

# **Mögliche Wege zur Umstellung der Investitionsfinanzierung in Krankenhäusern unter Berücksichtigung der momentanen Entwicklung der Investitionsbewertungsrelationen**

Bachelorarbeit

zur Erlangung des Grades „Bachelor of Arts“ (B.A.)

Erstprüferin: Prof. Dr. D. Eidt-Koch

Zweitprüfer: Verw. Prof. Dr. D. A. Reh

Morawitzky, Martin

Matrikel-Nr. 30996856

Dieterichsstraße 16

30159 Hannover

Hannover, 22.08.2012

## Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	IV
Abbildungsverzeichnis.....	V
1 Einleitung .....	1
1.1 Problemstellung .....	1
1.2 Ziele und Aufbau der Arbeit .....	2
1.3 Begriffsbestimmung.....	4
2 Überblick über die momentane Investitionsfinanzierung .....	6
2.1 Historische Entwicklung der Investitionsfinanzierung .....	6
2.2 Analyse der Gesetzeslage .....	8
2.3 Veränderung des Investitionsvolumen von 1991 – 2010 .....	10
2.4 Einfluss der Akteure im Gesundheitswesen auf die Investitionsfinanzierung im Krankenhaus.....	14
2.5 Kritische Analyse der momentanen Situation .....	17
3 Entwicklung der Investitionsbewertungsrelationen.....	22
3.1 Vorgaben durch die Gesetzgebung .....	22
3.2 Darstellung des Kalkulationsmodells der Investitionsbewertungsrelationen durch das InEK .....	24
3.2.1 Grundlagen des Modells.....	24
3.2.2 Stand der Entwicklung des Modells .....	28
3.3 Differenzierte Betrachtung der Investitions- bewertungsrelationen.....	29
4 Wege der Investitionsfinanzierung auf Basis der Investitionsbewertungsrelationen .....	35
4.1 Duale Finanzierung.....	35
4.1.1 Mögliche Umsetzung .....	35
4.1.2 Veränderungen für die Akteure im Gesundheitswesen....	39

4.1.3	Kritische Analyse .....	41
4.2	Monistische Finanzierung .....	44
4.2.1	Mögliche Umsetzung .....	44
4.2.2	Veränderungen für die Akteure im Gesundheitswesen....	48
4.2.3	Kritische Analyse .....	51
5	Schlussfolgerungen.....	55
	Literaturverzeichnis .....	58

## Abkürzungsverzeichnis

AbgrV	Abgrenzungsverordnung
BDPK	Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.
DRG	Diagnosis Related Groups
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHNOG	Krankenhausneuordnungsgesetz
KHRG	Krankenhausfinanzierungsreformgesetz
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
NRW	Nordrhein-Westfalen
OPS-Schlüssel	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PKV	Private Krankenversicherung

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Abgrenzung und Vergütung von Wirtschaftsgütern .....	10
Abbildung 2: Entwicklung der KHG-Investitionsmittel gesamt, 1991 – 2010 .....	11
Abbildung 3: Prozentuale Verteilung der KHG-Investitionsför- dermittel auf Pauschal- und Antragsförderung im Jahr 2010.....	13
Abbildung 4: Kalkulationsmodell der Investitions- bewertungsrelationen .....	28
Abbildung 5: Schema der dualen Finanzierung .....	35
Abbildung 6: Schema der monistischen Finanzierung.....	44
Abbildung 7: Schema zur Entlastung der Krankenkassen.....	48

# 1 Einleitung

## 1.1 Problemstellung

Die momentane Finanzierung der deutschen Krankenhäuser erfolgt über eine duale Finanzierung. Dabei werden die Betriebskosten im Wesentlichen von den Krankenkassen übernommen, die Investitionskosten werden von den jeweiligen Bundesländern finanziert. Es muss immer mehr festgestellt werden, dass die Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser durch die Bundesländer einer starken Erosion unterliegt. Bei einem Vergleich der Investitionsfinanzierung für die Jahre 1991 und 2009 ist festzustellen, dass den Krankenhäusern im Jahre 2009 nominal 22% weniger öffentliche Investitionsfördermittel zur Verfügung standen.<sup>1</sup> Der erhebliche Rückgang der öffentlichen Investitionsfördermittel hat zur Folge, dass sich ein Investitionsstau auf Seiten der Krankenhäuser aufgebaut hat. Dieser wird je nach Berechnung und Ermittlungsmethode mit einem Wert von 16 Mrd. Euro oder sogar mit bis zu 50 Mrd. Euro angegeben.<sup>2</sup>

Der Handlungsbedarf bei der öffentlichen Investitionsfinanzierung wurde von der Politik erkannt. Das Bundesministerium für Gesundheit gibt in einem ersten Diskussionsentwurf für den ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 Ansätze zur Veränderung der öffentlichen Investitionsfinanzierung bekannt.<sup>3</sup> In diesem Papier ist vorgesehen, dass der Investitionsstau abgebaut wird und die generelle Finanzierung der Investitionsmittel mithilfe von bundeseinheitlichen Investitionspauschalen erfolgen soll. Die Investitionspauschalen sollen leistungsbezogen an die Diagnosis Related Groups (DRG)–Fallpauschalen gekoppelt werden. Darüber hinaus soll die duale Finan-

---

<sup>1</sup> Vgl. Mörsch, M., Derix, F., Stand der Investitionsfinanzierung 2010, 2010, 732 f.

<sup>2</sup> Vgl. Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J., Krankenhaus-Report 2010 Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise?, 2010, S. 116

<sup>3</sup> Vgl. Halbe, B., Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) Auswirkungen für Krankenhäuser, 2010, S. 17 ff.

zierung in Krankenhäusern über eine Konvergenzphase von 10 bis 15 Jahren hin zu einer monistischen Finanzierung geführt werden.<sup>4</sup>

Im endgültig verabschiedeten Gesetz vom Februar 2009 ist die Erhöhung der Investitionsfördermittel oder eine zwingende Anwendung der Investitionsbewertungsrelationen durch die Bundesländer nicht mehr enthalten. Ebenso fehlt das Ziel, eine monistische Finanzierung nach der Konvergenzphase anzustreben. Es wurde lediglich ein Entwicklungsauftrag für die Investitionsbewertungsrelationen verbindlich festgeschrieben.<sup>5</sup> Das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) aus dem Jahre 2009 schreibt lediglich die Entwicklung von Investitionsbewertungsrelationen vor. Die Bundesländer können frei wählen, ob und in welcher Form sie die Investitionsbewertungsrelationen für die öffentliche Investitionsfinanzierung heranziehen. Es bleibt damit die Frage offen, wie sich die Finanzierung von Investitionen in Krankenhäusern nach der Entwicklung der Investitionsbewertungsrelationen verändern könnte.

## 1.2 Ziele und Aufbau der Arbeit

Ziel dieser Arbeit ist es, die Entwicklung des Modells der Investitionsbewertungsrelationen zu erläutern und mögliche Wege der öffentlichen Investitionsfinanzierung im Krankenhaus auf Basis der Investitionsbewertungsrelationen zu entwickeln. Die absolute Höhe und die Art der Investitionsfinanzierung ist für Krankenhäuser von besonderer Bedeutung. Die Krankenhäuser müssen sich schnell auf Veränderungen im Vergabeverfahren der Investitionsmittel einstellen, damit sie diese optimal nutzen können. Wie für all Unternehmen sind auch für ein Krankenhaus Investitionen von besonders hoher Bedeutung, da es zu einer Bindung von Kapital und zu einer strategischen Festlegung kommt. Aus diesem Grunde ist eine genaue Analyse möglicher Auswirkungen der Investitionsbewertungsrelationen notwendig. Bei dem Modell für die

---

<sup>4</sup> Vgl. Halbe, B., Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) Auswirkungen für Krankenhäuser, 2010, S. 17 f.

<sup>5</sup> Vgl. Ebd., S. 105

Entwicklung der Investitionsbewertungsrelationen muss eine kritische Analyse und Erläuterung des Modells vorgenommen und festgestellt werden, welche Möglichkeiten und Grenzen das Modell hat. Bei den möglichen Wegen der öffentlichen Investitionsfinanzierung im Krankenhaus müssen die verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen und deren Einflüsse und Interessen betrachtet werden. Außerdem ist es notwendig, bei jedem möglichen Weg die genauen Vorteile und die spezifischen Nachteile darzustellen.

Die Arbeit ist in fünf Kapitel unterteilt. Nach der Einleitung zu Hintergründen, Zielen und Aufbau der Arbeit wird im zweiten Kapitel die momentane Situation der öffentlichen Investitionsfinanzierung aufgezeigt. Dabei wird zunächst die historische Entwicklung der öffentlichen Investitionsfinanzierung betrachtet und die momentane Gesetzeslage für die öffentliche Investitionsfinanzierung analysiert. Anschließend wird die Veränderung des Investitionsvolumens von 1991 bis 2010 dargestellt sowie erläutert, welchen Einfluss die verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen auf die öffentliche Investitionsfinanzierung haben. Den Abschluss des zweiten Kapitels bildet eine kritische Wertung der momentanen Situation in der öffentlichen Investitionsfinanzierung.

In Kapitel drei wird die Entwicklung der Investitionsbewertungsrelationen durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) detailliert dargelegt. Hierbei werden zunächst die gesetzlichen Vorgaben durch das Krankenhausentgeltgesetz betrachtet und durch das InEK ermittelte Modell zur Entwicklung der Investitionsbewertungsrelationen dargestellt. Nach einer Betrachtung der Grundlagen des Modells erfolgt eine Erläuterung über den aktuellen Stand und die Entwicklung des InEK-Modells. Abschließend werden die Möglichkeiten und Grenzen des Modells analysiert.

Das vierte Kapitel beschäftigt sich mit möglichen Wegen der Investitionsfinanzierung auf Basis der Investitionsbewertungsrelationen. Hierbei wird zwischen zwei möglichen Wegen unterschieden: Eine duale Finanzierung auf Basis der Investitionsbewertungsrelationen sowie eine



monistische Finanzierung. Dabei werden jeweils der Einfluss und die Veränderungen für die verschiedenen Akteure bestimmt, als auch eine kritische Betrachtung dieser Finanzierungsmöglichkeit vorgenommen.

In Kapitel fünf werden die Ergebnisse der Arbeit zusammengefasst und ein Ausblick auf mögliche zukünftige Veränderungen in der Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser aufgezeigt.

### 1.3 Begriffsbestimmung

Der Begriff Investitionsfinanzierung setzt sich aus den beiden Komponenten Investition und Finanzierung zusammen. Als Investition wird die „Umwandlung liquider Mittel in Investitionsgüter, die das Anlagevermögen des Unternehmens bilden“<sup>6</sup>, bezeichnet. Im Krankenhaus zählen zu den Investitionsmitteln „Zuwendungen und Zuschüsse der öffentlichen Hand, Eigenmittel [des Krankenhauses oder des Krankenhausträger (Anm. d. Verf.)], Zuwendungen Dritter oder Fördermittel nach KHG“<sup>7</sup>. Unter „Finanzierung versteht man sämtliche lang- und kurzfristigen Maßnahmen der Kapitalbeschaffung sowie alle Kapitaldispositionen zur Aufrechterhaltung der jederzeitigen Zahlungsfähigkeit“<sup>8</sup>. Die Finanzierung kann dabei über verschiedene Wege, wie zum Beispiel über Eigenkapital oder über eine langfristige Fremdkapitalfinanzierung, stattfinden. Auf Grund der gesetzlichen Vorgaben sollen im Krankenhaus die Investitionskosten durch Fördermittel des jeweiligen Bundeslandes finanziert werden.<sup>9</sup> Daraus ergibt sich, dass unter dem Begriff der Investitionsfinanzierung in dieser Arbeit die Übernahme der Investitionskosten der Krankenhäuser durch die Bundesländer gemeint ist. Synonym dazu und zur genaueren Beschreibung wird auch der Begriff „öffentliche Investitionsfinanzierung“ genutzt.

Die duale Finanzierung zeichnet sich durch die Dominanz zweier Finanzierungsquellen aus. Diese beiden Finanzierungsträger überneh-

---

<sup>6</sup> Wolke, T., Poll, J., Finanz- und Investitionsmanagement im Krankenhaus, 2010, S. 10

<sup>7</sup> Mörsch, M., Derix, F., Stand der Investitionsfinanzierung 2010, 2010, 734

<sup>8</sup> Wolke, T., Poll, J., Finanz- und Investitionsmanagement im Krankenhaus, 2010, S. 10

<sup>9</sup> Vgl. Kehres, E., Huch, B., Hentze, J., Krankenhaus – Controlling, Konzepte, Methoden und Erfahrungen aus der Krankenhauspraxis, 3. Aufl., 2005, S. 137

men die Kosten bestimmter Kostenarten. Es erfolgt hierbei eine Trennung der Finanzierung in zwei Teilbereiche.<sup>10</sup> Im Krankenhauswesen erfolgt eine Trennung zwischen Betriebskosten und Investitionskosten, welche von unterschiedlichen Akteuren getragen werden. Die Betriebskosten werden von den Krankenkassen getragen, die Investitionskosten von den jeweiligen Bundesländern.<sup>11</sup> Eine genaue Definition der Betriebskosten bzw. der Investitionskosten wird im Abschnitt 2.2 vorgenommen.

Der Begriff der monistischen Finanzierung beinhaltet die Philosophie einer Einheitslehre, also die Übertragung der Finanzverantwortung auf einen Kostenträger.<sup>12</sup> In Bezug auf das Krankenhauswesen erfolgt die Finanzierung der Investitionskosten und der Betriebskosten durch einen Kostenträger - beispielhaft durch die Krankenkassen.<sup>13</sup> Die monistische Finanzierung schließt nicht aus, dass die Krankenkassen ihrerseits einen finanziellen Ausgleich vom Staat bekommen. Somit schließt die monistische Finanzierung im Krankenhauswesen nicht aus, dass der Staat indirekt, nämlich über die Krankenkassen, an der Krankenhausfinanzierung beteiligt ist. Die Krankenhäuser haben keine direkte Finanzbeziehung zu einer anderen großen Finanzquelle.

---

<sup>10</sup> Vgl. Fleßa, S., Grundzüge der Krankenhausbetriebslehre, 2007, S. 107

<sup>11</sup> Vgl. Kriegel, J., Finanzmanagement im Universitätskrankenhaus, Klinischer Mehraufwand für Forschung und Lehre, 2005, S. 116

<sup>12</sup> Vgl. Fleßa, S., Grundzüge der Krankenhausbetriebslehre, 2007, S. 106

<sup>13</sup> Vgl. Kriegel, J., Finanzmanagement im Universitätskrankenhaus, Klinischer Mehraufwand für Forschung und Lehre, 2005, S. 120

## 2 Überblick über die momentane Investitionsfinanzierung

### 2.1 Historische Entwicklung der Investitionsfinanzierung

Historisch betrachtet wird die Krankenhausfinanzierung in drei Phasen unterteilt. Die erste Phase war die freie Finanzierung der Krankenhäuser, sie endete 1936. Die zweite Phase bildete die monistische Phase der Krankenhausfinanzierung. Sie dauerte von 1936 bis 1972. Die dritte und letzte Phase ist die duale Krankenhausfinanzierung. Sie geht von 1972 bis heute.<sup>14</sup>

In der ersten Phase gab es eine Vertragsfreiheit zwischen den Patienten, den Ärzten und den Krankenkassen. Es wurde keine Krankenhausplanung durch den Staat vorgenommen. Die Krankenhäuser finanzierten sich über Verträge mit den Krankenkassen. In diesen wurden die Pflegesätze verhandelt, welche individuell je Krankenhaus waren.<sup>15</sup> Die Pflegesätze mussten alle Kosten des Krankenhauses, auch die Investitionskosten, decken. Es gab keinen Kontrahierungszwang, so dass die Verhandlungen auch scheitern konnten. Gegen Ende der freien Finanzierung der Krankenhäuser wurden diese immer mehr eingeschränkt. Beispielsweise wurde aufgrund eines Ärztestreiks die Kassenärztliche Vereinigung eingeführt und der Gesetzgeber nahm einen größeren Einfluss als zuvor auf den Gesundheitsmarkt. Diese Phase endete mit der Preisstoppverordnung im Jahre 1936.<sup>16</sup>

Mit der Preisstoppverordnung begann die Phase der monistischen Krankenhausfinanzierung. Die Preisstoppverordnung war der erste Eingriff des Staates in die Preisgestaltung der Krankenhäuser. Sie setzte fest, dass die Krankenhäuser ihre Preise nicht mehr erhöhen konnten. Aus diesem Grunde führte sie faktisch zu einem Stopp im Aufbau und

---

<sup>14</sup> Vgl. Debatin, J. F., Ekkernkamp, A., Schulte, B., Krankenhausmanagement Strategien, Konzepte, Methoden, 2010, S. 267

<sup>15</sup> Vgl. Tuschen, K. H., Quaas, M., Bundespflegesatzverordnung Kommentar mit einer umfassenden Einführung in das Recht der Krankenhausfinanzierung, 2001, S. 2 f.

<sup>16</sup> Vgl. Fleßa, S., Grundzüge der Krankenhausbetriebslehre, 2007, S. 130 f.

Ausbau der Krankenhäuser.<sup>17</sup> Während der zweiten Phase zwischen 1936 und 1972 wurde der Preisstopp nur für eine Zeit von sechs Monaten aufgehoben. Grund für die Wiedereinführung des Preisstopps waren Proteste der Sozialversicherungsträger, welche ihre eigene Zahlungsfähigkeit in Gefahr sahen.<sup>18</sup> Im Jahre 1954 wurde eine Verordnung erlassen, welche die erlaubten Aufwendungen in den Pflegesätzen bestimmte.<sup>19</sup> Es bewirkte, dass die Krankenhäuser ihre Selbstkosten nicht mehr decken konnten, und es verschlechterte die Lage der Krankenhäuser erheblich.<sup>20</sup> In der sogenannten Krankenhaus-Enquête rechnete die Bundesregierung für das Jahr 1970 mit einem Defizit aller Krankenhäuser in Höhe von 980 Mill. Deutsche Mark. Desweiteren war sie der Auffassung, dass die Krankenhausversorgung eine öffentliche Aufgabe sei.<sup>21</sup> Diese Analyse führt schließlich zur dritten Phase, zur dualen Krankenhausfinanzierung.<sup>22</sup>

Die duale Krankenhausfinanzierung wurde im Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze oder auch Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) von 1972 festgelegt. Das Gesetz sah eine Mischfinanzierung für die Investitionskosten zwischen Bund und Ländern im Verhältnis von einem Drittel zu zwei Dritteln vor. Voraussetzung für eine Förderung der Investitionskosten war die Aufnahme in den Investitionsplan des jeweiligen Landes.<sup>23</sup> Im Rahmen der Kostendämpfungspolitik wurde im Jahre 1985 das Krankenhausneuordnungsgesetz (KHNOG) erlassen.<sup>24</sup> Dadurch wurde die Mischfinanzierung aufgehoben, und es waren nur noch die Bundesländer für die Investitionsförderung zuständig.<sup>25</sup> Nach der Wiedervereinigung wurden die Investitionen der Krankenhäuser in den

---

<sup>17</sup> Vgl. Tuschen, K. H., Quaas, M., Bundespflegesatzverordnung Kommentar mit einer umfassenden Einführung in das Recht der Krankenhausfinanzierung, 2001, S. 3

<sup>18</sup> Vgl. Fleßa, S., Grundzüge der Krankenhausbetriebslehre, 2007, S. 131 f.

<sup>19</sup> Vgl. Ebd., S. 132

<sup>20</sup> Vgl. Tuschen, K. H., Quaas, M., Bundespflegesatzverordnung Kommentar mit einer umfassenden Einführung in das Recht der Krankenhausfinanzierung, 2001, S. 4

<sup>21</sup> Vgl. Ebd., S. 5

<sup>22</sup> Vgl. Fleßa, S., Grundzüge der Krankenhausbetriebslehre, 2007, S. 132

<sup>23</sup> Vgl. Ebd., S. 132

<sup>24</sup> Vgl. Tuschen, K. H., Quaas, M., Bundespflegesatzverordnung Kommentar mit einer umfassenden Einführung in das Recht der Krankenhausfinanzierung, 2001, S. 12

<sup>25</sup> Vgl. Fleßa, S., Grundzüge der Krankenhausbetriebslehre, 2007, S. 133

neuen Bundesländern besonders gefördert.<sup>26</sup> Sie wurden durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) aus dem Jahre 1993 vom Bund, den Bundesländern und den Krankenkassen gefördert. Sie übernahmen die Finanzierung der Investitionsmittel von 1995 bis zunächst 2004. Bis zum Jahre 2014 bekommen die Krankenhäuser in den neuen Bundesländern noch einen Aufschlag für Investitionen in Höhe von zurzeit 5,62 Euro je Behandlungstag durch die Krankenkassen beziehungsweise vom Selbstzahler.<sup>27</sup>

## 2.2 Analyse der Gesetzeslage

Die duale Krankenhausfinanzierung unterscheidet zwischen Betriebskosten und Investitionskosten. Dabei werden die Betriebskosten von den Krankenkassen oder auch vom Patienten selber auf Basis der mit Hilfe von DRG ermittelten Fallpauschalen vergütet. Die Investitionskosten werden demgegenüber vom jeweiligen Bundesland finanziert.<sup>28</sup> Aufgrund der verschiedenen Kostenträger musste definiert werden, welche Kosten zu den Betriebskosten und welche zu den Investitionskosten gehören. Für diese Einteilung wurde die Abgrenzungsverordnung (AbgrV) im Jahre 1978 erlassen.<sup>29</sup>

Das KHG legt im § 4 Nr. 1 in Verbindung mit dem § 9 Abs. 1 fest, dass die öffentliche Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser in die Finanzverantwortung der Bundesländer fällt. Die Umsetzung der Investitionsförderung wird gemäß § 6 KHG individuell im Landesrecht des jeweiligen Bundeslandes geregelt.<sup>30</sup>

---

<sup>26</sup> Vgl. Tuschen, K. H., Quaas, M., Bundespflegesatzverordnung Kommentar mit einer umfassenden Einführung in das Recht der Krankenhausfinanzierung, 2001, S. 19

<sup>27</sup> Vgl. Deutscher Bundestag (Hrsg.), Drucksache 16/6339, Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2007, Rdnr. 451

<sup>28</sup> Vgl. Haubrock, M., Schär, W., Betriebswirtschaft und Management in der Gesundheitswirtschaft, 2009, S. 620 und S. 604

<sup>29</sup> Vgl. Tuschen, K. H., Quaas, M., Bundespflegesatzverordnung Kommentar mit einer umfassenden Einführung in das Recht der Krankenhausfinanzierung, 2001, S. 41

<sup>30</sup> Vgl. Gesundheitsstadt Berlin e.V. (Hrsg.), Handbuch Gesundheitswirtschaft Kompetenzen und Perspektiven der Hauptstadtregion, 2007, S. 352

Ein Krankenhaus hat erst Anspruch auf eine Finanzierung der Investitionskosten, wenn es gemäß § 6 KHG in den Krankenhausplan und gemäß § 8 KHG in das Investitionsprogramm des jeweiligen Bundeslandes aufgenommen ist.<sup>31</sup>

Das KHG bestimmt im § 2 Nr. 2 welche Güter genau bei der öffentlichen Investitionsfinanzierung berücksichtigt werden. Dazu gehören „Kosten der Einrichtung [...] von Krankenhäusern und der Anschaffung der zum Krankenhaus gehörenden Wirtschaftsgüter, ausgenommen der zum Verbrauch bestimmten Güter [...] [und (Anm. d. Verf.)] Kosten der Wiederbeschaffung der Güter des zum Krankenhaus gehörenden Anlagevermögens“ (vgl. § 2 Nr. 2 KHG<sup>32</sup>).

Ferner unterscheidet das KHG zwischen Antragsförderung und Pauschalförderung. Die Antragsförderung gilt für die im § 9 Abs. 1 und 2 KHG bestimmten Güter und ist vor allem für mittelfristige und langfristige Wirtschaftsgüter vorgesehen. Das Krankenhaus muss zur Förderung solcher Güter einen Antrag beim jeweiligen Bundesland stellen. Das Bundesland prüft den Antrag und bringt diesen in Reihenfolge mit weiteren Anträgen. Auf Basis der Rangfolge erhält das Krankenhaus Investitionsmittel aus dem Investitionsprogramm des Bundeslandes. Die Pauschalförderung ist dementsprechend für kurzfristige Wirtschaftsgüter gedacht und wird im § 9 Abs. 3 KHG definiert. Dabei fließen dem Krankenhaus feste jährliche Pauschalbeträge zu, über welche frei verfügt werden kann. Die Höhe der Pauschale ist abhängig vom Fördervolumen des jeweiligen Bundeslandes und der Versorgungsstufe des Krankenhauses.<sup>33</sup>

---

<sup>31</sup> Vgl. Bruckenberger, E., Klaue, S., Schwintowski, H.-P., Krankenhausmärkte zwischen Regulierung und Wettbewerb, 2006, S. 153

<sup>32</sup> Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze, Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), BGBl. I 1991 S. 886, zuletzt geändert durch Artikel 13 Abs. 1 des Gesetzes vom 12. April 2012, BGBl. I 2012 S.579

<sup>33</sup> Vgl. Busse, R., Schreyögg, J., Tiemann, O., Management im Gesundheitswesen, 2010, S. 237 f.

Dieser Prozess der öffentlichen Investitionsfinanzierung ist mit der Einteilung der verschiedenen Güter in die einzelnen Gruppen in folgender Abbildung zusammenfassend verdeutlicht:

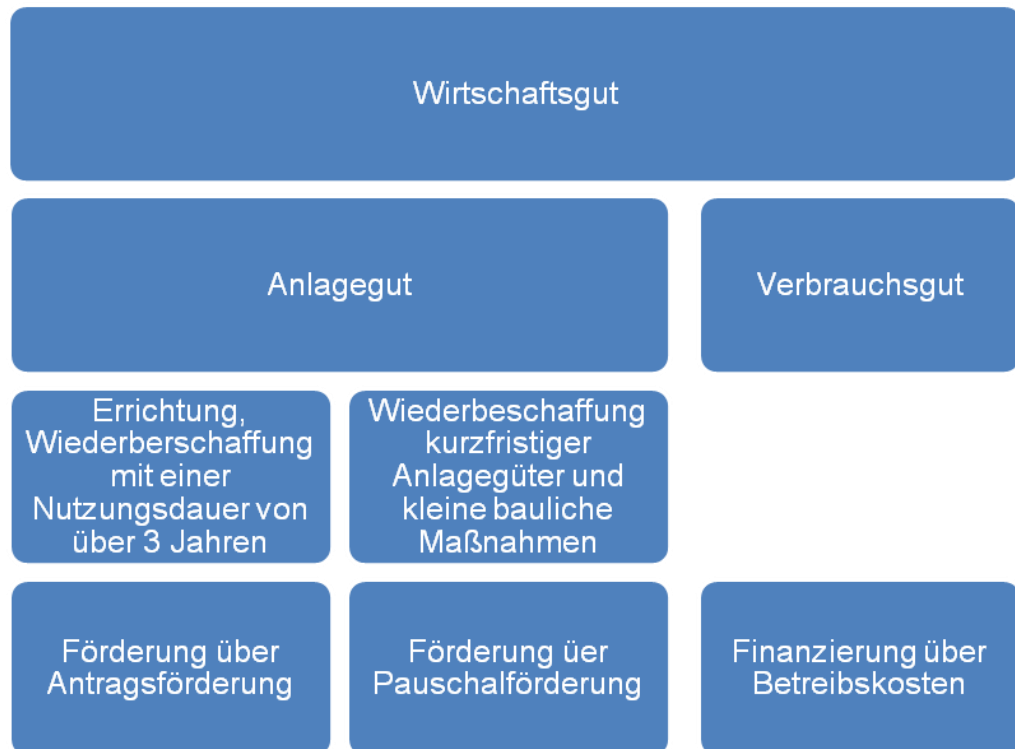


Abbildung 1: Abgrenzung und Vergütung von Wirtschaftsgütern<sup>34</sup>

### 2.3 Veränderung des Investitionsvolumen von 1991 – 2010

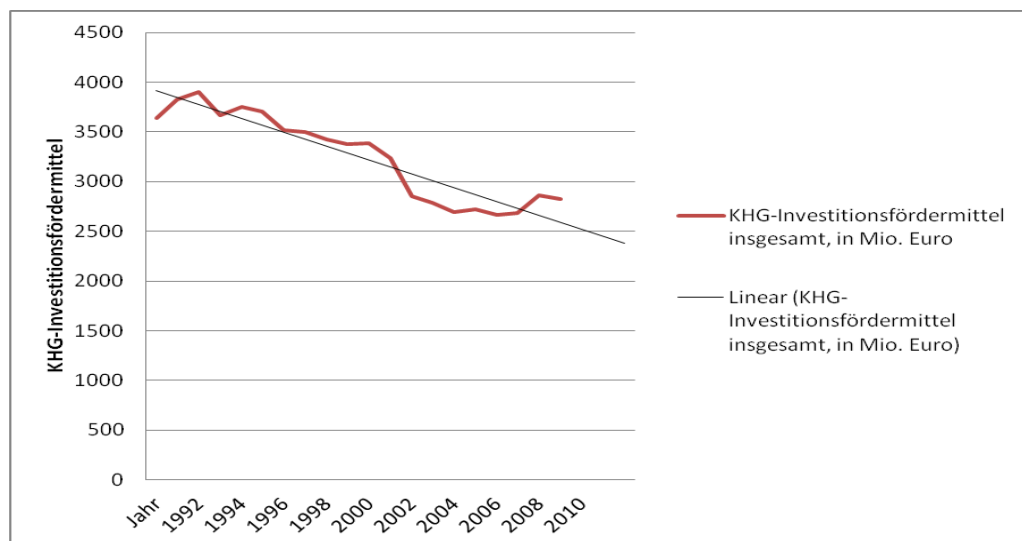
Bei den hier betrachteten Daten handelt es sich um die Angaben der öffentlichen Haushaltsansätze. Diese betrachten bei Kreditfinanzierungen nur die Annuitäten für das jeweilige Jahr, aber nicht die Gesamtförderung. Außerdem muss beachtet werden, dass die Daten grundsätzlich keine „Investitionsmittel der Hochschulkliniken, die Investitionsmittel der Vertragskrankenhäuser, die Eigenmittel der Plankrankenhäuser

<sup>34</sup> Eigene Darstellung in Anlehnung an Eichhorn, S., Schmidt-Rettig, B., Krankenhaus-Managementlehre Theorie und Praxis eines integrierten Konzepts, 2008, S.380; Haubrock, M., Schär, W., Betriebswirtschaft und Management in der Gesundheitswirtschaft, 2009, S. 648

sowie die Mittel zur Refinanzierung noch nicht ausfinanzierter Maßnahmen<sup>35</sup> einbeziehen.

Die Investitionsförderung der Bundesländer unterlag in den vergangenen Jahren einigen Schwankungen. Die Tendenz geht immer weiter zu einer Verringerung der Investitionsmittel.<sup>36</sup> Im Jahre 1991 wurden insgesamt von den Bundesländern noch 3.640,96 Mill. Euro an Investitionsfördermitteln zur Verfügung gestellt, im Jahre 2010 waren es hingegen 2.821,60 Mill. Euro.<sup>37</sup>

Durch das Anlegen einer Trendlinie in den Jahresverlauf der KHG-Investitionsfördermittel wird deutlich, dass es sich um einen starken Abwärtstrend handelt. Absolut betrachtet handelt es sich um einen Rückgang der Investitionsfördermittel im Jahre 1991 zum Jahre 2010 in Höhe von 819,36 Mill. Euro. Dieses entspricht einem Rückgang von 22,50%.<sup>38</sup>



**Abbildung 2: Entwicklung der KHG-Investitionsmittel gesamt, 1991 – 2010<sup>39</sup>**

<sup>35</sup> Deutsche Krankenhaus Gesellschaft e.V. (Hrsg.), KHG-Investitionsförderung im Jahr 2010, Stand: 13.05.2011 (Internet)

<sup>36</sup> Vgl. Rürup, B., Umstellung auf eine monistische Finanzierung von Krankenhäusern, 2008, S. 8

<sup>37</sup> Vgl. Deutsche Krankenhaus Gesellschaft e.V. (Hrsg.), KHG-Investitionsförderung im Jahr 2010, umfassende Darstellung, Stand: 13.05.2011 (Internet)

<sup>38</sup> Vgl. Deutsche Krankenhaus Gesellschaft e.V. (Hrsg.), KHG-Investitionsförderung im Jahr 2010, Auswertung, Stand: 13.05.2011 (Internet)

<sup>39</sup> Eigene Darstellung in Anlehnung an Deutsche Krankenhaus Gesellschaft e.V. (Hrsg.), KHG-Investitionsförderung im Jahr 2010, Auswertung, Stand: 13.05.2011 (Internet)



Werden die KHG-Investitionsfördermittel in das Verhältnis zu den gesamten Gesetzlichen Krankenversicherungs- (GKV) und Privaten Krankenversicherungs- (PKV) Krankenhausaufgaben gesetzt, so ergibt sich die Investitionsquote.<sup>40</sup> Diese weist eine besonders starke Veränderung auf, da zum einen die KHG-Investitionsfördermittel zurückgegangen sind und zum anderen die Krankenhausaufgaben für GKV und PKV gestiegen sind.<sup>41</sup> Im Jahre 1991 lag die Investitionsquote bei 9,8%. Im Jahre 2009 lag sie demgegenüber bei 4,3%.<sup>42</sup>

Das KHG regelt, dass jedes Bundesland selbstständig über die Höhe und die Art der Investitionsförderung bestimmen kann. Aus diesem Grunde weisen die Bundesländer unterschiedlich hohe KHG-Fördermittel auf. Der Bundesdurchschnitt der KHG-Investitionsfördermittel je Krankenhausbett lag im Jahre 2009 bei 6.461 Euro. Die einzelnen Bundesländer weisen bei den Investitionsmitteln je Krankenhausbett eine große Heterogenität auf. Das Bundesland Sachsen hatte im Jahre 2009 mit einem Betrag von 4.044 Euro je Krankenhausbett den niedrigsten Betrag an KHG-Investitionsfördermitteln. Hamburg hingegen hatte mit einem Betrag von 11.001 Euro im Jahre 2009 die höchsten KHG-Investitionsfördermittel je Krankenhausbett.<sup>43</sup>

Die Bundesländer weisen in der Aufteilung von Pauschalförderung und Antragsförderung ebenfalls eine große Heterogenität auf. Dieses wirkt sich auf die absoluten Beträge der Pauschalförderung aus. Je größer der Anteil der Antragsförderung an den gesamten KHG-Investitionsfördermitteln eines Bundeslandes ist, desto geringer ist der absolute Betrag der Pauschalförderung des Bundeslandes.<sup>44</sup>

---

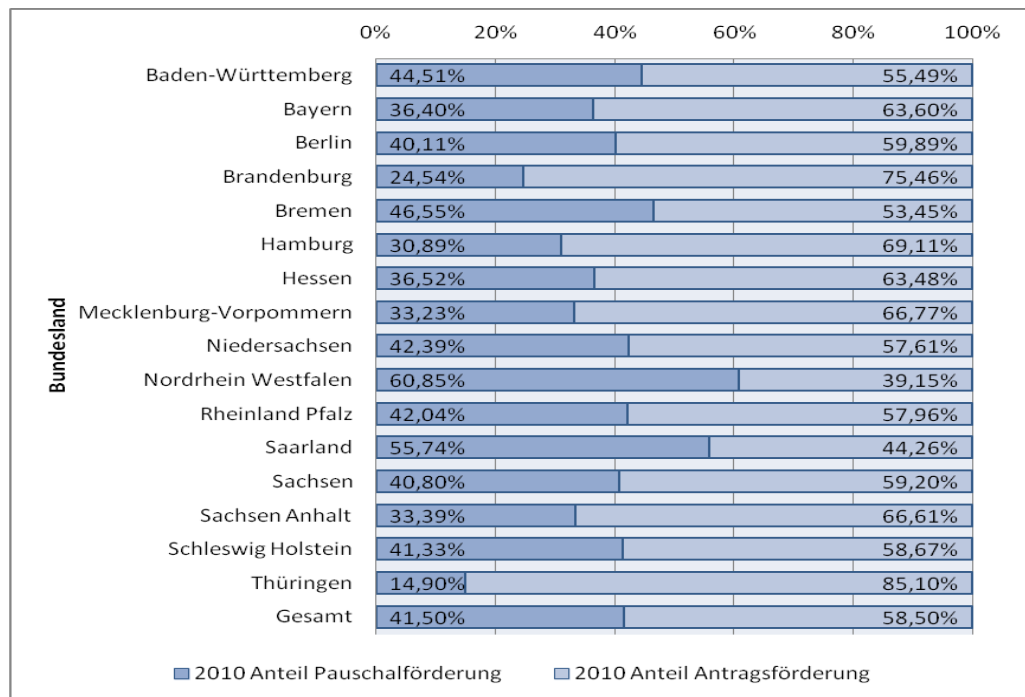
<sup>40</sup> Vgl. Steiner, P., Mörsch, M., Kritische Bestandsaufnahme der Investitionsfinanzierung in den Bundesländern, 2005, S. 476

<sup>41</sup> Vgl. Klauber, J. et al., Krankenhaus-Report 2011 Schwerpunkt: Qualität durch Wettbewerb, 2011, S. 162

<sup>42</sup> Vgl. Deutsche Krankenhaus Gesellschaft e.V. (Hrsg.), KHG-Investitionsförderung im Jahr 2010, Auswertung, Stand: 13.05.2011 (Internet)

<sup>43</sup> Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (Hrsg.), Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern, 2010, S. 65 f.

<sup>44</sup> Vgl. Ebd., S. 68



**Abbildung 3: Prozentuale Verteilung der KHG-Investitionsfördermittel auf Pauschal- und Antragsförderung im Jahr 2010<sup>45</sup>**

Ein weiterer Unterschied in der Investitionstätigkeit von Krankenhäusern zeigt sich bei dem Vergleich zwischen den verschiedenen Trägergruppen. Hierbei wird unterschieden zwischen kommunalen, freigemeinnützigen und privaten Krankenhausträgern. Wird die Gesamtinvestitionsquote und die Mittelherkunft in Hinblick auf die Trägergruppen der Krankenhäuser betrachtet, fallen zum Teil deutliche Unterschiede auf.<sup>46</sup> Im Jahr 2001 wiesen die privaten Krankenhausträger eine Gesamtinvestitionsquote von 17,7% auf. Die Gesamtinvestitionsquote der kommunalen Träger lag bei 12% und die der freigemeinnützigen Krankenhausträger lag bei 10%. Hierbei ist zu beachten, wie hoch die Investitionen aus nicht öffentlichen Mitteln waren. Diese Investition aus anderen Mitteln lag bei den privaten Trägern bei 8%. Die kommunalen Träger wiesen lediglich eine Investitionsquote aus anderen Mitteln von 4% auf und die freigemeinnützigen Träger eine von 3%. Somit sind wesentlich

<sup>45</sup> Eigene Darstellung in Anlehnung an Deutsche Krankenhaus Gesellschaft e.V. (Hrsg.), KHG-Investitionsförderung im Jahr 2010, Auswertung, Stand: 13.05.2011 (Internet)

<sup>46</sup> Vgl. Kölking, H., DRG und Strukturwandel in der Gesundheitswirtschaft, 2007, S. 313 f.

für die höhere Gesamtinvestitionsquote der privaten Träger deren Investitionen aus anderen Mitteln verantwortlich.<sup>47</sup>

## 2.4 Einfluss der Akteure im Gesundheitswesen auf die Investitionsfinanzierung im Krankenhaus

Im Gesundheitswesen wird in der Regel zwischen drei verschiedenen Akteuren unterschieden. Dazu zählen die Leistungserbringer, die Leistungsempfänger und die Leistungsfinanzierer. Zu den Leistungserbringern gehören zum Beispiel niedergelassene Ärzte, Pflegeeinrichtungen oder auch Krankenhäuser. Die Leistungsempfänger sind die Patienten oder auch die pflegebedürftige Personen. Zu den Leistungsfinanzierern werden alle Einrichtungen und Privatpersonen gezählt, die die in Anspruch genommenen Leistungen bezahlen. Vor allem GKV und PKV gehören dazu, aber auch der Patient selber, wenn er ein Selbstzahler ist. Im weitesten Sinne gehören auch die Bundesländer und der Staat zu den Leistungsfinanzierern, da sie die Investitionsförderung übernehmen.<sup>48</sup>

Der Leistungsempfänger, also der Patient, hat in der Regel keinen Einfluss auf die Vergütung im Gesundheitswesen. Es erfolgt nur eine indirekte Bezahlung der in Anspruch genommenen Leistung über die Krankenkassenbeiträge. Der Patient muss somit die in Anspruch genommene Leistung nicht direkt zahlen.<sup>49</sup>

Die Leistungserbringer, hier die Krankenhäuser, haben verschiedene Möglichkeiten, um auf die Investitionsförderung und auf die Investitionsfinanzierung Einfluss zu nehmen. Zu einen können sie das bestehende System möglichst optimal nutzen und sowohl die Pauschalförderung als auch die Antragsförderung in Anspruch nehmen. Diese Inanspruchnahme hat auch Grenzen, da das Krankenhaus nicht die endgültige

---

<sup>47</sup> Vgl. Offermanns, M., Krankenhaus Barometer Frühjahrsumfrage 2002, 2002, S. 18 f.

<sup>48</sup> Vgl. Busse, R., Schreyögg, J., Tiemann, O., Management im Gesundheitswesen, 2010, S. 2

<sup>49</sup> Vgl. Haubrock, M., Schär, W., Betriebswirtschaft und Management in der Gesundheitswirtschaft, 2009, S. 69

Entscheidung trifft. Die Entscheidungsgewalt liegt bei dem zuständigen Ministerium des jeweiligen Bundeslandes. Dem Krankenhaus bleiben darüber hinaus noch zwei weitere Möglichkeiten, Investitionen zu finanzieren. Zum einen können Investitionen über eine Quersubventionierung der aus der Betriebskostenvergütung entstandenen Überschüsse erfolgen oder über andere Finanzierungsmittel.<sup>50</sup> Für die Möglichkeit der Quersubventionierung muss das Krankenhaus so wirtschaftlich arbeiten, dass es einen Gewinn erwirtschaftet. Dieser kann für die Finanzierung von Investitionsmitteln genutzt werden.<sup>51</sup> Diese Möglichkeit der Selbstfinanzierung ist für einen Großteil der Krankenhäuser nicht möglich, da sie nur defizitär wirtschaften und so keine Rücklagen bilden können.<sup>52</sup> Nur knapp 30% aller Krankenhäuser waren 2009 in der Lage, die KHG-Investitionsmittel in einem ausreichenden Maß aufzustocken und alle notwendigen Investitionen zu tätigen. 21% der Krankenhäuser waren 2009 gar nicht in der Lage, Investitionen aus eigener Kraft zu tätigen.<sup>53</sup> Neben dieser Art der Selbstfinanzierung kann das Krankenhaus auch noch auf andere Finanzierungsmöglichkeiten zurückgreifen. Hier sind vor allem das Leasing, die Kreditfinanzierung, die Forfaitierung und die Public Private Partnership zu nennen. Mit Hilfe dieser Methoden kann das Krankenhaus ebenfalls die Investitionsfördermittel aufstocken. Es ist zu beachten, dass durch die Inanspruchnahme weitere Kosten für das Krankenhaus entstehen.<sup>54</sup>

Die Krankenkassen als Leistungsfinanzierer haben keinen direkten Einfluss auf die Investitionsförderung. Sie sind gemäß KHG für die Betriebskostenfinanzierung zuständig, welche von den Investitionskosten

---

<sup>50</sup> Vgl. Bataille, M., Coenen, M., Monistik in der Krankenhausfinanzierung – Ist der Anfang gemacht?, 2009, S. 126

<sup>51</sup> Vgl. Rong, O. et al., Die Zukunft der Krankenhausfinanzierung in Deutschland Herausforderungen und Handlungsempfehlungen für Player im Gesundheitsmarkt, 2009, S. 17

<sup>52</sup> Vgl. Cording, F., Public Private Partnership in der Investitionskostenfinanzierung öffentlicher Krankenhäuser, 2007, S. 80

<sup>53</sup> Vgl. Zehnder, A., Kraftakt Kliniken müssen Investitionen immer häufiger selber stemmen. Experten zeigen, wie sie bei Banken gut ankommen, 2011, S. 54

<sup>54</sup> Vgl. Hellmann, W. et al., Krankenhausmanagement für Leitende Ärzte, 2008, S. 277, 281, 284 und 286

losgelöst ist.<sup>55</sup> Der indirekte Einfluss gründet sich auf die Betriebskostenfinanzierung. Krankenhäuser können mithilfe der aus der Krankenversorgung erwirtschafteten Überschüsse Investitionen finanzieren.<sup>56</sup> Diese Nutzung ist nicht im Sinne des Gesetzes, welches eine Trennung der beiden Kosten vorsieht. Die Krankenkassen werden aufgrund der höheren Belastung und der Beitragssatzstabilität nicht gewillt sein, die Situation der Krankenhäuser durch höhere Erlöse zu verbessern.<sup>57</sup> Vielmehr ist zu erkennen, dass die Krankenkassen immer häufiger Rechnungen von Krankenhäusern durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) prüfen lassen. Die Prüfquote änderte sich von 7,71% im Jahre 2003 zu 13,28% im Jahre 2008.<sup>58</sup> Dieses spricht dafür, dass die Krankenkassen selber bemüht sind, ihre Kosten so gering wie möglich zu halten.

Den größten Einfluss auf die Investitionen in Krankenhäusern haben die Bundesländer. Auf Grundlage des § 11 KHG kann jedes Bundesland eigene Kriterien für die öffentliche Investitionsfinanzierung erlassen. Es ist kein Mindestbetrag an Investitionsmitteln festgelegt, und die Aufteilung zwischen Pauschalförderung und Antragsförderung kann ebenfalls frei gewählt werden. Vor allem bei der Antragsförderung können die Bundesländer eigene Kriterien entwickeln, auf Grund welcher die Anträge bewertet werden.<sup>59</sup> Auch für die Pauschalförderung erlässt jedes Bundesland eine eigene Verordnung gemäß § 9 Abs. 3 KHG, in welcher die genauen Kriterien der Förderung und die Höhe der Förderung enthalten sind. Des Weiteren enthalten diese Verordnungen die Güter, welche mit der Pauschalförderung finanziert werden dürfen.<sup>60</sup> Proble-

---

<sup>55</sup> Vgl. Wolke, T., Poll, J., Finanz- und Investitionsmanagement im Krankenhaus, 2010, S. 4

<sup>56</sup> Vgl. Cording, F., Public Private Partnership in der Investitionskostenfinanzierung öffentlicher Krankenhäuser, 2007, S. 80

<sup>57</sup> Vgl. Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg.), Das Krankenhaus, Basel II und der Investitionsstau, Heft 13, 2004, S. 32

<sup>58</sup> Vgl. BDO (Hrsg.), Gutachten zum Abrechnungsverhalten deutscher Krankenhäuser sowie zu den Aufwendungen der Krankenhäuser aufgrund des Abrechnungsverfahrens, 2011, S. 61

<sup>59</sup> Vgl. Bruckenberg, E., Klaue, S., Schwintowski, H.-P., Krankenhausmärkte zwischen Regulierung und Wettbewerb, 2006, S. 159 f.

<sup>60</sup> Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (Hrsg.), Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern, 2010, S. 70 ff.

matisch für die Krankenhäuser ist, dass es in den Bundesländern, nur eine unzureichende Investitionsförderung gibt.<sup>61</sup> Die Haushaltslage der Bundesländer hat sich soweit verschlechtert, dass auch die Investitionsmittel gekürzt werden mussten. Aus diesem Grunde werden nicht alle Anträge für Investitionen genehmigt, und es findet eine Auswahl durch das Bundesland statt.<sup>62</sup> Diese Auswahl der Anträge durch die Bundesländer scheint nicht optimal zu funktionieren. So weisen Krankenhäuser in Bundesländern mit einem hohen Anteil an Pauschalförderung ein signifikantes besseres Rating auf. Die wirtschaftliche Lage von Krankenhäusern verbessert sich somit, wenn die Entscheidung über die Investitionen beim Unternehmen selbst liegt und nicht bei der Politik.<sup>63</sup>

## 2.5 Kritische Analyse der momentanen Situation

Die zurzeit geltende duale Krankenhausfinanzierung weist einige spezifische Vorteile auf. So war es durch die duale Krankenhausfinanzierung schon zweimal möglich, einen erheblichen Investitionsstau abzubauen. Im Jahre 1972 wurde der Investitionsstau, welcher sich in der Phase der monistischen Krankenhausfinanzierung aufgebaut hatte, durch die duale Krankenhausfinanzierung kontinuierlich abgebaut. Ebenso war es nach der Wiedervereinigung möglich, den Investitionsstau in den neuen Bundesländern mithilfe der dualen Krankenhausfinanzierung abzubauen.<sup>64</sup> Durch die duale Finanzierung ist es den jeweiligen Bundesländern möglich, aktiv ihre Daseinsversorgungsverantwortung, also die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, auszuüben.<sup>65</sup> Ebenfalls können die Bundesländer die Versorgung der Bevölkerung in dünn besiedelten Regionen sicherstellen. In diesen Regionen würde das Vorhalten

---

<sup>61</sup> Vgl. Eichhorn, S., Schmidt-Rettig, B., Krankenhaus-Managementlehre Theorie und Praxis eines integrierten Konzepts, 2008, S.392

<sup>62</sup> Vgl. Bataille, M., Coenen, M., Monistik in der Krankenhausfinanzierung – Ist der Anfang gemacht?, 2009, S. 120

<sup>63</sup> Vgl. Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg.), Krankenhaus Rating Report 2009 Im Auge des Orkans, Heft 53, 2009, S. 130

<sup>64</sup> Vgl. Deutscher Bundestag (Hrsg.), Drucksache 16/6339, Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2007, Rdnr. 449 ff.

<sup>65</sup> Vgl. Rürup, B., Umstellung auf eine monistische Finanzierung von Krankenhäusern, 2008, S. 7

von Krankenhäusern aufgrund der geringen Fallzahlen ohne staatliche Subventionen keinen Sinn machen.<sup>66</sup> Ein weiterer Punkt, der für die duale Finanzierung spricht, ist, dass die Krankenkassenbeiträge durch diese stabiler gehalten werden. Die Krankenkassen müssen lediglich für die Betriebskosten aufkommen, die Investitionskosten sind somit unabhängig zu den Krankenkassenbeiträgen.<sup>67</sup> Für die Krankenhäuser ist die Quelle der benötigten Finanzierungsmittel in erster Linie egal. Für sie kommt es vielmehr darauf an, dass ausreichend Mittel zur freien Verfügung stehen. Bei einer Finanzierung aus mehreren Quellen ist es in der Regel leichter, ausreichende Finanzierungsmittel zu bekommen.<sup>68</sup>

Diesen Vorteilen der dualen Finanzierung stehen auch gravierende Nachteile gegenüber. Sie können in ordnungspolitische Nachteile und in betriebswirtschaftliche Nachteile aus Sicht des Krankenhauses unterteilt werden.

Einer der wichtigsten ordnungspolitischen Nachteile ist, dass die Bundesländer ihrer Verpflichtung der öffentlichen Investitionsfinanzierung nicht mehr im ausreichenden Maße nachkommen. Die Bundesländer fördern nicht mehr die von den Krankenhäusern benötigte Höhe der Investitionen. Dieses hat zur Folge, dass sich ein erheblicher Investitionsstau aufgebaut hat. Je nach Ermittlungsmethode und Berechnungsmethode wird er mit rund 16 Mrd. Euro oder sogar mit bis zu 50 Mrd. Euro angegeben.<sup>69</sup> Durch den immer geringer werdenden Anteil der Investitionsmittel an den Gesamtkosten eines Krankenhauses wird auch von einer schleichenden Monistik geredet.<sup>70</sup> Ein weiterer Kritikpunkt an der dualen Finanzierung ist, dass die Krankenhausfinanzie-

---

<sup>66</sup> Vgl. Kampe, D. M., Bächstädt, K.-H., Die Zukunft der Krankenhaus-Finanzierung, 2007, S. 30

<sup>67</sup> Vgl. Deutscher Bundestag (Hrsg.), Drucksache 16/6339, Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2007, Rdnr. 452

<sup>68</sup> Vgl. Siebig, J. et al., Konzept 09: Ordnungspolitischer Rahmen der Krankenhausfinanzierung, 2007, S. 67

<sup>69</sup> Vgl. Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J., Krankenhaus-Report 2010 Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise?, 2010, S. 116

<sup>70</sup> Vgl. Wolke, T., Poll, J., Finanz- und Investitionsmanagement im Krankenhaus, 2010, S. 7; Klauber, J. et al., Krankenhaus-Report 2011 Schwerpunkt: Qualität durch Wettbewerb, 2011, S. 163 f.

rung im Wettbewerb zu anderen öffentlichen Aufgaben steht. Die Politik muss entscheiden, welche öffentliche Aufgabe, zum Beispiel Bildung, Schuldenabbau oder Krankenhausfinanzierung, wie stark gefördert wird. Die Krankenhausfinanzierung wird nicht aus einem festen unabhängigen Bereich finanziert.<sup>71</sup>

Ebenfalls ein gravierender Nachteil aus ordnungspolitischer Sicht ist, dass es zu einer Wettbewerbsverzerrung zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor kommt. Für die Krankenkassen sind die relativen Preise des stationären Sektors günstiger, da sie dort keine Investitionen finanzieren müssen, was beim ambulanten Sektor der Fall ist. Somit wird der Grundsatz ambulant vor stationär praktisch ausgehebelt.<sup>72</sup> Diese Problematik wird noch dadurch verstärkt, dass die Bedarfsplanung für den ambulanten und stationären Sektor nicht in einer Hand liegen. Dieses führt zu einer nicht abgestimmten Planung der beiden Sektoren, was wiederum zu einer Schnittstellenproblematik führen kann.<sup>73</sup> Da für die Krankenhäuser sowohl die Investitionskosten von den späteren Benutzerkosten getrennt sind und auch die späteren Erlöse von den späteren Kapitalkosten, kann es zu einem nicht optimalen Einsatz des Kapitals kommen. Des Weiteren kann es aufgrund der kostenlosen Bereitstellung der Fördermittel zu einer erhöhten Nachfrage nach diesen Mitteln kommen. Das Krankenhaus selber hat durch eine erhöhte Nachfrage an Fördermitteln keinen Nachteil und investiert so vielleicht in nicht notwendige Investitionen.<sup>74</sup>

---

<sup>71</sup> Vgl. Henze, M., Die alten Modelle genügen nicht mehr Es müssen neue Formen der Investitionsfinanzierung gefunden werden, 2008, S. 70; Debatin, J. F., Ekkernkamp, A., Schulte, B., Krankenhausmanagement Strategien, Konzepte, Methoden, 2010, S. 273

<sup>72</sup> Vgl. Deutscher Bundestag (Hrsg.), Drucksache 16/10140, Siebzehntes Hauptgutachten der Monopolkommission 2006/2007, 2008, Rdnr. 828; Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (Hrsg.), Konzept zur Reform der Krankenhausplanung und Investitionskostenfinanzierung, 2008, S. 6

<sup>73</sup> Vgl. Deutscher Bundestag (Hrsg.), Drucksache 16/6339, Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2007, Rdnr. 456

<sup>74</sup> Vgl. Deutscher Bundestag (Hrsg.), Drucksache 16/10140, Siebzehntes Hauptgutachten der Monopolkommission 2006/2007, 2008, Rdnr. 829; Eichhorn, S., Schmidt-Rettig, B., Krankenhaus-Managementlehre Theorie und Praxis eines integrierten Konzepts, 2008, S.392; Klauber, J. et al., Krankenhaus-Report 2011 Schwerpunkt: Qualität durch Wettbewerb, 2011, S. 164



Zu den Nachteilen der dualen Krankenhausfinanzierung aus betriebswirtschaftlicher Sicht der Krankenhäuser zählen unter anderem folgende Probleme: Durch die Aufteilung in Betriebskosten und Investitionskosten in der dualen Krankenhausfinanzierung wurde die AbgrV geschaffen. Diese definiert eine feste Einteilung der Güter in die vorgesehenen Gruppen. Mit dieser Einteilung sind auch weitere Kosten verbunden. Diese entstehen durch neue Arbeitsplätze, wissenschaftliche Gutachter oder externe Prüfer, welche die Einteilung der Güter vornehmen beziehungsweise prüfen.<sup>75</sup>

Der wohl gravierendste Nachteil für die Krankenhäuser ist, dass die Fördermittel vor allem bei der Antragsförderung einen hohen bürokratischen Aufwand für die Antragsstellung beinhalten. Zum einen wird durch diesen weiteres Personal benötigt, zum anderen können die Investitionen dadurch nicht mehr schnell und selbstbestimmt getätigt werden.<sup>76</sup> Ebenso beinhaltet dieser Prozess der Mittelvergabe eine nur mangelnde Transparenz, was wiederum zu einer ungenügenden Planungssicherheit für die Krankenhäuser führt.<sup>77</sup> Mit dieser Intransparenz verbunden ist auch der Kritikpunkt, dass die Förderungen nicht immer nach wirtschaftlichen und medizinischen Gesichtspunkten vergeben werden, sondern auch politische und eventuell andere Aspekte in der Entscheidung berücksichtigt werden.<sup>78</sup>

Bei dieser Betrachtung wird deutlich, dass die momentane Finanzierung der Investitionsfördermittel nicht optimal ist. Vor allem die Problematik in der Antragsförderung, als auch die immer weiter sinkenden Fördermittel, regen zu einer Reformierung der Investitionsförderung an. Dabei muss vor allem beachtet werden, dass die Krankenhäuser schneller

---

<sup>75</sup> Vgl. Kampe, D. M., Bächstädt, K.-H., Die Zukunft der Krankenhaus-Finanzierung, 2007, S. 28

<sup>76</sup> Vgl. Deutscher Bundestag (Hrsg.), Drucksache 16/6339, Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2007, Rdnr. 455; Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (Hrsg.), Konzept zur Reform der Krankenhausplanung und Investitionskostenfinanzierung, 2008, S. 6

<sup>77</sup> Vgl. Augurzky, B., Die Krankenhausfinanzierung ist keine heilige Kuh. Optionen zur Neugestaltung der Krankenhausfinanzierung, 2007, S. 186 f.

<sup>78</sup> Vgl. Klauber, J. et al., Krankenhaus-Report 2011 Schwerpunkt: Qualität durch Wettbewerb, 2011, S. 164 f.

und selbstständiger über die Fördermittel entscheiden können, denn nur so kann eine optimale betriebswirtschaftliche Nutzung sichergestellt werden. Auch sollte geklärt werden, wie stark die Wettbewerbsverzerrung zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor wirklich ist, und ob diese aufgehoben werden kann beziehungsweise aufgehoben werden muss.

## 3 Entwicklung der Investitionsbewertungsrelationen

### 3.1 Vorgaben durch die Gesetzgebung

Das Gesetz zur Entwicklung der Investitionsbewertungsrelationen hat der Gesetzgeber mit der Zielsetzung erlassen, „den Ländern statt der bisherigen antragsbasierten Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser eine Entscheidung für eine moderne, unternehmerisch orientierte Investitionsfinanzierung auf der Grundlage leistungsorientierter Investitionspauschalen zu ermöglichen“<sup>79</sup>. Grundlage für die Kalkulation der Investitionsbewertungsrelationen ist vor allem der §10 KHG. Dieser Paragraph wird noch durch eine Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene ergänzt.<sup>80</sup> Die Investitionsbewertungsrelationen sind als Relativgewichte gedacht, welche die durchschnittlichen Kostenunterschiede bei der Nutzung der Betriebsmittel zwischen den jeweiligen DRG-Fallgruppen angeben.<sup>81</sup>

Der § 10 des KHG fordert die gemäß § 17 b Abs. 2 Satz 1 KHG zuständigen Vertragsparteien auf Bundesebene auf, eine geeignete Grundstruktur und weitere Einzelheiten für die Kalkulation der Investitionsbewertungsrelationen zu entwickeln.<sup>82</sup> Zu diesen Vertragsparteien auf Bundesebene gehören gemäß dem KHG der GKV-Spitzenverband, der Verband der privaten Krankenversicherungen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. Diese sollen das InEK damit beauftragen, die Kalkulation der Investitionsbewertungsrelationen zu übernehmen. Desweiteren begrenzt das Gesetz den Geltungsbereich der Investitionsbewertungsrelationen auf die Plankrankenhäuser.<sup>83</sup> Ebenfalls bestimmt der § 10 KHG explizit, dass die Hochschulkliniken bei der Entwicklung und Kalkulation der Investitionsbewertungsrelationen berücksichtigt und

---

<sup>79</sup> Halbe, B., Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) Auswirkungen für Krankenhäuser, 2010, S. 108

<sup>80</sup> Vgl. Rau, F., Das neue Fundament, 2012, S. 251

<sup>81</sup> Vgl. Häusler, E., Die Bankrotterklärung, 2012, S. 245

<sup>82</sup> Vgl. Halbe, B., Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) Auswirkungen für Krankenhäuser, 2010, S. 108

<sup>83</sup> Vgl. Rau, F., Das neue Fundament, 2012, S. 250

mit einbezogen werden sollen.<sup>84</sup> Analog zu der Kalkulation der DRG – Fallpauschalen sollen die an der Kalkulation teilnehmenden Krankenhäuser für ihre Aufwendungen auf die gleiche Art und Weise vergütet werden.<sup>85</sup> Der § 10 KHG überlässt die Entscheidung, die Investitionsbewertungsrelationen für die Verteilung der Investitionsfördermittel zu nutzen, bei den jeweiligen Bundesländern. Diese können frei entscheiden, ob sie die Investitionsbewertungsrelationen einführen und für ihre öffentliche Investitionsfinanzierung nutzen. Es gibt keinen Anwendungszwang durch das Gesetz.<sup>86</sup>

Wie der § 10 KHG fordert, haben die Vertragsparteien die Grundsätze und weitere Einzelheiten in einer Vereinbarung vom 05.02.2010 erlassen.<sup>87</sup> Zunächst ist geplant, dass durch das InEK eine jährliche Kalkulation der Investitionsbewertungsrelationen vorgenommen wird.<sup>88</sup> Die Grundlage der Kalkulation soll der jährliche Investitionsbedarf eines Krankenhauses sein, welcher unabhängig von der Herkunft der eingesetzten Finanzierungsmittel kalkuliert werden soll.<sup>89</sup> Bei der Kalkulation werden nur realisierte Investitionen betrachtet und keine potentiellen. Des Weiteren soll ein Modell entwickelt werden, welches mit einem angemessenen Aufwand anwendbar ist.<sup>90</sup> Bei der Kalkulation sollen weiterhin nur Anlagegüter berücksichtigt werden, welche ein geringeres Anschaffungsjahr als sieben Jahre haben. Das InEK ist berechtigt, gegebenenfalls Anpassungen des Systems vorzunehmen, wenn es zu

---

<sup>84</sup> Vgl. Halbe, B., Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) Auswirkungen für Krankenhäuser, 2010, S. 107

<sup>85</sup> Vgl. Rau, F., Das neue Fundament, 2012, S. 251

<sup>86</sup> Vgl. Leber, W.-D., Wolff, J., Wer bestellt, muss bezahlen, 2012, S. 259 f.

<sup>87</sup> Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (Hrsg.), Vereinbarung gemäß § 10 Abs. 2 KHG – Grundstrukturen für Investitionsbewertungsrelationen und das Verfahren zu ihrer Ermittlung – Abschluss des Unterschriftenverfahrens, Anlage DKG – Rundschreiben Nr. 75/2010 vom 08.03.2010, S.1 ff., Stand: 09.03.2010 (Internet)

<sup>88</sup> Vgl. Sleziona, M., Ein Exportschlager auf dem Weg zur Perfektion, 2010, S. 269

<sup>89</sup> Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (Hrsg.), Vereinbarung gemäß § 10 Abs. 2 KHG, Anlage DKG – Rundschreiben Nr. 75/2010 vom 08.03.2010, S.2, Stand: 09.03.2010 (Internet)

<sup>90</sup> Vgl. Halbe, B., Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) Auswirkungen für Krankenhäuser, 2010, S. 108

erheblichen Änderungen in der Struktur des Investitionsbedarfs kommt.<sup>91</sup>

## 3.2 Darstellung des Kalkulationsmodells der Investitionsbewertungsrelationen durch das InEK

### 3.2.1 Grundlagen des Modells

Für die Kalkulation der Investitionsbewertungsrelationen muss das InEK ein völlig neues Modell entwickeln. Die besondere Schwierigkeit liegt darin, dass ein ähnliches Modell bisher weltweit noch nicht entwickelt wurde. Es ist eine besondere Herausforderung für das InEK, ein solch neuartiges Modell zu entwickeln.<sup>92</sup>

Bei der Voraussetzung für die Kalkulation muss zwischen den Anforderungen an die Krankenhäuser, den Investitionsmaßnahmen und der Berücksichtigung des Kostenumfangs unterschieden werden. Krankenhäuser können an der Kalkulation teilnehmen, wenn sie grundsätzlich auf eine Investitionsförderung gemäß KHG Anspruch haben. Dieses ist vor allem bei Plankrankenhäusern der Fall.<sup>93</sup> Des Weiteren ist gemäß § 10 Abs. 1 Satz 3 auch die Investitionsfinanzierung der Universitätskliniken in der Kalkulation zu berücksichtigen. Insgesamt erstreckt sich der Entwicklungsauftrag auf 85% der Akutkrankenhäuser, welche in etwa 98% aller akutstationären Behandlungsfälle erbringen.<sup>94</sup> Es ist vorgesehen, dass bei der Berücksichtigung die jeweiligen landesspezifischen Regelungen zur Förderfähigkeit gelten. Aus diesem Grunde kann es zu Unterschieden bei der Berücksichtigung von Anlagegütern zwischen den einzelnen Bundesländern kommen.<sup>95</sup> Da das KHG die Förderung

---

<sup>91</sup> Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (Hrsg.), Vereinbarung gemäß § 10 Abs. 2 KHG, Anlage DKG – Rundschreiben Nr. 75/2010 vom 08.03.2010, S.2 f., Stand: 09.03.2010 (Internet)

<sup>92</sup> Vgl. Sleziona, M., Willkommen in der Matrix, 2012, S. 252

<sup>93</sup> Vgl. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (Hrsg.), Kalkulation der Investitionskosten für Zwecke gem. § 10 KHG Handbuch zur Anwendung in Krankenhäuser, 2012, S. 11

<sup>94</sup> Vgl. Rau, F., Das neue Fundament, 2012, S. 250

<sup>95</sup> Vgl. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (Hrsg.), Kalkulation der Investitionskosten für Zwecke gem. § 10 KHG Handbuch zur Anwendung in Krankenhäuser, 2012, S. 11

von Ausbildungsstätten ermöglicht, werden auch diese bei der Kalkulation der Investitionsbewertungsrelationen berücksichtigt. Durch die Ausbildungsstätte soll es zu keiner Veränderung der Investitionsbewertungsrelationen kommen, aus diesem Grunde werden sie gesondert ausgewiesen.<sup>96</sup>

Damit die Investitionsmaßnahmen bei der Kalkulation berücksichtigt werden können, müssen diese einige spezifische Kriterien erfüllen. Für die Kalkulation werden Investitionsmodule gebildet, welche über das Anlagenkonto und die Kostenstellengruppe definiert sind.<sup>97</sup> Für die Betrachtung in der Kalkulation müssen die Anschaffungskosten oder Herstellungskosten der Investitionsmaßnahme einen festgelegten Umfang der gesamten Anlagenausstattung eines solchen Investitionsmoduls abdecken. Die Grenze bei diesem Umfang liegt dabei bei 90% des Investitionsmoduls.<sup>98</sup> Für das Erreichen dieser Grenze ist es auch möglich, mehrere Investitionsmaßnahmen, welche im selben Jahr getätigt wurden und demselben Investitionsmodul zugeordnet sind, zu kombinieren.<sup>99</sup> Die Bedingungen an die Berücksichtigung der Kosten einer Investition sind ebenfalls stark an die Vorgaben durch das KHG gebunden. Das KHG definiert im § 2 Nr. 2 die Investitionskosten (vgl. § 2 Nr. 2 KHG). Für die Kalkulation werden demnach alle gemäß KHG definierten Investitionen betrachtet und auch Kosten, die den Investitionskosten gleichstehen. Dazu zählen vor allem die Nutzungsentgelte, Kosten, die die gemeinschaftliche Einrichtungen der Krankenhäuser betreffen und Kosten, die für Ausbildungsstätten anfallen.<sup>100</sup> Die Investitionskosten müssen somit förderfähig im Sinne des KHG sein. Es ist für die Kalkulation nicht erforderlich, dass für die Investition wirklich Fördermittel verwendet wurden. Es werden auch Maßnahmen berücksichtigt, welche

---

<sup>96</sup> Vgl. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (Hrsg.), Kalkulation der Investitionskosten für Zwecke gem. § 10 KHG Handbuch zur Anwendung in Krankenhäuser, 2012, S. 12

<sup>97</sup> Vgl. Ebd., S. 2 und S. 5

<sup>98</sup> Vgl. Ebd., S. 62

<sup>99</sup> Vgl. Ebd., S. 15

<sup>100</sup> Vgl. Ebd., S. 12 f.

durch andere Mittel getätigt wurden.<sup>101</sup> Auf Grund der oben genannten Kriterien werden somit Anschaffungskosten und Herstellungskosten der jeweiligen Anlagegüter und Ausgaben für die Nutzung der entsprechenden Anlagegüter berücksichtigt. Wird ein Anlagegut von mehreren Bereichen genutzt, so ist eine anteilige Aufteilung vorzunehmen.<sup>102</sup>

Die Kalkulation der Investitionsbewertungsrelationen erfolgt mit Hilfe eines modularen Ansatzes. Dabei wird eine direkte Leistungszuordnung als auch eine innerbetriebliche Leistungsverrechnung vorgenommen.<sup>103</sup>

Diese Module werden wie oben kurz beschrieben über die Art des Anlagegutes, also das Anlagenkonto, und den Ort der Nutzung mit Hilfe der Kostenstellengruppe definiert. Die Module sollen einen einheitlichen Ausschnitt der Anlagenausstattung widerspiegeln. Die grundlegenden Daten für die Module stammen dabei aus der Anlagebuchhaltung und werden durch Daten der Finanzbuchhaltung ergänzt und vervollständigt.<sup>104</sup> Die Investitionsmaßnahmen, die alle oben erläuterten Kriterien erfüllen, werden auf der Modulebene an das InEK übermittelt. Dabei muss für eventuell mit einbezogene Gebäudekosten noch eine ergänzende Umlagenrechnung auf Basis der Flächennutzung vorgenommen werden.<sup>105</sup> Basierend auf den Daten, welche die an der Kalkulation teilnehmenden Krankenhäuser an das InEK liefern müssen, kann ein grobes Schema der Kalkulation erstellt werden. Die Krankenhäuser müssen für die Kalkulation drei verschiedene Datenblöcke an das InEK liefern. Der erste Datenblock sind gebäudebezogene Daten, welche hauptsächlich Angaben über Rauminhalte und Fläche der jeweiligen Kostenstellen beziehungsweise je Funktionsbereich enthalten.<sup>106</sup> Der zweite Datenblock sind fallbezogene Daten. Dazu zählen die im § 21

---

<sup>101</sup> Vgl. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (Hrsg.), Kalkulation der Investitionskosten für Zwecke gem. § 10 KHG Handbuch zur Anwendung in Krankenhäuser, 2012, S. 13

<sup>102</sup> Vgl. Häusler, E., Die Bankrotterklärung, 2012, S. 245 f.

<sup>103</sup> Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (Hrsg.), Vereinbarung gemäß § 10 Abs. 2 KHG, Anlage DKG – Rundschreiben Nr. 75/2010 vom 08.03.2010, S.3, Stand: 09.03.2010 (Internet)

<sup>104</sup> Vgl. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (Hrsg.), Kalkulation der Investitionskosten für Zwecke gem. § 10 KHG Handbuch zur Anwendung in Krankenhäuser, 2012, S. 5 ff.

<sup>105</sup> Vgl. Ebd., S. 17

<sup>106</sup> Vgl. Ebd., S. 17

Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) geforderten Daten mit den jeweiligen Prozedurenkodes je Behandlungsleistungen. Das InEK greift weiterhin zur Ergänzung dieser § 21 KHEntgG auf die Daten aus der DRG – Kalkulation zurück. Hierbei sind vor allem die an der Behandlung beteiligten Leistungsbereiche für die Kalkulation der Investitionsbewertungsrelation interessant. Nimmt ein Krankenhaus ausschließlich an der Kalkulation der Investitionsbewertungsrelationen teil und nicht an der DRG – Kalkulation, so muss dieses die Daten der an der Behandlung beteiligten Leistungsbereiche extra liefern. Den dritten Datenblock bilden nicht weiter erläuterte gegebenenfalls zu liefernde ergänzende Daten.<sup>107</sup>

Das InEK wird zunächst eine Verknüpfung der verschiedenen Datenblöcke und der Investitionsmodule vornehmen. Dabei werden die jeweiligen Investitionskostenmodule mit den erbrachten Leistungen der jeweiligen Funktionseinheiten verknüpft.<sup>108</sup> Die Verknüpfung erfolgt mit Hilfe der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS-Schlüssel). Sollte dieses nicht möglich sein, greift das InEK auf weitere nicht näher definierte Informationen zurück und nimmt so die Verknüpfung vor.<sup>109</sup> Durch diese Verknüpfung ist es möglich, die Investitionskosten je Fall zu ermitteln. Hierzu kann aus den jeweiligen Prozeduren eines Falls die durchschnittliche Anlagennutzung ermittelt werden, welche auf die Investitionsmaßnahme umgelegt wird. Aus diesen Investitionskosten je Fall kann anschließend ein bestimmtes Leistungsgewicht je Fall errechnet werden. Das Leistungsgewicht je Fall gibt an, wie stark der jeweilige Patient bestimmte Anlagen genutzt hat und wie groß der ökonomische Aufwand in Hinblick auf die Anlagengüter ist. Mit diesem Schritt ist bereits eine fallindividuelle Investitionsbewertungsrelation ermittelt. Im darauf folgenden Schritt kann dann das InEK die durchschnittliche Investitionsbewertungsrelation je DRG ermitteln. Hierfür können die jeweiligen Leistungsgewichte je Fall den DRG zugeordnet werden und eine durch-

---

<sup>107</sup> Vgl. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (Hrsg.), Kalkulation der Investitionskosten für Zwecke gem. § 10 KHG Handbuch zur Anwendung in Krankenhäuser, 2012, S. 6 ff.

<sup>108</sup> Vgl. Sleziiona, M., Willkommen in der Matrix, 2012, S. 252

<sup>109</sup> Vgl. Häusler, E., Die Bankrotterklärung, 2012, S. 246



schnittliche Relation gebildet werden. Welche genauen mathematischen Berechnungen und Verknüpfungen durch das InEK vorgenommen werden, ist leider nicht veröffentlicht. Die folgende Abbildung zeigt den schematischen Ablauf dieser möglichen Kalkulationsform.

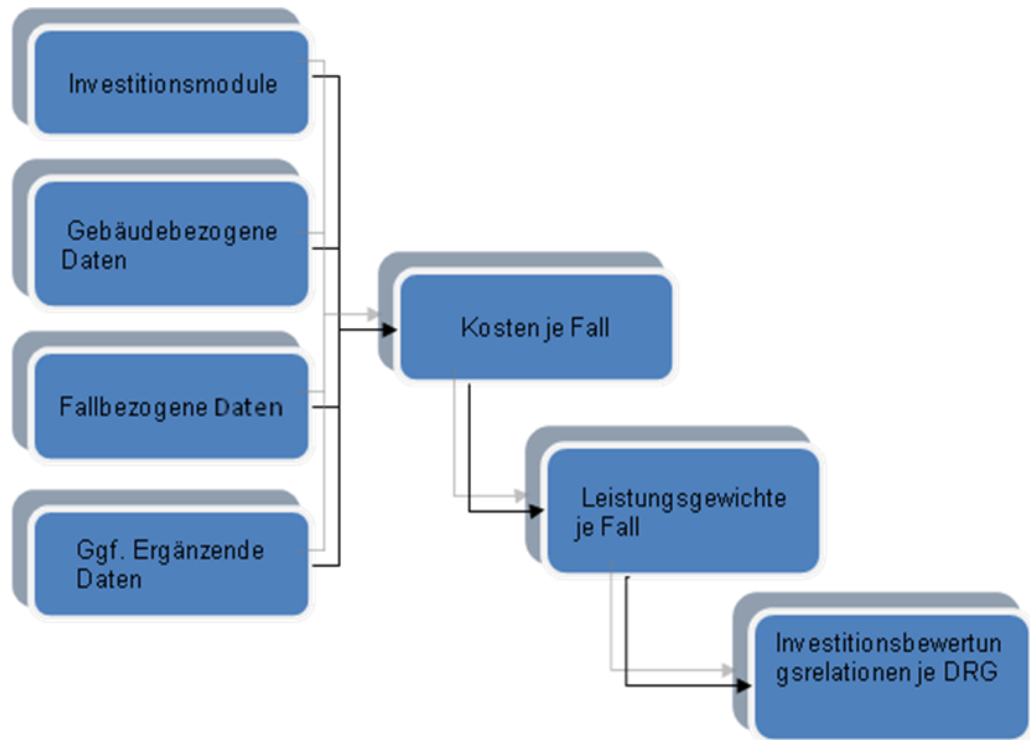


Abbildung 4: Kalkulationsmodell der Investitionsbewertungsrelationen<sup>110</sup>

### 3.2.2 Stand der Entwicklung des Modells

Im § 10 des KHG selbst hat der Gesetzgeber schon zeitliche Vorgaben für die Entwicklung der Investitionsbewertungsrelationen gemacht. Das Gesetz schreibt vor, dass die ersten Investitionsbewertungsrelationen für Krankenhäuser zum 01.01.2012 zur Verfügung stehen sollen (vgl. § 10 Nr. 1 KHG). Bisher wurden vom InEK keine Investitionsbewertungsrelationen veröffentlicht. Auch die Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene zu den Grundsätzen der Kalkulation wurde mit einer Verzögerung erlassen. Der § 10 KHG sah vor, dass diese Vereinbarung bis spätestens zum 31.12.2009 verabschiedet werden sollte. Jedoch wurde sie erst zum 28.01.2010 von allen Vertragsparteien unterschrie-

<sup>110</sup> Eigene Darstellung

ben.<sup>111</sup> Im Mai 2010 stellte das InEK den Vertragsparteien den ersten Entwurf für die Kalkulation zur Verfügung. Das erste Handbuch für die Kalkulation im Rahmen eines Prä-Tests wurde vom InEK im Oktober 2010 zur Verfügung gestellt.<sup>112</sup> Der Prä-Test wurde im Frühjahr 2011 begonnen und im Herbst 2011 abgeschlossen. Er sollte die Anwendbarkeit des Kalkulationsmodells und des Handbuches in der Praxis testen.<sup>113</sup> Für den Prä-Test war eine Teilnahme von zehn bis 15 Krankenhäusern geplant.<sup>114</sup> Nach dem Prä-Test wurde das Handbuch noch einmal überarbeitet und die endgültige Fassung zum 13.03.2012 veröffentlicht.<sup>115</sup> Die an der Probekalkulation teilnehmenden Krankenhäuser müssen die erste Lieferung laut § 3 der Kalkulationsvereinbarung bis zum 31.07.2012 vornehmen. Bis zum 15.09.2012 können die Krankenhäuser anschließend noch weitere Korrekturlieferungen vornehmen.<sup>116</sup> Durch die im Herbst stattfindende Probekalkulation der Investitionsbewertungsrelationen durch das InEK kann davon ausgegangen werden, dass die ersten Investitionsbewertungsrelationen im Jahre 2013 zur Verfügung stehen werden. Eine erstmalige Anwendung der Investitionsbewertungsrelationen durch die Bundesländer wäre somit ab dem Jahre 2014 möglich.<sup>117</sup>

### 3.3 Differenzierte Betrachtung der Investitionsbewertungsrelationen

Am Kalkulationsmodell der Investitionsbewertungsrelationen des InEK wird kritisiert, dass nicht klar zu erkennen ist, wie die Kalkulation vorgenommen wird. Hierbei ist besonders interessant, welche Betriebszeiten der Anlagegüter das InEK annimmt. Durch eine Veränderung in der Be-

---

<sup>111</sup> Vgl. Rau, F., Das neue Fundament, 2012, S. 251

<sup>112</sup> Vgl. Laufer, R., Mörsch, M., Aktueller Stand der Investitionsfinanzierungsreform Gesetzlicher Entwicklungsauftrag gemäß § 10 KHG, 2011, S. 74

<sup>113</sup> Vgl. Ebd., S. 74

<sup>114</sup> Vgl. Deutsche Krankenhaus Gesellschaft e.V. (Hrsg.), Prä-Test zur Kalkulation der Investitionsbewertungsrelationen nach § 10 Abs. 2 KHG, Stand: 28.01.2011 (Internet)

<sup>115</sup> Vgl. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (Hrsg.), Kalkulationshandbuch, Stand: 13.03.2012

<sup>116</sup> Vgl. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (Hrsg.), Vereinbarung, Stand: 03.04.2012

<sup>117</sup> Vgl. Rau, F., Das neue Fundament, 2012, S. 251

triebszeit ändern sich auch die kalkulatorischen Abschreibungen. Die Betriebszeiten von Großgeräten können zum Beispiel zwischen 40 Stunden Betrieb in der Woche und 72 Stunden Betrieb in der Woche schwanken. Durch eine solche Schwankung ergeben sich auch große Unterschiede zwischen den angenommenen kalkulatorischen Abschreibungen.<sup>118</sup>

Ein weiterer Kritikpunkt am Kalkulationsmodell ist die sachgerechte Auswahl der an der Kalkulation teilnehmenden Krankenhäuser. Am Prä-Test haben mit maximal 15 Krankenhäusern nur vergleichsweise sehr wenige Krankenhäuser teilgenommen.<sup>119</sup> Das InEK muss es schaffen, eine sachgerechte Auswahl der an der Kalkulation teilnehmenden Krankenhäuser zu gewährleisten.<sup>120</sup> Ansonsten kann es zu einer starken Verzerrung der Investitionsbewertungsrelationen kommen. Eine unsachgerechte Auswahl an Krankenhäusern würde die Aussagekraft der Investitionsbewertungsrelationen stark eingrenzen. Da das InEK bereits die DRG-Kalkulation übernommen hat, kann davon ausgegangen werden, dass eine geeignete Auswahl der an der Kalkulation teilnehmenden Krankenhäuser getroffen wird. Die DRG-Kalkulation lief insgesamt betrachtet sehr gut, was für die Übernahme der Kalkulation der Investitionsbewertungsrelationen durch das InEK spricht. Ebenfalls ist zu berücksichtigen, dass das InEK unabhängig von allen Interessengruppen agiert und somit nur die Aussagekraft der Kalkulation berücksichtigen muss.<sup>121</sup>

Ein sehr großer Kritikpunkt am KHRG ist die nicht vorhandene Verbindlichkeit der Nutzung der Investitionsbewertungsrelationen. Jedes einzelne Bundesland kann laut Gesetz frei entscheiden, ob und wie die Investitionsbewertungsrelationen für die Investitionsförderung berücksichtigt werden sollen. Damit besteht die Möglichkeit, dass lediglich die

---

<sup>118</sup> Vgl. Rottlieb, R., Investitionspauschalen – was sie leisten und was nicht Investitions- und Finanzierungsstrategien für Krankenhäuser, 2010, S. 20

<sup>119</sup> Vgl. Deutsche Krankenhaus Gesellschaft e.V. (Hrsg.), Prä-Test zur Kalkulation der Investitionsbewertungsrelationen nach § 10 Abs. 2 KHG, Stand: 28.01.2011 (Internet)

<sup>120</sup> Vgl. Halbe, B., Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) Auswirkungen für Krankenhäuser, 2010, S. 132

<sup>121</sup> Vgl. Ebd., S. 109

Investitionsbewertungsrelationen entwickelt werden, diese von keinem einzigen Bundesland angewandt werden.<sup>122</sup> Bei einer Befragung zur Anwendung der Investitionsbewertungsrelationen bei den jeweilig zuständigen Landesministerien gaben acht Bundesländer an, die Investitionsbewertungsrelationen nicht einzuführen, sechs Bundesländer sprachen sich für die Einführung der Investitionsbewertungsrelationen aus, Berlin gab an, auf die Erfahrung der anderen Bundesländer zu warten, und Niedersachsen war zu keiner Stellungnahme bereit.<sup>123</sup>

Aber auch in diesem Falle wären die Investitionsbewertungsrelationen nicht ohne Sinn. Sie ermöglichen zum ersten Mal eine objektive und allgemein anerkannte Methode, den Investitionsbedarf eines Krankenhauses zu ermitteln. Des Weiteren ist es durch die Investitionsbewertungsrelationen möglich, eine einheitliche Ermittlung des momentan vorhandenen Investitionsstaus vorzunehmen. Dieser schwankt im Moment sehr stark, da es keine einheitliche Berechnung und Ermittlung gibt.<sup>124</sup> Für diese Berechnungen sind die Investitionsbewertungsrelationen unabhängig zu ihrer eigentlichen Nutzung sehr sinnvoll. Durch diese Ermittlung können die Krankenhäuser und die Landeskrankengesellschaften explizite und nachweisbare Forderungen an die jeweiligen Ministerien stellen. Aus diesem Grunde haben die Investitionsbewertungsrelationen eine hohe Brisanz für die Ministerien, die diese Problematik bisher noch nicht erkannt haben.<sup>125</sup>

Ein weiterer oft angesprochener Kritikpunkt an der Kalkulation der Investitionsbewertungsrelationen ist die nicht vorhandene Anhebung der öffentlichen Investitionsmittel. Alleine durch die Entwicklung der Investitionsbewertungsrelationen und deren eventuelle Einführung kommt es noch zu keinem Abbau des Investitionsstaus oder mindestens zu einer

---

<sup>122</sup> Vgl. Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (Hrsg.), Heyder, R., Strategische Investitionsplanung: Organisation, Ziele, Instrumente, Risiken – Herausforderungen für Universitätsklinika und Krankenhäuser „Zukunft der Investitionsplanung und –finanzierung: Ist die (Hochschul-)Medizin reif für die Monistik?“, 2009, S. 11

<sup>123</sup> Vgl. o.V., Der Flickenteppich kommt, 2012, S. 268 f.

<sup>124</sup> Vgl. Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J., Krankenhaus-Report 2010 Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise?, 2010, S. 116

<sup>125</sup> Vgl. Sleziona, M., Willkommen in der Matrix, 2012, S. 252

Erhöhung der öffentlichen Investitionsfördermittel.<sup>126</sup> Es stellt sich hierbei ebenfalls die Frage wie sinnvoll die Investitionsbewertungsrelationen sind, wenn nur ein sehr geringer Teil der Investitionsfördermittel über diese vergeben wird. Ebenfalls bleibt zu klären, wie die starke Verzerrung durch die Antragsförderung abgebaut werden kann.<sup>127</sup>

Jedoch muss auch berücksichtigt werden, dass die knappen Investitionsfördermittel bei Anwendung der Investitionsbewertungsrelationen leistungsgerechter und transparenter verteilt werden. Dieses führt zu einer leistungsgerechten Förderung, was vor allem leistungsstarken Krankenhäusern helfen kann.<sup>128</sup> Ein weiterer Vorteil für die Krankenhäuser ergibt sich in diesem Zusammenhang aus der Kombination von mehreren Finanzierungsarten. Investitionspauschalen auf Basis der Investitionsbewertungsrelationen können leichter mit anderen ergänzenden Finanzierungsformen verknüpft werden. Sie sind für das Krankenhaus relativ sichere und kontinuierliche Erlöse, welche eine leichtere Berechnung der benötigten zusätzlichen Finanzierungsmittel ermöglichen.<sup>129</sup>

Was ebenfalls als Kritikpunkt einer Investitionsfinanzierung auf Basis von Investitionsbewertungsrelationen gesehen wird, ist die Verwendung der Investitionsfördermittel. Bei einer völlig freien Verwendung könnten defizitäre Krankenhäuser diese Mittel nutzen, um ihr Defizit auszugleichen oder zu verringern. Damit würde der Nutzen der Investitionsfördermittel nicht mehr vorhanden sein. Eine solche Zweckentfremdung der Investitionsfördermittel könnte relativ leicht per Gesetz verboten werden.<sup>130</sup>

---

<sup>126</sup> Vgl. Rottlieb, R., Investitionspauschalen – was sie leisten und was nicht Investitions- und Finanzierungsstrategien für Krankenhäuser, 2010, S. 20; Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (Hrsg.), Heyder, R., Strategische Investitionsplanung: Organisation, Ziele, Instrumente, Risiken – Herausforderungen für Universitätsklinika und Krankenhäuser, 2009, S. 11

<sup>127</sup> Vgl. Leber, W.-D., Wolff, J., Wer bestellt, muss bezahlen, 2012, S. 260

<sup>128</sup> Vgl. Rottlieb, R., Investitionspauschalen – was sie leisten und was nicht Investitions- und Finanzierungsstrategien für Krankenhäuser, 2010, S. 19

<sup>129</sup> Vgl. Ebd., S. 21

<sup>130</sup> Vgl. Ebd., S. 19

Für die Krankenhäuser hätten zukünftig Fehlentscheidungen bei Investitionsmaßnahmen auf Grundlage einer Investitionsfinanzierung auf Basis von Investitionsbewertungsrelationen eine wesentlich stärkere Konsequenz als bei der jetzigen dualen Finanzierung. Sie müssen nämlich die Investitionskosten über die jeweiligen Leistungen erwirtschaften. Die Krankenhäuser müssen sich deshalb von der Orientierung zu dem Fördermittelgeber hin zu einer Marktorientierung wandeln, da sonst zukünftig Fehlinvestitionen getätigt werden würden.<sup>131</sup> Tendenziell werden durch die Umstellung der Finanzierung auf Basis der Investitionsbewertungsrelationen größere unternehmerische Freiheiten geschaffen. Diese ermöglichen den Krankenhäusern eine schnelle und bedarfsgerechte Reaktion auf Veränderungen. Außerdem kann das Krankenhaus völlig selbstständig entscheiden, welche Investitionen notwendig und sinnvoll sind.<sup>132</sup> Die Umstellung würde darüber hinaus zu einem Abbau der Bürokratie, vor allem bei der Antragsförderung, führen. Dieser Abbau würde zu einer Kosteneinsparung oder mindestens zu Personalverschiebungen sowohl bei den Krankenhäusern als auch bei den jeweilig zuständigen Ministerien führen.<sup>133</sup> Desweiteren kann davon ausgegangen werden, dass die Umstellung zu einer effizienteren Verteilung der Fördermittel führen wird. Damit einhergehend werden die knappen Fördermittel von den einzelnen Krankenhäusern durch die gewonnenen Freiheiten in der Verwendung möglichst effizient eingesetzt werden. So kommt es zum einen zu einer effizienteren Verteilung als auch zu einer effizienteren Verwendung der Fördermittel.<sup>134</sup>

Bei einer Gesamtbetrachtung aller Schwachstellen und aller Vorteile der Investitionsbewertungsrelationen wird deutlich, dass die Nachteile

---

<sup>131</sup> Vgl. Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (Hrsg.), Heyder, R., Strategische Investitionsplanung: Organisation, Ziele, Instrumente, Risiken – Herausforderungen für Universitätsklinika und Krankenhäuser, 2009, S. 14

<sup>132</sup> Vgl. Rottlieb, R., Investitionspauschalen – was sie leisten und was nicht Investitions- und Finanzierungsstrategien für Krankenhäuser, 2010, S. 20; Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (Hrsg.), Heyder, R., Strategische Investitionsplanung: Organisation, Ziele, Instrumente, Risiken – Herausforderungen für Universitätsklinika und Krankenhäuser, 2009, S. 11

<sup>133</sup> Vgl. Klauber, J. et al., Krankenhaus-Report 2011 Schwerpunkt: Qualität durch Wettbewerb, 2011, S. 169

<sup>134</sup> Vgl. Ebd., S. 167

durch kleine Veränderungen im Gesetz oder generell durch die Vorteile aufgehoben werden. Besonders zu erwähnen sind die Punkte, dass die Investitionsbewertungsrelationen bei ihrer Verwendung sowohl zu einer effizienteren Verteilung als auch zu einer effizienteren Verwendung der Investitionsfördermittel führen, und die Selbständigkeit der Krankenhäuser in Bezug auf ihre Investitionstätigkeit gestärkt wird. Diese beiden Punkte sind zwei besonders große Vorteile der Investitionsbewertungsrelationen. Die Investitionsbewertungsrelationen stellen einen ersten wichtigen Schritt zu Veränderung der Investitionsförderung im Krankenhaus dar. Die Investitionsbewertungsrelationen sind sehr flexibel anwendbar und können mit den verschiedensten Formen der Investitionsförderung verbunden werden. Dieses stellt einen großen Vorteil unabhängig von ihrer geplanten Verwendung dar.<sup>135</sup> Die Investitionsförderung kann sich durch diese Möglichkeit in eine ganz neue Richtung entwickeln. Einige mögliche Entwicklungen werden im folgenden Abschnitt erläutert.

---

<sup>135</sup> Vgl. Sleziuna, M., Willkommen in der Matrix, 2012, S. 252

## 4 Wege der Investitionsfinanzierung auf Basis der Investitionsbewertungsrelationen

### 4.1 Duale Finanzierung

#### 4.1.1 Mögliche Umsetzung

Bei der dualen Investitionsfinanzierung auf Basis der durch das InEK ermittelten Investitionsbewertungsrelationen wird die Trennung zwischen den Betriebskosten und den Investitionskosten beibehalten. Die Krankenkassen beziehungsweise der Patient selbst tragen die Betriebskosten, und die Investitionskosten werden von dem jeweiligen Bundesland übernommen. Die bestehende Kombination von Antragsförderung und Pauschalförderung sollte auf lange Sicht aufgehoben werden und zu einer reinen Pauschalförderung umgewandelt werden. Die Investitionsfinanzierung erfolgt über eine Pauschalförderung, welche sich auf Basis der Investitionsbewertungsrelationen ermittelt. Dabei ergibt sich die Förderpauschale durch das Multiplizieren der Investitionsbewertungsrelation mit dem Investitionsfallwert des jeweiligen Landes.<sup>136</sup> Aus diesem Grunde ist an jede DRG eine Investitionsbewertungsrelation gekoppelt, welche separat im Fallpauschalenkatalog ausgewiesen wird. Diesen Ablauf verdeutlicht folgende Abbildung.



Abbildung 5: Schema der dualen Finanzierung<sup>137</sup>

<sup>136</sup> Vgl. Klauber, J. et al., Krankenhaus-Report 2011 Schwerpunkt: Qualität durch Wettbewerb, 2011, S. 166

<sup>137</sup> Rau, F., Roeder, N., Hensen, P., Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland Standortbestimmung und Perspektive, 2009, S. 450



Die mithilfe der Investitionsbewertungsrelationen ermittelten Pauschalen können vom Krankenhaus frei verwendet werden. Das Krankenhaus kann die Investitionen auf Basis betriebswirtschaftlicher und ökonomischer Aspekte frei tätigen. Die Krankenhäuser können mit Hilfe der Erlöse auch Kredite von bereits getätigten Investitionen tilgen. Damit die Fördermittel nicht vollständig zweckentfremdet werden, ist eine Nutzung zur Defizitdeckung laut Gesetz verboten.

Analog zu den DRG-Fallpauschalen wird zunächst ein Investitionsfallwert je Bundesland eingeführt, welcher nach einer Konvergenzphase in einen bundeseinheitlichen Investitionsfallwert übergehen soll. Hierbei muss zunächst beschlossen werden, welche Höhe die öffentlichen Investitionsmittel der Bundesländer haben sollen. Es ist zu berücksichtigen, dass die Bundesländer bisher Investitionsförderungen in unterschiedlicher Höhe getätigt haben. Wird der Investitionsfallwert des Bundeslandes mit der niedrigsten Förderquote gewählt, so muss davon ausgegangen werden, dass die Mittel zu einem Ansteigen des Investitionsstaus führen. Wird der Investitionsfallwert des Bundeslandes mit der höchsten Förderquote gewählt, so ist mit starkem Widerstand der Bundesländer zu rechnen, die einen niedrigeren Investitionsfallwert aufweisen. Diese müssten eine Erhöhung ihrer Investitionsmittel in Kauf nehmen.<sup>138</sup> Aufgrund der Komplexität dieser Problematik und der momentanen Gesetzeslage sollte ein geeigneter bundeseinheitlicher Investitionsfallwert auf dem Verhandlungswege gefunden werden. Hierfür würde sich vor allem die Föderalismuskommission anbieten.<sup>139</sup>

Eine weitere Problematik bei der Umstellung der Investitionsfinanzierung ergibt sich bei der Berücksichtigung der unterschiedlich hohen Förderung einzelner Krankenhäuser in der Antragsförderung. Die Ausgangsbedingungen sind somit beim Start der Umstellung zwischen den einzelnen Krankenhäusern unterschiedlich und sollten während einer

---

<sup>138</sup> Vgl. Deutscher Bundestag (Hrsg.), Drucksache 16/6339, Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2007, Rdnr. 518

<sup>139</sup> Vgl. Deutscher Bundestag (Hrsg.), Drucksache 16/10140, Siebzehntes Hauptgutachten der Monopolkommission 2006/2007, 2008, Rdnr. 849

Konvergenzphase angeglichen werden.<sup>140</sup> Es werden in der Literatur verschiedene Standpunkte und Ansätze zu dieser Problematik vertreten. Die Monopolkommission steht einem solchen Ausgleich kritisch gegenüber, da sich Investitionen immer in die Zukunft richten. Zu berücksichtigen sind lediglich die zu erwartenden Erlöse aus dieser Investition und nicht die zurückliegenden Anschaffungskosten oder der Wiederbeschaffungswert. Desweiteren müssen die erheblichen Transaktionskosten eines solchen Systems berücksichtigt werden, als auch der damit verbundene bürokratische Aufwand.<sup>141</sup> Diese Ansicht wird durch die Expertise „Umstellung auf eine monistische Finanzierung von Krankenhäusern“ von Herrn Rürup unterstützt.<sup>142</sup>

Demgegenüber steht die Einschätzung des Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK), welcher eine lineare Abschreibung von vier Prozent der in den letzten 25 Jahren erhaltenen Antragsförderungen der jeweiligen Krankenhäuser vorsieht. Der so errechnete Buchwert wird während einer Konvergenzphase von zehn Jahren abgeschrieben, indem die Investitionsmittel in dieser Höhe gekürzt werden.<sup>143</sup>

Ein bereits praktiziertes Konzept aus Nordrhein-Westfalen (NRW) ist ebenfalls anwendbar. Es werden bei diesem Konzept zum einen die noch offenen Forderungen auf Grund der Antragsförderung berücksichtigt, als auch die unterschiedliche Höhe der Förderung für die einzelnen Krankenhäuser. Dabei werden die offenen Forderungen von der Gesamthöhe der Fördermittel abgezogen. Für die restlichen Fördermittel werden Förderkennziffern ermittelt, welche sich aufgrund des Investitionsbedarfs jedes einzelnen Krankenhauses ergeben. Diese Kennziffern bilden die Reihenfolge für die Aufnahme in die neue Finanzierungsart. Es werden somit zuerst Krankenhäuser aufgenommen, welche lange

---

<sup>140</sup> Vgl. Klauber, J. et al., Krankenhaus-Report 2011 Schwerpunkt: Qualität durch Wettbewerb, 2011, S. 168

<sup>141</sup> Vgl. Deutscher Bundestag (Hrsg.), Drucksache 16/10140, Siebzehntes Hauptgutachten der Monopolkommission 2006/2007, 2008, Rdnr. 848

<sup>142</sup> Vgl. Rürup, B., Umstellung auf eine monistische Finanzierung von Krankenhäusern, 2008, S. 36

<sup>143</sup> Vgl. Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (Hrsg.), Modell 21 Regionale monistische Finanzierung Krankenhäuser gesund und zukunftsfähig machen!, 2007, 12 f.

keine oder nur geringe Investitionsmittel aus der Antragsförderung bewilligt bekommen haben.<sup>144</sup> Aufgrund der bereits vorhandenen Erfahrung der Umsetzung und der Angleichung der unterschiedlichen Ausgangslagen wäre das Konzept aus NRW sehr gut für ganz Deutschland anwendbar. Es kann relativ leicht und kostengünstig angewendet werden und so allen Krankenhäusern einen gerechten Übergang in die neue Finanzierungsform ermöglichen.

Ebenfalls neu organisiert werden muss die Daseinsverantwortung der Bundesländer. Diese können nicht mehr durch gezielte Förderung in strukturschwachen Regionen die Krankenhäuser unterstützen, da alle Fördermittel einheitlich über die Investitionspauschalen vergeben werden. Um auch in diesen Gebieten die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen, ist es vorstellbar, einen Infrastrukturfond zu bilden. In diesen wird ein bestimmter Betrag der Investitionsfördermittel ausgliedert, welcher explizit für die ländlichen Regionen genutzt wird. Zuvor ist es zwingend notwendig, den Begriff der ländlichen Region genau zu definieren, um eine Zweckentfremdung der Mittel aus den Infrastrukturfonds zu verhindern. Da der Wert der benötigten Mittel für die ländlichen Regionen nur schwer ermittelt werden kann, muss zunächst mit einem geschätzten Wert angefangen werden. Hier wird ein Wert von zehn Prozent der gesamten Investitionsfördermittel als Anfangsmöglichkeit empfohlen.<sup>145</sup>

Die Vergabe der Investitionspauschalen kann durch die Bundesländer vorfinanziert werden. Auf Basis der letzten drei Jahre wird der durchschnittliche Anspruch auf Fördermittel für das jeweilige Krankenhaus ermittelt. Das Krankenhaus erhält eine Vorauszahlung in der so errechneten Höhe für das kommende Geschäftsjahr. Für das jeweilige Jahresende erfolgen Ausgleichszahlungen, welche auch mit der Vergütung des kommenden Jahres verrechnet werden können. Um eine gerechte Vergütung sicherzustellen wird für die Ausgleichberechnung ein durch-

---

<sup>144</sup> Vgl. Penter, V., Ziel erreicht, aber... Kritische Analyse zur pauschalen Investitionsfinanzierung am Beispiel der NRW-Baupauschalen, 2009, S.67 f.

<sup>145</sup> Vgl. Rürup, B., Umstellung auf eine monistische Finanzierung von Krankenhäusern, 2008, S. 39 ff.

schnittlicher Zinssatz für die vorzeitige zur Verfügungstellung des Kapitals ermittelt. Somit werden in der Ausgleichsberechnung auch die jeweiligen Zinsen für das Kapital berücksichtigt. Nur durch diese Verzinsung ist es möglich, eine gerechte Verteilung zwischen den einzelnen Krankenhäusern sicherzustellen. Ansonsten hätten Krankenhäuser mit einer sehr hohen Fallzahl durch die Zinsen auf das vorzeitig zur Verfügung gestellte Kapital einen nicht unerheblichen Vorteil gegenüber Krankenhäusern mit einer geringeren Fallzahl.

#### **4.1.2 Veränderungen für die Akteure im Gesundheitswesen**

Für die in Kapitel 2.4 definierten Akteure im Gesundheitswesen ergeben sich aufgrund der oben beschriebenen Umstellung einige Veränderungen. Für Krankenkassen, Privatversicherte und Selbstzahler ändert sich verglichen mit der momentanen Investitionsfinanzierung nichts.

Die Bundesländer verlieren durch diese Umstellung den Einfluss auf die Art, die Größe und den Ort der Förderung. Bisher konnten sie aktiv bei der Antragsförderung bestimmen, wo und welche Investitionen mit öffentlichen Fördermitteln getätigt werden. Durch die Umstellung verlieren sie diesen Einfluss. Sie stellen lediglich die Mittel zur Verfügung, nehmen aber keine explizite Entscheidung für oder gegen bestimmte Investitionen vor. Auf die Höhe der zur Verfügung gestellten Investitionsfördermittel können die Länder zunächst noch Einfluss nehmen. Sie können den investitionsfallwert selber bestimmen und die absolute Höhe der Investitionsfördermittel beeinflussen. Nach der Einführung eines bundeseinheitlichen Investitionsfallwertes verlieren sie diese Möglichkeit. Die Höhe der Investitionsfördermittel wird einheitlich bestimmt, so dass der jeweilige Einfluss gering bleibt. Der eingeführte Infrastrukturfonds ermöglicht den Bundesländern die gezielte Unterstützung von Krankenhäusern in den ländlichen Regionen. Diese können sie aktiv mit den im Infrastrukturfonds enthaltenen Mitteln unterstützen. Bei diesen Krankenhäusern können die Bundesländer noch gezielt mitbestimmen, welche Investitionen wo und wann getätigt werden.

Für die Krankenhäuser ergibt sich wohl die größte Veränderung durch die Umstellung der Investitionsfinanzierung. Die den Krankenhäusern zur Verfügung gestellten Mittel sind nur noch minimal zweckgebunden und können eigenverantwortlich investiert werden. Die Krankenhäuser haben aus diesem Grunde eine höhere Eigenverantwortung bei Investitionen. Jede getätigte Investition muss über die Erlöse wieder erwirtschaftet werden. Die jeweils anfallenden Investitionskosten müssen über die Leistungen wieder erwirtschaftet werden. Dieses bedingt die Veränderung einer Betriebskostenbetrachtung hin zu der Einführung einer Vollkostenbetrachtung für die jeweiligen Investitionen. Ebenfalls ändert sich das Blickfeld für kommende Investitionen weg von einer Orientierung des Fördermittelgebers hin zu einer reinen Marktorientierung.<sup>146</sup>

Die Krankenhäuser sind durch die Umstellung in der Lage, die zukünftige Höhe der Investitionsfördermittel besser zu planen und zu errechnen. Daraus ergibt sich auch eine bessere und zielgerichtete Kombination von Eigenkapital, Fremdkapital und der Fördermittel. Jedes Krankenhaus ist in der Lage, durch eine geeignete Berechnung einen optimalen Kapitalmix zu erreichen. Ein weiterer großer Vorteil liegt darin, dass die Krankenhäuser die Höhe der Fördermittel aktiv beeinflussen können. Die Fördermittel sind direkt abhängig von der jeweiligen Investitionsbewertungsrelation der einzelnen Fälle. Gelingt es dem Krankenhaus eine Fallzahlerhöhung zu generieren, so stehen ihm auch mehr Investitionsfördermittel zur Verfügung. Durch die jährlichen Ausgleichsberechnungen muss das Krankenhaus gewissenhaft mit dem zur Verfügung gestellten Kapital umgehen. Das Monitoring der erwirtschafteten Investitionsfördermittel nimmt dabei einen großen Stellenwert ein. Ohne ein solches Monitoring kann es dazu kommen, dass das Krankenhaus am Jahresende einen hohen Betrag durch die Ausgleichsberechnung zurückzahlen muss.

---

<sup>146</sup> Vgl. Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (Hrsg.), Heyder, R., Strategische Investitionsplanung: Organisation, Ziele, Instrumente, Risiken – Herausforderungen für Universitätsklinika und Krankenhäuser, 2009, S. 14

### 4.1.3 Kritische Analyse

Bei der genauen Analyse dieses Weges der Investitionsfinanzierung auf Basis der Investitionsbewertungsrelationen bei der dualen Finanzierung wird deutlich, dass einige Nachteile der momentanen Investitionsfinanzierung behoben wurden, jedoch nicht alle.

Dazu gehört, dass die Höhe der Fördermittel durch die Umstellung immer noch nicht zwingend ansteigen muss. Die Länder können zunächst weiterhin frei bestimmen, wie hoch die Investitionsmittel sein sollen.<sup>147</sup> Lediglich nach der Konvergenzphase zu einem bundeseinheitlichen Investitionsfallwert können die Länder dieses nicht mehr frei bestimmen. Hier bleibt abzuwarten, auf welchen Investitionsfallwert sich die Bundesländer einigen werden. Ist er zu niedrig, bleiben die Finanzprobleme der Krankenhäuser ungelöst.

Auch bleibt das Problem bestehen, dass die Investitionsfördermittel in Konkurrenz zu anderen öffentlichen Aufgaben stehen. Durch die neue Art der Investitionsfinanzierung wurde keine Trennung der Investitionsfördermittel von anderen Aufgaben erreicht. Die Politiker müssen immer noch entscheiden, welchen Bereichen der öffentlichen Aufgaben wie viele Mittel zufließen.<sup>148</sup>

Das Problem der Verzerrung der Kosten im stationären und ambulanten Bereich aus Sicht der Krankenkassen bleibt ebenfalls bestehen. Da die Krankenkassen weiterhin nur die Betriebskosten übernehmen und nicht für die Investitionskosten verantwortlich sind, wirken die Kosten im stationären Bereich relativ gesehen geringer als im ambulanten Sektor. Im ambulanten Sektor müssen die Krankenkassen sowohl die Betriebskosten als auch die Investitionskosten tragen, somit ergeben sich relativ

---

<sup>147</sup> Vgl. Rottlieb, R., Investitionspauschalen – was sie leisten und was nicht Investitions- und Finanzierungsstrategien für Krankenhäuser, 2010, S. 20; Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (Hrsg.), Heyder, R., Strategische Investitionsplanung: Organisation, Ziele, Instrumente, Risiken – Herausforderungen für Universitätsklinika und Krankenhäuser, 2009, S. 11

<sup>148</sup> Vgl. Henze, M., Die alten Modelle genügen nicht mehr Es müssen neue Formen der Investitionsfinanzierung gefunden werden, 2008, S. 70; Debatin, J. F., Ekkernkamp, A., Schulte, B., Krankenhausmanagement Strategien, Konzepte, Methoden, 2010, S. 273

gesehen geringere Kosten im stationären Bereich.<sup>149</sup> Diese Problematik kann durch diese Umstellung der Investitionskostenfinanzierung nicht behoben werden.

Der neue Weg der Investitionsfinanzierung fördert die Verantwortung im Krankenhaus für die getätigten Investitionen. Durch die neu gewonnene Entscheidungsfreiheit können Investitionen früher und selbstständig getätigt werden. Hierbei ist allerdings zu beachten, dass das frühzeitige Tätigen von Investitionen immer auch mit höheren Kosten durch mehr Zinsaufwand verbunden ist. Dieser Aufwand wird bei der Inanspruchnahme von Krediten oder anderen Fremdkapitals sogar noch erhöht. Was wiederum dazu führt, dass Investitionsfördermittel zur Tilgung dieser Kosten aufgewandt werden müssen. Bedingt durch die Vorauszahlung der Investitionsfördermittel muss das Krankenhaus eine unterjährige Kalkulation für die Investitionsfördermittel vornehmen. Es muss genau kalkuliert werden, wie viele Fördermittel dem Krankenhaus wirklich zur Verfügung stehen und ob und wie hoch eine eventuelle Rückzahlung am Jahresende ausfällt. Bei dieser Kalkulation müssen auch die für die vorzeitige zur Verfügungstellung anfallenden Zinsen berücksichtigt werden.

Neben diesen kritischen Anmerkungen gibt es auch unübersehbare Vorteile. Ein besonders großer Vorteil ergibt sich aus der durch die Umstellung gewonnenen Transparenz des Vergabeverfahrens. Es ist deutschlandweit einheitlich geregelt, in welcher Weise die Investitionsmittel vergeben werden. Nach der Konvergenzphase zum bundeseinheitlichen Investitionsfallwert ist das Vergabeverfahren so einheitlich, dass alle Plankrankenhäuser in Deutschland für den gleichen Fall auch die gleichen Investitionsfördermittel erhalten. Durch dieses transparente Vergabeverfahren ist es erstmals möglich, für das Krankenhaus mit einer festen Höhe an Investitionsfördermitteln zu rechnen. Durch diese Berechnung der zur Verfügung stehenden Mittel kann das Krankenhaus

---

<sup>149</sup> Vgl. Deutscher Bundestag (Hrsg.), Drucksache 16/10140, Siebzehntes Hauptgutachten der Monopolkommission 2006/2007, 2008, Rdnr. 828; Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (Hrsg.), Konzept zur Reform der Krankenhausplanung und Investitionskostenfinanzierung, 2008, S. 6

eine optimale Mischung verschiedener Finanzierungsarten vornehmen und so den Kapitalfluss besser steuern. Dieser Punkt wird dadurch verstärkt, dass die Investitionsfördermittel nur noch minimal zweckgebunden sind. Das Krankenhaus kann selbstständig und frei entscheiden, wann und wo welche Investitionen getätigt werden. Die Entscheidung für oder gegen eine Investition erfolgt alleine auf Basis einer betriebswirtschaftlichen Sichtweise und ist unabhängig von politischen Aspekten. Auf Grund der neuen marktorientierten Sichtweise investieren die Krankenhäuser zunächst in Investitionen, welche einen hohen Ertrag versprechen. Bei jeder Investition müssen sowohl die Kapitalkosten als auch die Betriebskosten durch das Krankenhaus kalkuliert werden, damit eine sinnvolle Investition getätigt werden kann. Investitionsmaßnahmen richten sich somit nur noch nach reinen Marktwirtschaftlichen Kriterien. Ob und wie weit rein marktorientierte Investitionsmaßnahmen immer die beste Versorgung für einen Patienten darstellen kann in dieser Ausarbeitung nicht analysiert werden. Die Aspekte der freieren Entscheidung, der besseren Berechnung der zukünftigen Investitionsfördermittel und die neue Marktorientierung bewirken, dass die knappen Investitionsfördermittel besser und effizienter eingesetzt werden.

Ein weiterer positiver Aspekt in der Umstellung liegt in der leichteren Veränderung dieses Systems. Es kann durch das transparente und bundeseinheitliche Verfahren der Mittelvergabe mit Hilfe neuer Reformen kontinuierlich angepasst und verbessert werden.

Der Weg der dualen Investitionsfinanzierung auf Basis der Investitionsbewertungsrelationen ist kein perfekter Weg der Investitionsfinanzierung. Auch die oben beschriebene Art der Investitionsfinanzierung weist noch einige Nachteile der momentanen Investitionsfinanzierung auf. Es können viele Nachteile aufgehoben werden und somit das momentane Verfahren verbessert werden. Insgesamt betrachtet ist festzustellen, dass dieser Weg nicht optimal ist, aber wesentliche Vorteile zur momentanen Investitionsfinanzierung aufweist.



## 4.2 Monistische Finanzierung

### 4.2.1 Mögliche Umsetzung

Bei der monistischen Investitionsfinanzierung erfolgt die vollständige Vergütung mittels der DRG-Fallpauschalen. Dabei werden die Erlöse für die Betriebsmittel durch die Multiplikation von Relativgewicht mit dem jeweiligen Landesbasisfallwert errechnet. Die Vergütung der Investitionsmittel erfolgt über die Multiplikation der Investitionsbewertungsrelation mit dem Investitionsfallwert. Die so errechneten Erlöse werden direkt von den Krankenkassen beziehungsweise von den Selbstzahlern vergütet. Das Krankenhaus ist dazu berechtigt, mit den Erlösen selbstständig und frei von jeglichen Einflüssen zu wirtschaften. Die folgende Abbildung verdeutlicht diesen Prozess.

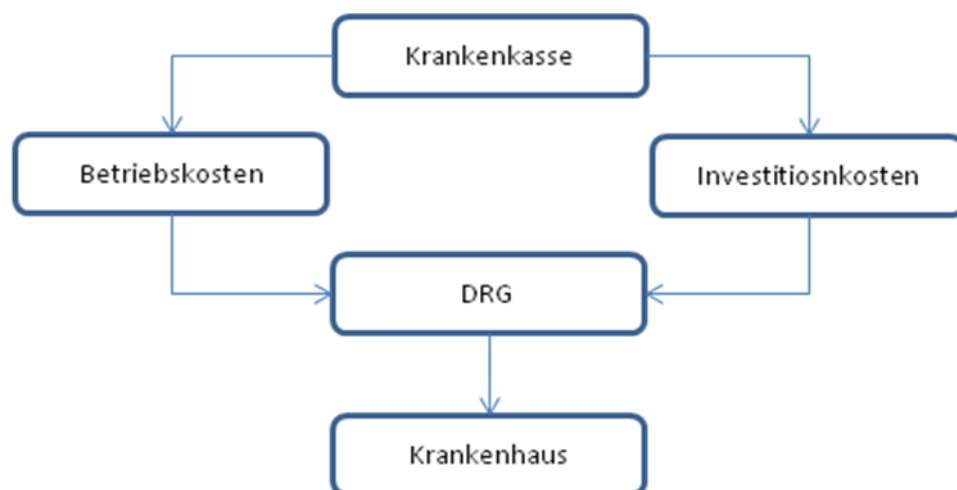


Abbildung 6: Schema der monistischen Finanzierung<sup>150</sup>

Bei der Umstellung auf die monistische Finanzierung muss zunächst ein Ausgleich auf Grund der ungleichmäßigen Ausgangssituation vorgenommen werden. Dieses ist wie schon im Abschnitt 4.1.1 beschrieben wegen der ungleichen Investitionsförderung in der Vergangenheit, vor allem in Hinblick auf die Antragsförderung, notwendig. Bei der Umstellung der Finanzierung auf eine monistische Finanzierung kann das Modell aus NRW zum Ausgleich der unterschiedlichen Ausgangssitua-

<sup>150</sup> Rau, F., Roeder, N., Hensen, P., Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland Standortbestimmung und Perspektive, 2009, S. 450

tionen genutzt werden. Die zur Verfügung stehenden Investitionsmittel werden um den noch offenen Betrag an Forderungen gekürzt. Anschließend werden die Krankenhäuser in eine Rangliste gebracht, für welche der Investitionsbedarf des Krankenhauses ausschlaggebend ist. Auf Basis dieser Rangliste erfolgt eine sukzessive Aufnahme der Krankenhäuser in die neue Form der Vergütung.<sup>151</sup>

Die sukzessive Aufnahme der Krankenhäuser in die neue Form der Finanzierung bewirkt, dass die Krankenkassen höhere Lasten zu tragen haben. Sie müssen dadurch sowohl für die Betriebskosten, als auch für die Investitionskosten aufkommen. Ohne einen angemessenen Ausgleich dieser erhöhten Kosten ist mit einer Beitragssatzerhöhung der Krankenkassen zu rechnen. Bei Beibehaltung des momentanen Investitionsvolumens und ohne jegliche Zuschüsse beziehungsweise Entlastungen durch die Bundesländer ist mit einer Beitragssatzerhöhung zwischen 0,27% und 0,5% zu rechnen.<sup>152</sup> Eine Erhöhung der Krankenkassenbeiträge soll laut § 71 SGB V durch die Beitragssatzstabilität soweit wie möglich verhindert werden (vgl. § 71 Nr. 1 SGB V<sup>153</sup>). Aus diesem Grunde muss eine Entlastung der Krankenkassen durch die Bundesländer erfolgen. Für diese Entlastung wird vor allem der Gesundheitsfond als angemessene Lösung angesehen. Für diese Lösung sprechen sich die Monopolkommission, der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, die Expertise von Bert Rürup und der BDPK im Modell 21 aus.<sup>154</sup>

---

<sup>151</sup> Vgl. Penter, V., Ziel erreicht, aber... Kritische Analyse zur pauschalen Investitionsfinanzierung am Beispiel der NRW-Baupauschalen, 2009, S.67 f.

<sup>152</sup> Vgl. Deutscher Bundestag (Hrsg.), Drucksache 16/6339, Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2007, Rdnr. 515; Rau, F., Roeder, N., Hensen, P., Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland Standortbestimmung und Perspektive, 2009, S. 463

<sup>153</sup> Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch, Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V), BGBl. I 1988 S. 2477, zuletzt geändert durch Artikel 8 des Gesetzes vom 12. April 2012, BGBl. I 2012 S. 579

<sup>154</sup> Vgl. Deutscher Bundestag (Hrsg.), Drucksache 16/10140, Siebzehntes Hauptgutachten der Monopolkommission 2006/2007, 2008, Rdnr. 849; Deutscher Bundestag (Hrsg.), Drucksache 16/6339, Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2007, Rdnr. 515; Rürup, B., Umstellung auf eine monistische Finanzierung von Krankenhäusern, 2008, S. 8; Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (Hrsg.), Modell 21 Regionale monistische Finanzierung Krankenhäuser gesund und zukunftsfähig machen!, 2007, S. 11

Der Gesundheitsfonds wird bisher über drei Säulen mit Kapital versorgt. Diese sind Zuschüsse aus Steuern, Arbeitgeberanteil an den Krankenkassenbeiträgen und der Arbeitnehmeranteil an den Krankenkassenbeiträgen.<sup>155</sup> Die Mittel des Gesundheitsfonds werden anhand der Anzahl der Versicherten und bestimmten Zu- oder Abschlägen durch den Risikostrukturausgleich an die jeweiligen Krankenkassen verteilt. Der Risikostrukturausgleich umfasst das Alter, das Geschlecht und die Morbidität von besonders kostenintensiven Krankheiten.<sup>156</sup> Der Gesundheitsfonds verteilt die zur Verfügung stehenden Mittel auf Bundesebene, so dass eine Regelung zur Berechnung und Verteilung auf Bundeslandebene erlassen werden muss. Dazu würde sich ein Abzug der Ländermittel aus dem Umsatzsteueraufkommen anbieten. Es hätte den Vorteil, dass nicht in den komplizierten horizontalen Finanzausgleich zwischen den jeweiligen Bundesländern eingegriffen werden muss und dass die Mittel nicht mehr aus dem Länderhaushalt stammen, sondern mittels eines Vorwegabzuges des jeweiligen Umsatzsteueraufkommens zur Verfügung gestellt werden.<sup>157</sup> Hierzu kann zunächst eine feste Pauschale für den Abzug vorgenommen werden. Später kann über einen prozentualen Wert die Kopplung der Mittel an die Entwicklung des Umsatzsteueraufkommens erreicht werden.<sup>158</sup>

Ein weiteres Problem, das sich durch diese Finanzierung über den Gesundheitsfonds ergibt, ist das Einbeziehen der PKV. Diese wird bisher nicht bei der Vergabe der Mittel aus den Gesundheitsfonds berücksichtigt.<sup>159</sup> Diese muss bei der Umstellung auf eine monistische Finanzierung berücksichtigt werden. Durch diesen Aufbau kann über eine vermehrte Beteiligung der Krankenkassen an den Investitionskosten nachgedacht werden. Es könnte ein bestimmtes Verhältnis der Mittel der Bundesländer und der Krankenkassen vereinbart werden, welches

---

<sup>155</sup> Vgl. Hajen, L., Paetow, H., Schumacher, H., Gesundheitsökonomie Strukturen – Methoden – Praxisbeispiele, 6. Aufl., 2011, S. 337

<sup>156</sup> Vgl. Ebd., S. 336

<sup>157</sup> Vgl. Rürup, B., Umstellung auf eine monistische Finanzierung von Krankenhäusern, 2008, S. 26

<sup>158</sup> Vgl. Ebd., S. 28

<sup>159</sup> Vgl. Deutscher Bundestag (Hrsg.), Drucksache 16/6339, Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2007, Rdnr. 515

anschließend in der Berechnung des Investitionsfallwertes zu Grunde gelegt wird. So können die Investitionsmittel ohne eine weitere Belastung der Bundesländer erhöht werden, aber es kommt dadurch zu einer stärkeren Belastung der Krankenkassen

Durch die Umstellung auf eine monistische Finanzierung können die Bundesländer keinen Einfluss auf die Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser nehmen. Damit die Bundesländer weiterhin die Versorgung der Bevölkerung gewährleisten können, muss ihnen die Möglichkeit gegeben werden, in ländlichen Regionen die Krankenhäuser aktiv zu fördern. Hierzu bietet sich das Bilden eines Infrastrukturfonds wie im Abschnitt 4.1.1 erläutert und dargestellt an. Zur zweckbestimmten Nutzung der Mittel muss der Begriff ländliche Gebiete vorher genau definiert werden. Durch diesen können die Bundesländer aktiv die Versorgung in den strukturschwachen Regionen sicherstellen.<sup>160</sup>

Die folgende Abbildung gibt einen Überblick über die notwendigen Verteilungen und die Entlastung der Krankenkassen durch die Bundesländer.

---

<sup>160</sup> Vgl. Rürup, B., Umstellung auf eine monistische Finanzierung von Krankenhäusern, 2008, S. 40 f.

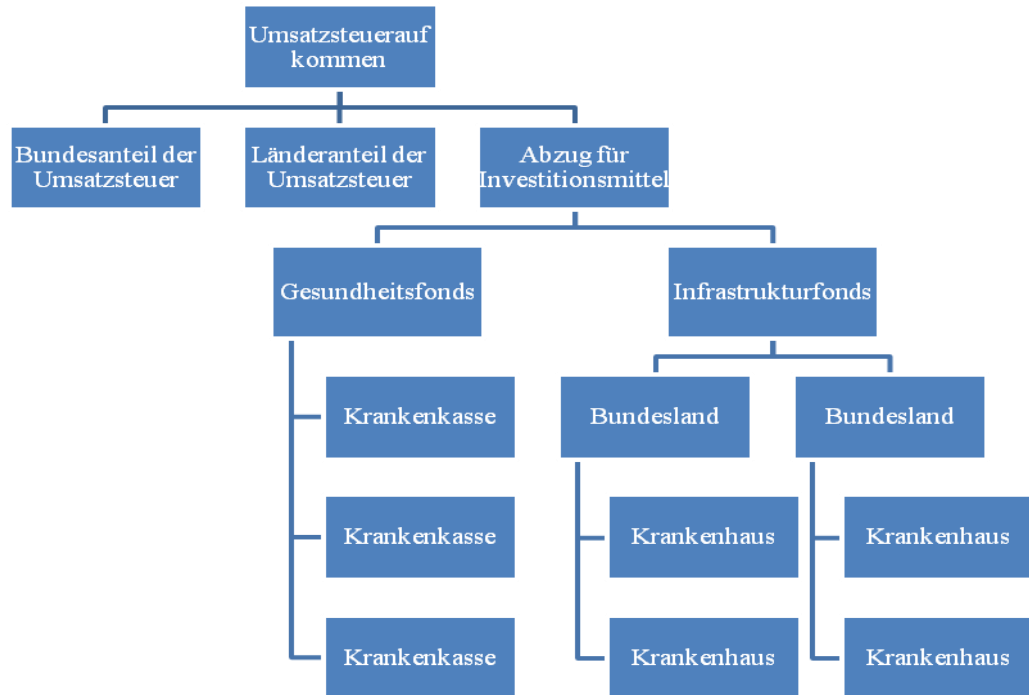


Abbildung 7: Schema zur Entlastung der Krankenkassen<sup>161</sup>

#### 4.2.2 Veränderungen für die Akteure im Gesundheitswesen

Durch die Umstellung auf eine monistische Finanzierung kommt es bei fast allen definierten Akteuren zu Veränderungen.

Die Bundesländer können nach der Umstellung der Finanzierung keinen direkten Einfluss auf die Höhe der zur Verfügung gestellten Investitionsmittel nehmen. Vor allem werden die Investitionsmittel durch den vorgenommenen Vorwegabzug vom Umsatzsteueraufkommen unabhängig von den jeweiligen Haushalten der Bundesländer. Die Investitionsmittel werden immer noch von den Bundesländern getragen, aber in Form eines verringerten Umsatzsteueraufkommens.<sup>162</sup> Die Höhe der Investitionsmittel wird über einen absoluten Wert oder mittels eines prozentualen Anteils berechnet. Die Bundesländer haben nur noch Einfluss auf die Verhandlung dieser Werte.

<sup>161</sup> Eigene Darstellung in Anlehnung an Rürup, B., Umstellung auf eine monistische Finanzierung von Krankenhäusern, 2008, S. 28 und S. 40

<sup>162</sup> Vgl. Rürup, B., Umstellung auf eine monistische Finanzierung von Krankenhäusern, 2008, S. 26

Die neue Finanzierung führt weiterhin dazu, dass es zwischen den Bundesländern keinen Unterschied mehr in der Förderhöhe gibt. Desweiteren verlieren die Bundesländer den direkten Einfluss auf die Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser. Es ist nicht mehr möglich, durch Antragsförderung gezielt bestimmte Krankenhäuser beziehungsweise bestimmte Investitionsmaßnahmen zu unterstützen und zu fördern. Diese Förderungsmöglichkeit bleibt lediglich für Krankenhäuser in ländlichen Gebieten bestehen. Hier können die Bundesländer durch den Infrastrukturfonds gezielt die Krankenhäuser und deren investitionsmaßnahmen unterstützen. Auf Basis dieser Finanzierung können die Investitionsmittel auch zu Lasten der Krankenkassen erhöht werden. Es muss die Frage beantwortet werden, ob die Bundesländer weiterhin noch für die länderbezogene Krankenhausplanung verantwortlich sein können.<sup>163</sup> Hierbei ist auf die Problematik des Auseinanderfallens von Planung und Kostenträger hinzuweisen. In der Finanzwirtschaft wird eine fiskalische Äquivalenz, also der Kreis der Nutzer soll identisch sein mit den Kreis der Kostenträger, empfohlen. Trifft dieses nicht zu, kann es schnell zu falschen Anreizen kommen. Genau dieser Punkt wäre in der länderbezogenen Krankenhausplanung verletzt. Die Bundesländer übernehmen die Planung, aber nur noch eine anteilige Finanzierung der damit verbundenen Kosten.<sup>164</sup> Auf Grund der hohen Komplexität kann in dieser Arbeit nicht weiter auf mögliche Veränderungen in der länderbezogenen Krankenhausplanung eingegangen werden.

Für die Krankenkassen ergibt sich auf Grund der neuen Finanzierungsart eine erhebliche Veränderung. Durch die monistische Finanzierung sind sie sowohl für die Betriebskosten, als auch für die Investitionskosten verantwortlich. Die Krankenhäuser haben gegenüber den Krankenkassen Anspruch auf die Vergütung dieser beiden Kostengruppen. Für die Krankenkassen ergibt sich ein Problem, wenn die Zuschüsse aus den Gesundheitsfonds nicht die neuen Verbindlichkeiten vollständig abdecken. Sollte dieses der Fall sein, so müssen die Krankenkassen

---

<sup>163</sup> Vgl. Rau, F., Roeder, N., Hensen, P., Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland Standortbestimmung und Perspektive, 2009, S. 463 f.

<sup>164</sup> Vgl. Leber, W.-D., Wolff, J., Wer bestellt, muss bezahlen, 2012, S. 260 f.

die Investitionskosten aus eigenen Mitteln bezahlen. Hier stellt sich für die Krankenkassen oben genannte Problematik der länderbezogenen Krankenhausplanung. Die Krankenkassen wollen eine solche höhere Finanzierungslast nur tragen, wenn auch der Einfluss und das Mitspracherecht auf die Krankenhausplanung in gleicher Weise ansteigen.<sup>165</sup> Auf längere Sicht ist auf Grund der bisher immer stärkeren Absenkung der Investitionsfördermittel durch die Bundesländer mit einer stärkeren Beteiligung der Krankenkassen an den Investitionskosten zurechnen.

Die Umstellung auf eine monistische Finanzierung bewirkt auch einige Veränderungen für die Krankenhäuser. Die Höhe der zur Verfügung stehenden Investitionsmittel hängt direkt von der Fallzahl und der Fallschwere ab. Das Krankenhaus kann somit zu mindestens durch eine Fallzahlsteigerung auch eine Erhöhung der Investitionsmittel erreichen. Ebenfalls steigen die Investitionsmittel des Krankenhauses, wenn die Fallschwere der Patienten sich erhöht. Die neue Vergabe der Mittel ermöglicht es den Krankenhäusern, diese zu berechnen und somit eine Planung vorzunehmen. Das Krankenhaus kann relativ genau planen, wie hoch die zukünftigen Erlöse sein werden und somit einen optimalen Mix aus verschiedenen Finanzierungsmöglichkeiten erstellen.

Ebenfalls ist es dem Krankenhaus möglich, die zur Verfügung stehenden Mittel selbstständig zu verwenden. Dieses bewirkt auch, dass das Krankenhaus Investitionsentscheidungen auf einer betriebswirtschaftlichen Basis treffen muss. Durch die neu gewonnene Freiheit in der Mittelverwendung steigt auch die Verantwortung für die getätigten Investitionen. Die Investitionskosten müssen vom Krankenhaus über die erbrachten Leistungen und die damit verbundenen Erlöse gedeckt werden. Das Krankenhaus muss sich bei seinen Investitionsmaßnahmen an die Bedürfnisse des Marktes richten und nicht mehr wie zuvor an die des Fördermittelgebers.<sup>166</sup> Für die Krankenhäuser steigt durch die Umstellung der Finanzierung die Bedeutung einer richtigen Kodierung der

---

<sup>165</sup> Vgl. Leber, W.-D., Wolff, J., Wer bestellt, muss bezahlen, 2012, S. 260

<sup>166</sup> Vgl. Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (Hrsg.), Heyder, R., Strategische Investitionsplanung: Organisation, Ziele, Instrumente, Risiken – Herausforderungen für Universitätsklinika und Krankenhäuser, 2009, S. 14

Fälle. Zum einen werden sowohl die Erlöse für die Betriebskosten als auch die Erlöse für die Investitionskosten mittels der DRG berechnet. Die Einbußen auf Grund von falschen oder einer zu geringen Kodierung steigen noch um den Anteil der Investitionsmittel. Ebenfalls kommt es zu Veränderungen der Kodierung durch MDK-Nachfragen zu höheren Einbußen. Durch die Umstellung auf eine monistische Finanzierung ist auch von einem Anstieg des Wettbewerbes im Krankenhausmarkt zu rechnen. Die Krankenhäuser müssen sich noch stärker am Markt orientieren als bisher.<sup>167</sup>

### 4.2.3 Kritische Analyse

Die monistische Finanzierung auf Basis von Relativgewicht und Investitionsbewertungsrelation hebt sehr viele Nachteile der dualen Finanzierung auf. Es werden durch diese Finanzierung auch neue Probleme geschaffen, welche vor Einführung dieses Modells eindeutig geregelt werden müssen.

Hierbei ist auf die steuerrechtliche Behandlung der Investitionsmittel zu verweisen. Bei der dualen Finanzierung waren die Investitionsmittel öffentliche Zuschüsse und mussten von keinem Krankenhausträger versteuert werden. Bei einer Umstellung der Vergütung werden die Investitionsmittel ein Teil der Fallpauschalen und müssten von gewerblichen Krankenhausträgern in der Regel versteuert werden. Diese Besteuerung führt zu erheblichen ertragssteuerlichen Unterschieden bei den verschiedenen Krankenhausträgern, welche auf Grund von Gleichbehandlung vermieden werden sollten. Außerdem muss ebenfalls Berücksichtigt werden, dass die Investitionsfördermittel öffentliche Ausgaben sind und somit eine Besteuerung nicht zweckmäßig ist. Aus die-

---

<sup>167</sup> Vgl. Rau, F., Roeder, N., Hensen, P., Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland Standortbestimmung und Perspektive, 2009, S. 466



sem Grunde sollten die Investitionsmittel auch nach der Umstellung steuerfrei für alle Krankenhausträger zur Verfügung stehen.<sup>168</sup>

Die monistische Finanzierung ermöglicht es, die Krankenkassen an der Finanzierung der Investitionsmittel zu beteiligen. Durch eine Beteiligung der Krankenkassen könnten die Investitionsmittel erhöht werden und somit der Investitionsstau sukzessiv abgebaut werden. Dadurch entsteht eine Mehrbelastung der Krankenkassen, welche die nur bei einer größeren Mitsprache in der Krankenhausplanung bereit sein werden zu tragen.<sup>169</sup>

Generell muss bei einer Umstellung überprüft werden, inwieweit die momentane Krankenhausplanung noch zweckführend ist oder ob eine reine Rahmenplanung in Bezug auf Standorte und Abteilungen sinnvoller ist.<sup>170</sup> Die geforderte Beibehaltung des Sicherstellungsauftrages durch die Bundesländer auch nach der Umstellung auf eine monistische Finanzierung bleibt durch den Infrastrukturfonds bestehen.<sup>171</sup> Solange sich die Bundesländer an der Finanzierung beteiligen, sollte dieses auch nicht in Frage gestellt werden. Durch den Infrastrukturfonds können die Bundesländer gezielt eine flächendeckende Versorgung in allen Gebieten sicherstellen.

Ein besonders großer Vorteil der monistischen Finanzierung ist, dass die Krankenhäuser völlig autonom und flexibel die erwirtschafteten Investitionsmittel verwenden können.<sup>172</sup> Der politische Einfluss auf die

---

<sup>168</sup> Vgl. Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (Hrsg.), Stellungnahme des BDPK zum Referentenentwurf für ein Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009, 2008, S. 4

<sup>169</sup> Vgl. Leber, W.-D., Wolff, J., Wer bestellt, muss bezahlen, 2012, S. 260

<sup>170</sup> Vgl. Deutscher Bundestag (Hrsg.), Drucksache 16/6339, Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2007, Rdnr. 518

<sup>171</sup> Vgl. Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörde (Hrsg.), Konzept der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörde (AOLG) zur Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung unter Berücksichtigung der Finanzierungsfragen, Zukunft der Krankenhausversorgung, 2007, S. 5

<sup>172</sup> Vgl. Deutscher Bundestag (Hrsg.), Drucksache 16/6339, Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2007, Rdnr. 516

Nutzung der Investitionsmittel sinkt dabei sehr stark.<sup>173</sup> Lediglich in den Bereichen des Infrastrukturfonds kann über die Politik Einfluss auf die jeweiligen Investitionsmaßnahmen genommen werden. Ansonsten können sich die Krankenhäuser ausschließlich an den Bedürfnissen des Marktes orientieren. Durch diese neue Orientierung der Krankenhäuser ist von einem effizienteren Einsatz der Fördermittel auszugehen. Die Krankenhäuser werden zunächst in Bereiche investieren, welche einen hohen Deckungsbeitrag auf Grund einer hohen Fallzahl aufweisen. Es kommt zu einer nachfrageorientierten Verwendung der Investitionsmittel. Eine solche Orientierung kann in der dualen Finanzierung nicht gewährleistet werden.<sup>174</sup> Diese Orientierung ist aus marktwirtschaftlicher Betrachtung und für die Krankenhäuser ein enormer Vorteil. In dieser Ausarbeitung kann nicht analysiert werden, ob dieses immer eine optimale Versorgung der Patienten sicherstellt.

Ein weiterer Vorteil ist in der Loslösung der Investitionsmittel von den jeweiligen Haushalten der Bundesländer zu sehen. Die Investitionsmittel stehen durch den Vorwegabzug des Umsatzsteueraufkommens nicht mehr in direkter Konkurrenz zu anderen öffentlichen Aufgaben.<sup>175</sup> Durch die monistische Finanzierung wird die Verzerrung der ambulanten und stationären Preise aus Sicht der Krankenkassen aufgehoben. Sie sind auch in der stationären Versorgung für die Betriebskosten und die Investitionskosten zuständig. Die Krankenkassen können gesamtwirtschaftlich und im Rahmen einer integrierten Versorgung optimal handeln.<sup>176</sup>

Im Ganzen betrachtet weist eine monistische Finanzierung sehr viele entscheidende Vorteile im Vergleich zu der momentan praktizierten dualen Finanzierung auf. Vor allem der autonome und effiziente Einsatz

---

<sup>173</sup> Vgl. Deutscher Bundestag (Hrsg.), Drucksache 16/6339, Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2007, Rdnr. 458

<sup>174</sup> Vgl. Bundestag (Hrsg.), Drucksache 16/10140, Siebzehntes Hauptgutachten der Monopolkommission 2006/2007, 2008, Rdnr. 845

<sup>175</sup> Vgl. Rürup, B., Umstellung auf eine monistische Finanzierung von Krankenhäusern, 2008, S. 26

<sup>176</sup> Vgl. Bundestag (Hrsg.), Drucksache 16/6339, Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2007, Rdnr. 516

der Investitionsmittel durch die Krankenhäuser, sowie auch die Aufhebung der Verzerrung der ambulanten und stationären Preise und die Loslösung der Investitionsmittel von den jeweiligen Länderhaushalten sind als erhebliche Vorzüge anzusehen. Es müssen vor einer Umstellung auf eine monistische Finanzierung noch die vorher analysierten Probleme behoben werden. Hier muss vor allem die Krankenhausplanung, als auch die steuerliche Behandlung der Investitionsmittel vorab geregelt werden. Nach dieser Regelung überwiegen die Vorteile der monistischen Finanzierung eindeutig.

## 5 Schlussfolgerungen

Ziel der vorliegenden Ausarbeitung war es, die momentane Situation der Investitionsfinanzierung in den Krankenhäusern zu analysieren, das Modell für die Kalkulation der Investitionsbewertungsrelationen zu erläutern und mögliche Wege der Investitionsfinanzierung unter Berücksichtigung der Investitionsbewertungsrelationen zu entwickeln.

Es ergab sich, dass die momentane Investitionsfinanzierung erhebliche Nachteile aufweist. Hier ist vor allem die Verzerrung von ambulanten und stationären Preisen für eine Behandlung aus Sicht der Krankenkassen zu erwähnen, als auch das intransparente Verfahren und die nicht immer betriebswirtschaftlich orientierte Entscheidung bei der Antragsförderung. Ein weiteres Manko der momentanen Investitionsfinanzierung liegt in der Heterogenität der Förderung zwischen den einzelnen Bundesländern. Jedes Bundesland kann frei über die Menge der Investitionsmittel und über die Aufteilung zwischen Pauschalförderung und Antragsförderung entscheiden. Desweiteren unterliegen die Investitionsmittel der Bundesländer seit 1991 einer erheblichen Erosion, so dass sich ein Investitionsstau auf Seiten der Krankenhäuser aufgebaut hat.

Die Investitionsbewertungsrelationen wurden im KHRG beschlossen und sollen die Problematik des Vergabeverfahrens und die Heterogenität beheben. Es ist festzustellen, dass bisher keine Verbindlichkeit der Anwendung für die Bundesländer im Gesetz enthalten ist. Die Investitionsbewertungsrelationen beruhen auf einem modularen Ansatz. Jedes Modul wird eindeutig über ein Anlagenkonto und die Kostenstelle definiert. Das InEK nimmt die Kalkulation über eine Kombination mehrerer Datensätze vor und weist die Investitionsbewertungsrelationen in einer separaten Spalte des Fallpauschalenkatalogs aus. Bisher ist nicht zu erkennen, welche Betriebszeiten das InEK für Geräte annimmt. Allerdings wird über die Betriebszeit die kalkulatorische Abschreibung erheblich beeinflusst.

Andererseits muss festgestellt werden, dass durch die Investitionsbewertungsrelationen generell ein leistungsgerechtes und transparentes Vergabeverfahren ermöglicht wird. Ein großer Vorteil der Investitionsbewertungsrelationen liegt darüber hinaus in der flexiblen Anwendungsmöglichkeit bei den unterschiedlichen Formen der Krankenhausfinanzierung. Sollte nach der Veröffentlichung der Investitionsbewertungsrelationen kein Bundesland diese für die Investitionsfinanzierung nutzen, so bleibt dennoch für die Krankenhäuser und die Krankenhausgesellschaften ein erheblicher Vorteil bestehen. Auf Basis der Investitionsbewertungsrelationen können die Krankenhäuser und die Krankenhausgesellschaften objektiv begründete Forderungen für Investitionsmittel gegenüber den jeweiligen Ministerien stellen. Darüber hinaus kann durch die Investitionsbewertungsrelationen der Investitionsstau objektiv und eindeutig ermittelt werden.

Auf Grund der flexiblen Anwendungsmöglichkeiten der Investitionsbewertungsrelationen lassen diese sich sowohl bei einer dualen als auch bei einer monistischen Finanzierung verwenden. Es wurde gezeigt, dass bei jeder Umstellung der Finanzierungsart zunächst eine Konvergenzphase zum Ausgleich der unterschiedlichen Ausgangssituationen der Krankenhäuser auf Grund der Antragsförderung vorgenommen werden muss. Des Weiteren besteht die Notwendigkeit, für die Sicherstellung der Versorgung in ländlichen Regionen einen Infrastrukturfond einzurichten. Über diesen können die Bundesländer ihren Sicherstellungsauftrag erfüllen.

Bei der dualen Finanzierung können zunächst die Pauschalfördermittel mithilfe von Investitionsbewertungsrelationen vergeben werden. In einem weiteren Schritt können anschließend auch die Mittel der Antragsförderung über die Investitionsbewertungsrelationen vergeben werden, so dass sämtliche Investitionsmittel über Investitionsbewertungsrelationen vergeben werden. Bei einer langfristigen Betrachtung sollte ein bundeseinheitlicher Investitionsfallwert das Ziel sein.

Die Investitionsbewertungsrelationen eignen sich auch für eine monistische Finanzierung. Bei dieser übernehmen die Krankenkassen sowohl die Betriebskosten als auch die Investitionskosten, welche sich auf Grund der DRG ergeben. Es zeigt sich, dass für eine Vermeidung der Beitragssatzerhöhung durch die Krankenkassen bei der Umstellung auf eine monistische Finanzierung Ausgleichs der Bundesländer für die Krankenkassen benötigt werden. Was diese Zuschüsse betrifft, stellte sich der Gesundheitsfonds als beste Möglichkeit heraus. Auf Grund der benötigten bundeseinheitlichen Berechnung der Investitionsmittel ist ein Vorwegabzug der Umsatzsteuer der Bundesländer am ehesten hierfür geeignet.

Auf kurzfristige Sicht ist damit zu rechnen, dass nur einige Bundesländer die Investitionsbewertungsrelationen einführen werden. Bisher haben sich sechs Bundesländer für die Verwendung der Investitionsbewertungsrelationen ausgesprochen. Allerdings ist zunächst davon auszugehen, dass sich diese Verwendung lediglich auf die Pauschalfördermittel begrenzt. Vermehrt werden auch die Mittel der Antragsförderung mit einbezogen werden. Auf langfristige Sicht ist eine Umstellung auf die monistische Finanzierung denkbar. Bereits im Jahre 2011 sprach sich der damalige Bundesgesundheitsminister Phillip Rösler für eine monistische Finanzierung aus. Dieses muss auch von den Bundesländern mit getragen werden, was bisher nicht der Fall ist.<sup>177</sup> Aus diesem Grunde ist eine baldige Umstellung auf eine monistische Finanzierung nicht sehr wahrscheinlich.

---

<sup>177</sup> Vgl. Flintrop J., Krankenhäuser: Den Sanierungsbeitrag überfüllt, 2011, S. 558

## Literaturverzeichnis

Augurzky, Boris, Die Krankenhausfinanzierung ist keine heilige Kuh  
Optionen zur Neugestaltung der Krankenhausfinanzierung, in: kranken-  
haus umschau 3, 2007, 186 - 188

Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden  
(Hrsg.), Konzept der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesund-  
heitsbehörden (AOLG) zur Weiterentwicklung der Krankenhausversor-  
gung unter Berücksichtigung der Finanzierungsfragen, Zukunft der  
Krankenhausversorgung, 2007

Bataille, Marc, Coenen, Michael, Monistik in der Krankenhausfinanzie-  
rung – Ist der Anfang gemacht?, in Wirtschaftsdienst 2, 2009, S. 119 -  
127

BDO (Hrsg.), Gutachten zum Abrechnungsverhalten deutscher Kran-  
kenhäuser sowie zu den Aufwendungen der Krankenhäuser aufgrund  
des Abrechnungsverfahrens, 2011

Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (Hrsg.), Modell 21 Regio-  
nale monistische Finanzierung Krankenhäuser gesund und zukunftsfä-  
hig machen!, Berlin 2007

Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (Hrsg.), Stellungnahme  
des BDPK für ein Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Kran-  
kenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009, Berlin 2008

Busse, Reinhard, Schreyögg, Jonas, Tiemann, Oliver, Management im Gesundheitswesen, 2. Aufl., Berlin, Heidelberg, New York 2010

Bruckenberg, Ernst, Klaue, Siegfried, Schwintowski, Hans-Peter, Krankenhausmärkte zwischen Regulierung und Wettbewerb, Berlin, Heidelberg 2006

Cording Frauke, Public Private Partnership in der Investitionskostenfinanzierung öffentlicher Krankenhäuser, Frankfurt am Main 2007

Debatin, Jörg F., Ekkernkamp, Axel, Schulte, Barbara, Krankenhausmanagement Strategien, Konzepte, Methoden, Berlin 2010

Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (Hrsg.), Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern, Anlage zum DKG-Rundschreiben Nr. 275/2010, 2010

Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (Hrsg.), KHG-Investitionsförderung im Jahr 2010, [http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/159/aid/8277/title/KHG-Investitionsfoerderung\\_im\\_jahr\\_2010](http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/159/aid/8277/title/KHG-Investitionsfoerderung_im_jahr_2010), Stand: 13.05.2011

Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (Hrsg.), Prä-Test zur Kalkulation der Investitionsbewertungsrelationen nach § 10 Abs. 2 KHG, [http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/159/aid/7947/title/Prae-Test\\_zur\\_Kalkulation\\_der\\_Investitionsbewertungsrelationen\\_nach\\_10\\_Abs.\\_2\\_KHG](http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/159/aid/7947/title/Prae-Test_zur_Kalkulation_der_Investitionsbewertungsrelationen_nach_10_Abs._2_KHG), Stand: 28.01.2011



Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (Hrsg.), Vereinbarung gemäß § 10 Abs. 2 KHG – Grundstrukturen für Investitionsbewertungsrelationen und das Verfahren zu ihrer Ermittlung – Abschluss des Unterschriftenverfahrens, Anlage: DKG – Rundschreiben Nr. 75/2010 vom 08.03.2010,

[http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/159/aid/6963/title/Vereinbarung\\_gemaess\\_\\_\\_10\\_Abs.\\_2\\_KHG\\_-](http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/159/aid/6963/title/Vereinbarung_gemaess___10_Abs._2_KHG_-)

[\\_Grundstrukturen\\_fuer\\_Investitionsbewertungsrelationen\\_und\\_das\\_Verfahren\\_zu\\_ihrer\\_Ermittlung\\_-\\_Abschluss\\_des\\_Unterschriftenverfahrens](#), Stand 09.03.2010

Deutscher Bundestag (Hrsg.), Drucksache 16/6339, Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Berlin 2007

Deutscher Bundestag (Hrsg.), Drucksache 16/10140; Siebzehntes Hauptgutachten der Monopolkommission 2006/2007, Berlin 2008

Eichhorn, Siegfried, Schmidt-Rettig, Barbara, Krankenhaus-Managementlehre Theorie und Praxis eines integrierten Konzepts, Stuttgart 2008

Flintrop, Jens, Krankenhäuser: Den Sanierungsbeitrag überfüllt, in: Deutsche Ärzteblatt 11, 2011, S. 558

Fleßa, Steffen, Grundzüge der Krankenhausbetriebslehre, München 2007

Gesundheitsstadt Berlin e.V. (Hrsg.), Handbuch Gesundheitswirtschaft  
Kompetenzen und Perspektiven der Hauptstadtregion, Berlin 2007

Hajen, Leonhard, Paetow, Holger, Schumacher, Harald, Gesundheits-  
ökonomie Strukturen – Methoden – Praxisbeispiele, 6. Aufl., Stuttgart  
2011

Halbe, Bernd, Münzel, Hartmut, Preusker, Uwe K., Rau, Ferdinand,  
Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) Auswirkungen für  
Krankenhäuser, Heidelberg 2010

Haubrock, Manfred, Schär, Walter, Betriebswirtschaft und Management  
in der Gesundheitswirtschaft, 5. Aufl., Bern 2009

Häusler, Eveline, Die Bankrotterklärung, in: f&w führen und wirtschaften  
im Krankenhaus 03, 2012, S. 245 - 247

Hellmann, Wolfgang, Baumann, Holger, Bienert, Michael Leonhard,  
Wichelhaus, Daniel P., Krankenhausmanagement für Leitende Ärzte,  
Heidelberg, München, Landsberg, Berlin 2008

Henze, Martin, Die alten Modelle genügen nicht mehr Es müssen neue  
Formen der Investitionsfinanzierung gefunden werden, in: KU Gesund-  
heitsmanagement 10, 2008, S. 70 - 71

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (Hrsg.), Kalkulationshandbuch, <http://g-drg.de/cms/Kalkulation2/Investitionskosten/Kalkulationshandbuch>,  
Stand: 13.03.2012

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (Hrsg.), Vereinbarung, <http://g-drg.de/cms/Kalkulation2/Investitionskosten/Vereinbarung>,  
Stand: 03.04.2012

Kampe, Dieter M., Bächstädt, Karl-Heinz, Die Zukunft der Krankenhaus-Finanzierung, Wegscheid 2007

Kehres, Erich, Huch, Burkhard, Hentze, Joachim, Krankenhaus – Controlling, Konzepte, Methoden und Erfahrungen aus der Krankenhauspraxis, 3. Aufl., Stuttgart 2005

Klauber, Jürgen, Geraedts, Max, Friedrich, Jörg, Wasem, Jürgen, Krankenhaus-Report 2011 Schwerpunkt: Qualität durch Wettbewerb, Stuttgart 2011

Klauber, Jürgen, Geraedts, Max, Friedrich, Jörg, Krankenhaus-Report 2010 Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise, Stuttgart 2010

Kölking, Heinz, DRG und Strukturwandel in der Gesundheitswirtschaft, Stuttgart 2007

Kriegel, Johannes, Finanzmanagement im Universitätskrankenhaus, Klinischer Mehraufwand für Forschung und Lehre, Bielefeld 2005

Lauffer, Roland, Mörsch, Michael, Aktueller Stand der Investitionsfinanzierungsreform Gesetzlicher Entwicklungsauftrag gemäß § 10 KHG, in: Arzt und Krankenhaus 3, 2011, S. 73 - 74

Leber, Wulff-Dietrich, Wolff, Johannes, Wer bestellt, muss bezahlen, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus 03, 2012, S. 258 – 261

Mörsch, Michael, Derix, Frank, Stand der Krankenhausfinanzierung 2010, in: das Krankenhaus 08, 2010, S. 731 - 735

Offermanns, Matthias, Krankenhaus Barometer Frühjahresumfrage 2002, Düsseldorf 2002

o.V., Der Flickenteppich kommt, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus 03, 2012, S. 268 - 269

Penter, Volker, Ziel erreicht, aber... Kritische Analyse zur pauschalen Investitionsfinanzierung am Beispiel der NRW-Baupauschalen, in: KU Gesundheitsmanagement 11, 2009, S. 66 - 70

Rau, Ferdinand, Das neue Fundament, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus 03, 2012, S. 248 - 251

Rau, Ferdinand, Roeder, Norbert, Hensen, Peter, Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland Standortbestimmung und Perspektive, Stuttgart 2009

Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg.), Augurzky, Boris, Krolop, Sebastian, Gülker, Rosemarie, Schmidt, Christoph M., Schmidt, Hartmut, Schmitz, Hendrik, Schwierz, Christoph, Terkatz, Stefan, Krankenhaus Rating Report 2009 Im Auge des Orkans, Heft 53 RWI: Materialien, Essen 2009

Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg.), Augurzky, Boris, Krolop, Sebastian, Liehr-Griem, Andreas, Schmidt, Christoph M., Terkatz, Stefan, Das Krankenhaus, Basel II und der Investitionsstau, Heft 13 RWI: Materialien, Essen 2004

Rong, Oliver, Schlüchtermann, Jörg, Albrecht, Monika, Schubert, Angela, Kartte, Joachim, Die Zukunft der Krankenhausfinanzierung in Deutschland Herausforderungen und Handlungsempfehlungen für Player im Gesundheitsmarkt, 2009

Rottlieb, Rene, Investitionspauschalen – was sie leisten und was nicht Investitions- und Finanzierungsstrategien für Krankenhäuser, in: KU special Controlling 3, 2010, S. 19 - 22

Rürup, Bert, Albrecht, Martin, Igel, Christian, Häussler, Bertram, Umstellung auf eine monistische Finanzierung von Krankenhäusern Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Berlin 2008

Siebig, Josef, Geiser, Matthias, Einwag, Matthias, Heineck, Martin, Konzept 09: Ordnungspolitischer Rahmen der Krankenhausfinanzierung, Stuttgart 2007

Sleziona, Mark, Ein Exportschlager auf dem Weg zur Perfektion, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus 03, 2010, S. 268 - 271

Sleziona, Mark, Willkommen in der Matrix, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus 03, 2012, S. 252

Steiner, Peter, Mörsch, Michael, Kritische Bestandsaufnahme der Investitionsfinanzierung in den Bundesländern, in: das Krankenhaus 6, 2005, S. 473 - 477

Tuschen, Karl Heinz, Quaas, Michael, Bundespflegegesetzverordnung Kommentar mit einer umfassenden Einführung in das Recht der Krankenhausfinanzierung, 5. Aufl., Stuttgart, Berlin, Köln 2001

Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (Hrsg.), Heyder, Ralf, Strategische Investitionsplanung: Organisation, Ziele, Instrumente, Risiken – Herausforderungen für Universitätsklinika und Krankenhäuser „Zukunft der Investitionsplanung und –finanzierung: Ist die (Hochschul-)Medizin reif für die Monistik?“, Berlin 2009

Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (Hrsg.), Konzept zur Reform der Krankenhausplanung und Investitionskostenfinanzierung, 2008

Wolke, Thomas, Poll, Jens, Finanz- und Investitionsmanagement im Krankenhaus, Berlin 2010

Zehnder, Adalbert, Kraftakt Kliniken müssen Investitionen immer Häufiger selber stemmen. Experten zeigen, wie sie bei Banken gut ankommen, in: kma Das Gesundheitswirtschaftsmagazin 16, 2011, S. 52 – 58

## Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtliche oder sinngemäß aus veröffentlichten und nicht veröffentlichten Schriften entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit ist in gleicher oder ähnlicher Form im Rahmen einer anderen Prüfung noch nicht vorgelegt worden.

Hannover, 22.08.2012

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



