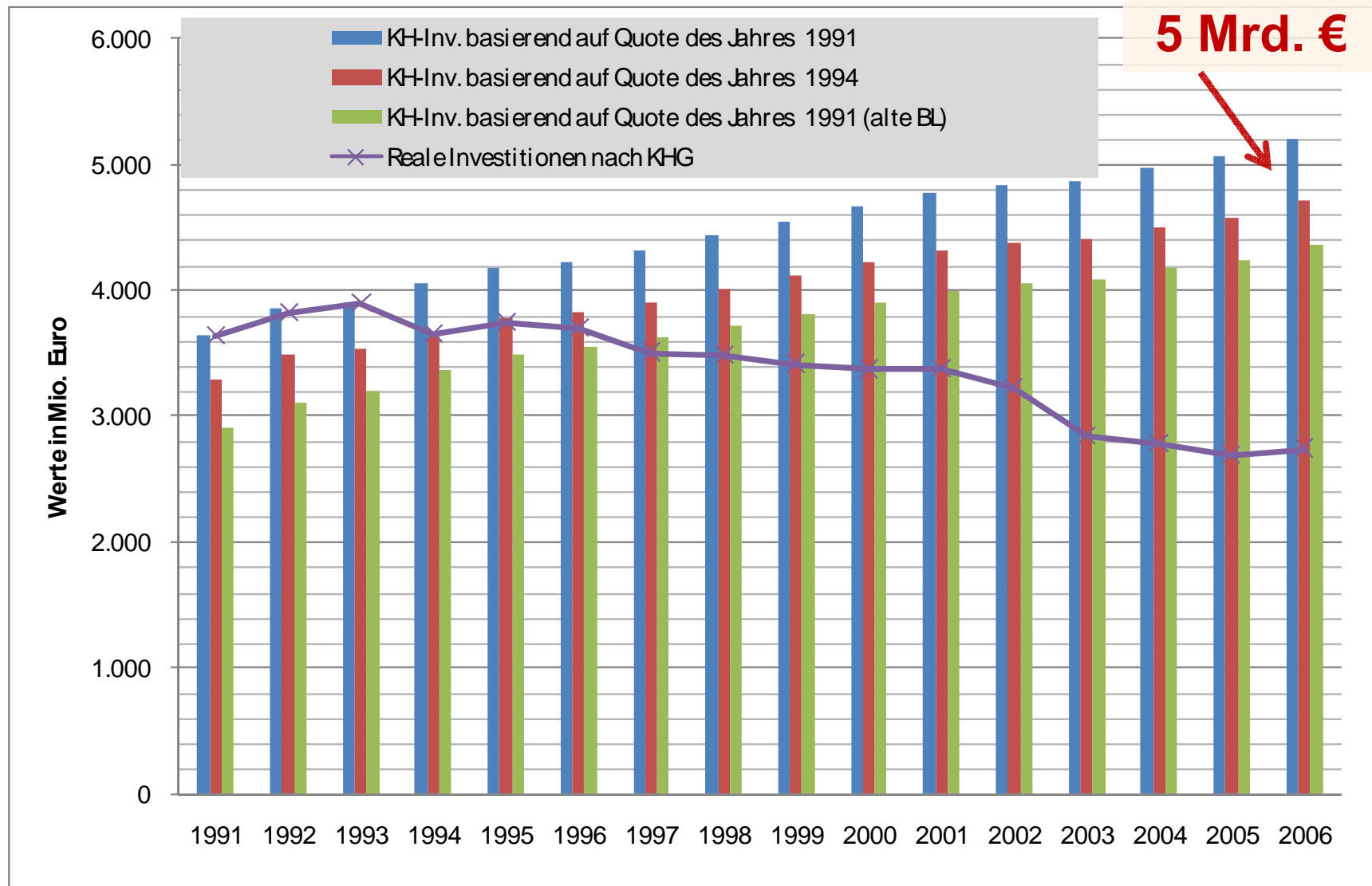
→ letztlich normativ-politische Entscheidung
- **Ordnungspolitisch: Effizienz von Investitionen um so wahrscheinlicher, je stärker wettbewerblich Allokation**
 - Voraussetzung: funktionsfähiger Wettbewerb (→ Vorhaltekapazitäten)
 - Anspruch der Monistik: Allokation von Investitionsmitteln stärker wettbewerblich

Höhe der Investitionsförderung



- **Bestimmung der Höhe der Steuerzuschüsse**
 - Ableitung von Orientierungswerten
 - internationaler Vergleich
 - intertemporaler Vergleich
 - intersektoraler Vergleich

Höhe der Investitionsförderung: Intertemporaler Vergleich



Höhe der Investitionsförderung: Intersektoraler Vergleich



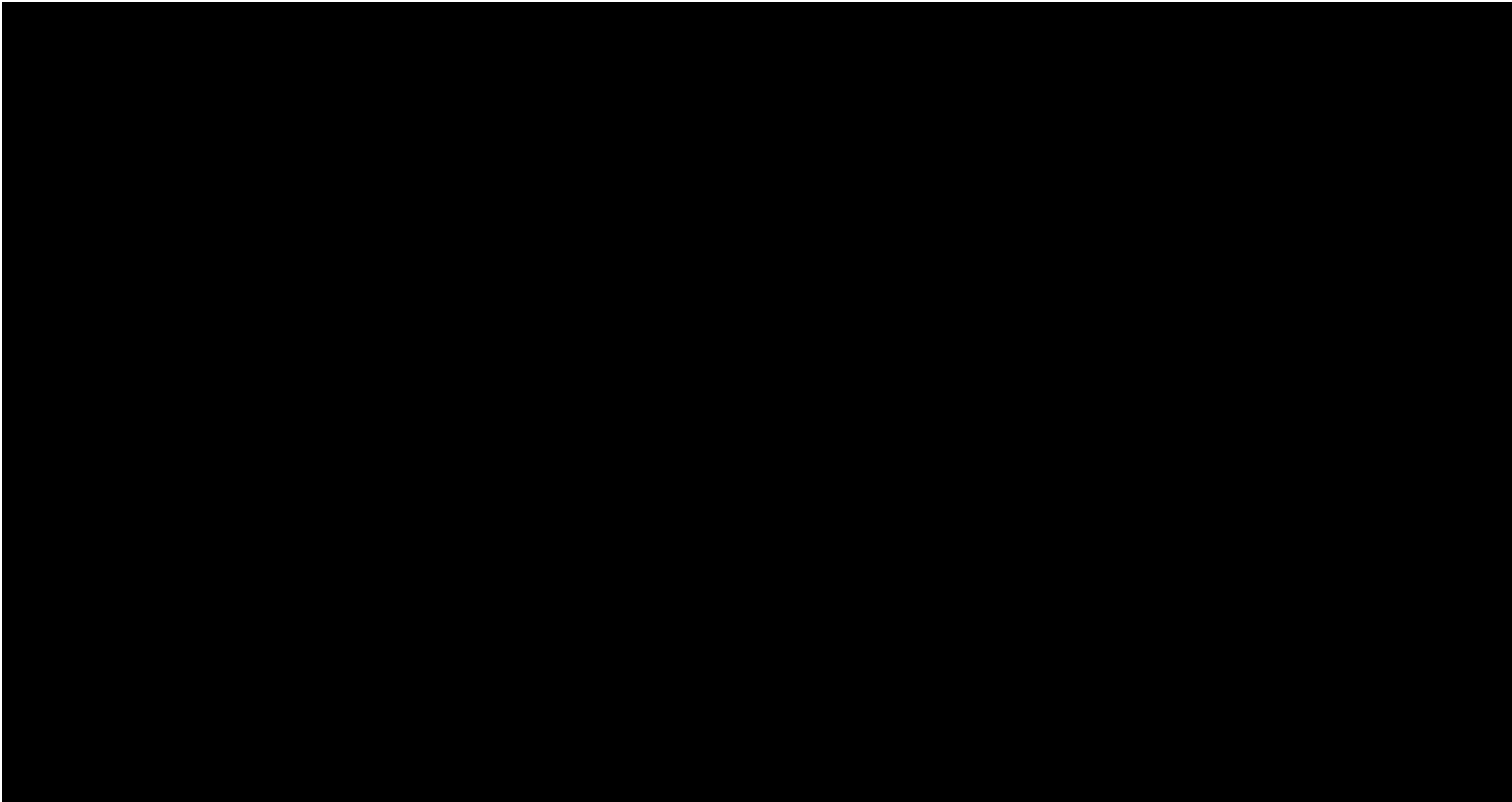
Indikator	Quote (ca.)	Bezugsgröße
Volkswirtschaftliche Investitionsquote (2007)	18 %	BIP
Wirtschaftsabschnitt I (2003)		Umsatz
Verkehr	8 %	
Unternehmen für sonstige Hilfs- und Nebentätigkeiten	25,6 %	
Schifffahrt	6 %	
Nachrichtenübermittlung	8 %	
Private Kurierdienste	2,5 %	
Wirtschaftsabschnitt K (2003)		Umsatz
Freiberufliche Tätigkeiten	11,9 %	
Wirtschaftsabschnitt I und K zusammen	10 %	Umsatz
Verarbeitendes Gewerbe (2003)	3,5 %	Umsatz
KH-Investitionen (2006)	5 %	KH-Kosten
Vorschlag Expertengutachten Baden-Württemberg (2006)	10 %	Umsatz
Orientierungswert (5 Mrd. €)	8,6 %	KH-Kosten

Aufbringung der Investitionsfördermittel

- **Gegenüber Orientierungswert (5 Mrd. €): zusätzlicher Finanzbedarf von 2,3 Mrd. €**
 - Annahme: Mittelaufbringung allein durch Bundesländer
- **Ansatzpunkt: Finanzierung durch Vorwegabzug vom USt-Aufkommen der Länder (vertikale Steuerverteilung)**
 - Belastung: dauerhaft verminderte Einnahmen aus USt
 - Entlastung: keine Zahlungen mehr aus Länderhaushalten
- **Problem: Umsatzsteuerzuordnung abhängig von relativer Finanzkraft der Länder (Finanzausgleich)**
- **Lösung: Abzug der Ländermittel nach Zuweisung der Ergänzungsanteile, vor Aufteilung nach Einwohnerzahl**

- **Minderung des Steueraufkommens proportional nach Einwohnerzahl**
 - unterhalb Kappungsgrenze bleiben Ergänzungsanteile unverändert, erhalten relativ zu (gekürzten) USt-Anteilen höheres Gewicht
 - Folge: prozentuale Belastungen sind für finanzschwache Länder geringer
- **Nettoeffekt umfasst zusätzlich:**
 - Entlastung durch entfallende KHG-Förderausgaben der Länder
 - Ermittlung der Entlastungswirkung auf Basis der durchschnittlichen Förderhöhe des Zeitraums 1996-2006

Auswirkungen auf die Bundesländer (II)



Auswirkungen auf die Bundesländer (III)

- **Durchschnittliche Nettobelastung der Bundesländer durch Umstellung: 22 € je Einwohner**
 - Belastung insgesamt: 1,8 Mrd. €
 - Spannbreite absolut:
zwischen +38 Mio. € (Sachsen-Anhalt) und -606 Mio. € (NRW)
 - Spannbreite je Einw.:
zwischen +16 € (Thüringen) und -37 € (Niedersachsen)
- **Länder mit bisher hoher Investitionsförderung werden unterdurchschnittlich stark belastet**
 - z. B. Bayern, Hamburg, Bremen
- **Wirkung auf Bundesländer ≠ Wirkung auf Krankenhäuser**
 - gemäß erbrachter Behandlungsleistungen und deren Vergütung

Grundsatz: Unabhängigkeit von Förderhistorie

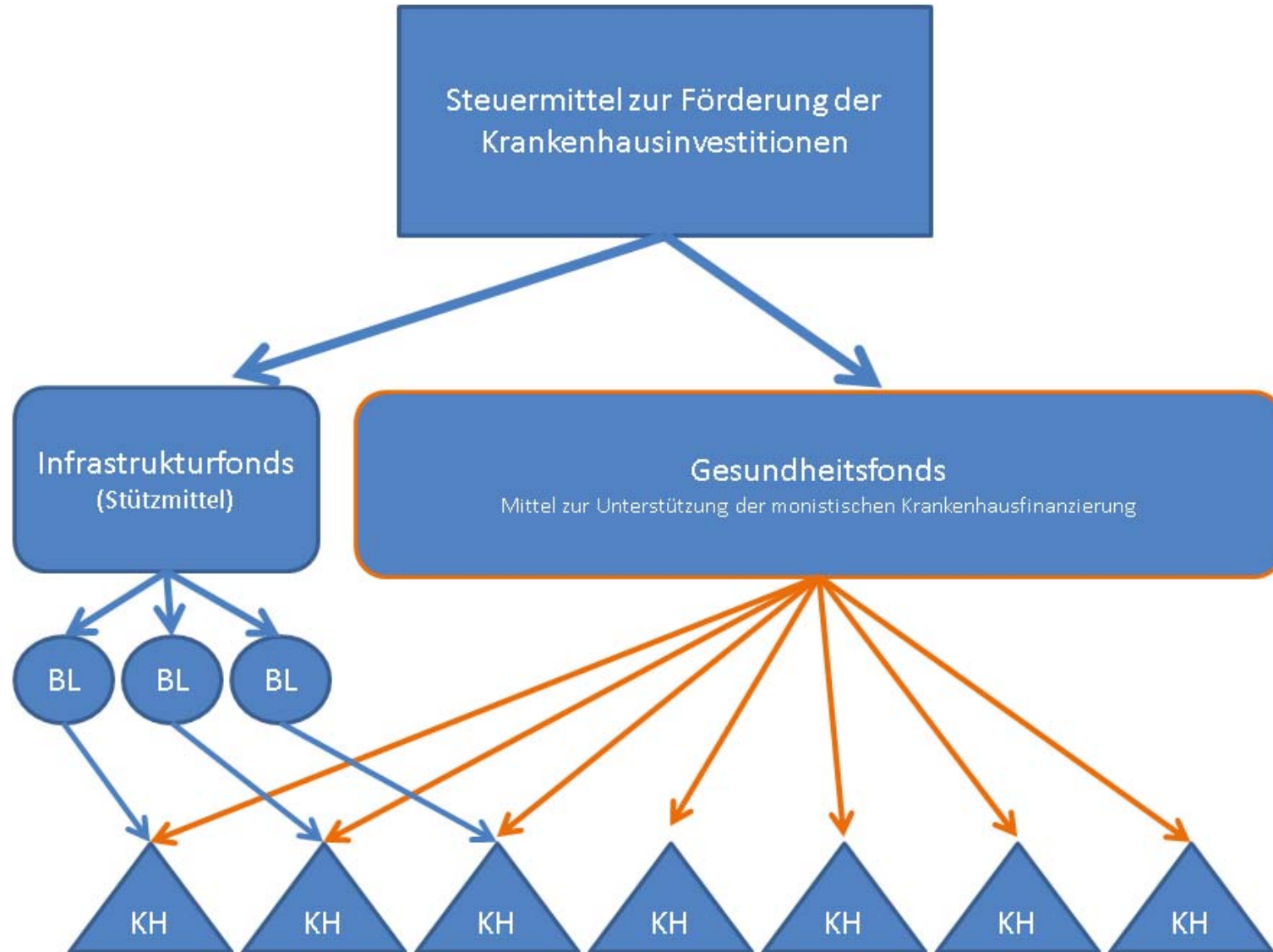
- **keine explizite Berücksichtigung der bundesländer-spezifischen Historie der KHG-Investitionsförderung**
 - Zwischen Wettbewerbsposition/Wirtschaftlichkeit eines einzelnen Krankenhauses und der KHG-Förderhöhe seines Bundeslandes besteht kein deterministischer Zusammenhang.
 - Unterschiedliche Ausgangsbedingungen der Krankenhäuser nur bezüglich KHG-Fördermittelausstattung bestimmbar, aber nicht bezüglich der tatsächlichen Investitionsbedarfe.
 - Bundesländergrenzen sind in Sozialversicherung kein sachgerechtes Abgrenzungskriterium.
- **„Abschneiden“ der Historie bedeutet: Investitionsmittel werden prinzipiell leistungsbezogen an die Krankenhäuser fließen.**

Infrastrukturfonds und Akteursperspektiven

Notwendigkeit der Flankierung leistungsorientierter Investitionszuschläge

- **Ziele leistungsbezogener Investitionsmittel im Wettbewerb**
 - Abbau von (vorhandenen, aber nicht klar identifizierbaren) Überkapazitäten
 - Unterstützung einer stärkeren Spezialisierung und Arbeitsteilung
- **Zielkonflikt zwischen**
 - Spezialisierung und Wirtschaftlichkeit
 - wohnortnahe, flächendeckende Versorgung
- **Lösung: besondere Investitionsförderung für strukturschwache Regionen**

Infrastrukturfonds im Verteilungsmodell



Bestimmung des Mittelvolumens des Infrastrukturfonds



- **zwei Zieldimensionen**
 - Vermeidung einer regionalen Unterversorgung mit Krankenhäusern, sowohl im Hinblick auf tatsächliche stationäre Behandlungsleistungen als auch im Hinblick auf Vorhaltekapazitäten
 - Aufrechterhaltung einer funktionierenden Infrastruktur in strukturschwachen Regionen im Hinblick auf elementare Bereiche der Daseinsvorsorge und der verfassungsrechtlich geschützten Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse

- **Bund und Länder legen das *Mittelvolumen des Infrastrukturfonds* (als Anteil des gesamten Mittelvolumens zur Investitionsförderung) fest**
 - politischer Kompromiss erforderlich
 - periodische Neuverhandlungen über die Mittelausstattung ausgeschlossen
 - Längerfristige Revisionen sollen hingegen möglich sein, nachdem die ersten Ergebnisse auf empirischen Grundlagen beschrieben und mit Blick auf die Förderkriterien wissenschaftlich beurteilt werden können.

- **Nur die Länder legen die *bundeseinheitlich anzuwendenden Förderkriterien* und die *Verteilung der Mittel* aus dem Infrastrukturfonds fest**



Bundeseinheitlich anzuwendende Förderkriterien - Detaillierungsgrad



- **Detaillierungsgrad der Förderkriterien:**
 - PRO hohe Detailgenauigkeit:
 - Erhöhung der Operationalisierbarkeit der Mittelvergabe
 - Reduzierung von Konfliktpotenzialen zwischen den Ländern
 - CONTRA hohe Detailgenauigkeit:
 - Absenkung des fallspezifischen Spielraumes der Länder, individuelle Akzente in der Förderung zu setzen

Bundeseinheitlich anzuwendende Förderkriterien – Entwicklungsbedarf I

- **Bundeseinheitlich anzuwendende Förderkriterien sind im direkten Zusammenhang mit der Zuweisung von Investitionsmitteln ein neues Themenfeld.**
- **In der Bundesrepublik lange Geschichte von Ansätzen für die Beschreibung von bedarfsnotwendigen Kapazitäten in Verbindung mit Investitionsentscheidungen.**
 - wirtschaftliche Betriebsgröße von Fachabteilungen – NRW
 - „Brückenbergersche Liste“ von investitionsleitenden Kriterien - NDS
- **Der Konflikt zwischen „Raum und Zeit“ ist immer ungelöst geblieben; eine Konsentierung / Bündelung der Erkenntnisse ist geboten.**

Bundeseinheitlich anzuwendende Förderkriterien – Entwicklungsbedarf II

- **Ausgangspunkt ist eine für alle Bundesländer einheitliche Bestandsanalyse zur Ermittlung der Förderkriterien**
 - direkte Indikatoren, bspw. Krankenhausinanspruchnahme, Fallschweregrade, Erreichbarkeitszeiten
 - indirekte Indikatoren: Kenngrößen einer potenziellen Leistungsanspruchnahme, bspw. Morbidität der Versicherten, Bevölkerungsstruktur
- **Die Ergebnisse der Bestandsanalyse münden in *bundeseinheitlich anzuwendenden Förderkriterien* und nach IST-Analyse in die *Verteilung der Mittel* aus dem Infrastrukturfonds.**

Mittelverwendung auf Ebene des einzelnen Bundeslandes



- **Individuelle Entscheidung der Bundesländer, wie die Investitionsmittel zur Verringerung oder Vermeidung von Unterversorgung eingesetzt werden, bspw.:**
 - (teilweise) Defizitübernahme eines von der Schließung bedrohten Krankenhauses in der Region
 - finanzielle Förderung zusätzlicher Kapazitäten eines Krankenhauses in der Region (auch personell), die dieses Krankenhauses ohne Förderung nachweislich nicht hätte schaffen können
 - finanzielle Förderung von zusätzlichen Transportkapazitäten (z. B. Rettungshubschrauber), um von dem Bundesland erwünschte Konzentrationsprozesse im Krankenhausbereich nicht zu hemmen

Akteursperspektiven

Akteur	Bewertungstendenz Monistik	Bewertungstendenz Infrastrukturfonds
Bundesländer	-	+
Krankenhausträger	+/-	+/-
Krankenkassen	+	+/-
Kommunen (nicht KH-Träger)	-	+
Andere Leistungserbringer	+	+
Patienten	+	+

Zusammenfassung

- **Beim Infrastrukturfondsansatz überwiegen in der Gesamtschau die Pro-Argumente die Contra-Argumente.**
- **Die wissenschaftlich Begleitung des Verfahrens der Ermittlung und Anwendung der bundeseinheitlich anzuwendenden Förderkriterien ist unabdingbar.**
- **Der Einbezug von Erfahrungen aus anderen Infrastrukturbereichen sollte erfolgen (Bsp. Bundesverkehrswegeplanung).**

www.iges.de