

Der Krankenhaussektor in Deutschland – Sinnvolle Investitionsfinanzierung ist geboten



Inhaltsverzeichnis

1. Die Potenziale des Krankenhausesektors erschließen	2
2. Die Investitionsfinanzierung im stationären Sektor verliert an Boden.....	3
3. Die duale Finanzierung ist nicht zukunftsfähig	4
4. Die Finanzierung von Krankenhausinvestitionen sinnvoll und nachhaltig ausgestalten	5

Das Wichtigste in Kürze:

- Der Krankenhausesektor hat mit einer Bruttowertschöpfung von über 60 Mrd. Euro und über 1,5 Mio. Erwerbstätigen eine enorme Bedeutung. Seine Potenziale – insbesondere die der Krankenhäuser in privater Trägerschaft – müssen genutzt werden. Die Finanzierung ist dafür ein Kernmechanismus.
- Die duale Finanzierung ist nicht zukunftsfähig. Die Trennung zwischen krankenkassenfinanzierten Betriebskosten und steuerfinanzierten Investitionen hindert die Krankenhäuser an einer sinnvollen betriebswirtschaftlichen Planung. Zudem sind sie stark von kommunalpolitischen Einflüssen abhängig.
- Die Monistik sollte als mittelfristiges Reformziel angestrebt werden. Bei dieser „Finanzierung aus einer Hand“ ergänzen die Krankenkassen die diagnosespezifischen Fallpauschalen, die sie an die Krankenhäuser zahlen, um Investitionszuschläge.
- Es sollte umfassend selektives Kontrahieren (Einzelverträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern) für elektive Leistungen ermöglicht werden. Voraussetzung ist die Anwendung des Wettbewerbsrechts bei allen Beteiligten. Die Länder sind dann mittel- bzw. langfristig – und unter Beteiligung privater Anbieter – für die Notfallversorgung und die Versorgung im ländlichen Raum zuständig.

Der Krankenhaussektor in Deutschland - Sinnvolle Investitionsfinanzierung ist geboten

1. Die Potenziale des Krankenhaussektors erschließen

Der stationäre Sektor ist einer der Kernbereiche der deutschen Gesundheitswirtschaft. Die „Dienstleistungen im stationären Sektor“ repräsentieren mit einer Bruttowertschöpfung von über 60 Mrd. Euro den größten Einzelposten in der Wertschöpfung der Gesundheitswirtschaft (insgesamt 206 Mrd. Euro). Über 1,5 Mio. Erwerbstätige sind dort zu finden, das entspricht 30 % aller Erwerbstätigen in der Gesundheitswirtschaft und fast 40 % aller Erwerbstätigen im Gesundheitswesen, dem Kernbereich der Gesundheitswirtschaft. Die wirtschaftliche Bedeutung dieses Sektors und seine Potenziale sind – nicht zuletzt aufgrund der demographischen Entwicklung und des medizinisch-technischen Fortschritts – enorm. Aus diesem Grund ist es wichtig, die Investitionsfinanzierung im Krankenhaussektor – als Basis unternehmerischen Handelns und nachhaltigen Wirtschaftens – auf eine nachhaltige und zukunftsfähige Basis zu stellen. Dies ist nicht zuletzt auch vor dem Hintergrund eines stetig wachsenden privatwirtschaftlichen Sektors in der deutschen Kliniklandschaft sinnvoll.

Die Chancen, die insbesondere in einer betriebswirtschaftlich orientierten Geschäftsführung von Krankenhäusern – also im „Unternehmen Krankenhaus“ – liegen, zeigen sich schon heute in den Kennzahlen des Sektors der Krankenhäuser in privater Trägerschaft.¹ Sie weisen übergreifend eine höhere Produktivität und effizientere Arbeitsabläufe auf als öffentliche Einrichtungen oder diejenigen in freier Trägerschaft. Auch die Personal- und Sachkosten privater Einrichtungen liegen – jeweils bezogen auf den Umsatz – unter denen der anderen Träger. Dies alles erreichen sie bei mindestens gleich hoher Qualität der Behandlung wie andere Häuser. Der Sektor der privaten Krankenhäuser wächst entsprechend kontinuierlich. Knapp 30% der insgesamt 2087 Krankenhäuser befinden sich in privater Trägerschaft. Von 1991 bis 2007 hat sich dieser Anteil an allen Krankenhäusern damit verdoppelt. Demgegenüber ist der Anteil der öffentlichen (allgemeinen) Krankenhäuser im gleichen Zeitraum von 46% auf 32% zurückgegangen, die verbleibenden 38% haben freigemeinnützige Träger.

Insgesamt hat sich die Zahl der Krankenhäuser in den letzten 15 Jahren deutlich reduziert (1991: 2411).² Hintergrund dieser Konzentrations- und Abbauprozesse sind

¹ Vgl. zu den folgenden Angaben Augurzky, Boris, Beivers, Andreas, Neubauer, Günter und Schwierz, Christoph: „Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft“, RWI: Materialien, Heft 52, RWI Essen, 2009.

² Ebenso ist die Zahl der Betten seit Anfang der 1990er Jahre zurückgegangen, und zwar um ein Viertel. Derzeit gibt es gut 500.000 Betten in deutschen Kliniken. Auch die Verweildauer der Patienten hat stetig abgenommen. 1991 lag sie bei 14 Tagen, im Jahr 2007 hat sie einen neuen Tiefstand von 8,3 Tagen erreicht.

u.a. die zunehmenden finanziellen Schwierigkeiten der Krankenhäuser. Der Druck zur Rationalisierung und zur Effizienzsteigerung wächst stetig. Die betriebswirtschaftlichen Notwendigkeiten rücken in den Vordergrund. Ein häufiger Schritt liegt daher in der Privatisierung vor allem kommunaler Häuser. In den meisten Fällen ist dies ein sinnvoller Weg, die Häuser wieder rentabel wirtschaften zu lassen, da in stärkerem Maße erfolgsorientiertes Management, größere Unternehmensautonomie und größere Wirtschaftlichkeit realisiert werden können.

Die Potenziale, die in dem Krankenhaussektor für die weitere Entwicklung der deutschen Krankenhauslandschaft liegen, müssen aus Sicht der Wirtschaft weiter erschlossen und genutzt werden. Der Wettbewerb muss – unter Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung mit stationären Leistungen – stärkere Bedeutung erhalten. Der Investitionsfinanzierung kommt bei diesen Entwicklungen eine Schlüsselfunktion zu. Investitionen sind die Basis jeden unternehmerischen Handelns und privaten Wirtschaftens. In diesem Bereich gibt es im Krankenhaussektor in Deutschland allerdings Sonderregelungen, die dieses unternehmerische Handeln einschränken.

2. Die Investitionsfinanzierung im stationären Sektor verliert an Boden

Mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) von 1972 wurde für die stationäre Versorgung die duale Finanzierung eingeführt: Die Ausgaben für Investitionen und Großgeräte der Krankenhäuser übernehmen die Länder über steuerfinanzierte Förderung. Hierbei wird zwischen der Zuweisung einer Pauschalförderung – im Sinne eines Globalbudgets – für kleinere Baumaßnahmen o.ä. sowie der Einzelförderung im Sinne einer Investitionsfinanzierung einzelner, beantragter Bauprojekte unterschieden. Die laufenden Betriebskosten werden dagegen von den Krankenkassen seit dem Jahr 2004 über pauschalierte Pflegesätze (sog. German – Diagnosis Related Groups (G-DRGs), diagnosespezifische Fallpauschalen) gedeckt. Aufgrund dieser unterschiedlichen Form der Finanzierung von Investitions- und Betriebskosten spricht man von der dualen Finanzierung des stationären Sektors.

Die Länder haben die Verantwortung dafür, dass eine bedarfsgerechte und flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen und wirtschaftlich selbstständigen Krankenhäusern gewährleistet ist. Dies wird mittels des sog. Landeskrankenhausplans angestrebt. Mit diesem Plan legen die Länder fest, wie viele und welche Krankenhäuser an der Versorgung der gesetzlich versicherten Bevölkerung teilnehmen. Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan aufgenommen sind (Plankrankenhäuser) müssen Versicherte aller Krankenkassen behandeln bzw. die Krankenkassen müssen die stationären Leistungen, die in allen Plankrankenhäusern für ihre Versicherten erbracht werden, vergüten. Die Plankrankenhäuser erhalten für Investitionen Fördermittel der Länder.

Krankenhäuser, die nicht im Krankenhausplan aufgenommen wurden, können Versorgungsverträge nach § 109 SGB V mit Krankenkassen abschließen (sog. Vertragskrankenhäuser) und sind damit zur Behandlung der Versicherten zugelassen. Sie erhalten aber keine Investitionszuschüsse der Länder.

Seit Mitte der 1990er Jahre haben die Länder ihre Zuschüsse zu den Investitionen reduziert. Die gesamte Förderung nach dem KHG sank von 3,6 Mrd. im Jahr 1991 auf ca. 2,7 Mrd. Euro im Jahr 2007, bei nahezu gleichbleibendem Anteil der Krankenhausausgaben am Bruttoinlandsprodukt. De facto liegt daher in der Krankenhauslandschaft in Teilen bereits eine monistische Finanzierung vor (schleichende Monistik). Die Krankenhäuser reagieren darauf u.a. mit Neuorganisation, Kapazitätsabbau, Fusion und Privatisierung – letztlich also auch durch Effizienzsteigerung und die Hebung von Rationalisierungsreserven. Aber sie müssen z.B. auch dringende Investitionen aus den Leistungsvergütungen oder durch Aufnahme von Fremdkapital finanzieren. Der aufgelaufene Investitionsstau bei den Plankrankenhäusern wird von unterschiedlichen Quellen mit Werten zwischen ca. 9 und 50 Mrd. Euro angegeben. Die tatsächliche Höhe ist letztlich kaum valide festzustellen.

3. Die duale Finanzierung ist nicht zukunftsfähig

Die duale Finanzierung weist einige Begleiterscheinungen auf, die eine Neugestaltung der Krankenhausfinanzierung angebracht erscheinen lassen:

- Die relativen Preise von ambulanter und stationärer Versorgung werden verzerrt, da in der ambulanten Versorgung die Investitionskosten über die Fallpauschalen abgegolten werden. Hier ist die monistische Finanzierung somit Realität. Da die stationäre Versorgung dagegen durch Steuermittel subventioniert wird, wird der eigentlich geltende Leitsatz „ambulant vor stationär“ untergraben. Denn die Kassen haben tendenziell den Anreiz dazu, die Inanspruchnahme stationärer Leistungen zu fördern bzw. zu forcieren, da sie nicht alle Kosten tragen müssen, die in der Klinik anfallen. Die Trennung von ambulantem und stationärem Sektor wird verfestigt.
- Die duale Finanzierung führt dazu, dass zentrale betriebswirtschaftliche Entscheidungen nicht aus einer Hand getroffen werden können. So können zwar die Krankenhäuser über ihren Personaleinsatz entscheiden, nicht aber über die Investitionen. Diese Größen sind jedoch nicht unabhängig voneinander und sollten daher nicht getrennt behandelt werden. Andernfalls können künftige Erträge nicht betriebswirtschaftlich sinnvoll kalkuliert werden, und die wirtschaftliche Rentabilität wird auf diese Weise behindert.
- Hinzu kommt, dass der Wettbewerb der Krankenhäuser untereinander durch diese steuerfinanzierte Förderung verzerrt wird. Investitionen müssen sich

nicht notwendig durch Fallzahlen refinanzieren, da das Kostenrisiko auf den Staat übertragen werden kann.

- Weiterhin ist die Investitionsausstattung wesentlich von der politischen Einflussnahme bestimmt. Es ist jedoch nicht plausibel, dass die staatlichen, gewährenden Stellen mit ihrer Vorausplanung den Krankenhausmarkt in all seinen (auch regionalen) Gegebenheiten treffend abbilden und die tatsächliche Nachfrage nach stationären Leistungen feststellen können. Zudem zeigt sich die negative Seite der politischen Abhängigkeit in dem stetig abnehmenden Investitionsumfang. Eine verlässliche, vorausschauende Investitionsplanung ist den Krankenhäusern nicht möglich.

Häufig wird gefordert, den Übergang auf die monistische Finanzierung mit einem zwingenden Abbau des Investitionsstaus zu verknüpfen. Die Länder sollten sich nicht auf Kosten der Beitragszahler von diesen Verbindlichkeiten entlasten. Diese Position ist zwar nachvollziehbar. Abgesehen von ökonomischen Gründen, die dies nicht zwingend erscheinen lassen, spricht jedoch auch dagegen, dass dieser finanzielle Ausgleich aus fiskalischen Gründen kaum darstellbar wäre, selbst wenn niedrige Ansätze gewählt würden. So schätzt das RWI einen Investitionsstau von 16 Mrd. Euro (kumuliert seit 1991), wenn man einen jährlichen Investitionsbedarf von 10% des Krankenhausumsatzes zugrunde legt. Werden die Eigenmittel berücksichtigt, die die Krankenhäuser selber einsetzen (rund 7 Mrd. Euro), beläuft sich der Investitionsstau dagegen nur noch auf 9 Mrd. Euro. Derartige Summen dürften allerdings auf absehbare Zeit nicht finanzierbar sein. Das sollte jedoch nicht von der grundsätzlichen Reform der Finanzierung abhalten, da hier bedeutende Effizienzreserven gehoben werden können.

4. Die Finanzierung von Krankenhausinvestitionen sinnvoll und nachhaltig ausgestalten

Aufgrund der demographischen Entwicklung wird die Nachfrage nach stationären Leistungen künftig voraussichtlich steigen. Schätzungen sagen für 2020 eine Zunahme der Fälle von 6 bis 12 % voraus. Reformen des Krankenhausesektors müssen daher von einer Stabilisierung der Finanzierung begleitet werden. Ziel muss es sein, die Verzerrungen, die die duale Finanzierung bewirkt, abzubauen. Dabei sollten steigende Beitragslasten vermieden werden, um den Arbeitsmarkt nicht weiter zu belasten. Auch steigende Steuerzuschüsse sind unter den derzeitigen fiskalischen Gegebenheiten politisch kaum zu vermitteln.

Folgende Reformschritte sollten angestrebt werden:

- Ein erster Schritt liegt in dem Übergang zur Halb-Monistik: Die Einzelförderung wird abgeschafft, und es wird ausschließlich Pauschalförderung der Län-

der an die Krankenhäuser gewährt. Hier muss ein geeigneter Förderschlüssel gefunden werden – eventuell der Klinikumsatz – da die bisherige Kopplung an die Bettenanzahl nicht die geeigneten Anreize setzt. Als Beispiel kann hier Nordrhein-Westfalen mit seinem System der regionalen Monistik genannt werden.

- Die Monistik sollte das mittelfristige Reformziel sein. Die Mittel zur Deckung der Investitionskosten müssen dann von den Kassen über Zuschläge auf die DRGs an die Krankenhäuser gezahlt werden. Diese Zuschläge sollten sich an der Investitionskostenintensität der Krankenhausfälle orientieren.³
- Angesichts der schwierigen Haushaltslage werden zusätzliche öffentliche Mittel zur Refinanzierung dieser Investitionskosten auf absehbare Zeit kaum durchsetzbar sein. Die Politik ist aber in der Pflicht, eine zukunftssichere Finanzierung zu sichern. Pragmatische Lösungsvorschläge zur Refinanzierung der Kassen – sei es über die Zuführung der bisherigen Mittel etwa über den Gesundheitsfonds oder durch einen Vorwegabzug vom Umsatzsteuereinkommen – liegen vor (vgl. Anhang).
- Bei der Verteilung der Refinanzierungsmittel – beispielsweise aus dem Gesundheitsfonds – an die Kassen sollte aus Sicht der Gesundheitswirtschaft kein unmittelbarer Zusammenhang zwischen den Einzahlungen der Länder und den Auszahlungen an die Krankenkassen bestehen. Angesichts der zu erwartenden politischen Schwierigkeiten einer solchen Lösung liegt ein pragmatischer Weg jedoch vermutlich darin, die Verteilung der Mittel an die Kassen zunächst an dem Fördervolumen des jeweiligen Landes auszurichten. Die Kassen erhalten dann pro Krankenhausfall eine Zuweisung, die sich aus der Gesamtförderhöhe des Landes bezogen auf die Gesamtfallzahl des Landes berechnet. Denkbar ist auch, dass Krankenkassen, die überproportional viele investitionskostenintensive Krankenhausfälle aufweisen, entsprechend höhere Zuweisungen erhalten (Gewichtung mit Investitions-Relativgewichten).
- Unter der Voraussetzung, dass in allen Sektoren und Bereichen (im stationären Sektor ebenso wie im Bereich der Krankenkassen) das Wettbewerbsrecht uneingeschränkt Anwendung findet, sollte die selektive Kontrahierung umfassend ermöglicht werden. Krankenhäuser würden dann zur Absicherung elektiver Leistungen individuelle Verträge mit Krankenkassen schließen. Mittel- bzw. langfristig bliebe dann lediglich die Notfallversorgung in der Hand der Länder, die hier – ebenso wie für die Versorgung im ländlichen Raum – unter Beteiligung privater Anbieter für die nötige Infrastruktur Sorge tragen müssen.

³ Vertreter der privaten Krankenversicherung im DIHK-Ausschuss für Gesundheitswirtschaft stehen der monistischen Finanzierung kritisch gegenüber und plädieren für den Beibehalt der dualen Finanzierung unter Sicherstellung der finanziellen Zuschüsse durch die Länder, insbesondere zur Berücksichtigung regional differenzierter Versorgungsinteressen.

- Perspektivisch muss die alleinige Zuständigkeit der Länder für die Krankenhausplanung und ihr alleiniger Sicherstellungsauftrag auf den Prüfstand gestellt werden. Es spricht Vieles dafür, dass die Krankenkassen gemeinsam mit den Ländern den Sicherstellungsauftrag erfüllen sollten.
- Langfristig sollte die Ungleichbehandlung zwischen ambulantem Sektor – der keine steuerfinanzierten Zuschüsse erhält – und dem stationärem Sektor vollständig aufgehoben werden. Die Vergütung der Krankenhausinvestitionen muss dann vollständig aus Mitteln der Krankenkassen gedeckt werden.
- Universitätsklinika müssen in geeigneter Form und unter Berücksichtigung ihrer spezifischen Aufgaben in die Reform der Investitionsfinanzierung einbezogen werden.

Das vorliegende Papier wurde am 23. Juni 2010 vom DIHK-Vorstand beschlossen. Vorgegangen war die Erstellung in Verbindung mit intensiven Beratungen im DIHK-Ausschuss für Gesundheitswirtschaft. Das Thema wurde in zwei Sitzungen des Ausschusses behandelt und das Papier mit mehreren Ausschuss-Vertretern erarbeitet.

Im DIHK-Ausschuss für Gesundheitswirtschaft sind Unternehmerinnen und Unternehmer aus den Bereichen Krankenhausträger, Krankenversicherungen, Medizintechnikhersteller, Pharmahersteller und -großhändler, Pflegeanbieter, Beratungseinrichtungen, Apotheken, Kurwesen, Functional Food etc. vertreten.

Anhang: Spezifische Reformoptionen

Ein (sukzessiver) Übergang zur monistischen Finanzierung ist – wie erläutert – notwendig. Hierbei kann - beispielhaft und ohne Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben - zwischen verschiedenen Modellen und Elementen unterschieden werden, die an dieser Stelle lediglich die Spannweite der verschiedenen Varianten eines Übergangs verdeutlichen sollen.

a. Das Reformmodell von Rürup/IGES und dem Sachverständigenrat

Prof. Rürup und das IGES-Institut plädieren dafür, dass die Investitionen der Krankenhäuser künftig über Investitionszuschläge auf die diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRGs) von den Kassen finanziert werden sollten. Hier ist letztlich zu entscheiden, ob man pauschale Zuschläge erhebt – dann richtet sich die Höhe der Investitionsmittel nach der Fallzahl – , oder ob man sie differenziert – etwa als prozentualen Aufschlag – auf die DRGs erhebt. In dem Fall würden die Investitionsmittel auch an der Fallschwere gemessen. Rürup/IGES und der Sachverständigenrat sprechen sich für differenzierte Modelle aus.

Zur Rückvergütung würden die Krankenkassen Mittel aus dem Gesundheitsfonds erhalten, in den Steuerzuschüsse der Länder zur Finanzierung der Investitionen fließen sollen. Als angemessene Höhe stellen die Autoren eine Gesamtfördersumme von 5 Mrd. Euro p.a. fest. Um die Monistik nicht auszuhöhlen dürfen diese Steuerzuschüsse nicht unmittelbar an die tatsächlichen Auszahlungen an die Krankenhäuser gekoppelt sein. Zur Finanzierung sollen im Rahmen eines Vorwegabzugs des Umsatzsteueraufkommens die entsprechenden Mittel in den Fonds fließen. Bei dem Einzug der Mittel in den Fonds sowie bei der Verteilung der Mittel an die Kassen wird in diesem Modell somit die bisherige Förderhistorie der Länder bzw. Krankenhäuser nicht berücksichtigt.

Die explizite Krankenhausplanung der Länder soll aufgehoben werden, lediglich ein Qualitätsmonitoring der Länder soll die flächendeckende Versorgung gewährleisten. Zur Unterstützung strukturschwacher ländlicher Regionen soll ein Infrastrukturfonds die Finanzierung der Investitionen durch Fallpauschalenzuschläge flankieren. Ca. 10% der Gesamtsumme der steuerlichen Investitionsmittel sollen in diesen Fonds fließen und die Länder sollen ihn ausschließlich zur Sicherstellung der Versorgung in diesen Regionen verwenden.

b. Das Reformmodell der Monopolkommission

Der Vorschlag der Monopolkommission geht in einigen Aspekten weiter. Sie schlägt vor, auf ein Modell des selektiven Kontrahierens zwischen Kassen und Krankenhäusern und freier Verhandlung der Investitionszuschläge überzugehen. Konkret soll ein sog. Optionstarif eingeführt werden. In ihm verzichten die Versicherten auf die freie Krankenhauswahl, allerdings bei gleichem Leistungsumfang. Die Krankenhäuser schließen mit den Krankenkassen selektive Verträge, in deren Vergütung sind die Investitionen enthalten. Zur Orientierung können die DRG-Pauschalen als Referenzgröße dienen. Da die freie Wahl des Krankenhauses für die Notfallversorgung erhalten bleiben soll, beschränkt sich dieses Optionsmodell auf die elektiven Leistungen. Die Notfallversorgung soll auf Ebene der Länder, Kreise und Gemeinden im Wege von Ausschreibungen sichergestellt werden. Auch die Versorgung im ländlichen Raum kann letztlich in der Verantwortung der Länder verbleiben.

c. Der Vorschlag des Bundesverbands Deutscher Privatkliniken (BDPK)

Ein Vorschlag, der einen etwas behutsameren Einstieg in die Monistik darstellt und stärker im Status quo verhaftet ist, wurde vom BDPK in Zusammenarbeit mit dem RWI erarbeitet. Dieser Vorschlag sieht folgendes vor: Die Versicherten bzw. Krankenkassen finanzieren sowohl die Betriebs- als auch die Investitionskosten. Zu Beginn wird der Investitionsbedarf der einzelnen Krankenhäuser zunächst pauschal pro Fall festgelegt. Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass ein gesamter Investitionsbedarf von mindestens 5 Mrd. Euro pro Jahr besteht. Bei einer derzeitigen Investitionssumme von 2,7 Mrd. Euro durch die Länder, müsste die Differenz (2,3 Mrd. Euro) von den gesetzlichen Krankenversicherungen aufgebracht werden, was einer Beitragssatzsteigerung von ca. 0,2%-Punkten entspräche.

Die Länder leiten ihre derzeitige Einzel- und Pauschalförderung in eine „Clearingstelle Investitionskosten für Krankenhäuser“ im Gesundheitsfonds. Die Kassen erhalten aus dem Fonds die (länderbezogenen) Investitionszuschüsse, die sich an dem Fördervolumen sowie der Fallzahl des Bundeslandes orientieren. Denkbar ist auch eine Gewichtung mit Investitions-Relativgewichten, so dass Krankenkassen, die überproportional viele investitionskostenintensive Krankenhausfälle aufweisen, entsprechend höhere Zuweisungen erhalten. Von den Kassen bzw. den Versicherten wird dann pro Fall ein pauschaler Investitionsbedarfs-Landesbasisfallwert an die Krankenhäuser gezahlt, der sich aus dem Gesamtinvestitionsbedarf dividiert durch die Gesamtfallzahl ergibt (5 Mrd. € / 17 Mio.). Er wird von den Kassen auf die DRGs aufgeschlagen.

Bei den Zuweisungen an die Krankenhäuser werden dabei zusätzlich in einer Übergangsphase von ca. 10 Jahren die bisherigen Einzelförderungen inklusive Abschreibung angerechnet, um die unterschiedlichen Ausgangssituationen zu berücksichtigen. Mit diesem Modell wird also versucht, sowohl die bisherige Förderhistorie auf Landes- wie auch auf Krankenhausebene zu berücksichtigen.

An den Zuständigkeiten der Länder für die Krankenhausplanung und ihrem Sicherstellungsauftrag ändert sich nichts. Auch verstärkter Vertragswettbewerb ist nicht (unmittelbar) vorgesehen. Die Krankenhäuser entscheiden aber über die notwendigen Investitionen.

d. Die jüngste Reform der Krankenhausfinanzierung

Zum Ende des Jahres 2008 hat die Bundesregierung einen Gesetzentwurf verabschiedet, der eine Neuorganisation der Finanzierung der Krankenhäuser einleiten sollte (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz). Vorgesehen ist u.a. ab 2012 die Möglichkeit einer Investitionsförderung in Form von pauschalen, nach Fallgruppen unterschiedenen Zuschlägen zu den DRGs, also ein Einstieg in die Monistik. Dieser Vorschlag geht in die richtige Richtung, jedoch bleibt diese Möglichkeit eines fallspezifischen Investitionszuschlages lediglich eine Option für die Länder. Abgesehen davon werden keine weiteren grundlegenden Neuerungen festgelegt. Dieses Vorhaben kann daher allenfalls als Einstieg in die monistische Finanzierung gesehen werden. Dennoch weist es in die richtige Richtung.