

Band
4

David Matusiewicz / Manfred Cassens (Hrsg.)

*Chancen und Risiken einer qualitätsorientierten
Finanzierung für die Krankenhäuser in Deutschland*

~
Stephanie Hildebrandt

ifgs Schriftenreihe



Institut für Gesundheit & Soziales
der FOM Hochschule
für Oekonomie & Management

Stephanie Hildebrandt

*Chancen und Risiken einer qualitätsorientierten Finanzierung
für die Krankenhäuser in Deutschland*

ifgs Schriftenreihe der FOM, Band 4

Essen 2016

ISSN 2367-3176

Dieses Werk wird herausgegeben vom ifgs Institut für Gesundheit & Soziales
der FOM Hochschule für Oekonomie & Management gGmbH

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie;
detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© 2016 by



**Akademie
Verlags- und Druck-
Gesellschaft mbH**

MA Akademie Verlags-
und Druck-Gesellschaft mbH
Leimkugelstraße 6, 45141 Essen
info@mav-verlag.de

Das Werk einschließlich seiner
Teile ist urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwertung außerhalb der
engen Grenzen des Urhebergeset-
zes ist ohne Zustimmung der MA
Akademie Verlags- und Druck-
Gesellschaft mbH unzulässig und
strafbar. Das gilt insbesondere für
Vervielfältigungen, Übersetzungen,
Mikroverfilmungen und die Ein-
speicherung und Verarbeitung in
elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchs-
namen, Handelsnamen, Warenbe-
zeichnungen usw. in diesem Werk
berechtigt auch ohne besondere
Kennzeichnung nicht zu der Annah-
me, dass solche Namen im Sinne
der Warenzeichen- und Marken-
schutz-Gesetzgebung als frei zu
betrachten wären und daher von
jedermann benutzt werden dürfen.
Oft handelt es sich um gesetzlich
geschützte eingetragene Waren-
zeichen, auch wenn sie nicht als
solche gekennzeichnet sind.

***Chancen und Risiken einer
qualitätsorientierten Finanzierung***

für die Krankenhäuser in Deutschland

Stephanie Hildebrandt

Stephanie Hildebrandt

Evangelisches Krankenhaus BETHESDA zu Duisburg GmbH

E-Mail: s-hildebrandt@hotmail.com

Bachelor-Thesis an der FOM Hochschule für Oekonomie & Management Essen,
eingereicht im Februar 2016.

Vorwort

Die Krankenhausfinanzierung in Deutschland beruht auf dem Grundsatz der „dualen Finanzierung“. Danach werden die Investitionskosten der Krankenhäuser über die öffentliche Förderung der Bundesländer getragen, während die laufenden Betriebskosten im Rahmen der Krankenhausvergütung über die Krankenversicherungen bzw. über den Patienten selbst finanziert werden. Beide Aspekte nehmen auch hinsichtlich der Behandlungsqualität für die Patienten eine bedeutende Rolle ein. Durch das im Januar 2016 in Kraft getretene Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz KHSG) soll die Qualität der Krankenhausversorgung gestärkt werden. Krankenhäuser unterliegen in Zukunft der verschärften Qualitätssicherung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und in seinem Auftrag der Qualitätskontrolle durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK). Somit wird die enorme Machtfülle der Richtlinienkompetenz des G-BA aus der obersten Steuerungsinanz der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen weiter ausgebaut. Dieser aktuellen Entwicklung gehen lange Diskussionen in den letzten Jahren voraus. Das Thema Pay-for-Performance ist nicht neu, jedoch stellte sich immer die Frage, aus welcher Perspektive und wie die Qualität zu messen sei.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit den Chancen und Risiken einer qualitätsorientierten Finanzierung der Krankenhäuser. Dabei werden die derzeitigen Finanzierungsdefizite der Krankenhäuser aufgezeigt und Maßnahmen zur Kompensation bestehender Finanzierungsdefizite für die Gewährleistung einer optimalen Behandlungsqualität diskutiert. Es wird aufgezeigt, dass die duale Krankenhausfinanzierung mit Herausforderungen verbunden ist. Zum einen gibt es Engpässe bei der Finanzierung der Investitionskostenfinanzierung der Länder und zum anderen gibt es Herausforderungen bei der Betriebskostenfinanzierung durch die Fallpauschalen. Die Arbeit kommt zu dem Schluss, dass das zentrale Problem einer unzureichenden Investitionskostenförderung auch mit der neuen Krankenhausreform nicht ausreichend angegangen wurde. Stattdessen sind die Krankenhäuser gezwungen, ihre Rentabilität und Effizienz zu steigern. Es bleibt die Frage offen, wie der Notwendigkeit, alternative Finanzierungsquellen und geeignete Finanzierungskonzepte zu ergründen, entgegnet werden kann.

Essen, im Oktober 2016

Prof. Dr. David Matusiewicz

Direktor ifgs Institut für Gesundheit & Soziales der FOM Hochschule

Inhalt

Vorwort	II
Abkürzungsverzeichnis	V
Abbildungsverzeichnis	VII
Tabellenverzeichnis	VIII
1 Einleitung	1
1.1 Problemstellung	1
1.2 Aufbau der Arbeit	2
1.3 Methodische Vorgehensweise	4
2 Grundlagen	6
2.1 Begriffsbestimmung Krankenhaus	6
2.2 Krankenhausstruktur in Deutschland	7
2.2.1 Krankenhausträger	8
2.2.2 Allgemeine Entwicklung	10
2.3 Duale Krankenhausfinanzierung	14
2.3.1 Finanzierung der Investitionskosten	15
2.3.2 Finanzierung der Betriebskosten	23
2.4 Behandlungsqualität	30
2.4.1 Bedeutung der Investitionskostenfinanzierung	31
2.4.2 Bedeutung der Betriebskostenfinanzierung	32
3 Finanzierungsdefizite im deutschen Krankenhauswesen	34
3.1 Investitionskostenfinanzierung	34
3.1.1 Fördermittelbereitstellung der Länder	34
3.1.2 Investitionsquote und Investitionsbedarf der Krankenhäuser ...	35
3.1.3 Folgen der unzureichenden Investitionskostenfinanzierung	36
3.2 Betriebskostenfinanzierung	38
3.2.1 Entwicklung der Krankenhauserlöse	39
3.2.2 Kostenentwicklung der Krankenhäuser	41
3.2.3 Folgen der unzureichenden Betriebskostenfinanzierung	44
4 Praxisbeispiel NRW	48

4.1	Ausgangslage	48
4.2	Chancen und Risiken der Finanzierung über die Baupauschale	51
5	Lösungsansätze zur Kompensation bestehender Finanzierungsdefizite ..	56
5.1	Chancen und Risiken von Optimierungsmaßnahmen	56
5.1.1	Ausweitung des Wahlleistungsangebotes	57
5.1.2	Optimierung von Ablaufprozessen.....	61
5.1.3	Qualitätsorientierte Krankenhausvergütung	64
5.2	Chancen und Risiken weiterer Finanzierungspotentiale	67
5.2.1	Finanzierung über Kreditinstitute	68
5.2.2	Public Private Partnership	72
6	Fazit und Ausblick.....	77
	Literaturverzeichnis.....	80
	Rechtsquellenverzeichnis	83
	Internetquellen	84
	Anhang.....	LXXXVII
	A. Experteninterview A – Interviewpartnerin: Frau Birgitta Lorke.....	LXXXVII
	B. Experteninterview B – Interviewpartner: Herr Torsten Schulte	XCVII
	C. Experteninterview C – Interviewpartner: Herr Manfred Hagemeister	CI
	D. Berechnungen zum Annuitätendarlehen	CVI

Abkürzungsverzeichnis

§	Paragraph
§§	Paragrafen
∑	Sigma (Summenzeichen)
AbgrV	Abgrenzungsverordnung
Abs.	Absatz
AG	Aktiengesellschaft
AO	Abgabenordnung
Art.	Artikel
BPfIV	Bundespfllegesatzverordnung
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
DRG	Diagnosis Related Groups (diagnosebezogene Fallgruppen)
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
etc.	et cetera
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GbR	Gesellschaft bürgerlichen Rechts
gem.	gemäß
GG	Grundgesetz
ggf.	gegebenenfalls
(g) GmbH	(gemeinnützige) Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GOÄ	Gebührenordnung der Ärzte
i.d.R.	in der Regel
KG	Kommanditgesellschaft
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHGG NRW	Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen
KHSG	Krankenhausstrukturgesetz
Mio.	Millionen

Mrd.	Milliarden
NRW	Nordrhein-Westfalen
OHG	Offene Handelsgesellschaft
p.a.	pro anno (pro Jahr)
PauschKHFVO	Verordnung über die pauschale Krankenhausförderung
PPP	Public Private Partnership
rd.	rund
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
u.a.	unter anderem
v.a.	vor allem
z.B.	zum Beispiel
Zentral-OP	Zentral-Operationssaal

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Rechtsformen der Krankenhäuser	10
Abbildung 2: Anzahl der deutschen Krankenhäuser nach Trägerschaft.....	11
Abbildung 3: Anzahl der Krankenhäuser nach Trägerschaft in NRW	13
Abbildung 4: Duale Krankenhausfinanzierung	15
Abbildung 5: Auszug aus dem Fallpauschalenkatalog 2015.....	29
Abbildung 6: Fördermittelbereitstellung nach § 9 KHG	35
Abbildung 7: Herkunft der Investitionsmittel der Krankenhäuser	37
Abbildung 8: DRG-Erlösentwicklung	40
Abbildung 9: Kostenstruktur der Krankenhäuser	41
Abbildung 10: Kostenentwicklung der Krankenhäuser.....	43
Abbildung 11: Duale Finanzierung am Beispiel einer Fachklinik in NRW	50
Abbildung 12: Erfolgspotentiale durch die Ausweitung von Wahlleistungs- angeboten	60
Abbildung 13: Erfolgspotentiale durch die Optimierung von Ablaufprozessen .	63

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Bestandteile der Investitionskosten	16
Tabelle 2: Fördertatbestände gemäß § 9 KHG	20
Tabelle 3: Finanzierung und Verwendung der Betriebskosten	26
Tabelle 4: Zins- und Tilgungsplan Annuitätendarlehen (Auszug)	54

1 Einleitung

1.1 Problemstellung

Der Aspekt einer qualitativ hochwertigen Krankenhausversorgung gewinnt in Deutschland zunehmend an Bedeutung. Gleichzeitig stehen die deutschen Krankenhäuser seit Jahren im Fokus verschiedener Reformbemühungen, welche insgesamt das Ziel der Kosteneinsparung verfolgen.¹ So ist z.B. zu beobachten, dass die wirtschaftliche Lage vieler Krankenhäuser seit der Einführung des Fallpauschalensystems im Jahr 2004 anhaltend angespannt ist – je nach Beobachtungsjahr schreiben zwischen 30% und 50% aller Krankenhäuser Verluste.² Auch die Herausforderungen, vor denen die Krankenhäuser aktuell stehen, sind v.a. in einer defizitären Umsetzung der dualen Krankenhausfinanzierung zu begründen: Neben einer unzureichenden Berücksichtigung von Personalkostensteigerungen, welche im Rahmen der pauschalierenden Krankenhausvergütung abzudecken sind, steht hierbei insbesondere der Aspekt einer rückläufigen Fördermittelbereitstellung über die Bundesländer zur Finanzierung notwendiger Investitionen im Vordergrund.³

Da eine optimale Behandlungsqualität weder ohne eine angemessene Personalstruktur, noch ohne eine hinreichende Investitionsfähigkeit eines Krankenhauses sicherzustellen ist, sind ausreichende finanzielle Ressourcen als eine grundlegende Voraussetzung zur Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen Krankenhausversorgung anzusehen. Ein aktueller Reformschritt, der mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) zum 01.01.2016 umgesetzt wurde, umfasst daher grundlegende Änderungen, welche die Qualität und die Finanzierung der stationären Versorgung gleichermaßen betreffen.⁴ Eine wesentliche Neuerung wird mit der Einführung einer qualitätsorientierten Vergütung erfolgen, wonach die diagnosebezogenen Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups – DRGs) zukünftig durch Qualitätszuschläge für besonders gute medizinische Leistungen sowie durch Qualitätsabschläge für unzureichende Behandlungsqualitäten ergänzt

¹ Vgl. Münzel, H., Zeiler, N. (2010), S. 118.

² Vgl. BDO, DKI (2015), S. 33.

³ Vgl. BDO, DKI (2015), S. 8.

⁴ Vgl. Rau, F. (2015), S. 1121.

werden.⁵ Das Problem der unzureichenden Investitionskostenfinanzierung wird jedoch auch mit der neuen Reform nicht angegangen.⁶

Die vorliegende Thesis zeigt die aktuellen Finanzierungsdefizite des deutschen Krankenhauswesens auf und wird sich in diesem Zusammenhang mit der Frage auseinandersetzen, welche Maßnahmen zur Kompensation bestehender Finanzierungsdefizite zu ergreifen sind, um eine optimale Behandlungsqualität gewährleisten zu können.

1.2 Aufbau der Arbeit

Im folgenden Kapitel 2 werden zunächst die für das weitere Verständnis notwendigen Grundlagen erarbeitet. Zu Beginn erfolgt eine Definition des Krankenhausbegriffs, da die im weiteren Verlauf dargestellten rechtlichen Bestimmungen der Krankenhausfinanzierung auf dem Begriff des Krankenhauses abstellen. Daraufhin wird die Krankenhausstruktur auf der Basis verschiedener Trägerschaften in Deutschland abgebildet. Nachdem die wesentlichen Unterschiede zwischen den Krankenhausträgern herausgearbeitet sind, steht hier die allgemeine Entwicklung des Krankenhausmarktes der letzten Jahre im Vordergrund. Um landesspezifische Besonderheiten zu berücksichtigen wird neben der bundesweiten Entwicklung auf Landesebene die Krankenhausentwicklung am Beispiel des Landes Nordrhein-Westfalen (NRW) näher betrachtet. Anschließend werden die Grundlagen der dualen Krankenhausfinanzierung dargestellt. Entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen teilt sich dieser Abschnitt einerseits in die Finanzierung der Investitionskosten, andererseits in die Finanzierung der Betriebskosten eines Krankenhauses. Auf der Seite der Investitionskostenfinanzierung wird zunächst der Begriff der Investitionskosten erläutert. Weitergehend werden die Voraussetzungen zur Inanspruchnahme der öffentlichen Förderung skizziert. Daraufhin werden die bundesrechtlichen Bestimmungen der Einzel- und Pauschalförderung vorgestellt. Da die Länder die Möglichkeit haben die bundesrechtlichen Bestimmungen durch Landesrecht zu modifizieren, werden abschließend die Besonderheiten der öffentlichen Förderung am Beispiel des Landes NRW thematisiert. Auf der Seite der Betriebskostenfinanzierung werden zunächst die für ein Krankenhaus zur Verfügung stehenden Vergütungsformen vorgestellt. Um anschließend

⁵ Vgl. BT-Drs. 18/6586 (2015), S. 73.

⁶ Vgl. Rau, F. (2015), S. 1139.

eine Übersicht darüber zu erlangen, welche Kosten über die vergüteten Leistungen abzudecken sind, findet eine nähere Betrachtung der pflegesatzfähigen Kosten statt. Daraufhin wird ein Überblick darüber gegeben, welche Krankenhäuser einen Vergütungsanspruch über die DRG-Fallpauschalen haben. Da über die Fallpauschalen die Kernleistungen eines Krankenhauses vergütet werden, wird letztlich auch das DRG-Vergütungssystem in groben Zügen vorgestellt. Abschließend stellt dieses Kapitel die Bedeutung der Investitionskostenfinanzierung einerseits, sowie die Bedeutung der Betriebskostenfinanzierung andererseits, für die Gewährleistung einer optimalen Behandlungsqualität dar. Eine zentrale Voraussetzung zur Beurteilung dessen bildet die Definition des Begriffes der Behandlungsqualität, welche zu Beginn dieses Kapitelabschnittes erfolgt.

Kapitel 3 setzt sich anschließend mit den aktuellen Finanzierungsdefiziten des deutschen Krankenhauswesens auseinander. Auf der Seite der Investitionskostenfinanzierung wird zunächst die insgesamt rückläufige Fördermittelbereitstellung über die Länder abgebildet. Darauffolgend werden den bereitgestellten Fördergeldern die tatsächliche Investitionsquote sowie der eigentliche Investitionsbedarf der Krankenhäuser gegenübergestellt. Da die durchschnittliche Investitionsquote die öffentliche Fördermittelbereitstellung regelmäßig überschreitet, werden in diesem Zusammenhang auch die Folgen der unzureichenden Investitionskostenfinanzierung betrachtet. Auf der Seite der Betriebskostenfinanzierung erfolgt eine Gegenüberstellung der Erlös- und Kostenentwicklung der Krankenhäuser, wobei die maßgeblichen Gründe für die jeweiligen Entwicklungen herausgearbeitet werden. Da die Erlösentwicklung der letzten Jahre nicht im selben Maße fortgeschritten ist, wie die Kostenentwicklung der Krankenhäuser, werden auch hier die Folgen einer unzureichenden Betriebskostenfinanzierung dargelegt.

In Kapitel 4 werden die beschriebenen Finanzierungsdefizite anhand eines Praxisbeispiels veranschaulicht. Gegenstand der exemplarischen Betrachtung ist eine Fachklinik in NRW, deren finanzielle Ausgangslage zu Beginn des Kapitels differenziert dargelegt wird. Nachdem eine Gegenüberstellung der jeweiligen Einnahmen und Ausgaben auf der Betriebskosten- und Investitionskostenseite der Klinik erfolgt ist, bestätigt sich v.a. die zuvor dargestellte Problematik einer defizitären Investitionsförderung. Da NRW zu den Bundesländern zählt, welche die klassische Einzelförderung durch eine Investitionspauschale ersetzt haben, werden anschließend die Chancen und Risiken einer Finanzierung über jene Baupauschale diskutiert. Durch die Tatsache, dass die Investitionspauschale zur Kreditfinanzierung verwendet werden kann, wird im Rahmen dessen zudem eine

exemplarische Investitionsrechnung auf der Basis der Annuitätenmethode durchgeführt.

Schließlich werden in Kapitel 5 verschiedene Lösungsansätze zur Kompensation bestehender Finanzierungsdefizite erarbeitet. Hier werden zunächst die Chancen und Risiken betrachtet, die sich einem Krankenhaus über diverse Optimierungsmaßnahmen anbieten. Im Fokus stehen dabei die Ausweitung von Wahlleistungsangeboten und die Optimierung von Ablaufprozessen. Da sich Krankenhäusern aufgrund der Gesetzesnovellierung zukünftig v.a. durch verschiedene Maßnahmen der Prozessoptimierung die Chance bietet, Mehrerlöse durch Qualitätzuschläge zu erzielen, wird in diesem Zusammenhang auch die qualitätsorientierte Krankenhausvergütung als Möglichkeit zur Kompensation der Finanzierungsdefizite diskutiert. Darüber hinaus werden die Chancen und Risiken weiterer Finanzierungspotentiale beleuchtet. Hier steht insbesondere die Finanzierung über Kreditinstitute im Fokus, welche vor dem Hintergrund der defizitären Investitionsförderung auch für Krankenhäuser in Zukunft weiter an Bedeutung gewinnen wird. Als alternatives Finanzierungsinstrument wird abschließend das Modell der Public Private Partnership skizziert.

1.3 Methodische Vorgehensweise

Zur Bearbeitung der vorliegenden Thesis finden neben den Inhalten der einschlägigen Literatur auch verschiedene Gesetzestexte Berücksichtigung, auf denen die Krankenhausfinanzierung basiert. Angemerkt sei, dass sich die inhaltliche Darstellung dieser Arbeit auf die Krankenhäuser beschränkt, auf welche die Vorschriften des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) sowie des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) Anwendung finden. Daneben wird zur Bearbeitung des Sachverhalts auf diverse Studien und Statistiken zurückgegriffen, welches v.a. aufgrund der Aktualität der Thematik unumgänglich ist. Darüber hinaus wurden im Rahmen der Anfertigung dieser Arbeit drei Experteninterviews als Methode der qualitativen Sozialforschung geführt.

Für ein erstes Interview stand Frau Birgitta Lorke als Geschäftsführerin der Curacon GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft zur Verfügung. Als Leiterin des Ressorts Krankenhaus weist Frau Lorke eine fundierte Branchenerfahrung in der Prüfung und Beratung von Krankenhäusern auf und gilt insbesondere als Expertin für den Bereich der Krankenhausfinanzierung. Ziel des Interviews ist es, eine

praxisnahe Darstellung bestehender Finanzierungsdefizite und ihrer Auswirkungen zu erlangen und notwendige Maßnahmen zu ergründen, welche Krankenhäuser zur Kompensation der Finanzierungsdefizite in der Zukunft verstärkt zu berücksichtigen haben.

Ein weiteres Interview wurde mit Herrn Torsten Schulte als kaufmännischer Direktor der Lungenklinik Hemer in NRW geführt. Das mit Herrn Schulte geführte Interview ermöglicht es dieser Arbeit, die abgebildeten Finanzierungsdefizite anhand eines Praxisbeispiels zu verdeutlichen und die Chancen und Risiken, die mit einer Finanzierung über die Baupauschale einhergehen, praxisnah zu diskutieren.

Schließlich wurde zur Thematik vorhandener Optimierungsmöglichkeiten ein Interview mit Herrn Manfred Hagemeyer als kaufmännischer Direktor des Evangelischen Krankenhauses BETHESDA zu Duisburg GmbH geführt. Herr Hagemeyer weist aufgrund seiner langjährigen Tätigkeit auf Geschäftsführungsebene im Krankenhauswesen ein fundiertes Wissen über die Chancen und Risiken von Optimierungsmaßnahmen auf. Seine Aussagen ermöglichen dieser Arbeit eine realistische Abbildung vorhandener Potentiale.

2 Grundlagen

2.1 Begriffsbestimmung Krankenhaus

Der Begriff des Krankenhauses ist in Deutschland sowohl im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) als auch im fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) definiert.

Gemäß der Legaldefinition des § 2 Nr. 1 KHG sind Krankenhäuser

„Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden können.“

Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung wird diese Legaldefinition hinsichtlich organisatorischer und funktioneller Merkmale ergänzt.⁷ Im Sinne des § 107 Abs.1 SGB V sind Krankenhäuser

„Einrichtungen, die

1. der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen,
2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten,
3. mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten, und in denen
4. die Patienten untergebracht und gepflegt werden können.“

Beide Definitionen fokussieren als Kernbereich des Krankenhauses die diagnostische und therapeutische Krankenbehandlung sowie die Möglichkeit der Unterbringung und Verpflegung für Patienten. Durch das Kriterium der Unterbringungs-

⁷ Vgl. Graumann, M., Schmidt-Graumann, A. (2011), S. 23.

und Verpflegungsmöglichkeit findet insbesondere eine Abgrenzung von der ambulanten Gesundheitsversorgung statt.⁸ Somit bildet die stationäre Patientenbehandlung eine zentrale Krankenhausleistung, gleichwohl zum Leistungsspektrum eines Krankenhauses auch nichtstationäre Behandlungen, wie z.B. die Durchführung ambulanter Operationen⁹ zählen. Eine weitere Abgrenzung wird durch die enger gefasste Begriffsbestimmung des SGB V vorgenommen, sodass Krankenhäuser von stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen zu unterscheiden sind.¹⁰ So schließt die weiter gefasste Definition des KHG Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation begrifflich ebenfalls als Krankenhaus ein, jedoch stehen im Krankenhausbereich nach Definition des SGB V insbesondere die ärztlichen Leistungen im Vordergrund.¹¹ Die gesetzliche Differenzierung ist in erster Linie für die Krankenhausfinanzierung und -planung sowie für den Abschluss von Versorgungsverträgen relevant.¹² Hier gelten für stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen gesonderte Bestimmungen, welche jedoch in den entsprechenden Gesetzen ausdrücklich Berücksichtigung finden.¹³ Es bleibt somit festzuhalten, dass es sich bei beiden Definitionen nicht um voneinander abweichenden Begriffsbestimmungen handelt. Vielmehr fokussiert das KHG die Zielrichtung der Einrichtung, während das SGB V das Krankenhaus nach seiner Eignung zur Sicherstellung des Versorgungsauftrages beschreibt.¹⁴

2.2 Krankenhausstruktur in Deutschland

Grundsätzlich lassen sich Krankenhäuser nach unterschiedlichen Kriterien klassifizieren. So ist etwa eine Einteilung nach Art der betrieblichen Funktion, nach Art der Leistungserbringung oder eine Einordnung nach unterschiedlichen Versorgungsstufen denkbar. Nachfolgend findet eine Gruppierung der deutschen Krankenhäuser nach Art der Trägerschaft statt. Hierbei werden auch die möglichen Rechtsformen betrachtet, da die Wahl der Rechtsform in Abhängigkeit der

⁸ Vgl. Münzel, H., Zeiler, N. (2010), S. 16.

⁹ Vgl. § 39 SGB V.

¹⁰ Vgl. § 107 SGB V.

¹¹ Vgl. Janda, C. (2010), S. 206.

¹² Vgl. Janda, C. (2010), S. 205f.

¹³ Vgl. § 111 SGB V; § 5 Abs. 1 Nr. 7 KHG.

¹⁴ Vgl. Graumann, M., Schmidt-Graumann, A. (2011), S. 23.

Trägerschaft erfolgt und das jeweilige Management maßgeblich in seinen Entscheidungen und in seinem Handeln, etwa hinsichtlich der Kapitalbeschaffung, beeinflusst.¹⁵

2.2.1 Krankenhausträger

Als Krankenhausträger wird die natürliche oder juristische Person bezeichnet, welche ein Krankenhaus besitzt und betreibt.¹⁶ Dem Träger obliegen somit die Finanzierungslast, die Haftung sowie die Gesamtverantwortung für den Betrieb des Krankenhauses.¹⁷ Traditionell ist in Deutschland zwischen öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Krankenhausträgern zu unterscheiden. Der Grundsatz der Trägervielfalt ist in § 1 Abs. 2 KHG beschrieben, wonach insbesondere die wirtschaftliche Absicherung freigemeinnütziger und privater Krankenhausträger zu gewährleisten ist.

Zu den *Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft* zählen die Krankenhäuser des Bundes (z.B. Bundeswehrkrankenhäuser), der Länder (z.B. Hochschulkliniken), der Kreise, Gemeinden oder der Städte (z.B. Kreiskrankenhäuser und kommunale Krankenhäuser) sowie die Krankenhäuser der Sozialleistungsträger (z.B. berufsgenossenschaftliche Kliniken der gesetzlichen Unfallversicherung).¹⁸ Das primäre Ziel, welches der Staat mit dem Betrieb eigener Krankenhäuser verfolgt, liegt in der Sicherstellung einer bedarfsgerechten und flächendeckenden Krankenhausversorgung der Bevölkerung.¹⁹ Die öffentliche Hand betreibt eigene Krankenhäuser demnach immer dann, wenn in einer bestimmten Region nicht hinreichend viele Krankenhäuser in freigemeinnütziger oder privater Trägerschaft vorhanden sind.²⁰ Öffentliche Krankenhäuser können sowohl in öffentlich-rechtlicher, als auch in privatrechtlicher Form geführt werden.²¹ Klassischerweise sind die Träger öffentlicher Krankenhäuser Körperschaften des öffentlichen Rechts, welche zu den rechtlich selbständig organisierten Krankenhäusern zählen.²² Wei-

¹⁵ Vgl. Thomas, D. et al. (2013), S. 227f.

¹⁶ Vgl. Thomas, D. et al. (2013), S. 225.

¹⁷ Vgl. ebd.

¹⁸ Vgl. Sonntag, A. (2008), S. 184.

¹⁹ Vgl. Sonntag, A. (2008), S. 185.

²⁰ Vgl. ebd.

²¹ Vgl. Thomas, D. et al. (2013), S. 228.

²² Vgl. Münzel, H., Zeiler, N. (2010), S. 19.

ter sind unter den Krankenhäusern der öffentlichen Hand auch Regie- und Eigenbetriebe anzutreffen, welche den rechtlich unselbstständigen Einrichtungen zuzuordnen sind.²³ In privatrechtlicher Form betriebene Krankenhäuser befinden sich in öffentlicher Trägerschaft, wenn diese von einer öffentlich-rechtlichen Institution beherrscht werden.²⁴ Dies ist z.B. dann der Fall, wenn eine Gebietskörperschaft Mehrheitsgesellschafter einer privatrechtlichen Gesellschaft (z.B. GmbH) ist.²⁵

Freigemeinnützige Krankenhäuser werden üblicherweise von kirchlichen Trägern unterschiedlicher Konfessionen oder von sozialen Vereinigungen der freien Wohlfahrtspflege (z.B. Einrichtungen der Caritas, der Diakonie oder des Deutschen Roten Kreuzes (DRK)) betrieben.²⁶ Das primäre Ziel freigemeinnütziger Träger besteht ebenfalls in der Bedarfsdeckung.²⁷ Als Unterscheidungsmerkmal zu den öffentlichen Krankenhausträgern steht es ihnen jedoch frei, ein Krankenhaus zur Verfolgung ideeller oder humanitärer Zwecke zu errichten.²⁸ Freigemeinnützige Krankenhausträger sind stets privatrechtlich organisiert, arbeiten aber im Gegensatz zu privaten Krankenhausträgern aufgrund ihrer Orientierung an gemeinnützigen Zielen nicht gewinnorientiert.²⁹ In der Praxis sind im Bereich der freigemeinnützigen Krankenhäuser häufig die Rechtsformen der GmbH, der Stiftung und des eingetragenen Vereins anzutreffen.³⁰

Private Krankenhausträger sind natürliche oder juristische Personen des Privatrechts.³¹ Ebenso wie freigemeinnützige Krankenhausträger sind sie frei in der Entscheidung, ein Krankenhaus zu betreiben.³² Das vorrangige Ziel privater Krankenhausträger besteht jedoch nicht in der Erfüllung gemeinnütziger Zwecke. Vielmehr steht bei dieser Trägergruppe durch ihr Handeln nach erwerbswirtschaftlichen Grundsätzen eine private Gewinnerzielungsabsicht im Vordergrund.³³ Der Betrieb des Krankenhauses stellt hiernach das Mittel zum Zweck dar.³⁴ Da somit der Begriff des Handelsgewerbes erfüllt ist, bedürfen private

²³ Vgl. Thomas, D. et al. (2013), S. 227.

²⁴ Vgl. Münzel, H., Zeiler, N. (2010), S. 19.

²⁵ Vgl. Münzel, H., Zeiler, N. (2010), S. 19.

²⁶ Vgl. Janda, C. (2010), S. 208.

²⁷ Vgl. Sonnentag, A. (2008), S. 185.

²⁸ Vgl. Sonnentag, A. (2008), S. 184.

²⁹ Vgl. Janda, C. (2010), S. 208.

³⁰ Vgl. Münzel, H., Zeiler, N. (2010), S. 19.

³¹ Vgl. Janda, C. (2010), S. 208.

³² Vgl. Sonnentag, A. (2008), S. 184.

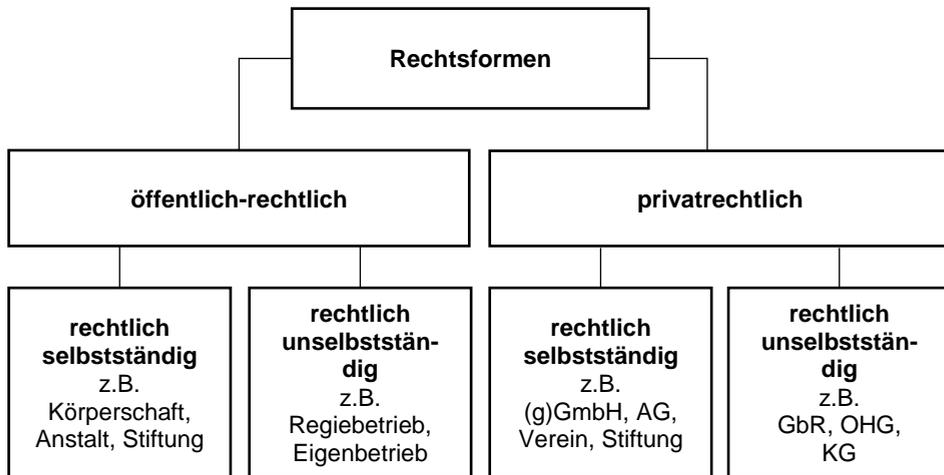
³³ Vgl. Sonnentag, A. (2008), S. 185.

³⁴ Vgl. ebd.

Krankenhaussträger einer Konzession der zuständigen Behörde nach § 30 der Gewerbeordnung. Hierdurch soll u.a. eine ordnungsgemäße medizinische Patientenversorgung gewährleistet werden. Private Einrichtungen sind in der Praxis oft Klinikketten zugehörig, wodurch sich in diesem Bereich v.a. die Rechtsform der Aktiengesellschaft (AG) etabliert hat.³⁵ Grundsätzlich stehen für den Betrieb eines privaten Krankenhauses jedoch alle gesellschaftsrechtlichen Rechtsformen zur Auswahl.³⁶

Abbildung 1 gibt nachfolgend einen Überblick über die möglichen Rechtsformen der Krankenhäuser.

Abbildung 1: Rechtsformen der Krankenhäuser



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Thomas, D. et al. (2013), S. 228.

2.2.2 Allgemeine Entwicklung

Im Jahr 2014 standen für die stationäre Patientenversorgung in Deutschland insgesamt 1.980 Krankenhäuser zur Verfügung.³⁷ Im Vergleich zu der Anzahl der Krankenhäuser im Jahr 2000 ist somit ein bundesweiter Rückgang von rund 12%

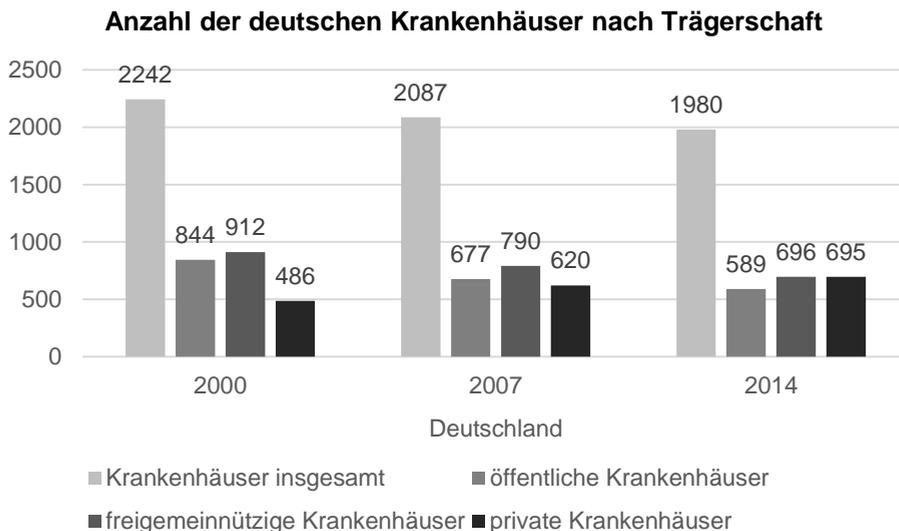
³⁵ Vgl. Münzel, H., Zeiler, N. (2010), S. 19.

³⁶ Vgl. Janda, C. (2010), S. 208.

³⁷ Vgl. Statistisches Bundesamt (2015a), S. 14.

festzustellen.³⁸ Auch hinsichtlich der Trägerverteilung lassen sich markante Veränderungen in den vergangenen Jahren beobachten³⁹: Während die freigemeinnützigen Krankenhasträger mit rund 41% sowohl im Jahr 2000, als auch mit rund 38% im Jahr 2007 die stärkste Trägergruppe bilden, so stehen diese im Jahr 2014 mit einem Anteil von rund 35% gleichbedeutend mit den privaten Trägern da. Letztere sind als einzige Trägergruppe in den vergangenen Jahren kontinuierlich gewachsen, sodass hier seit dem Jahr 2000 bis zum Jahr 2014 ein Anstieg von 43% zu verzeichnen ist. Der Anteil öffentlicher Krankenhasträger sinkt im selben Zeitraum von rund 38% auf rund 30%, wobei dieser Rückgang insbesondere mit der zunehmenden Krankenhausprivatisierung zu begründen ist.⁴⁰ So werden im Jahr 2014 bereits rund 59% der öffentlichen Krankenhäuser in privatrechtlicher Form geführt.⁴¹ Abbildung 2 stellt nachfolgend die Entwicklung nach der Anzahl der Krankenhasträger ab dem Jahr 2000 graphisch dar.

Abbildung 2: Anzahl der deutschen Krankenhäuser nach Trägerschaft



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Statistisches Bundesamt (2015a), S. 14.

³⁸ Vgl. Statistisches Bundesamt (2015a), S. 14.

³⁹ Vgl. ebd.

⁴⁰ Vgl. Statistisches Bundesamt (2015a), S. 8.

⁴¹ Vgl. Statistisches Bundesamt (2015a), S. 14.

Grundsätzlich ist bei dieser Beobachtung jedoch zu berücksichtigen, dass es sich um eine Betrachtung der Einrichtungsanzahl ungeachtet der Einrichtungsgröße handelt. Da private Krankenhäuser mit durchschnittlich 131 aufgestellten Betten tendenziell zu den kleineren Einrichtungen zählen, steht zwar jedes dritte Krankenhaus, jedoch nur jedes sechste deutsche Krankenhausbett in privater Trägerschaft.⁴² Trotz der Veränderungen in den letzten Jahren stellen öffentliche Krankenhäuser hinsichtlich der Bettenanzahl nach wie vor die größten Einrichtungen dar.⁴³ So sind diese mit durchschnittlich 408 Betten je Einrichtung rund dreimal so groß wie private Krankenhäuser.⁴⁴ Freigemeinnützige Krankenhäuser verfügen im Jahr 2014 durchschnittlich über 244 Betten je Einrichtung.⁴⁵

Weiter ist zu berücksichtigen, dass die quantitative Entwicklung der Krankenhausstruktur auf Bundesebene nicht zwangsläufig der Trägerentwicklung in den einzelnen Bundesländern entspricht. Vielmehr fallen hier vermehrt regionale Besonderheiten auf, welche beispielsweise im Bundesland Nordrhein-Westfalen (NRW) zu erkennen sind.⁴⁶

Insgesamt spiegelt sich auch hier die allgemein sinkende Krankenhausanzahl wider, sodass in Bezug auf die Gesamtzahl der Krankenhäuser in NRW vom Jahr 2007 bis zum Jahr 2014 ein Rückgang von rund 16% festzustellen ist.⁴⁷ Dennoch stellen die 364 Einrichtungen im Jahr 2014 einen Anteil von mehr als 18% an der Gesamtheit aller deutschen Krankenhäuser dar. NRW zählt somit neben Bayern zu der Region mit der höchsten Krankenhausedichte in Deutschland.⁴⁸ In NRW bildet die Gruppe freigemeinnütziger Krankenhäuser mit einem Anteil von 67% die mit Abstand größte Trägerform des Bundeslandes.⁴⁹ Einen deutlich geringeren Anteil nehmen hingegen die öffentlichen Krankenhausträger mit 22% ein, gefolgt von den privaten Trägern, welche lediglich einen Anteil von 11% an der Gesamtheit der Krankenhäuser des Landes NRW repräsentieren.⁵⁰ Auch hinsichtlich der Trägerentwicklung zeigt sich hier im Gegensatz zu der bundesweiten Betrachtung ein Einrichtungsrückgang in jeder der drei Trägergruppen.⁵¹ Dieser

⁴² Vgl. Statistisches Bundesamt (2015a), S. 14.

⁴³ Vgl. ebd.

⁴⁴ Vgl. ebd.

⁴⁵ Vgl. ebd.

⁴⁶ Vgl. Statistisches Bundesamt (2015a), S. 17.

⁴⁷ Vgl. Statistisches Bundesamt (2015a), S. 17; Statistisches Bundesamt (2008), S. 21.

⁴⁸ Vgl. Statistisches Bundesamt (2015a), S. 17.

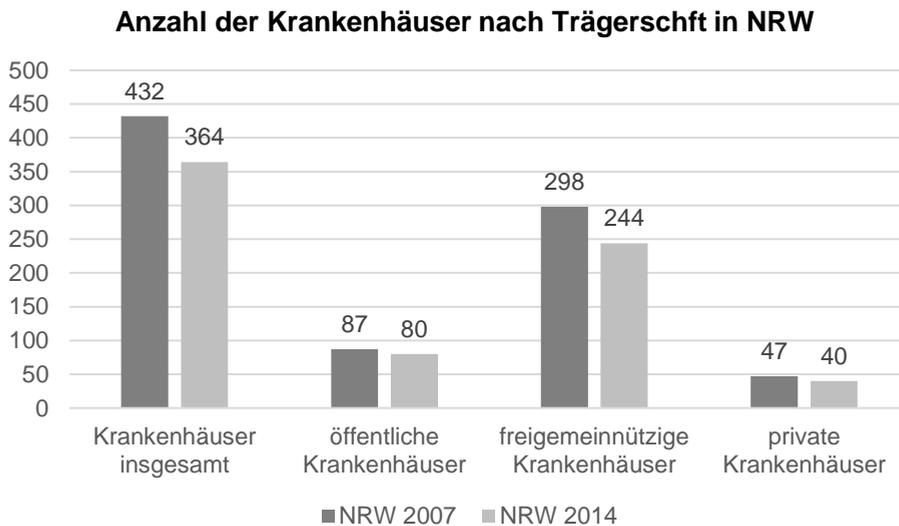
⁴⁹ Vgl. ebd.

⁵⁰ Vgl. ebd.

⁵¹ Vgl. Statistisches Bundesamt (2015a), S. 17; Statistisches Bundesamt (2008), S. 21.

wird nachfolgend in Abbildung 3 verdeutlicht, welche die Krankenhausträgerentwicklung des Landes NRW vom Jahr 2007 hin zum Jahr 2014 widerspiegelt.

Abbildung 3: Anzahl der Krankenhäuser nach Trägerschaft in NRW



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Statistisches Bundesamt (2015a), S. 17; Statistisches Bundesamt (2008), S. 21.

In Bezug auf die Bettenzahl der Krankenhäuser sei für das Land NRW angemerkt, dass diese der Stufenfolge der Einrichtungsanzahlen entsprechen. So haben freigemeinnützige Krankenhäuser im Jahr 2014 einen Bettenanteil von insgesamt 61,6%, öffentliche von 31,6% und private Einrichtungen von 6,8%.⁵²

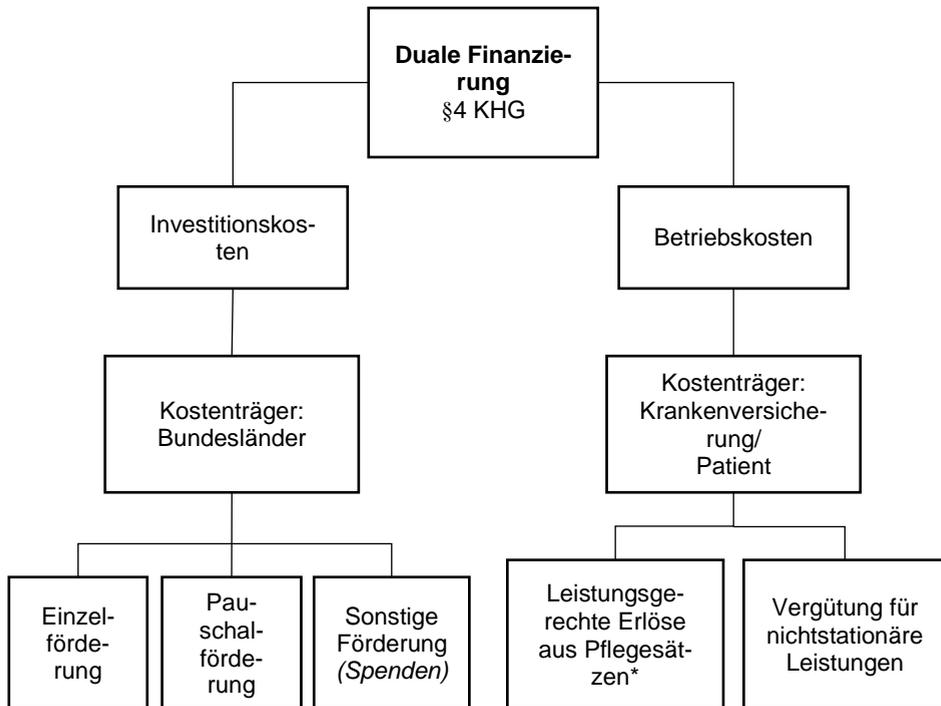
⁵² Vgl. Statistisches Bundesamt (2015a), S. 17.

2.3 Duale Krankenhausfinanzierung

Die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz für die „wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze“ liegt in Deutschland nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a Grundgesetz (GG) beim Bund. Von dieser Kompetenz hat der Bund mit dem Erlass des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vom 29. Juni 1972 Gebrauch gemacht. Ziel des Gesetzes ist es, eine wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser zu erreichen und somit eine bedarfs- und leistungsgerechte Patientenversorgung zu sozial tragbaren Pflegesätzen zu gewährleisten.⁵³

Die Krankenhausfinanzierung in Deutschland beruht gemäß § 4 KHG auf dem Grundsatz der „dualen Finanzierung“. Danach werden die Investitionskosten der Krankenhäuser über die öffentliche Förderung der Bundesländer getragen, während die laufenden Betriebskosten im Rahmen der Krankenhausvergütung über die Krankenversicherungen bzw. über den Patienten selbst finanziert werden. Abbildung 4 gibt einen Überblick über die zwei Säulen der dualen Krankenhausfinanzierung, deren Grundzüge nachfolgend näher erläutert werden.

⁵³ Vgl. § 1 Abs. 1 KHG.

Abbildung 4: Duale Krankenhausfinanzierung

*Leistungsgerechte Erlöse aus Pflegesätzen können auch Investitionskosten enthalten.

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an § 4 KHG.

2.3.1 Finanzierung der Investitionskosten

Wie bereits erwähnt, sind die wesentlichen Bestimmungen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser im KHG festgelegt. Neben den Inhalten der allgemeinen Vorschriften (§§ 1-7 KHG) bilden die §§ 8-12 die zentralen Grundsätze der Investitionsförderung.

2.3.1.1 Begriff der Investitionskosten

Nach § 2 Nr. 2 KHG fallen unter den Begriff der Investitionskosten sowohl die Kosten der Errichtung von Krankenhäusern, als auch die Kosten der (Erst-)Anschaffung sowie die Kosten der Wiederbeschaffung der zum Krankenhaus gehörenden Wirtschafts- bzw. Anlagegüter. Die nachfolgende Tabelle 1 gibt Aufschluss darüber, welche Bestandteile die jeweiligen Kosten umfassen.

Tabelle 1: Bestandteile der Investitionskosten

<p>Kosten der Errichtung von Krankenhäusern</p>	<p>Anlagegüter des Krankenhauses gem. § 2 und § 3 Abgrenzungsverordnung (AbgrV)</p>
<p>Neubau, Umbau, Erweiterungsbau</p>	<p>Wirtschaftsgüter des zum Krankenhaus gehörenden Anlagevermögens mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als drei Jahren, wenn die Anschaffungs- oder Herstellungskosten für das einzelne Anlagegut mehr als 150 Euro (netto) beträgt.</p> <p>Hierzu zählen u.a.</p> <p>Einrichtungs- und Ausstattungsgegenstände, z.B. Fahrzeuge, Apparate, Mobiliar, Lampen</p> <p>Einrichtungs- und Ausstattungsgegenstände des medizinischen Bedarfs, z.B. Gehgestelle, Lehrmodelle</p> <p>Einrichtungs- und Ausstattungsgegenstände des Wirtschafts- und Verwaltungsbedarfs, z.B. Bücher, Datenverarbeitungsanlagen</p>
<p>Ausgenommen sind:</p> <p>Kosten des Grundstücks eines Krankenhauses sowie damit im Zusammenhang stehende Kosten (Erwerb, Erschließung, Finanzierung)</p> <p>diese Kosten sind durch den Krankenhausträger zu übernehmen</p>	<p>Ausgenommen sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Verbrauchsgüter (Güter, die durch ihre bestimmungsmäßige Verwendung aufgezehrt werden) ▪ Gebrauchsgüter (Nutzungsdauer bis zu 3 Jahren) ▪ Kosten der Telematikinfrastruktur gem. § 291 a Abs. 7 S. 4 SGB V (Kosten im Zusammenhang mit der elektronischen Gesundheitskarte wie z.B. die elektronische Patientenakte)

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an § 2 Nr. 2 KHG, §§ 2, 3 AbgrV.

2.3.1.2 Förderanspruch

Die Aufnahme eines Krankenhauses in den Landeskrankenhausplan ist gemäß § 8 Abs. 1 KHG eine grundlegende Bedingung für den Anspruch auf öffentliche Förderung. Ist ein Krankenhaus nicht in den Landeskrankenhausplan aufgenommen oder scheidet es aus dem Krankenhausplan aus, verliert es somit zugleich den Anspruch auf Förderung nach dem KHG. Für die Bewilligung von Investitionsmitteln nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 KHG ist zudem die Aufnahme in das jeweilige Investitionsprogramm eines Landes erforderlich.⁵⁴ Es gilt somit zu beachten, dass der Kreis der nach dem KHG geförderten Krankenhäuser nicht die Gesamtheit der deutschen Krankenhäuser umfasst.

Zudem werden einige Krankenhäuser nach § 3 KHG vom Anwendungsbereich des Gesetzes von vornherein ausgeschlossen. Hierzu zählen Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug, Polizeikrankenhäuser sowie Krankenhäuser der Träger der allgemeinen Renten- und der gesetzlichen Unfallversicherung. Darüber hinaus werden nach § 5 KHG weitere Einrichtungen, auf welche der Begriff des Krankenhauses zutrifft, ausdrücklich von der öffentlichen Förderung ausgeschlossen. Neben den eingangs bereits thematisierten Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen fallen hierunter weiterführend u.a. Hochschulkliniken⁵⁵ oder reine Privatkliniken⁵⁶. Während Hochschulkliniken separat nach dem Hochschulfördergesetz gefördert werden, fallen reine Privatkliniken aus der öffentlichen Förderung heraus, da sie die in § 67 der Abgabenordnung (AO) genannten Kriterien eines Zweckbetriebs nicht erfüllen. Dieser gibt vor, dass mindestens 40% der jährlichen Belegungs- oder Berechnungstage auf Patienten entfallen müssen, bei denen die Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen ausschließlich nach dem KHEntgG bzw. nach der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) berechnet werden oder bei denen die Höhe der berechneten Krankenhausleistungen die zuvor genannten Entgeltbestimmungen nicht übersteigt. Grundsätzlich sind Privatkliniken demnach im Rahmen des KHG ebenfalls förderfähig, jedoch entfällt der Förderanspruch somit u.a. für reine Privatkliniken.

⁵⁴ Vgl. § 8 Abs. 2 S. 1 KHG.

⁵⁵ Vgl. § 5 Abs. 1 Nr. 1 KHG.

⁵⁶ Vgl. § 5 Abs. 1 Nr. 2 KHG.

2.3.1.3 Einzel- und Pauschalförderung

Im Übrigen werden die öffentlichen Fördermittel den Krankenhäusern nach Maßgabe des § 9 KHG auf zweifachen Weg über die Bundesländer bereitgestellt. Hierbei ist zwischen der Einzel- und Pauschalförderung zu unterscheiden.

Im Rahmen der *Einzelförderung* werden gemäß § 9 Abs. 1 KHG auf Antrag des Krankenhausträgers insbesondere umfangreichere und längerfristige Investitionen finanziert, insofern diese für den Betrieb eines Krankenhauses notwendig sind. Hierzu zählen etwa die in Tabelle 1 aufgeführten Maßnahmen zur Errichtung eines Krankenhauses einschließlich der für den Krankenhausbetrieb erforderlichen Erstausrüstung sowie die Förderung der Erneuerung mittel- oder langfristiger Anlagegüter. Zu betonen ist hierbei insbesondere das Kriterium der Notwendigkeit. Gefördert werden somit ausschließlich Investitionen, die für den Betrieb eines Krankenhauses unerlässlich sind.⁵⁷ Neben Investitionen zur Aufrechterhaltung der stationären Versorgung sind hierbei auch Anschaffungen zur Erfüllung sonstiger öffentlicher Rechtsvorschriften (z.B. Baurecht, Brandschutz, Verkehrsrecht etc.) zu beachten.⁵⁸ So stellt der Besucherparkplatz eines Krankenhauses zwar kein zwingend notwendiges Kriterium für die Krankenhausversorgung dar, jedoch zählt seine Errichtung zu den Vorschriften des öffentlichen Baurechts.⁵⁹

Ferner können gemäß § 9 Abs. 2 KHG über den Weg der Einzelförderung Aufwendungen gefördert werden, welche den Investitionskosten gleichstehen. Hierzu zählen mitunter Fördermittel für die Nutzung von Anlagegütern (z.B. Miete), insofern eine Anschaffung nicht wirtschaftlicher ist; sowie Fördermittel für die Lasten aus Darlehen (Zins und Tilgung), soweit diese vor der Aufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan nachweislich für förderungsfähige Investitionskosten aufgenommen wurden.⁶⁰ Darüber hinaus zählen hierzu auch die Anlauf- oder Umstellungskosten eines Krankenhauses, falls der Krankenhausbetrieb ohne die Förderung gefährdet wäre.⁶¹

Über die *Pauschalförderung* haben die Länder gemäß § 9 Abs. 3 KHG die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter zu fördern und die Mittel für kleinere bauliche Maßnahmen über eine festgelegte Jahrespauschale bereitzustellen. Die

⁵⁷ Vgl. Wolke, T. (2010), S. 34.

⁵⁸ Vgl. Wolke, T. (2010), S. 34.

⁵⁹ Vgl. ebd.

⁶⁰ Vgl. Graumann, M., Schmidt-Graumann, A. (2011), S. 68ff.

⁶¹ Vgl. Münzel, H., Zeiler, N. (2010), S. 102.

nach dem KHG geförderten Krankenhäuser erhalten die Pauschalförderung somit unabhängig vom jeweiligen Bedarf. Im Rahmen der gesetzlichen Zweckbindung können die Krankenhäuser mit diesem Pauschalbetrag frei wirtschaften.⁶² Investitionen, die der Einzelförderung unterliegen, dürfen über diesen Pauschalbetrag jedoch nicht finanziert werden.⁶³ Andersherum darf auch für die Aufwendungen, die pauschal gefördert werden, keine Einzelförderung gewährt werden.⁶⁴ Ebenso wie das zeitliche Abgrenzungskriterium für kurzfristige Anlagegüter, ergeben sich auch die Kriterien zur Ermittlung der Höhe der pauschalen Fördermittel aus den einzelnen Landeskrankenhausgesetzen.⁶⁵ Grundsätzlich ist für die Bemessung gemäß § 9 Abs. 3 KHG jedoch die Anzahl der Betten gemäß dem Landeskrankenhausplan zu berücksichtigen. Zudem sind die Pauschalbeträge regelmäßig an die Kostenentwicklung anzupassen.

Tabelle 2 fasst die Wege der öffentlichen Förderung in einer Gegenüberstellung nachfolgend zusammen.

⁶² Vgl. Münzel, H., Zeiler, N. (2010), S. 103.

⁶³ Vgl. Graumann, M., Schmidt-Graumann, A. (2011), S. 74.

⁶⁴ Vgl. Graumann, M., Schmidt-Graumann, A. (2011), S. 80.

⁶⁵ Vgl. Graumann, M., Schmidt-Graumann, A. (2011), S. 74.

Tabelle 2: Fördertatbestände gemäß § 9 KHG

Fördertatbestände § 9 KHG		
Einzelförderung § 9 Abs. 1 KHG	Einzelförderung § 9 Abs. 2 KHG	Pauschalförderung § 9 Abs. 3 KHG
<p>§ 9 Abs. 1 Nr. 1 KHG</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Errichtungskosten ▪ Notwendige Erstausstattung (Anlagegüter) ➤ Voraussetzung für den Erhalt dieser Fördertatbestände: Aufnahme in das Investitionsprogramm eines Landes <p>§ 9 Abs. 1 Nr. 2 KHG</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wiederbeschaffungskosten mittel- und langfristiger Anlagegüter (Nutzungsdauer > 3 Jahre) 	<p>Förderung der den Investitionskosten gleichstehenden Kosten, z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Nutzungsentgelte für Anlagegüter ➤ Darlehenslasten ➤ Anlauf- und Umstellungskosten 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter (konkrete Nutzungsdauer ist durch Landesrecht festzulegen, jedoch mind. 3 Jahre) ▪ Kleinere bauliche Maßnahmen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Auf Antrag 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Auf Antrag 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jährliche Pauschalbeträge

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an § 9 KHG; Graumann, M., Schmidt-Graumann, A. (2011), S. 62ff.

Neben der Einzel- und Pauschalförderung können Krankenhäuser grundsätzlich weitere Förderungen erhalten. Diese beziehen sich zumeist auf einmalige Förderbeträge, wie z.B. Spenden oder Trägerzuschüsse. Aufgrund ihrer geringen Relevanz wird dieser Bereich im Rahmen dieser Arbeit nicht weiter vertieft.

2.3.1.4 Öffentliche Förderung in NRW

Nach § 11 KHG sind die Einzelheiten zur Förderung durch das jeweilige Landesrecht festzulegen. Die Länder haben hiernach die Möglichkeit, die bundesrechtlichen Vorschriften in einem begrenzten Umfang zu modifizieren.⁶⁶ So existieren landeseigene Krankenhausgesetze, welche sich inhaltlich und strukturell grundlegend voneinander unterscheiden.⁶⁷ Ein zentraler Bestandteil eines jeden Landeskrankhausgesetzes bildet jedoch die detaillierte Ausgestaltung der öffentlichen Investitionsförderung.⁶⁸ Soweit das Landesrecht zu einem Fördertatbestand keine nähere Regelung enthält, bildet § 9 KHG weiterhin die Rechtsgrundlage der öffentlichen Förderung.⁶⁹

In Nordrhein-Westfalen bildet das Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes NRW (KHGG NRW) die gesetzliche Grundlage für den Bereich der öffentlichen Krankenhausförderung.⁷⁰ Als regionale Besonderheit ergibt sich hier, dass NRW zu den Bundesländern zählt, welche die Einzelförderung durch eine Investitions-pauschale ersetzt haben.⁷¹ Öffentliche Fördermittel werden somit nicht mehr projektbezogen, sondern im Rahmen einer jährlichen Baupauschale beantragt und bewilligt. Hinsichtlich ihrer Verwendung unterscheidet sich die Baupauschale nicht von der klassischen Einzelförderung. Dem § 9 Abs. 1 KHG entsprechend ist die Baupauschale gemäß § 18 Abs. 1 Nr. 1 KHGG NRW ebenfalls für die Errichtung von Krankenhäusern einschließlich der Erstausrüstung sowie für die Wiederbeschaffung langfristiger Anlagegüter vorgesehen. Die durchschnittliche Nutzungsdauer langfristiger Anlagegüter wird hier mit mehr als 15 Jahren festgelegt. Dennoch bestehen mit der Förderung über die Baupauschale gegenüber der Einzelförderung weitreichende Unterschiede. Diese ergeben sich im Wesent-

⁶⁶ Vgl. Graumann, M., Schmidt-Graumann, A. (2011), S. 60.

⁶⁷ Vgl. Münzel, H., Zeiler, N. (2010), S. 14.

⁶⁸ Vgl. ebd.

⁶⁹ Vgl. Graumann, M., Schmidt-Graumann, A. (2011), S. 58.

⁷⁰ Vgl. §§ 17 ff. KHGG NRW.

⁷¹ Vgl. § 18 Abs. 1 Nr. 1 KHGG NRW.

lichen nach den Bestimmungen des § 21 KHGG NRW. So können die Krankenhäuser beispielsweise ebenso wie bei der Pauschalförderung nach § 9 Abs. 3 KHG mit der Baupauschale im Rahmen der Zweckbindung frei wirtschaften. Dies beinhaltet u.a., dass die gewährten Mittel nicht nur für Anschaffungs- oder Herstellungskosten von Investitionen verwendet werden können, sondern auch ohne weitere Einschränkungen für die Finanzierung von Krediten⁷² oder zur Finanzierung von Nutzungsentgelten für Anlagegüter⁷³ eingesetzt werden dürfen. Weiter besteht die Möglichkeit, dass nicht verbrauchte Pauschalmittel dem jeweiligen Zweck entsprechend in den Folgejahren verwendet werden.⁷⁴ Ferner dürfen ausgezahlte Baupauschalen an andere förderungsberechtigte Krankenhäuser im selben Bundesland abgetreten werden.⁷⁵ Die Baupauschale wird in NRW jährlich auf Grundlage verschiedener Leistungskriterien der Krankenhäuser berechnet und ausgezahlt.⁷⁶ Berücksichtigt werden hierbei z.B. die Schwere und die Häufigkeit der zu behandelnden Krankenhaufälle. Es handelt sich somit um eine leistungsorientierte Investitionspauschale, deren Berechnung sich nicht nach der Investition selbst richtet, sondern an die abgerechneten Behandlungsfälle eines Krankenhauses anknüpft.⁷⁷

Im Rahmen der Pauschalförderung wird gemäß § 18 Abs. 1 Nr. 2 KHGG NRW die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter gefördert, insofern deren durchschnittliche Nutzungsdauer zwischen 3 und 15 Jahren liegt. Ebenso wie die Baupauschale wird auch diese Pauschale auf der Grundlage verschiedener Leistungskriterien berechnet, wobei beide Berechnungen jedoch auf unterschiedlichen Berechnungsgrundsätzen beruhen.⁷⁸

In der Praxis richtet sich die Gewährung der Fördermittel nach der Verfügbarkeit der Haushaltsmittel der jeweiligen Bundesländer. Zu betonen ist jedoch, dass für ein Krankenhaus gemäß § 8 Abs. 1 S. 1 KHG mit der Aufnahme in den Landeskrankenhausplan und in das Investitionsprogramm ein durchsetzbarer Anspruch auf staatliche Förderung für Investitionen besteht. Weiter besteht gemäß § 9 Abs.

⁷² Vgl. § 21 Abs. 5 KHGG NRW.

⁷³ Vgl. § 21 Abs. 6 KHGG NRW.

⁷⁴ Vgl. § 21 Abs. 4 KHGG NRW.

⁷⁵ Vgl. § 20 KHGG NRW.

⁷⁶ Vgl. § 1, § 8 PauschKHFVO.

⁷⁷ Vgl. Graumann, M., Schmidt-Graumann, A. (2011), S. 57.

⁷⁸ Vgl. § 1 PauschKHFVO.

5 KHG für die Länder eine gesetzliche Verpflichtung zur Bereitstellung von Fördermitteln, sodass die für ein Krankenhaus notwendigen Investitionskosten gedeckt werden können.

2.3.2 Finanzierung der Betriebskosten

Der konkrete Inhalt der Betriebskostenfinanzierung ergibt sich aus den Vorschriften über die Krankenhauspflegesätze, welche in den §§ 16-20 KHG festgelegt sind sowie aus den gemäß § 16 Nr. 1 KHG zu erlassenden Verordnungen zur Regelung der Pflegesätze. Hierzu zählen insbesondere das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und die Bundespflegesatzverordnung (BPfIV). Die BPfIV gilt heute nur noch für die Vergütungsbestimmungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen.⁷⁹ Da auch für diese Einrichtungen gemäß § 17d KHG ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem einzuführen ist, werden die separaten Bestimmungen der BPfIV im Folgenden vernachlässigt.

2.3.2.1 Krankenhausvergütung

§ 4 Nr. 2 KHG begründet die zweite Säule der dualen Krankenhausfinanzierung. Nach seiner Bestimmung erfolgt die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser neben der öffentlichen Förderung auch über die leistungsgerechten Erlöse aus den Pflegesätzen sowie über die Vergütung nichtstationärer Behandlungen.

Pflegesätze sind gemäß § 2 Nr. 4 KHG „die Entgelte der Benutzer oder ihrer Kostenträger für stationäre und teilstationäre Leistungen des Krankenhauses.“ Über den Pflegesatz werden demnach ausschließlich die Kosten der allgemeinen Krankenhausleistungen im Rahmen der stationären Versorgung vergütet. Allgemeine Krankenhausleistungen sind gemäß § 2 Abs. 2 KHEntgG „die Krankenhausleistungen, die (...) für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind.“ Diese haben neben der ärztlichen Behandlung und der Krankenpflege auch die notwendige Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln sowie die Unterkunft und Verpflegung zu umfassen.⁸⁰ Wie bereits erwähnt, stellen diese Leistungen den Kernbereich eines Krankenhauses

⁷⁹ Vgl. § 17b Abs. 1 KHG.

⁸⁰ Vgl. § 2 Abs. 1 KHEntgG.

dar und sind daher im Rahmen der Krankenhausfinanzierung von großer Bedeutung. Die Abrechnung stationärer Behandlungsfälle erfolgt seit dem Jahr 2004 verpflichtend über die diagnosebezogenen Fallpauschalen des DRG-Entgeltsystems.⁸¹

Für stationäre Leistungen, welche die allgemeinen Krankenhausleistungen und somit das Maß der individuellen Behandlungsnotwendigkeit überschreiten, haben Krankenhäuser gemäß § 17 Abs. 1 KHEntgG die Möglichkeit, Wahlleistungen anzubieten. Diese werden nicht über die gesetzlichen Krankenkassen, sondern über die Patienten selbst oder ihre private Krankenversicherung vergütet. Wahlleistungen dürfen neben den Entgelten für die stationäre Behandlung gesondert berechnet werden. Solange die Berechnung des Entgelts in einem angemessenen Verhältnis zu den Leistungen stehen, kann die Vergütung frei vereinbart werden.⁸²

Darüber hinaus erhält ein Krankenhaus Vergütungen für nichtstationäre Leistungen, zu welchen die vor- und nachstationäre Patientenbehandlung sowie ambulante Behandlungsformen zählen. Hier basiert die Vergütung nicht auf dem DRG-Entgeltsystem, sondern auf den separaten Bestimmungen des SGB V. Nach § 115a SGB V sind Krankenhäuser im Rahmen einer vorstationären Behandlung über eine einmalige fachabteilungsbezogene Fallpauschale zu vergüten, während die nachstationäre Behandlung mit einer fachabteilungsbezogenen Pauschale pro Behandlungstag zu vergüten ist. Nach § 115b SGB V gelten für Krankenhäuser bei der Vergütung ambulanter Leistungen dieselben Bestimmungen wie für niedergelassene Fachärzte der entsprechenden Fachrichtung. Die Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet.

Unabhängig davon, um welche Art der Vergütung es sich handelt, sind die Kosten der Leistungserbringung entweder durch die gesetzlichen bzw. privaten Krankenversicherungen oder durch den Patienten selbst zu tragen.

2.3.2.2 Pflegesatzfähige Kosten

Grundsätzlich ist zwischen pflegesatzfähigen und nicht pflegesatzfähigen Kosten zu unterscheiden. Diese Abgrenzung ist zur Beurteilung, ob eine Refinanzierung über den Pflegesatz oder auf dem Wege der öffentlichen Förderung durch das

⁸¹ Vgl. § 1 Abs. 1 KHEntgG.

⁸² Vgl. § 17 Abs. 1 S. 3 KHEntgG.

Land erfolgt, von Bedeutung. Nach § 2 Nr. 5 KHG fallen unter den Begriff der pflegesatzfähigen Kosten all jene Kosten des Krankenhauses, die nicht ausdrücklich im Rahmen des KHG ausgeschlossen sind. Ausgeschlossen und somit nicht im Pflegesatz zu berücksichtigen sind gemäß § 17 Abs. 4 KHG insbesondere die Kosten, die im Rahmen der öffentlichen Finanzierung gewährt werden. Ferner zählen gemäß § 17 Abs. 3 KHG auch die Kosten für nicht stationäre Leistungen oder Wahlleistungen zu den nicht pflegesatzfähigen Kosten, sodass diese über einen alternativen Finanzierungsweg außerhalb des Pflegesatzes zu finanzieren sind. Neben der Finanzierung der bereits genannten allgemeinen Krankenhausleistungen zählen gemäß § 3 AbgrV auch die Kosten der Gebrauchsgüter und Verbrauchsgüter zu den pflegesatzfähigen Kosten. Des Weiteren können Pflegesätze nach Maßgabe des § 4 Abs. 2 Nr. 2 KHG Investitionskosten erhalten. So gibt § 17 Abs. 4b KHG vor, dass Instandhaltungskosten im Pflegesatz zu berücksichtigen sind. § 4 der AbgrV definiert Instandhaltungskosten als „Kosten der Erhaltung oder Wiederherstellung von Anlagegütern des Krankenhauses“, insofern keine wesentlichen Veränderungen hinsichtlich der Substanzvermehrung, der Wesensveränderung bzw. Zustandsverbesserung oder der Verlängerung der Nutzungsdauer eines Anlagegutes erfolgen. Wird ein Anlagegut im Rahmen der Erhaltung oder Wiederherstellung wesentlich erweitert, verbessert oder zur Anpassung an die medizinische und technische Entwicklung ergänzt, fallen diese Kosten gemäß § 9 Abs. 4 KHG in den Bereich der Wiederbeschaffung. Anderenfalls sind die Instandhaltungskosten über die in die DRG-Erlöse einkalkulierte Pauschale zu finanzieren.⁸³

Es bleibt festzuhalten, dass die Krankenhäuser – unabhängig davon, ob es sich um pflegesatzfähige oder nicht pflegesatzfähige Kosten handelt – letztendlich alle anfallenden Kosten, die nicht auf dem Weg der öffentlichen Förderung finanziert werden, über die Gesamtheit ihrer Leistungserlöse zu finanzieren haben.

Tabelle 3 fasst nachfolgend die verschiedenen Vergütungsformen sowie deren wesentliche Verwendung in einer Übersicht zusammen.

⁸³ Vgl. § 17 Abs. 4b KHG.

Tabelle 3: Finanzierung und Verwendung der Betriebskosten

Finanzierung und Verwendung der Betriebskosten	
Vergütungsformen	Wesentliche Verwendung
<p><u>Pflegesatzfähig</u></p> <p>Voll- und teilstationäre Behandlung: (Teilstationäre) Fallpauschalen, Zusatzentgelte, Zu- und Abschläge (§§ 7, 8 KHEntgG)</p> <p><u>Nicht Pflegesatzfähig</u></p> <p>Vor- und nachstationäre Behandlung: Fachabteilungsbezogene Fallpauschalen bzw. Tagespauschalen gem. § 115a SGB V</p> <p>Ambulante Behandlung: Einzelleistungsvergütung gem. § 115b SGB V</p> <p>Wahlleistungen: Gesonderte Berechnung</p>	<p>Krankenhausleistungen gem. § 2 KHEntgG:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ärztliche Behandlung ▪ Krankenpflege ▪ notwendige Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln ▪ Unterkunft und Verpflegung <p>Kosten, die nicht über den Weg der öffentlichen Förderung getragen werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gebrauchsgüter (Nutzungsdauer bis zu 3 Jahren) ▪ Verbrauchsgüter ▪ Instandhaltungskosten

Quelle: Eigene Darstellung.

2.3.2.3 Vergütungsanspruch

Da die Vergütung der Krankenhausleistungen i.d.R. über die Krankenkassen erfolgt, ist das Bestehen einer Leistungsbeziehung zu den Kostenträgern eine grundlegende Voraussetzung dafür, dass ein Krankenhaus Pflegesätze im Sinne des KHG erhalten kann. Gemäß § 108 SGB V dürfen Krankenkassen die Krankenhausbehandlung nur durch zugelassene Krankenhäuser erbringen lassen, zu welchen Plankrankenhäuser, Hochschulkliniken und Vertragskrankenhäuser

zählen. Nach der Bestimmung des § 109 Abs. 1 S. 2 SGB V besteht mit der Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan gleichzeitig der Abschluss des Versorgungsvertrages. Gleiches gilt für Hochschulkliniken, insofern diese in das Hochschulverzeichnis aufgenommen sind.⁸⁴

Für die nach Maßgabe des § 3 KHG vom Anwendungsbereich des Gesetzes ausgeschlossenen Krankenhäuser findet entsprechend auch das KHEntg keine Anwendung.⁸⁵ Die in § 5 Abs. 1 KHG aufgezählten, nicht förderfähigen Einrichtungen unterliegen jedoch zum großen Teil dem Pflegesatzrecht. So schließt § 20 KHG lediglich reine Privatkliniken, Tuberkulosekrankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für den Anwendungsbereich der Pflegesatzvorschriften aus. Im Übrigen werden die Pflegesätze gemäß § 7 KHEntg über das DRG-Vergütungssystem abgerechnet.

2.3.2.4 DRG-Vergütungssystem

§ 17b KHG bildet die Rechtsgrundlage zur Einführung des DRG-Vergütungssystems. Dieser gibt vor, dass das Vergütungssystem durchgängig, leistungsorientiert und pauschalierend zu gestalten ist. Somit soll das gesamte stationäre Leistungsspektrum nicht mehr über Tagessätze, bei welchen sich die Vergütung vorrangig nach der Patientenverweildauer im Krankenhaus richtet, sondern leistungsgerecht über diagnosebezogene Fallpauschalen vergütet werden.⁸⁶ Ziel ist es, hierüber einen effizienten Ressourceneinsatz sowie eine Verkürzung der Patientenverweildauer im Krankenhaus zu erreichen.⁸⁷

Das DRG-Vergütungssystem ist daher als ein diagnose- und prozedurbezogenes Patientenklassifikationssystem zu verstehen, in dem Patienten mit gleichartigen Krankheitsbildern zu einer definierten Anzahl von medizinisch ähnlichen Fallgruppen mit vergleichbarem ökonomischem Aufwand zusammengefasst werden.⁸⁸ Jeder akutstationäre Behandlungsfall wird anhand verschiedener Kriterien einer abrechnungsfähigen Fallgruppe zugeordnet.⁸⁹ Abgerechnet werden demnach nicht die tatsächlich entstandenen Kosten eines medizinischen Einzelfalls,

⁸⁴ Vgl. Münzel, H., Zeiler, N. (2010), S. 21.

⁸⁵ Vgl. § 1 Abs. 2 KHEntg.

⁸⁶ Vgl. Janda, C. (2010), S. 233.

⁸⁷ Vgl. Graumann, M., Schmidt-Graumann, A. (2011), S. 94.

⁸⁸ Vgl. Graumann, M., Schmidt-Graumann, A. (2011), S. 93.

⁸⁹ Vgl. ebd.

sondern die durchschnittlichen Fallkosten einer Fallgruppe. Wesentliche Zuordnungskriterien zu einer Fallgruppe bilden die Haupt- und Nebendiagnosen eines Patienten, die vom Krankenhaus durchgeführte Behandlungsprozedur (z.B. operative oder konservative Behandlung) sowie besondere Sachverhalte und persönliche Kriterien (z.B. Alter, Geschlecht, Entlassungsart etc.).⁹⁰ Die Abbildung von Nebenerkrankungen und die Einstufung eines Behandlungsfalls unter Berücksichtigung des Krankheitsschweregrades stellen ein wesentliches Merkmal des Vergütungssystems dar.⁹¹ Die verschiedenen Zuordnungskriterien führen letztendlich zur Ermittlung der maßgeblichen DRG-Fallgruppe eines Patienten.

Die Höhe der Vergütung stationärer Krankenhausbehandlungen setzt sich gemäß der §§ 9 und 10 KHEntgG aus den bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen und den Landesbasisfallwerten zusammen. So ist jede DRG zunächst einer Bewertungsrelation zugeordnet, welche den durchschnittlichen Ressourcenverbrauch einer Behandlung und somit die durchschnittliche ökonomische Fallschwere abbildet.⁹² Die Ermittlung der Bewertungsrelationen erfolgt auf der Grundlage reeller Fallkostenkalkulationen einer bestimmten Anzahl deutscher Krankenhäuser.⁹³ Ebenso wie die Bewertungsrelationen werden auch die Bewertungen für Zu- und Abschläge und die Bestimmungen der Entgelte, die bei Über- bzw. Unterschreitungen der Grenzverweildauer anfallen, in einem jährlich aktualisierten Fallpauschalen-Katalog auf Bundesebene festgelegt.⁹⁴ Für das Jahr 2015 standen in Deutschland insgesamt 1.200 DRG-Fallpauschalen und 170 Zusatzentgelte zur Abbildung des stationären Leistungsgeschehens zur Verfügung.⁹⁵

Der konkrete Preis für einen Behandlungsfall ergibt sich schließlich aus der Multiplikation der Bewertungsrelation mit dem Landesbasisfallwert.⁹⁶ Der Landesbasisfallwert wird für jedes Bundesland jährlich neu vereinbart.⁹⁷ Landesweit erhalten demnach alle Krankenhäuser für die Behandlung desselben Krankheitsbildes einen einheitlichen Preis. Dies gilt unabhängig davon, welchen diagnostischen und therapeutischen Aufwand sie betreiben. Erzielt ein Krankenhaus über die Pflegesätze Überschüsse, dürfen diese nach Maßgabe des § 17 Abs. 1 S. 4 KHG

⁹⁰ Vgl. Graumann, M., Schmidt-Graumann, A. (2011), S. 93.

⁹¹ Vgl. § 17b Abs. 1 KHG.

⁹² Vgl. Münzel, H., Zeiler, N. (2010), S. 136.

⁹³ Vgl. ebd.

⁹⁴ Vgl. § 9 Abs. 1 KHEntgG.

⁹⁵ Vgl. GKV-Spitzenverband (2015a).

⁹⁶ Vgl. § 7 Abs. 2 Nr. 1 KHEntgG.

⁹⁷ Vgl. § 10 Abs. 1 KHEntgG.

dem Krankenhaus verbleiben, andersherum sind Verluste von Krankenhaus zu tragen. Ein Anspruch auf eine kostendeckende Bemessung der Pflegesätze ist somit nicht gegeben. In NRW beträgt der Landesbasisfallwert im Jahr 2015 3.190,81 €. ⁹⁸ Ziel ist es jedoch, auch hinsichtlich der Basisfallwerte eine bundeseinheitliche Regelung zu erreichen, weshalb die Basisfallwerte der Länder schrittweise an einen bundeseinheitlichen Basisfallwert herangeführt werden. ⁹⁹

Abbildung 5 zeigt exemplarisch einen Auszug aus einer Zeile des Fallpauschalen-Katalogs 2015, welche sich mit der DRG „I43B“ auf eine operative (Partition: O) Behandlung ohne äußerst schwere Komplikationen oder Nebenerkrankungen (CC) bezieht.

Abbildung 5: Auszug aus dem Fallpauschalenkatalog 2015

DRG	Partition	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Mittlere Verweildauer	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer	
					Erster Tag mit Abschlag	Bewertungsrelation/Tag	Erster Tag zusätzl. Entgelt	Bewertungsrelation/Tag
I43B	O	Implantation oder Wechsel bestimmter Endprothesen am Knie- oder am Ellenbogengelenk oder Prothesenwechsel am Schulter- oder am Sprunggelenk, ohne äußerst schwere CC	3,187	12,5	3	0,330	21	0,074

Quelle: InEK (2015), S. 42.

⁹⁸ Vgl. GKV Spitzenverband (2015b).

⁹⁹ Vgl. § 10 Abs. 9 KHEntgG.

In diesem Beispiel ergibt sich für das Bundesland NRW (Landesbasisfallwert: 3.190,81 €) ein Erlös von 10.169,11 € je Behandlungsfall, insofern die hier angegebene untere Grenzverweildauer von 3 Tagen nicht unterschritten bzw. die obere Grenzverweildauer von 21 Tagen nicht überschritten wird.

Die Krankenhäuser vereinbaren mit den Kostenträgern die Art und Menge der zu erbringenden Leistungen jährlich im Voraus.¹⁰⁰ Als Verhandlungsbasis dienen die Ergebnisse des laufenden und abgeschlossenen Pflegesatzzeitraumes.¹⁰¹ So wird die Gesamtheit der vereinbarten Leistungen dementsprechend über die Summe der abgerechneten Bewertungsrelationen (Case-Mix) mit dem Landesbasisfallwert multipliziert, woraus sich das jährliche Erlösbudget der Krankenhäuser ergibt. Ergeben sich in der Praxis Abweichungen hinsichtlich des vereinbarten Leistungsvolumens, finden entsprechende Ausgleichsregelungen für Mehr- oder Minderleistungen Anwendung.¹⁰²

2.4 Behandlungsqualität

Der Begriff der Qualität ist in der Literatur nicht eindeutig definiert. So existieren zahlreiche Definitionsvorschläge, welche sich in ihren Dimensionen grundlegend voneinander unterscheiden. Für die vorliegende Arbeit soll der Begriff der Behandlungsqualität als „Grad, mit dem die medizinischen Leistungen die Wahrscheinlichkeit zur Erreichung gewünschter Ergebnisse für einzelne Patientenfälle und Gruppen verbessern, und sie in Einklang stehen mit aktuellen Standards des medizinischen Wissens“¹⁰³ definiert werden. Hierin steht einerseits die Messung an „gewünschten Ergebnissen“, andererseits die Orientierung an medizinischen Leistungsstandards im Vordergrund. Eben diese Kriterien fokussiert auch der Gesetzgeber, der die Leistungserbringer in den §§ 135ff. SGB V zur Qualitätssicherung verpflichtet. So haben die Leistungen nach § 135a Abs. 1 dem aktuellen Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse zu entsprechen, nach § 137 Abs. 1 Nr. 2 sind bei durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zur Sicherung der Qualität Mindestanforderungen an die Strukturqualität (z.B. medizinische Ausstattung, Personalbesetzung), die Prozessqualität (z.B. Behandlungsstandards, Durchführung der Diagnose und Therapie) und die Ergebnisqualität

¹⁰⁰ Vgl. §§ 4, 11 KHEntgG.

¹⁰¹ Vgl. Graumann, M., Schmidt-Graumann, A. (2011), S. 84.

¹⁰² Vgl. § 4 Abs. 2a, 3 KHEntgG.

¹⁰³ Lungen, M., Lauterbach, K. (2002), S. 12.

(z.B. Morbidität, Mortalität) zu beachten. Nachfolgend soll verdeutlicht werden, inwiefern die Investitions- bzw. Betriebskostenfinanzierung die Behandlungsqualität beeinflusst.

2.4.1 Bedeutung der Investitionskostenfinanzierung

Wie in Kapitel 2.3.1 bereits dargestellt, sind die Mittel der öffentlichen Förderung zur Finanzierung der Krankenhausinvestitionen vorgesehen. Darunter fallen neben baulichen Maßnahmen auch die Anschaffungen bestimmter Anlagegüter, wobei hier in Bezug auf die Behandlungsqualität v.a. die apparative Krankenhausausrüstung im Vordergrund steht. Beide Komponenten spielen eine wesentliche Rolle zur Erfüllung grundlegender Anforderungen an die Strukturqualität eines Krankenhauses.

So sind Investitionen in die bauliche und medizintechnische Infrastruktur eines Krankenhauses insbesondere eine Voraussetzung dafür, dem medizinisch-technischen Fortschritt gerecht zu werden.¹⁰⁴ Durch die stetige Weiterentwicklung des Medizinsektors existieren zahlreiche neue Behandlungsmethoden und medizinisch-technische Innovationen, welche die Patientenversorgung und die Behandlungsqualität maßgeblich positiv beeinflussen können.¹⁰⁵ Exemplarisch ist hier die Entwicklung der Telemedizin zu nennen, welche es mithilfe audiovisueller Kommunikationstechnologien ermöglicht, diagnostische und therapeutische Behandlungen trotz räumlicher Trennung durchzuführen.¹⁰⁶ Diese Entwicklung leistet v.a. für Krankenhäuser in den ländlichen Regionen einen wesentlichen Beitrag zur Sicherung der Behandlungsqualität.

Jedoch ist die Bereitstellung öffentlicher Fördermittel auch unabhängig vom medizinisch-technischen Fortschritt ausschlaggebend, um eine optimale Behandlungsqualität gewährleisten zu können. Fehlen Krankenhäusern die Mittel, um notwendige Investitionen zu tätigen, führt dies unausweichlich zu einer Überalterung der bestehenden baulichen und technischen Infrastruktur.¹⁰⁷ Als mögliche Folge rückständiger medizinisch-technischer Gerätschaften sind z.B. im Bereich der Diagnostik fehlerhafte Befunde denkbar.¹⁰⁸ Darüber hinaus kann auch eine

¹⁰⁴ Vgl. Hildebrandt, S. (2015), Experteninterview A, Teil 2.

¹⁰⁵ Vgl. BDO, DKI (2015), S. 4.

¹⁰⁶ Vgl. BMG (2015).

¹⁰⁷ Vgl. BDO, DKI (2015), S. 7.

¹⁰⁸ Vgl. Hildebrandt, S. (2015), Experteninterview A, Teil 2.

nicht zeitgemäße bauliche Infrastruktur Auswirkungen auf die Qualität einer Behandlung haben. So können z.B. Gebäudestrukturen, die nicht mehr den heutigen Standards entsprechen, die Optimierung der Ablaufprozesse eines Krankenhauses hemmen.¹⁰⁹ Bestehende räumliche Verhältnisse, der Faktor der Stationsgrößen oder bestimmter Wegezeiten nehmen somit einen wesentlichen Einfluss darauf, ob Prozesse eines Krankenhauses modernen Behandlungsstandards entsprechen.¹¹⁰ Es zeigt sich, dass ausreichende Investitionsmittel sowohl zur Sicherung der Leistungsfähigkeit als auch zur Sicherung der Innovationsfähigkeit für Krankenhäuser von maßgeblicher Bedeutung sind.

2.4.2 Bedeutung der Betriebskostenfinanzierung

Kapitel 2.3.2 gab einen Überblick über die wesentliche Verwendung der Betriebskosten eines Krankenhauses. Neben bestimmten Sachkosten, die ein Krankenhaus über seine Leistungsentgelte zu finanzieren hat, steht zur Sicherung einer optimalen Behandlungsqualität in diesem Bereich insbesondere der personelle Faktor im Vordergrund.

Im Rahmen der über die Betriebskosten zu finanzierenden Sachgüter nehmen vordergründig medizinische Gebrauchs- bzw. Verbrauchsgüter einen Einfluss auf die Behandlungsqualität. So schließen z.B. Verbrauchsgüter nach Definition des § 2 Nr. 3 AbgrV auch Wirtschaftsgüter ein, welche dauerhaft bei einem Patienten verbleiben. Hierbei kann es sich etwa um Implantate oder andere Medizinprodukte handeln, deren Qualität ebenfalls Auswirkungen auf das Ergebnis einer Behandlung nehmen kann.

Eine zentrale Rolle zur Sicherung einer bestmöglichen Krankenhausbehandlung spielen jedoch die Mitarbeiter, zu welchen in erster Linie das ärztliche und pflegerische Personal des Krankenhauses zählen. Gleichwohl sind in diesem Zusammenhang auch weitere Berufszweige, etwa im Bereich der therapeutischen und medizinisch-technischen Versorgung, bis hin zu den Mitarbeitern im Bereich der Hygienesicherung oder der Krankenhausverwaltung zu berücksichtigen. Die Zusammenhänge zwischen einer angemessenen Personalausstattung einerseits und der Versorgungs- und Behandlungsqualität auf der anderen Seite werden

¹⁰⁹ Vgl. Hildebrandt, S. (2015), Experteninterview A, Teil 2.

¹¹⁰ Vgl. Hildebrandt, S. (2015), Experteninterview A, Teil 2.

durch zahlreiche internationale Studien belegt.¹¹¹ Der Faktor einer quantitativ ausreichenden Personalausstattung bildet zunächst eine grundlegende Voraussetzung dafür, einem Patienten die entsprechend notwendige professionelle Aufmerksamkeit zukommen zu lassen.¹¹² So resultieren Behandlungsfehler häufig aus einer mangelhaften Arbeitsorganisation oder aus einer zu hohen Arbeitsbelastung des ärztlichen bzw. pflegerischen Personals, welche die medizinische Patientenversorgung teilweise unter erheblichen Zeitdruck durchzuführen hat.¹¹³ Neben der Personalkapazität trägt weiter auch die fachliche Qualifikation des Personals zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Behandlung bei.¹¹⁴ Hierbei stehen u.a. medizinisch-fachliche Kenntnisse und Erfahrungswerte hinsichtlich der Behandlung eines Krankheitsbildes im Vordergrund.¹¹⁵ Schließlich ist die Gesamtheit des Krankenhauspersonals ausschlaggebend für die Optimierung von Ablaufprozessen, da durch sie Abläufe organisiert bzw. ausgeführt und Leistungen erbracht werden.¹¹⁶ Um eine optimale Behandlungsqualität gewährleisten zu können, ist insbesondere eine funktionierende und fachlich übergreifende Zusammenarbeit von Bedeutung.¹¹⁷

Es bleibt festzuhalten, dass fehlende finanzielle Ressourcen sowohl im Bereich der Investitionskosten als auch im Bereich der Betriebskosten, die Sicherstellung einer qualitätsorientierten Versorgung grundsätzlich gefährden können. Zudem wird deutlich, dass sich beide Finanzierungsbereiche gegenseitig bedingen: Apparative und bauliche Voraussetzungen nehmen zur Qualitätssicherung einen ebenso hohen Stellenwert ein, wie die quantitative und qualitative Personalstruktur eines Krankenhauses.

Überdies gilt es zu bedenken, dass die Ergebnisqualität einer Behandlung auch durch die Bereitschaft eines Patienten, am Genesungsprozess mitzuwirken, beeinflusst wird. Somit hängt die Erzielung eines „gewünschten Ergebnisses“ nicht ausschließlich von der Struktur- und Prozessqualität eines Krankenhauses ab.

¹¹¹ Vgl. Klein, S., Schwinger, A. (2014), S. 97, S. 99.

¹¹² Vgl. Klein, S., Schwinger, A. (2014), S. 96.

¹¹³ Vgl. Klein, S., Schwinger, A. (2014), S. 98, S. 104f.

¹¹⁴ Vgl. Klein, S., Schwinger, A. (2014), S. 97, S. 99.

¹¹⁵ Vgl. Klein, S., Schwinger, A. (2014), S. 97, S. 96.

¹¹⁶ Vgl. Kersting, T. (2008), S. 299f.

¹¹⁷ Vgl. Kersting, T. (2008), S. 300.

3 Finanzierungdefizite im deutschen Krankenhauswesen

Kapitel 2.3 thematisierte die Grundzüge der Krankenhausfinanzierung und verdeutlichte die politische Zielsetzung, die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser über die entsprechenden gesetzlichen Bestimmungen zu erreichen. Die Praxis zeigt jedoch, dass die Krankenhäuser in Deutschland aufgrund diverser Finanzierungsdefizite einer Vielzahl von Herausforderungen gegenüberstehen. In den letzten 10 Jahren schrieben jährlich zwischen 30% und 50% der Krankenhäuser Verluste.¹¹⁸ Auch weiterhin ist die wirtschaftliche Lage vieler Krankenhäuser angespannt.¹¹⁹ Die wesentlichen Finanzierungsdefizite deutscher Krankenhäuser werden nachfolgend betrachtet.

3.1 Investitionskostenfinanzierung

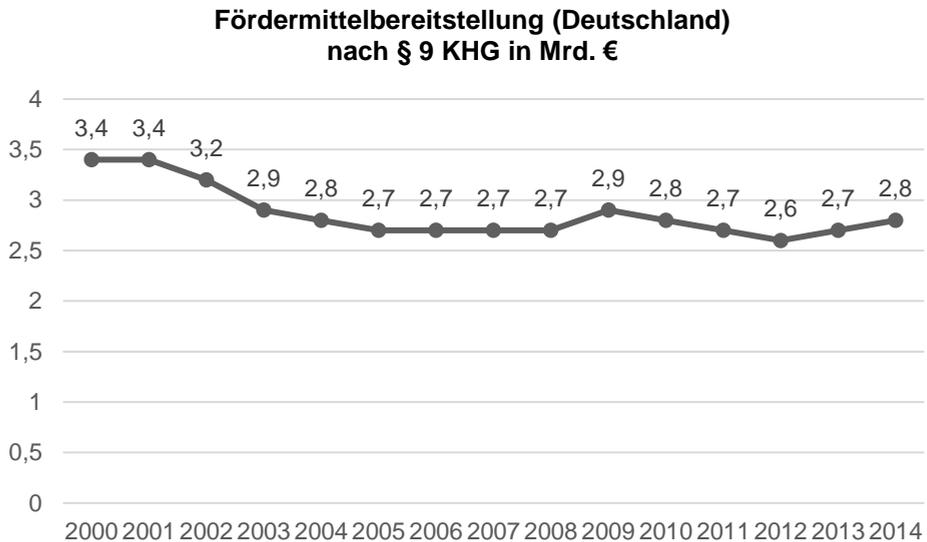
3.1.1 Fördermittelbereitstellung der Länder

Im Bereich der Investitionskostenförderung zeigt die Entwicklung der letzten Jahrzehnte, dass die nach dem KHG bereitgestellten Fördermittel tendenziell rückläufig sind. Dies ist v.a. darin zu begründen, dass die Bundesländer ihrer Verpflichtung zur Investitionskostenfinanzierung aufgrund finanzieller Haushaltsengpässe nur unzureichend nachkommen.¹²⁰ Abbildung 6 zeigt die Entwicklung der durch die Länder bereitgestellten Investitionsfördermittel für die Bundesrepublik Deutschland ab dem Jahr 2000.

¹¹⁸ Vgl. BDO, DKI (2015), S. 8.

¹¹⁹ Vgl. ebd.

¹²⁰ Vgl. ebd.

Abbildung 6: Fördermittelbereitstellung nach § 9 KHG

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an DKG (2015), S. 107.

Im Jahr 2014 betragen die bereitgestellten Fördermittel deutschlandweit rund 2,8 Mrd. €. Hiervon entfielen rund 1,6 Mrd. € auf die Einzelförderung einschließlich der Baupauschalen; die übrigen 1,2 Mrd. € wurden im Rahmen der Pauschalförderung bereitgestellt.¹²¹ Im Vergleich zu den im Jahr 2000 bereitgestellten Fördermitteln liegt der nominelle Rückgang somit bei rund 18%, welches einer Summe von rund 600 Mio. € entspricht. Die über das Land zur Verfügung gestellten Mittel reichen angesichts dieser Entwicklung in der Praxis nicht aus, um den Investitionsbedarf der Krankenhäuser zu decken.¹²²

3.1.2 Investitionsquote und Investitionsbedarf der Krankenhäuser

Trotz einer unzureichenden Fördermittelbereitstellung über die Länder können die Krankenhäuser prinzipiell nicht darauf verzichten, betriebsnotwendige Inves-

¹²¹ Vgl. DKG (2015), S. 108f.

¹²² Vgl. Hildebrandt, S. (2015), Experteninterview A, Teil 1.

tionen zu tätigen. Diese sind zum einen zur Sicherstellung des Versorgungsauftrages und zur Gewährleistung einer angemessenen Patientenversorgung unerlässlich. Zum anderen haben die Krankenhäuser hierüber ihre Wettbewerbsfähigkeit und damit ihre Existenz abzusichern.¹²³ Investiert wurde daher in den letzten Jahren v.a. in den Neubau von Bettenstationen oder in die medizinisch-technische Ausstattung.¹²⁴ So lag die durchschnittliche Investitionssumme der Krankenhäuser zuletzt bei rund 5,3 Mrd. € pro Jahr.¹²⁵ Abzüglich der öffentlich bereitgestellten Fördermittel in Höhe von rund 2,8 Mrd. € im Jahr 2014 ergibt sich somit ein Betrag von rund 2,5 Mrd. €, der nicht im Rahmen der öffentlichen Förderung zur Verfügung gestellt wurde. Folglich ist festzustellen, dass derzeit nur rund die Hälfte der tatsächlich getätigten Krankenhausinvestitionen über öffentliche Fördermittel finanziert wird.

Ferner ist zu beobachten, dass selbst die tatsächlich getätigten Investitionen nicht ausreichen, um den eigentlichen Investitionsbedarf der Krankenhäuser zu decken. So liegt der taxierte Investitionsbedarf der Krankenhäuser in den folgenden Jahren um weitere 1,5 Mrd. € über den durchschnittlich getätigten Investitionen bei rund 6,8 Mrd. € pro Jahr.¹²⁶ Entsprechend den aktuell getätigten Investitionen werden auch zukünftig mehr als die Hälfte der erforderlichen Mittel auf Investitionen in das Krankenhausgebäude sowie ein Viertel der Gelder auf Investitionen in die Medizintechnik entfallen.¹²⁷ Ausgehend von den im Jahr 2014 zur Verfügung gestellten Fördermitteln in Höhe von 2,8 Mrd. € decken die öffentlichen Mittel zukünftig nur noch rund 41% des Investitionsbedarfs der Krankenhäuser. Insgesamt ist die Höhe des Investitionsmittelbedarfs v.a. auf die chronische Unterfinanzierung der letzten Jahrzehnte und dem damit verbundenen Investitionsstau zurückzuführen.¹²⁸

3.1.3 Folgen der unzureichenden Investitionskostenfinanzierung

Aufgrund der defizitären Investitionsförderung sind die Krankenhäuser gezwungen, den nicht geförderten Anteil unabdingbarer Investitionen über andere Wege zu finanzieren. Die am häufigsten praktizierte Methode ist die Finanzierung aus

¹²³ Vgl. Hildebrandt, S. (2015), Experteninterview A, Teil 3.

¹²⁴ Vgl. BDO, DKI (2015), S. 13.

¹²⁵ Vgl. BDO, DKI (2015), S. 12.

¹²⁶ Vgl. BDO, DKI (2015), S. 22.

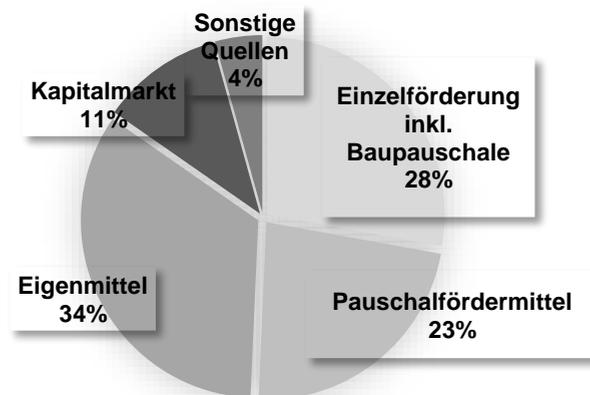
¹²⁷ Vgl. BDO, DKI (2015), S. 23.

¹²⁸ Vgl. BDO, DKI (2015), S. 22.

Eigenmitteln, also z.B. aus Überschüssen, die ein Krankenhaus über seine Leistungsentgelte erzielt.¹²⁹ Die Möglichkeit, Investitionsmittel über Kreditinstitute zu beziehen, wird aktuell von Krankenhäusern deutlich weniger beansprucht. Sonstige Finanzierungsquellen, zu welchen z.B. Spenden oder Trägerzuschüsse zählen, spielen in der Praxis eine vergleichsweise unbedeutende Rolle.¹³⁰ Abbildung 7 gibt nachfolgend einen Überblick über die Herkunft der Investitionsmittel in den Jahren 2012-2014.

Abbildung 7: Herkunft der Investitionsmittel der Krankenhäuser

**Herkunft der Investitionsmittel der Krankenhäuser
2012-2014**



Quelle: BDO, DKI (2015), S. 14.

Hinsichtlich der Finanzierung aus Eigenmitteln ist jedoch zu bedenken, dass die Krankenhäuser die für die Investitionsfinanzierung erforderliche Rendite zunächst zu erwirtschaften haben. Gleiches gilt grundsätzlich auch für die Inanspruchnahme einer Kreditfinanzierung, welche voraussetzt, dass die jährlichen Tilgungsraten und Zinsaufwendungen in den Folgejahren bedient werden können.

¹²⁹ Vgl. BDO, DKI (2015), S. 14.

¹³⁰ Vgl. ebd.

Die Praxis zeigt jedoch hier, dass die operativen Gewinne der Krankenhäuser in den letzten Jahren zumeist nicht ausreichten, um den Investitionsbedarf zu decken oder Kredite finanzieren zu können.¹³¹ Soweit die Krankenhäuser nicht in der Lage sind, der unzureichenden Investitionsförderung aus eigener Ertragskraft zu begegnen, können i.d.R. auch erforderliche Investitionen nicht realisiert werden.¹³² So zeigt sich, dass in den vergangenen Jahren rund drei Viertel der deutschen Krankenhäuser nicht ausreichend investitionsfähig waren.¹³³ Wie in dieser Arbeit bereits dargestellt wurde, können sich aufgrund des Substanzverzehr der baulichen und technischen Infrastruktur mitunter negative Konsequenzen für die Versorgungs- und Behandlungsqualität der Patienten ergeben.

Zudem ist zu berücksichtigen, dass durch eigenmittelfinanzierte Investitionen insbesondere die für die Finanzierung der laufenden Behandlungskosten gedachten Mittel verkürzt werden, da die pflegesatzfähigen Leistungsentgelte kalkulatorisch keine Investitionskostenanteile im Sinne des § 9 KHG enthalten. Mögliche Konsequenzen, welche sich hierdurch über Einsparungen auf der Betriebskosten-seite eines Krankenhauses ergeben (z.B. Stellenabbau), sind demnach ebenfalls als Folge einer defizitären Investitionskostenförderung anzusehen.

Es bleibt festzuhalten, dass eigenmittelfinanzierte Investitionen zwangsläufig negative Auswirkungen auf das Betriebsergebnis eines Krankenhauses haben und darüber hinaus mit einem Verlustrisiko für ein Krankenhaus einhergehen können.¹³⁴

3.2 Betriebskostenfinanzierung

Neben der zuvor geschilderten Investitionskostenproblematik, welche ebenfalls Auswirkungen auf die Betriebskostenseite eines Krankenhauses hat, stehen die Krankenhäuser zudem der Herausforderung gegenüber, die Gesamtheit der stetig steigenden Betriebskosten über die von ihnen erwirtschafteten Mittel abzudecken.¹³⁵ Dies ist v.a. damit zu begründen, dass die Erlösentwicklung der DRG-Fallpauschalen in den letzten Jahren nicht im selben Maße fortgeschritten ist wie die Kostenentwicklung der Krankenhäuser.

¹³¹ Vgl. BDO, DKI (2015), S. 7.

¹³² Vgl. BDO, DKI (2015), S. 33.

¹³³ Vgl. BDO, DKI (2015), S. 20.

¹³⁴ Vgl. BDO, DKI (2015), S. 7.

¹³⁵ Vgl. Hildebrandt, S. (2015), Experteninterview A, Teil 1.

3.2.1 Entwicklung der Krankenhauserlöse

Die Erlösentwicklung der Krankenhäuser hängt im Wesentlichen von der Entwicklung der Landesbasisfallwerte und von der jährlich erbrachten Leistungsmenge eines Krankenhauses ab.

Wie eingangs bereits dargestellt, wird die Höhe der Basisfallwerte gegenwärtig gemäß den gesetzlichen Bestimmungen der §§ 9 und 10 KHEntgG auf Landesebene vereinbart. Danach sind zur jährlichen Berechnung der Landesbasisfallwerte verschiedene Kriterien, wie z.B. die allgemeinen Kosten- und Leistungsentwicklungen der Krankenhäuser, zu berücksichtigen.¹³⁶ Grundsätzlich ist die Erhöhung der Landesbasisfallwerte dabei auf einen jährlich neu zu bestimmenden Veränderungswert begrenzt.¹³⁷ Der Veränderungswert richtet sich nach der prozentualen Veränderungsrate der Beitragseinnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (Grundlohnrate), insofern diese über dem vom statistischen Bundesamt jährlich errechneten Kostenorientierungswert liegt. Über die Festlegung eines Orientierungswertes findet hinsichtlich der Erhöhung der Landesbasisfallwerte mindestens die tatsächliche Kostenentwicklung der Krankenhäuser Berücksichtigung.¹³⁸ Da die Grundlohnraten der letzten Jahre angesichts einer positiven Entwicklung der Beitragseinnahmen mit Größenordnungen zwischen 2% und 3% regelmäßig oberhalb des Orientierungswerts lagen¹³⁹, ist auch die Fortschreibung der Landesbasisfallwerte grundsätzlich positiv zu werten.¹⁴⁰

Weitergehend sind die Erlöse der Krankenhäuser von der erbrachten Leistungsmenge abhängig, da über die Entwicklung der Landesbasisfallwerte lediglich das Preisniveau der Krankenhausleistungen beeinflusst wird. Hier ist zu beobachten, dass sich in den letzten Jahren nicht nur die mit den Krankenkassen prospektiv vereinbarten Leistungsmengen, sondern auch die von den Krankenhäusern tatsächlich abgerechneten Behandlungsfälle erhöht haben. Während die Anzahl der bundesweit abgerechneten DRG-Behandlungsfälle im Jahr 2011 rund 17,7 Mio. beträgt, ist zum Jahr 2014 eine Steigerung von 4,5% auf insgesamt rund 18,5 Mio. abgerechnete Behandlungsfälle zu verzeichnen.¹⁴¹

¹³⁶ Vgl. § 10 Abs. 1, 3 KHEntgG.

¹³⁷ Vgl. § 10 Abs. 4 KHEntgG, § 9 Abs. 1b KHEntgG.

¹³⁸ Vgl. § 10 Abs. 6 KHEntgG.

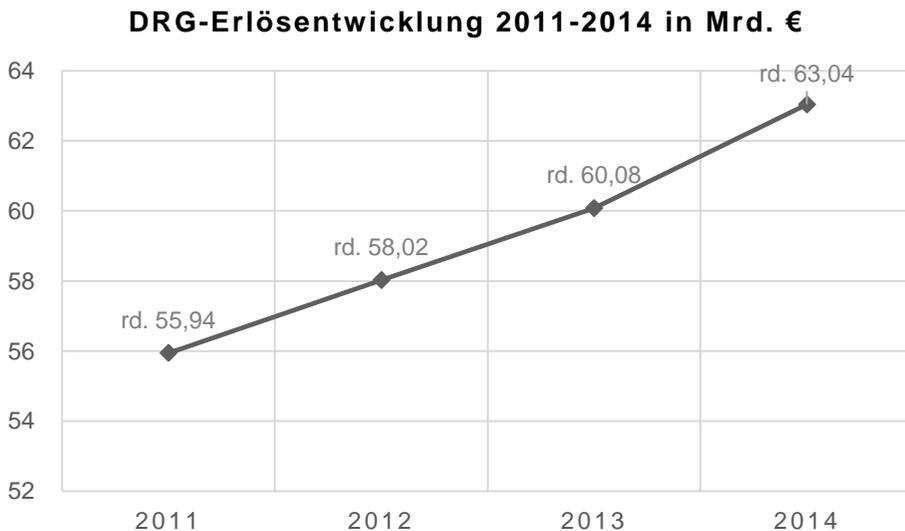
¹³⁹ Vgl. AOK (2016).

¹⁴⁰ Vgl. Hildebrandt, S. (2015), Experteninterview A, Teil 1.

¹⁴¹ Vgl. Statistisches Bundesamt (2012), S. 10, Statistisches Bundesamt (2015d), S. 13.

Aufgrund der dargelegten Entwicklungen ergibt sich im Betrachtungszeitraum von 2011 (DRG-Erlöse: rd. 55,94 Mrd. €) bis 2014 (DRG-Erlöse: rd. 63,04 Mrd. €) ein bundesweiter Anstieg der Krankenhauserlöse in Höhe von rund 13%. Abbildung 8 stellt diese Entwicklung nachfolgend graphisch dar.

Abbildung 8: DRG-Erlösentwicklung



Quelle: Vgl. GBE-Bund (2016).

Zu berücksichtigen ist, dass die Verteilung des Erlösvolumens innerhalb der einzelnen Bundesländer höchst unterschiedlich ausfällt. So entfallen im Jahr 2014 rund 14,7 Mrd. € (23,3%) der Gesamterlöse auf das Bundesland NRW, während Bremen lediglich einen Erlösanteil von 0,71 Mrd. € (1,1%) zu verzeichnen hat.¹⁴² Die landesweit unterschiedliche Erlösentwicklung ist neben der ungleichen Höhe der Landesbasisfallwerte u.a. auch mit der Anzahl der Krankenhäuser innerhalb eines Bundeslandes sowie mit der Bevölkerungsdichte und dem Gesundheitszustand der Bevölkerung zu begründen.

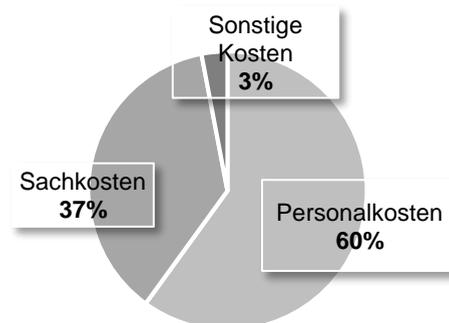
¹⁴² Vgl. Statistisches Bundesamt (2015d), S. 78.

3.2.2 Kostenentwicklung der Krankenhäuser

Hinsichtlich der prozentualen Verteilung der Betriebskosten ergeben sich bei den Krankenhäusern in den letzten Jahren kaum Änderungen¹⁴³: Ausgehend von den jährlichen Brutto-Gesamtkosten der Krankenhäuser entfallen rund 60% der Kosten auf das Personal, rund 37% auf die zu finanzierenden Sachkosten und weitere 3% auf sonstige Kosten (z.B. Zinsaufwendungen, Steuern oder Kosten für Ausbildungsstätten). Abbildung 9 gibt nachfolgend einen Überblick über die allgemeine Kostenstruktur der Krankenhäuser in den Jahren 2013-2015.

Abbildung 9: Kostenstruktur der Krankenhäuser

Kostenstruktur der Krankenhäuser 2013-2015



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Statistisches Bundesamt (2013), S. 10; Statistisches Bundesamt (2015b), S. 10.

Im Bereich der Personalkosten entstehen fast zwei Drittel der Aufwendungen über die Bereitstellung des ärztlichen- und pflegerischen Dienstes, während die übrigen Berufsgruppen (medizinisch-technischer Dienst, Verwaltungsdienst etc.) insgesamt rund ein Drittel der Personalkosten beanspruchen.¹⁴⁴ Innerhalb der

¹⁴³ Vgl. Statistisches Bundesamt (2013), S. 7f., S. 10; Statistisches Bundesamt (2015b), S. 7f., S. 10.

¹⁴⁴ Vgl. Statistisches Bundesamt (2013), S. 8, S. 10; Statistisches Bundesamt (2015b), S. 8, S. 10.

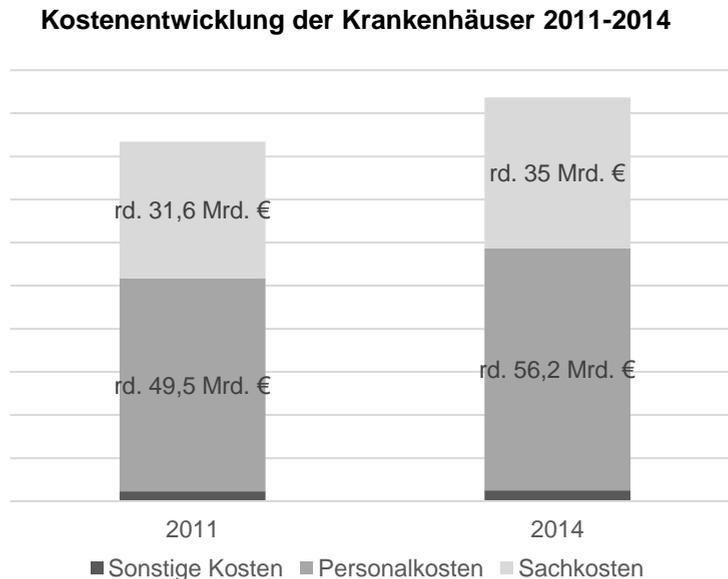
Sachkosten summieren sich sämtliche den Krankenhäusern weitergehend entstehenden Kosten zur Aufrechterhaltung des laufenden Betriebes. Rund die Hälfte der Sachkosten entsteht hierbei in direktem Zusammenhang mit der medizinischen Leistungserbringung (z.B. Gebrauchsgüter, Verbrauchsgüter, Arzneimittel etc.), weitere Kosten ergeben sich etwa im Bereich der Energie- und Lebensmittelversorgung oder durch die Instandhaltung vorhandener Güter.¹⁴⁵

Hingegen der über die letzten Jahre weitgehend konstant gebliebenen Kostenstruktur lassen sich jedoch wesentliche Unterschiede in der Kostenentwicklung feststellen. So ist zu beobachten, dass die Brutto-Gesamtkosten der Krankenhäuser vom Jahr 2011 (rd. 83,4 Mrd. €) bis zum Jahr 2014 (rd. 93,7 Mrd. €) um insgesamt 10,3 Mrd. € gestiegen sind.¹⁴⁶ Diese Summe ergibt sich insbesondere aus einem Personalkostenanstieg von rund 6,7 Mrd. € sowie aus einem Anstieg der Sachkosten von rund 3,4 Mrd. €. ¹⁴⁷ Abbildung 10 stellt nachfolgend die Kostenentwicklung der Krankenhäuser graphisch dar.

¹⁴⁵ Vgl. Statistisches Bundesamt (2013), S. 8, S. 10; Statistisches Bundesamt (2015b), S. 8, S. 10.

¹⁴⁶ Vgl. Statistisches Bundesamt (2013), S. 10; Statistisches Bundesamt (2015b), S. 10.

¹⁴⁷ Vgl. Statistisches Bundesamt (2013), S. 10; Statistisches Bundesamt (2015b), S. 10.

Abbildung 10: Kostenentwicklung der Krankenhäuser

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Statistisches Bundesamt (2013), S. 10; Statistisches Bundesamt (2015b), S. 10.

Zu berücksichtigen ist, dass die dargestellte Kostenentwicklung vor dem Hintergrund einer stetig sinkenden Krankenhauslandschaft stattfindet. So ist die Anzahl der Krankenhäuser im Betrachtungszeitraum von 2011 bis 2014 um insgesamt 65 Einrichtungen gesunken.¹⁴⁸ Zudem ist der Personalkostenanstieg nicht mit einem grundlegenden Personalzuwachs zu begründen, da der Anstieg des Personalvolumens über alle Dienstarten im selben Zeitraum lediglich 4% beträgt.¹⁴⁹

Auch in Anbetracht der Tatsache, dass die Steigerungen der Personalkosten (+ 13,5%) und die der Sachkosten (+ 10,8%) im dargestellten Betrachtungszeitraum nur gering voneinander abweichen, verursachen die Personalkosten aufgrund des höheren Anteils an den Gesamtkosten einen erheblichen Kostenzuwachs auf der Seite der Betriebskosten.

¹⁴⁸ Vgl. Statistisches Bundesamt (2015a), S. 11.

¹⁴⁹ Vgl. Statistisches Bundesamt (2015a), S. 12.

Der Personalkostenanstieg ist insbesondere mit den durchschnittlichen Entwicklungen der Tarifverdienste zu begründen. In den letzten Jahren lässt sich im Krankenhaussektor eine jährliche Tarifsteigerung zwischen 2% und 3% beobachten, sodass im Zeitraum von 2010 bis 2014 ein Tarifanstieg von insgesamt 10,5% zu verzeichnen ist.¹⁵⁰ Anzumerken ist hierbei jedoch, dass diese Tarifentwicklung im Wesentlichen der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung entspricht.¹⁵¹ Andererseits ist zu berücksichtigen, dass Krankenhäuser aufgrund des gegenwärtig bestehenden Fachkräftemangels ggf. übertarifliche Monatsgehälter zu zahlen haben, um qualifiziertes Personal gewinnen zu können.¹⁵² So zeigt sich eine unterschiedliche Personalkostenentwicklung v.a. innerhalb der einzelnen Dienstarbeitnehmer. Die höchste Steigerungsrate ist während des Betrachtungszeitraumes von 2011-2014 im Bereich des ärztlichen Dienstes (+ 19,3%) zu beobachten.¹⁵³ Im Bereich des Pflegedienstes, welcher die größte Berufsgruppe der Krankenhäuser bildet¹⁵⁴, steigen die Personalkosten im selben Zeitraum um 8,8%.

Ein Vergleich zwischen der Erlös- und Kostenentwicklung zeigt, dass die Krankenhäuser trotz einer aktuell positiv verlaufenden Erlösentwicklung die anfallenden Betriebskosten nicht allein über die pflegesatzfähigen DRG-Fallpauschalen abdecken können. So stehen im Jahr 2014 den DRG-Erlösen in Höhe von rund 63,04 Mrd. € Kosten in Höhe von rund 93,7 Mrd. € gegenüber.

3.2.3 Folgen der unzureichenden Betriebskostenfinanzierung

Zur Sicherstellung einer bestmöglichen Behandlungsqualität haben die Krankenhäuser auf der Betriebskostenseite sowohl in eine angemessene Personalstruktur als auch in die zur medizinischen Leistungserbringung erforderlichen Materialien zu investieren. Grundsätzlich besteht hierbei die Gefahr, dass die laufenden Betriebskosten die erwirtschafteten Erlöse eines Krankenhauses übersteigen und Krankenhäuser aufgrund dessen Verluste schreiben. Somit ergibt sich für Krankenhäuser insbesondere die Notwendigkeit, Rationalisierungsmaßnahmen

¹⁵⁰ Vgl. Statistisches Bundesamt (2015c), S. 1f.

¹⁵¹ Vgl. Statistisches Bundesamt (2015c), S. 2.

¹⁵² Vgl. Hildebrandt, S. (2015), Experteninterview A, Teil 1.

¹⁵³ Vgl. Statistisches Bundesamt (2013), S. 17; Statistisches Bundesamt (2015b), S. 17.

¹⁵⁴ Vgl. Statistisches Bundesamt (2015a), S. 26.

vorzunehmen, um die anfallenden Kosten z.B. über die Optimierung von Betriebsabläufen zu senken.¹⁵⁵ Insofern die Potentiale eines Krankenhauses ausgeschöpft sind und erforderliche Kosteneinsparungen zur Deckung der anfallenden Betriebskosten dennoch nicht erreicht wurden, können sich als weitere Folgen einer unzureichenden Betriebskostenfinanzierung etwa Gehaltskürzungen oder der Abbau von Personalstellen ergeben.¹⁵⁶ Vor dem Hintergrund der defizitären Investitionsförderung ergibt sich ferner die Konsequenz, dass bestehende Investitionslücken von vornherein nicht aus Überschüssen finanziert werden können.

Zudem bietet die Krankenhausvergütung über das DRG-Fallpauschalensystem tendenziell verschiedene wirtschaftliche Anreize, welche einer patientenorientierten Versorgung ebenfalls entgegenwirken können.¹⁵⁷ Exemplarisch sei hier etwa der Anreiz genannt, Patienten nach einer möglichst geringen Verweildauer und einem damit einhergehenden geringen Ressourcenaufwand zu entlassen¹⁵⁸ oder durch eine stetige Steigerung der Fallzahlen zusätzliche Umsätze zu generieren.¹⁵⁹ In Bezug auf die Behandlungsqualität besteht somit das Risiko, dass medizinisch nicht notwendige Behandlungen durchgeführt oder dass Patienten trotz eines weiteren stationären Behandlungsbedarfs aus Kostengründen vorzeitig aus dem Krankenhaus entlassen werden.

Auf einige unerwünschte Anreizwirkungen wurde bereits von gesetzgeberischer Seite mit der Einführung verschiedener Regulierungsmechanismen reagiert.¹⁶⁰ So hat ein Krankenhaus z.B. Abschläge von der DRG-Fallpauschale hinzunehmen, wenn eine festgelegte untere Grenzverweildauer unterschritten wird. Ferner wurden zur Regulierung der Mengenausweitung gemäß § 4 Abs. 2a KHEntgG Mehrleistungsabschläge eingeführt, sodass ein Krankenhaus auch hier nicht den vollen Betrag der Fallpauschale erhält, wenn die erbrachten Leistungen oberhalb der mit den Krankenkassen vorab vereinbarten Leistungsmengen liegen. Grundsätzlich können diese Regulierungsmechanismen, welche in erster Linie der Patientensicherheit dienen, das Finanzierungsdefizit auf der Betriebskostenseite eines Krankenhauses weiter verstärken. So haben Krankenhäuser Vergütungsabschläge z.B. auch dann hinzunehmen, wenn Mehrleistungen aus medizinischer

¹⁵⁵ Vgl. Mormann, J. (2004), S. 102.

¹⁵⁶ Vgl. Imdahl, H., Heubel, F. (2015), S. 108.

¹⁵⁷ Vgl. Thomas, D. et al. (2014), S. 14.

¹⁵⁸ Vgl. Imdahl, H., Heubel, F. (2015), S. 106.

¹⁵⁹ Vgl. Thomas, D. et al. (2014), S. 17.

¹⁶⁰ Vgl. Thomas, D. et al. (2014), S. 20.

Notwendigkeit unumgänglich sind, oder wenn Leistungsausweitungen zur Anpassung an den medizinischen Fortschritt vorgenommen werden.¹⁶¹

Mit dem KHSG strebt die Politik insbesondere eine nachhaltige Sicherung der Betriebskostenfinanzierung an, um darüber die Versorgungsqualität für Patienten weiter zu verbessern.¹⁶² So werden den Krankenhäusern beispielsweise Anreize zur Erhöhung qualitativer Leistungsstandards gesetzt, indem die Fallpauschale zukünftig durch Zuschläge für besonders gute Behandlungsqualitäten, aber auch durch Abschläge für unzureichende Qualität ergänzt wird. Um den Anreiz der Mengensteigerung weiter zu senken, werden mengenbezogene Kostenvorteile nicht mehr auf Landesebene über den Landesbasisfallwert, sondern krankenhaushausindividuell bei der Budgetverhandlung mindernd angerechnet.¹⁶³ Daneben soll z.B. durch die Einrichtung eines Pflegestellen-Förderprogramms die unmittelbare pflegerische Patientenversorgung gestärkt werden.¹⁶⁴ Um die zusätzlich geschaffenen Pflegestellen nachhaltig zu sichern, berücksichtigt die neue Reform zudem eine anteilige Tarifikostenrefinanzierung sowie eine Unterstützung der Personalkostenfinanzierung durch die Einrichtung eines Pflegezuschlags.¹⁶⁵

Die unzureichende Investitionskostenfinanzierung, welche als maßgebliche Ursache bestehender Finanzierungsdefizite anzusehen ist¹⁶⁶, wird hingegen auch mit der neuen Krankenhausreform nicht gelöst. Zu berücksichtigen ist zudem, dass aufgrund einer defizitären Investitionskostenfinanzierung neben den erwerbswirtschaftlich ausgerichteten privaten Krankenhausträgern auch öffentliche und freigemeinnützige Träger hinsichtlich ihrer Existenzsicherung eine Rendite zu erwirtschaften haben, sodass auch dem eigentlichen Ziel der Bedarfsdeckung ein veränderter Stellenwert zukommt.¹⁶⁷

Die Gesamtheit der in diesem Kapitel aufgezeigten Finanzierungsdefizite des deutschen Krankenhauswesens verdeutlichen, dass der gesetzliche Grundsatz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser gemäß § 4 KHG, der eine klare Trennung der Finanzierung des laufenden Geschäftsbetriebes einerseits und der für den Krankenhausbetrieb notwendigen Infrastruktur andererseits vorsieht, in

¹⁶¹ Vgl. § 4 Abs. 2a KHEntgG.

¹⁶² Vgl. BT-Drs. 18/6586 (2015), S. 2.

¹⁶³ Vgl. BT-Drs. 18/6586 (2015), S. 106.

¹⁶⁴ Vgl. BT-Drs. 18/6586 (2015), S. 89.

¹⁶⁵ Vgl. BT-Drs. 18/6586 (2015), S. 93.

¹⁶⁶ Vgl. Hildebrandt, S. (2015), Experteninterview A, Teil 1; BDO, DKI (2015), S. 33.

¹⁶⁷ Vgl. Sonntag, A. (2008), S. 185.

der Praxis faktisch nicht realisierbar ist. Der Weg der dualen Krankenhausfinanzierung ist daher insgesamt als idealtypisches Finanzierungsmodell anzusehen.

4 Praxisbeispiel NRW

Die zuvor dargestellten Finanzierungsdefizite geben einen Überblick über die Herausforderungen, vor denen die Gesamtheit der deutschen Krankenhäuser steht. Um die Tragweite dieser Problematik für ein einzelnes Krankenhaus abzubilden, wird die duale Krankenhausfinanzierung nachfolgend anhand eines Praxisbeispiels verdeutlicht.

4.1 Ausgangslage

Gegenstand der exemplarischen Betrachtung ist eine Fachklinik in NRW im Jahr 2014. Im angegebenen Zeitraum erhält diese Klinik im Rahmen der öffentlichen Förderung einen Pauschalbetrag für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter in Höhe von 600.000 €. ¹⁶⁸ Da in NRW, wie eingangs bereits dargestellt, die Einzelförderung durch eine Baupauschale ersetzt wurde, erhält die Klinik im Rahmen dessen einen weiteren Pauschalbetrag für förderfähige Baumaßnahmen einschließlich der notwendigen Erstausrüstung in Höhe von 400.000 €. ¹⁶⁹ Hinsichtlich der Fördermittelverwendung stehen den genannten Beträgen folgende Investitionen gegenüber¹⁷⁰:

Die Gelder der pauschalen Förderung (600.000 €) werden z.B. für Wiederbeschaffungen im Bereich der EDV-Ausstattung, neuer Betten und diverser Kleingeräte genutzt. Die Aufrechterhaltung einer modernen EDV-Ausstattung, welche z.B. die Anschaffung neuer PCs mit der entsprechenden Software beinhaltet, beansprucht hierbei bereits die Hälfte der pauschalen Fördermittel. Der ausgezahlte Pauschalbetrag reicht jedoch insgesamt aus, um die Kosten, welche der Klinik in diesem Bereich summiert entstehen, zu decken.

In Bezug auf die baulichen Investitionen errichtet die Klinik aktuell einen Neubau, welcher eine Intensiv- und eine Komfortstation umfasst. Hierfür ist grundsätzlich der Förderbetrag der Baupauschale (400.000 €) zu verwenden. Die Errichtung des Neubaus erstreckt sich insgesamt über einen Zeitraum von 3 Jahren; die gesamten Kosten für das Bauprojekt betragen rund 12,5 Mio. €. Da im Rahmen der öffentlichen Förderung lediglich die für einen Krankenhausbetrieb unerlässlich-

¹⁶⁸ Vgl. Hildebrandt, S. (2016), Experteninterview B, Teil 2.

¹⁶⁹ Vgl. ebd.

¹⁷⁰ Vgl. ebd.

chen Investitionen zu fördern sind, ist der Teil der Komfortstation nicht förderfähig, der das Maß der Notwendigkeit hinsichtlich der besonderen Ausstattung überschreitet. Insgesamt sind für die Komfortstation Kosten in Höhe von 5,6 Mio. € veranschlagt. Eine Normalstation gleicher Größe würde etwa 4 Mio. € kosten. Es ergibt sich somit ein Betrag in Höhe von 1,6 Mio. €, der im Rahmen des Bauprojektes von der öffentlichen Förderung ausgeschlossen ist.

Im Folgenden werden die förderfähigen 10,9 Mio. € sowie die nicht förderfähigen 1,6 Mio. € des Projektes einfachheitshalber gleichmäßig auf die 3 Jahre der Projektlaufzeit verteilt, um die Höhe der jährlichen Errichtungskosten und die damit verbundene Investitionslücke zu errechnen. Der Klinik entstehen demnach Kosten von rund 3,633 Mio. € p.a. für förderfähige Maßnahmen sowie Kosten von rund 533.000 € p.a., welche von der Förderung ausgeschlossen sind. Abzüglich der Baupauschale in Höhe von 400.000 € für das Jahr 2014 entsteht der Klinik damit im selben Jahr eine Investitionslücke in Höhe von insgesamt rund 3,766 Mio. €. Eben dieser Anteil ist folglich über andere Wege zu finanzieren, so z.B. aus Überschüssen, die über Leistungsentgelte erzielt werden.

Eine Gegenüberstellung der Erlöse und Aufwendungen auf der Betriebskosten- seite der Fachklinik zeigt, dass diese im Jahr 2014 einen Jahresüberschuss erzielen konnte. So wurden im betrachteten Zeitraum insgesamt Erlöse in Höhe von rund 38,61 Mio. € erzielt.¹⁷¹ Diese setzen sich aus DRG-Erlösen für allgemeine Krankenhausleistungen (rd. 88%), aus Einnahmen der ambulanten Krankenhausleistungen (rd. 0,2%) sowie aus Einnahmen im Bereich Wahlleistungen (rd. 4%) und aus sonstigen Leistungen (rd. 7%), worunter z.B. die externe Leistungserbringung (Laborbetrieb etc.) fällt, zusammen.¹⁷² Demgegenüber stehen Betriebsaufwendungen in Höhe von insgesamt 36,3 Mio. €. ¹⁷³ Hier entfallen rund 59% der Aufwendungen auf das Personal sowie weitere 31% auf die Finanzierung von Sachkosten, wozu u.a. die Anschaffung von Verbrauchs- und Gebrauchsgütern oder der Einkauf externer Dienstleistungen (z.B. Reinigung, Wirtschaftsprüfer etc.) zählt. Daneben sind die pflegesatzfähigen Instandhaltungskosten (rd. 4%) und sonstige Aufwendungen (z.B. Abschreibungen etc.) mit rund 6% zu berücksichtigen.¹⁷⁴

¹⁷¹ Vgl. Hildebrandt, S. (2016), Experteninterview B, Teil 1.

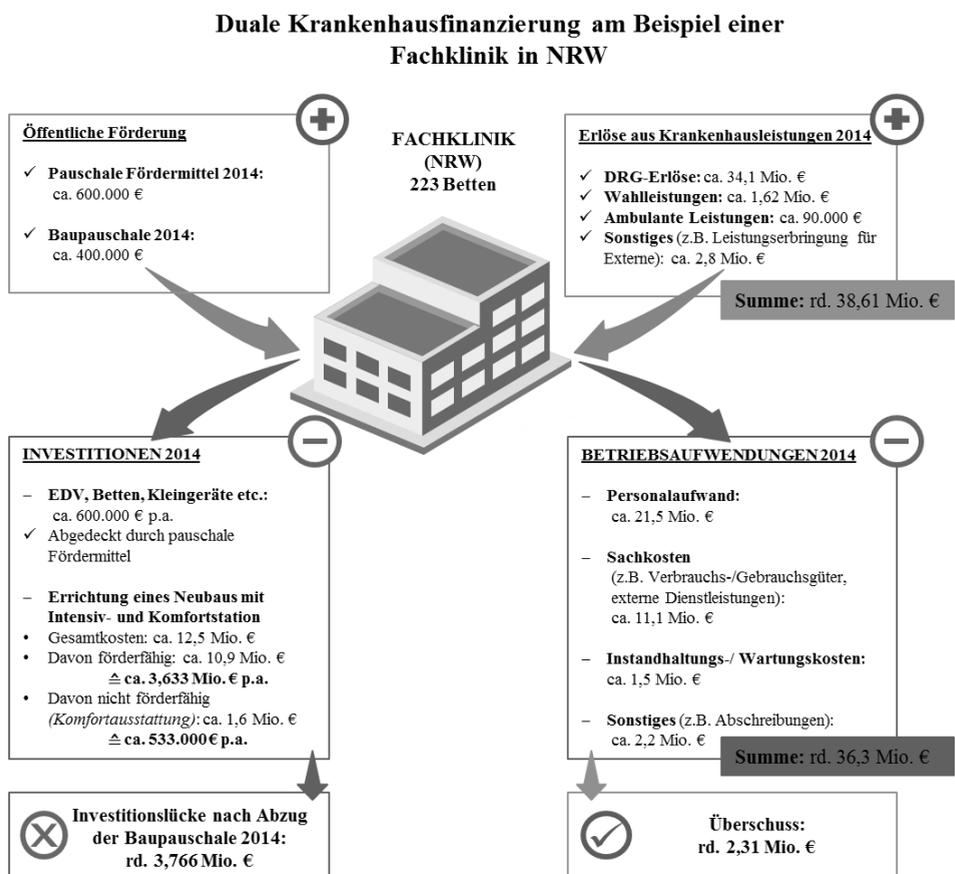
¹⁷² Vgl. ebd.

¹⁷³ Vgl. ebd.

¹⁷⁴ Vgl. ebd.

Die abgebildete Finanzanalyse lässt erkennen, dass die defizitäre Investitionsförderung über die Bundesländer auch für diese Klinik eine weitaus größere Herausforderung darstellt, als die Schwierigkeit, die Kostensteigerungen auf der Betriebskostenseite über die erwirtschafteten Erlöse aufzufangen.¹⁷⁵ Die nachfolgende Abbildung 11 gibt einen bildlichen Überblick über den zuvor dargestellten Sachverhalt.

Abbildung 11: Duale Finanzierung am Beispiel einer Fachklinik in NRW



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Hildebrandt, S. (2016), Experteninterview B, Teil 1 u. 2.

¹⁷⁵ Vgl. Hildebrandt, S. (2016), Experteninterview B, Teil 5.

Zum einen zeigt sich, dass die jährlichen Errichtungskosten des Neubaus die Summe der über die Baupauschale bereitgestellten Fördermittel bei weitem übersteigt. Zudem reicht auch der von der Klinik erwirtschaftete Jahresüberschuss (rd. 2,31 Mio. €) nicht aus, um die jährliche Investitionslücke in Höhe von rund 3,766 Mio. € zu schließen.

Im konkreten Beispiel der Fachklinik ergibt sich dennoch, dass der verbleibende Investitionsanteil gänzlich aus den Eigenmitteln der Klinik getragen werden kann, welches mit der insgesamt positiven Finanzaufstellung der Klinik (z.B. durch Gewinnrücklagen) zu begründen ist.¹⁷⁶ In Hinsicht auf die Gesamtheit der Krankenhäuser ist dieser Weg jedoch nicht als repräsentative Finanzierungslösung anzusehen. Eine Finanzierung aus Eigenmitteln stellt insbesondere bei Investitionen hoher Größenordnungen eher eine Ausnahme dar.¹⁷⁷

4.2 Chancen und Risiken der Finanzierung über die Baupauschale

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, inwieweit der Übergang von der klassischen Einzelförderung zur Baupauschale für ein Krankenhaus von Vorteil ist.

So besteht im Rahmen der projektbezogenen Einzelförderung für ein Krankenhaus die Möglichkeit, die förderfähigen Kosten des Bauprojektes vollumfänglich zu beantragen, während mit den Baupauschalen angesichts ihrer Größenordnungen lediglich Bruchteile größerer Investitionen abgedeckt werden können. Zudem ist zu berücksichtigen, dass die Berechnung der Baupauschale zum einen an die Leistungsdaten eines Krankenhauses anknüpft und zum anderen von der Haushaltslage des jeweiligen Landes abhängt. Je geringer die Einnahmen eines Krankenhauses sind, desto niedriger fällt somit auch die leistungsorientierte Investitionspauschale aus. Demnach kann es insbesondere für kleinere Krankenhäuser problematisch sein, mit den Zuwendungen der Baupauschale zu investieren.¹⁷⁸ Hieraus ergibt sich wiederum grundsätzlich das Risiko, dass notwendige Investitionen entweder ausbleiben oder dass Krankenhäuser, die trotz der defizitären Förderung investieren, Verluste schreiben.¹⁷⁹

¹⁷⁶ Vgl. Hildebrandt, S. (2016), Experteninterview B, Teil 3.

¹⁷⁷ Vgl. Hildebrandt, S. (2016), Experteninterview B, Teil 3.

¹⁷⁸ Vgl. Hildebrandt, S. (2016), Experteninterview B, Teil 4.

¹⁷⁹ Vgl. Hildebrandt, S. (2016), Experteninterview B, Teil 4, Teil 5.

Dennoch bietet die Baupauschale gegenüber der Einzelförderung gewisse Vorteile. So sind für ein Krankenhaus mit der Einzelförderung zumeist langwierige Antrags-, Prüfungs-, und Bewilligungsverfahren verbunden.¹⁸⁰ Anders wird die Baupauschale grundsätzlich jedem Krankenhaus des entsprechenden Bundeslandes bereitgestellt, sodass hier der Nachweis eines konkreten Bedarfs für den Erhalt der Fördermittel nicht erforderlich ist. Da die Krankenhäuser mit dem ausgezahlten Betrag im Rahmen der Zweckbindung frei wirtschaften können, ergibt dies für sie die Chance, eigenverantwortliche Investitionsentscheidungen auf unbürokratischen Wegen zu treffen. Die Baupauschale erhöht somit den unternehmerischen Freiheitsgrad und bietet zudem die Möglichkeit, geplante Bauprojekte ohne lange Wartezeiten zu realisieren.¹⁸¹ Letzterer Aspekt spielt v.a. im Rahmen der qualitätsorientierten Patientenversorgung eine wichtige Rolle, da baulich oder technisch überholte Einrichtungen hierüber zeitnah ersetzt werden können. Insofern die jährlich bewilligte Baupauschale für eine geplante Investitionsmaßnahme ausreicht, können anfallende Kosten direkt über die ausgezahlten pauschalen Mittel beglichen werden. Allerdings ist in der Praxis nicht davon auszugehen, dass eine vollständige Finanzierung mittel- und langfristiger Investitionen über die jährlichen Pauschalmittel erfolgen kann.

In diesem Fall ergibt sich über die Regelungen der Baupauschale für ein Krankenhaus weitergehend die Möglichkeit, Fördermittel von anderen förderungsberechtigten Krankenhäusern desselben Bundeslandes zu erhalten. Diese Regelung bietet insbesondere Klinikkonzernen oder Krankenhausverbänden die Chance, zusätzliche Zuwendungen zu erhalten. So ist auch in der Praxis zu beobachten, dass Krankenhäuser von dieser erhöhten Flexibilität profitieren.¹⁸² Falls die Summe vorhandener Fördermittel dennoch nicht ausreicht, um eine Investition vollumfänglich zu finanzieren, können zur Finanzierung des übrigen Anteils eigene Liquiditätsreserven eingesetzt werden. Darüber hinaus besteht hinsichtlich der Verwendung der Investitionspauschale jedoch auch die Möglichkeit, die gewährten Mittel zur Finanzierung von Krediten einzusetzen.

Aufgrund dieser Möglichkeit wird im Folgenden exemplarisch eine Investitionsrechnung auf der Basis der Annuitätenmethode durchgeführt. Kennzeichnend für ein Annuitätendarlehen ist eine für den Kreditnehmer periodisch konstante Rückzahlungsrate.¹⁸³ Die gleichbleibenden Raten (Annuität) setzen sich hierbei aus

¹⁸⁰ Vgl. Hildebrandt, S. (2016), Experteninterview B, Teil 4.

¹⁸¹ Vgl. ebd.

¹⁸² Vgl. Hildebrandt, S. (2016), Experteninterview B, Teil 4.

¹⁸³ Vgl. Zantow, R., Dinauer, J. (2011), S. 195.

einem Zins- und einem Tilgungsanteil zusammen, wobei der erhaltende Tilgungsanteil im Laufe der Perioden steigt und der Zinsanteil entsprechend sinkt.¹⁸⁴ In Anlehnung an das Praxisbeispiel soll hier der vollumfängliche Betrag von 12,5 Mio. mit einer Laufzeit von 20 Jahren über ein Kreditinstitut finanziert werden. Da sich die Höhe der zu zahlenden Zinsen nach dem Risiko eines Kreditausfalls richtet, sind für die Festlegung des Zinssatzes sowohl die Bonität eines Unternehmens, als auch die der Bank gestellten Sicherheiten zu berücksichtigen.¹⁸⁵ Kreditkonditionen können daher sehr unterschiedlich ausfallen: Je besser die wirtschaftlichen Verhältnisse eines Unternehmens und je werthaltiger die gestellten Sicherheiten sind, desto niedriger ist der sich ergebende Zinssatz.¹⁸⁶ Für kommunale und soziale Unternehmen liegt der derzeitige Zinssatz bei ausgezeichneter Bonität und einer hohen werthaltigen Sicherung bei 2,85%.¹⁸⁷ Dieser Zinssatz wird der folgenden Berechnung zu Grunde gelegt.

Um die Annuität des Darlehens zu ermitteln, ist zunächst der Darlehensbetrag mit dem Annuitätenfaktor zu multiplizieren.¹⁸⁸ Bei einem Darlehensbetrag in Höhe von 12,5 Mio. € und einem festgeschriebenen Zinssatz von 2,85% ergibt sich bei einer Laufzeit von 20 Jahren eine jährliche Annuität von 828.587,58 €. ¹⁸⁹ Der Zinsanteil einer Periode errechnet sich durch die jeweilige Multiplikation der jährlichen Restschuld mit dem festgelegten Zinssatz von 2,85%.¹⁹⁰ Der jeweilige Tilgungsbetrag ergibt sich aus der Subtraktion der ermittelten Annuitätenrate und dem jährlichen Zinsanteil.¹⁹¹ Der jährliche neu zu ermittelnde Kreditsaldo mindert sich schließlich um den jeweiligen Tilgungsbetrag der Vorperiode.¹⁹² Tabelle 4 zeigt einen Auszug aus dem Zins- und Tilgungsplan des exemplarischen Annuitätendarlehens.

¹⁸⁴ Vgl. Zantow, R., Dinauer, J. (2011), S. 464.

¹⁸⁵ Vgl. KfW (2014).

¹⁸⁶ Vgl. ebd.

¹⁸⁷ Vgl. KfW (2016).

¹⁸⁸ Vgl. Zantow, R., Dinauer, J. (2011), S. 194.

¹⁸⁹ Quelle: Eigene Berechnung, vgl. Anhang D, Teil 2.

¹⁹⁰ Vgl. Zantow, R., Dinauer, J. (2011), S. 565.

¹⁹¹ Vgl. ebd.

¹⁹² Vgl. ebd.

Tabelle 4: Zins- und Tilgungsplan Annuitätendarlehen (Auszug)

Zins- und Tilgungsplan Annuitätendarlehen					
Jahr	Schuldenstand Vorjahr	Ratenzahlungen	davon Zinsen	davon Tilgung	Schuldenstand Jahresende
1	12.500.000,00	828.587,58	356.250,00	472.337,58	12.027.662,42
2	12.027.662,42	828.587,58	342.788,38	485.799,20	11.541.863,23
3	11.541.863,23	828.587,58	328.943,10	499.644,47	11.042.218,75
(...)					
18	2.350.527,80	828.587,58	66.990,04	761.597,53	1.588.930,26
19	1.588.930,26	828.587,58	45.284,51	783.303,06	805.627,20
20	805.627,20	828.587,58	22.960,38	805.627,20	0
Summe	12.500.000,00	16.571.751,52	4.071.751,52	12.500.000,00	0,00

Quelle: Eigene Berechnung, vollumfängliche Tabelle in Anhang D, Teil 3.

Durch die gesetzlichen Bestimmungen zur Verwendung der Baupauschale kann der ausgezahlte Förderbetrag von 400.000 € zur Tilgung der jährlichen Rate in Höhe von 828.587,58 € eingesetzt werden. Damit verbleibt weiterhin ein Anteil von 428.587,58 € p.a., welcher aus Eigenmitteln des Krankenhauses zu tragen ist. Zu bedenken ist somit, dass die Liquidität eines Krankenhauses in diesem Fall durch die Inanspruchnahme einer Fremdfinanzierung in den Folgejahren belastet wird.

Zu berücksichtigen ist zudem, dass der konkrete Förderbetrag in Höhe von 400.000 € lediglich für ein Jahr bekannt ist. Zwar besteht hinsichtlich der grundlegenden Verfügbarkeit von Finanzmitteln über die Baupauschale tendenziell eine Sicherheit bei der Planung der Investitionskostenfinanzierung. Da der Betrag der Baupauschale jedoch leistungsorientiert und haushaltsabhängig jährlich neu festgelegt wird, kann von einer konstanten Fördermittelhöhe in den Folgejahren zunächst nicht sicher ausgegangen werden. Der von dem Krankenhaus über eigene Liquiditätsreserven zu finanzierende Anteil kann somit positiv oder

negativ variieren. Die hiermit verbundenen fehlenden Sicherheiten spielen auch in der Praxis hinsichtlich der Kreditvergabe über die Banken eine Rolle.¹⁹³ So können sich fehlende Sicherheiten, wie bereits erwähnt, beispielsweise negativ auf die Kreditkonditionen auswirken. Der zu zahlende Zinsaufwand würde sich damit für das Krankenhaus erhöhen, woraus wiederum ein Anstieg der Annuitätenraten resultiert.

Grundsätzlich denkbar ist jedoch auch ein Szenario, in dem die Annuität eines Investitionsdarlehens mit der jährlich ausgezahlten Baupauschale identisch ist, sodass dem Krankenhaus hinsichtlich der Bedienung des Kredites keine liquiditätsmäßigen Belastungen entstehen.

Ferner ist zu bedenken, dass durch die langfristige Tilgungszeit des Darlehens grundsätzlich auch die zur Verfügung stehenden Mittel der Baupauschale über den entsprechenden Zeitraum an die Finanzierung von Zinsaufwendungen und Tilgungsleistungen gebunden sind. Zwar ist die Baupauschale nicht zwingend über die gesamte Laufzeit für die Tilgung des Darlehens einzusetzen, jedoch hat die Kreditbedienung ansonsten gänzlich aus Eigenmitteln eines Krankenhauses zu erfolgen. Da davon auszugehen ist, dass ein Krankenhaus innerhalb eines mehrjährigen Zeitraumes verschiedene Investitionen zu tragen hat, besteht mit der Bindung an langfristige Investitionsdarlehen wiederum das Risiko, dass anderweitige, notwendige oder innovative Investitionen ausbleiben.¹⁹⁴

Es wird ersichtlich, dass die Investitionskostenfinanzierung über die Baupauschale Krankenhäusern eine grundlegende Chance unternehmerischen Handelns eröffnet, welche mit einer Finanzierung über die Einzelförderung grundsätzlich nicht gegeben ist. Eine nachhaltige wirtschaftliche Sicherung der Investitionskostenfinanzierung über die Bundesländer kann hingegen auch über diese Finanzierungsalternative nicht gewährleistet werden.

¹⁹³ Vgl. Hildebrandt, S. (2016), Experteninterview B, Teil 3.

¹⁹⁴ Vgl. Hildebrandt, S. (2016), Experteninterview B, Teil 2.

5 Lösungsansätze zur Kompensation bestehender Finanzierungsdefizite

Die Gesamtheit bestehender Finanzierungsdefizite wird auch mit der neuen Krankenhausreform nicht nachhaltig gelöst. So ist insbesondere vor dem Hintergrund angespannter Haushaltslagen der Bundesländer auch in den nächsten Jahren nicht davon auszugehen, dass sich wesentliche Verbesserungen im Rahmen der öffentlichen Fördermittelbereitstellung ergeben werden. Die Krankenhäuser sind daher gefordert, anderweitige Maßnahmen zur Kompensation bestehender Finanzierungsdefizite zu ergreifen, um ihre Wettbewerbsfähigkeit und damit ihre Existenz abzusichern und um den Patienten eine optimale Behandlungsqualität gewährleisten zu können. Im Folgenden wird eine Auswahl möglicher Maßnahmen mit ihren jeweiligen Chancen und Risiken betrachtet.

5.1 Chancen und Risiken von Optimierungsmaßnahmen

Die Umsetzungsmöglichkeiten von Optimierungsmaßnahmen erstrecken sich im Krankenhauswesen grundsätzlich auf sämtliche Bereiche. So können z.B. Aufbau- und Ablauforganisationen von den direkten klinischen Leistungsbereichen, über die Funktionsdienste bis hin zur Krankenhausverwaltung optimiert werden. Die inhaltliche Ausrichtung kann dabei etwa eine Anpassung der Personalstruktur, eine Optimierung der Infrastruktur oder des medizinischen Leistungsspektrums fokussieren.

Ein zentraler Ansatzpunkt hinsichtlich diverser Optimierungsmaßnahmen besteht in der Prozessoptimierung. Hierunter sind sämtliche Maßnahmen zu verstehen, die ein Unternehmen durchführt, um eine bestmögliche Gestaltung betrieblicher Abläufe zu erreichen.¹⁹⁵ Ziel ist es, die Leistungserstellung qualitativ hochwertig und zugleich wirtschaftlich zu gestalten. Hierbei sind insbesondere die Zielgrößen der Zeit, Kosten und Qualität aufeinander abzustimmen, sodass eine hohe Qualität auf zeit- und kosteneffizientem Weg erbracht werden kann.¹⁹⁶ Zudem sind die Prozesse an Kundenbedürfnissen auszurichten, sodass die Kriterien der Innovationsfähigkeit bzw. der Kundenzufriedenheit als weitere Zielgrößen zu berücksichtigen sind.¹⁹⁷

¹⁹⁵ Vgl. Greiling, M. (2004), S. 17.

¹⁹⁶ Vgl. Greiling, M. (2004), S. 15.

¹⁹⁷ Vgl. Greiling, M. (2004), S. 18.

Auch im Krankenhauswesen besteht aufgrund der zuvor geschilderten Herausforderungen zunehmend die Notwendigkeit, moderne Management- und Organisationstechniken einzusetzen und betriebswirtschaftliche Methoden anzuwenden.¹⁹⁸ Zudem wird diese Notwendigkeit aufgrund gegenwärtiger Gesetzesnovellierungen weiter an Bedeutung gewinnen: Zum einen werden die Möglichkeiten der Mengenausweitung durch gesundheitspolitische Regulierungen weiter eingeschränkt¹⁹⁹, zum anderen besteht zukünftig die Chance, über die Etablierung qualitativ hochwertiger Behandlungsstandards Qualitätszuschläge zu erzielen. Auch in Anbetracht der unzureichenden Investitionsförderung und der damit einhergehenden Notwendigkeit, die Ertragskraft eines Krankenhauses zu stärken, sind die Potentiale von Optimierungsmaßnahmen verstärkt zu nutzen.

Nachfolgend werden die Möglichkeiten einer Ausweitung von Wahlleistungsangeboten und einer Optimierung von Ablaufprozessen näher betrachtet.

5.1.1 Ausweitung des Wahlleistungsangebotes

Wie im Rahmen dieser Arbeit bereits dargestellt, handelt es sich bei Wahlleistungen um stationäre Krankenhausleistungen, die über den individuell zu bestimmenden Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkassen hinausgehen. Diese Mehrleistungen werden auf den Wunsch eines Patienten veranlasst und sind daher auch von diesem selbst bzw. über seine private Krankenversicherung zu finanzieren. Über das Angebot von Wahlleistungen bietet sich einem Krankenhaus somit die Chance zusätzliche Einnahmequellen zu generieren und darüber Umsatzsteigerungen außerhalb des engen Budgetrahmens zu erreichen. Zudem können über die Berücksichtigung individueller Patientenbedürfnisse zugleich die Innovationsfähigkeit eines Krankenhauses sowie die Patientenzufriedenheit nachhaltig gesteigert werden.²⁰⁰

Grundsätzlich ist im Bereich eines Wahlleistungsangebotes zwischen medizinischen und nicht-medizinischen Zusatzleistungen zu unterscheiden. Während den klassischen Wahlleistungen im medizinischen Bereich in erster Linie die wahlärztliche Behandlung durch einen Chef- oder liquidationsberechtigten Arzt zuzuordnen ist, steht im Bereich der nicht-medizinischen Wahlleistung die geson-

¹⁹⁸ Vgl. Greiling, M. (2004), S. 15.

¹⁹⁹ Vgl. Hildebrandt, S. (2015), Experteninterview A, Teil 1.

²⁰⁰ Vgl. Hildebrandt, S. (2016), Experteninterview C, Teil 1.

derte Unterkunft mit einer Unterbringung des Patienten in einem Ein- bzw. Zweibettzimmer im Vordergrund.²⁰¹ Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, die klassischen Zusatzleistungen durch eine Vielzahl weiterer Maßnahmen zu ergänzen.²⁰² So kann ein Krankenhaus innerhalb der medizinischen Wahlleistungen z.B. verschiedene weitere Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten außerhalb der allgemeinen medizinischen Krankenhausleistungen anbieten. Hierbei kann es sich etwa um Leistungen handeln, die zwar anlässlich einer medizinisch indizierten Krankenhausbehandlung erbracht, zur medizinischen Behandlung eines Patienten jedoch nicht zwingend notwendig sind.²⁰³ Darunter fallen u.a. verschiedene Formen individueller Gesundheitsleistungen (z.B. Gesundheitsschecks, zusätzliche diagnostische Maßnahmen) sowie ein Angebot diverser gesundheitsfördernder Maßnahmen (z.B. Massagen). Auch Leistungen, die im Rahmen einer indizierten Krankenhausbehandlung von der Standardbehandlung bei der betreffenden Indikation abweichen (z.B. innovative Behandlungsformen, höhere Qualität von Implantaten etc.), sind als Alternativleistungen im Rahmen des Wahlleistungsangebotes zu berücksichtigen.²⁰⁴

Im Bereich nicht-medizinischer Wahlleistungen kann die klassische Zusatzleistung der gesonderten Unterbringung krankenhausesindividuell mit diversen zusätzlichen Komfortelementen verbunden sein. Die Komfortelemente können sich dabei auf eine besondere Zimmerausstattung oder auf das Angebot verschiedener Serviceleistungen beziehen.²⁰⁵ Hinsichtlich bevorzugter Zimmerausstattungen ergibt sich etwa die Möglichkeit, dem Patienten ein Zimmer mit Balkon oder Terrasse, einer überdurchschnittlichen sanitären Ausstattung, einem Komfortbett oder einer multimedialen Ausstattung (z.B. Telefon, Internet, Fernseher etc.) zur Verfügung zu stellen. Besondere Serviceleistungen können z.B. eine Zusatzverpflegung, das Angebot einer Tageszeitung, einen Wäscheservice oder sonstige persönliche Servicedienste des Krankenhauses umfassen.

Aufgrund der gesonderten Berechnung von Wahlleistungen haben Krankenhäuser hinsichtlich der Preis- und Mengengestaltung, anders als im Fall der allge-

²⁰¹ Vgl. Hildebrandt, S. (2016), Experteninterview C, Teil 1.

²⁰² Vgl. ebd.

²⁰³ Vgl. ebd.

²⁰⁴ Vgl. ebd.

²⁰⁵ Vgl. ebd.

meinen Krankenhausleistungen, grundsätzlich eine umfangreiche Handlungsfreiheit.²⁰⁶ Dennoch ist bei der Kalkulation der Preise das Postulat der Angemessenheit zu bewahren, sodass sich die Berechnung wahlärztlicher Leistungen nach der Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ), die der nicht-medizinischen Wahlleistungsangebote nach der gemeinsamen Preisempfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Verband der Privaten Krankenversicherung zu richten hat.²⁰⁷ Die konkrete Entgelthöhe, die das Krankenhaus für seine Zusatzleistungen beziehen darf, wird schließlich in Anlehnung an die Preisempfehlung mit den Privaten Krankenversicherungen verhandelt.²⁰⁸ Für Krankenhäuser gilt es somit, zur bestmöglichen Erlösoptimierung vorhandene Wahlleistungspotentiale umfassend zu nutzen und kontinuierlich weitere Ideen zur Verbesserung des Angebotes zu entwickeln. Neben den nicht-medizinischen Angeboten ist dabei stets auch das Chefarzt-Angebot zu berücksichtigen, da die Reputation vorhandener Ärzte ebenfalls eine entscheidende Rolle für die Krankenhauswahl seitens der Patienten spielt.²⁰⁹

Die Höhe der zu erwartenden Umsatzsteigerung ergibt sich schließlich nicht nur aus einer vielfältigen Angebotsausgestaltung, sondern auch in Abhängigkeit verschiedener weiterer Faktoren. Hierzu zählt zunächst die Inanspruchnahme des Wahlleistungsangebotes über die Patienten sowie eine Fallzahlsteigerung, welche sich aufgrund innovativer Angebote ergibt.²¹⁰ Auch die Auslastung entsprechender Komfortzimmer bzw. -stationen spielt hierbei eine zentrale Rolle.²¹¹ Zudem ist die Kaufkraft der Einwohner eines Gebietes zu berücksichtigen, welche die Inanspruchnahme ebenfalls beeinflusst und somit regionale Unterschiede hinsichtlich der Erlössteigerung bedingt.²¹² Obwohl der exakte Wert der Erlösoptimierung somit nicht pauschal für die Gesamtheit der Krankenhäuser vorhergesagt werden kann, seien die grundsätzlich zu erreichenden Erfolgspotentiale nachfolgend anhand eines Projektbeispiels dargestellt.

²⁰⁶ Vgl. Hildebrandt, S. (2016), Experteninterview C, Teil 1.

²⁰⁷ Vgl. ebd.

²⁰⁸ Vgl. ebd.

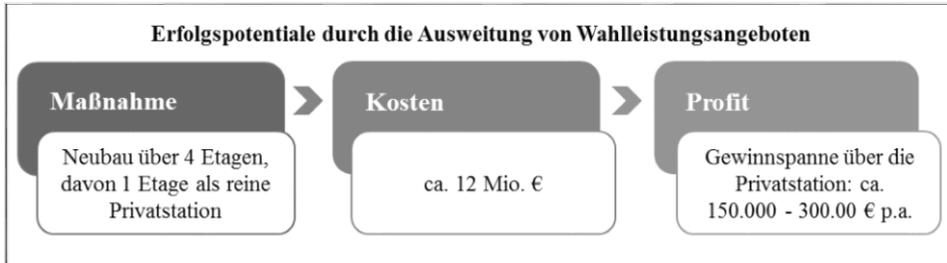
²⁰⁹ Vgl. ebd.

²¹⁰ Vgl. ebd.

²¹¹ Vgl. ebd.

²¹² Vgl. ebd.

Abbildung 12: Erfolgspotentiale durch die Ausweitung von Wahlleistungsangeboten



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Hildebrandt, S. (2016), Experteninterview C, Teil 1.

Das in Abbildung 12 dargestellte Beispiel bezieht sich auf ein Krankenhaus, welches einen Neubau über 4 Etagen plant. Bei der Errichtung des Gebäudes soll eine Etage als reine Privatstation berücksichtigt werden. Hinsichtlich der Baukosten ist insgesamt mit einer Summe von etwa 12 Mio. € zu rechnen. Die zu erwartende Gewinnspanne, die sich über die zusätzlichen Einnahmen der Privatstation generieren lässt, wurde in diesem Beispiel mit einem Betrag zwischen 150.000 € und 300.000 € p.a. kalkuliert.

Es zeigt sich, dass mit einer Ausweitung des Wahlleistungsangebotes für ein Krankenhaus die Chance besteht, die Patientenzufriedenheit nachhaltig zu steigern und gleichzeitig Mehrerlöse zu generieren. Allerdings ist zu bedenken, dass es sich bei der Gesamtheit der Anschaffungen, welche für die Umsetzung von Wahlleistungsangeboten erforderlich sind, um nicht förderfähige Investitionen handelt. Folglich sind diese grundsätzlich aus den Eigenmitteln eines Krankenhauses zu finanzieren. In der Praxis zeigt sich zudem, dass sich die Zusatzangebote in den Bereichen Service und Verpflegung aufgrund von Investitionen in erforderliches Material und Personal gerade kostendeckend gestalten.²¹³ Somit ist die Ausweitung des Wahlleistungsangebotes insbesondere für freigemeinnützige und öffentlich-rechtliche Krankenhäuser oft mit umfangreichen Investitionen in das Krankenhausgebäude verbunden, um über komfortable Zimmer und besondere Ausstattungen nennenswerte Mehrerlöse erzielen zu können.²¹⁴ Obwohl damit gleichzeitig das Risiko besteht, dass sich ein Krankenhaus zur Realisierung

²¹³ Vgl. Hildebrandt, S. (2016), Experteninterview C, Teil 1.

²¹⁴ Vgl. ebd.

der Maßnahme zunächst verschuldet und es einige Zeit in Anspruch nimmt, bis sich ein entsprechendes Projekt amortisiert, ist der Bereich der nicht-medizinischen Wahlleistungen aufgrund einer attraktiven Marktpositionierung verstärkt Beachtung zu schenken.²¹⁵ Zudem sind Wahlleistungserlöse durchaus als traditionelle zusätzliche Einnahmequelle zu sehen, welche z.B. im Fall einer Fremdfinanzierung dazu eingesetzt werden kann, die Belastungen für Zinsen und Tilgung zu tragen.²¹⁶

5.1.2 Optimierung von Ablaufprozessen

Grundsätzlich stehen in Bezug auf die allgemeine Zielsetzung einer Optimierung von Ablaufprozessen eine Erhöhung von Bearbeitungskapazitäten und eine Verringerung von Verzögerungen oder Unterbrechungen innerhalb eines Arbeitsablaufes im Vordergrund.²¹⁷ Optimierungspotentiale bestehen somit insbesondere in einer Verbesserung von Durchlaufzeiten, welche im Krankenhaus die Gesamtheit der Bearbeitungs-, Liege- und Transferzeiten beinhalten.²¹⁸ Mögliche Kosteneinsparungen lassen sich dabei in erster Linie durch die Verringerung von Bearbeitungszeiten, in denen Tätigkeiten ausgeführt werden, und Transferzeiten, in denen z.B. Informationen transportiert werden, erreichen.²¹⁹ Mit einer verbesserten Organisation von Ablaufprozessen bietet sich Krankenhäusern folglich die Möglichkeit umfassende Einsparungen auf der Betriebskostenseite über eine optimierte Auslastung personeller, technischer und räumlicher Ressourcen zu erzielen.²²⁰ Zudem kann eine Realisierung entsprechender Maßnahmen gleichzeitig eine Steigerung der Behandlungsqualität bedingen. So geht eine Optimierung des Behandlungsablaufes zugleich mit einer Minimierung organisatorischer Fehler einher, wodurch z.B. eine kürzere Verweildauer der Patienten und somit eine Erlösoptimierung bei gleichzeitiger Qualitätssteigerung erreicht werden kann.²²¹

²¹⁵ Vgl. Hildebrandt, S. (2016), Experteninterview C, Teil 1.

²¹⁶ Vgl. Hildebrandt, S. (2015), Experteninterview A, Teil 3.

²¹⁷ Vgl. Greiling, M. (2004), S. 18.

²¹⁸ Vgl. Mormann, J. (2004), S. 104.

²¹⁹ Vgl. ebd.

²²⁰ Vgl. Greiling, M. (2004), S. 16.

²²¹ Vgl. Greiling, M. (2004), S. 17.

In der Praxis sind diese Zielsetzungen über eine Vielzahl unterschiedlicher Maßnahmen zu realisieren²²²: So besteht ein Ziel der Prozessoptimierung darin, unwirtschaftliche Tätigkeiten zu eliminieren. Dafür sind zunächst kostenintensive und ineffiziente Aktivitäten krankenhausesindividuell zu identifizieren. Häufig liegen die Ursachen unwirtschaftlicher Aktivitäten in einer fehlerhaften Organisation, welche im Arbeitsablauf einen hohen Koordinationsaufwand beanspruchen. Neben einer Verbesserung der Koordination gilt es zudem eine Vermeidung von Doppelarbeiten anzustreben. Gleichzeitig sind, in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit, verschiedene Optionen des Outsourcings zu prüfen. So kann es sich für ein Krankenhaus beispielsweise rentieren, die Erbringung verschiedener nicht-medizinischer Teilbereiche einem externen Dienstleister zu überlassen.

Darüber hinaus ist als zentraler Ansatzpunkt der Prozessoptimierung der Aspekt einer verbesserten Organisation von Durchlaufzeiten, z.B. im Bereich des Patientendurchlaufes, zu berücksichtigen. Auf diesem Weg lassen sich etwa Wartezeiten für Patienten reduzieren und Leerzeiten für die Mitarbeiter vermeiden. In Bezug auf die Umsetzung stehen einem Krankenhaus vielfältige Maßnahmen zur Verfügung. Exemplarisch seien hier eine gezielte Termin- und Kapazitätenplanung, eine standardisierte Festlegung einzelner Diagnose- und Therapieleistungen oder die Umsetzung verschiedener Maßnahmen zur Verkürzung von Wegezeiten genannt. Zudem sind im Rahmen der Realisierung wirtschaftliche Konzepte für eine Parallelisierung der Tätigkeiten zu entwickeln.

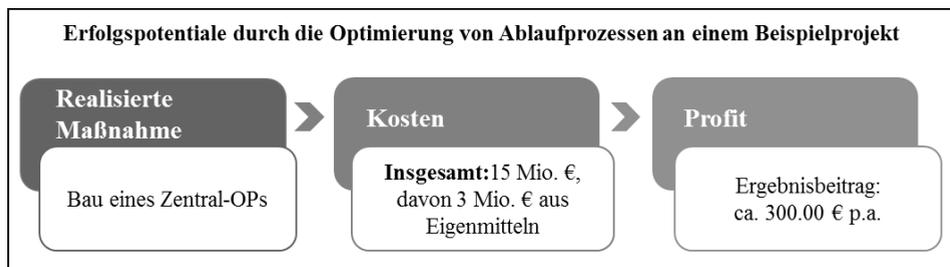
Weitere Erfolgspotentiale lassen sich durch eine Vernetzung und Zusammenarbeit einzelner Leistungseinheiten eines Krankenhauses erzielen. Hierbei stehen v.a. die Faktoren einer verbesserten Koordination, Kommunikation sowie einer verbesserten interdisziplinären Abstimmung innerhalb der Prozesse im Vordergrund. Mögliche Potentiale liegen in diesem Bereich insbesondere in einer Vernetzung ambulanter (z.B. Notaufnahme) und stationärer Strukturen.

Schließlich ist hinsichtlich einer umfassenden Verbesserung der Ablauforganisation auch eine Optimierung nicht-medizinischer Prozesse einzuschließen. Hier sind maßgebliche Erfolge, z.B. mit einer Neuorganisation von Verwaltungsstrukturen über die Nutzung digitalisierter Datenerfassungen zu erzielen. Diese können etwa im Bereich der Materialverwaltung oder zur Optimierung von Einkaufs- und Finanzprozessen eingesetzt werden.

²²² Vgl. Hildebrandt, S. (2016), Experteninterview C, Teil 2.

Auch in Bezug auf die Umsetzung von Maßnahmen zur Optimierung der Ablauforganisation kann ein exakter Betrag hinsichtlich der zu erwartenden Kostenminimierung nicht pauschal vorhergesagt werden. Dieser richtet sich vordergründig nach dem krankenhausesindividuell zu bestimmenden Optimierungsbedarf, nach der Krankenhausgröße und den historisch gewachsenen Strukturen eines Krankenhauses, von welchen etwaige bauliche Veränderungen zur Realisierung der Maßnahmen abhängen.²²³ Zudem ist für eine exakte Kalkulation des Einsparpotentials eine Prozesskostenrechnung notwendig, die jedoch nur in wenigen Krankenhäusern durchgeführt wird.²²⁴ Dennoch seien auch diesbezüglich die grundsätzlich zu erreichenden Erfolgspotentiale anhand eines konkreten Praxisbeispiels verdeutlicht.

Abbildung 13: Erfolgspotentiale durch die Optimierung von Ablaufprozessen



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Hildebrandt, S. (2016), Experteninterview C, Teil 2.

Das in Abbildung 13 dargestellte Projektbeispiel bezieht sich auf ein Krankenhaus, welches zur Optimierung medizinischer Prozesse den Bau eines Zentral-OPs realisiert hat. Für den Bau entstanden dem Krankenhaus insgesamt Kosten in Höhe von 15 Mio. €, wovon 12 Mio. € aus Fördermitteln und weitere 3 Mio. € über ein Kreditinstitut finanziert wurden.²²⁵ Der Ergebnisbeitrag, welcher sich u.a.

²²³ Vgl. Hildebrandt, S. (2016), Experteninterview C, Teil 2.

²²⁴ Vgl. ebd.

²²⁵ Vgl. Hildebrandt, S. (2016), Experteninterview C, Teil 2.

aus der Verkürzung von Wegezeiten, der Senkung des Personalbedarfs oder einer gemeinsamen Nutzung von medizinisch-technischen Geräten ergeben hat, beläuft sich für das Krankenhaus auf ca. 300.000 € p.a.²²⁶

Es zeigt sich, dass eine effiziente Organisation interner Abläufe Krankenhäusern die Chance bietet, das Ziel einer optimierten Behandlungsqualität bei gleichzeitiger Kostensenkung zu erreichen. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass auch diesbezüglich oftmals Investitionen, z.B. in die Infrastruktur eines Krankenhauses, erforderlich sind.²²⁷ Je nach Umfang und Höhe der notwendigen Investition besteht somit gleichzeitig das Risiko, dass aufgrund defizitärer Finanzlagen nicht alle Krankenhäuser abschließend auf vorhandene Möglichkeiten zurückgreifen können. Zudem ist in Frage zu stellen, inwieweit die zu erwartende Erlösoptimierung ausreicht, um bestehende Finanzierungsdefizite auf der Investitionskosten- seite eines Krankenhauses zu kompensieren. Dennoch ist der Optimierung von Betriebsabläufen im Rahmen krankenhausesindividueller Möglichkeiten verstärkt Beachtung zu schenken, da ein Krankenhaus hierüber den Finanzierungsdefiziten auf der Betriebskostenseite entgegenwirken kann. So kann eine Realisierung entsprechender Maßnahmen die Ertragskraft eines Krankenhauses stärken, woraus sich schließlich die Chance ergibt, weitere Finanzierungspotentiale effektiv zu nutzen.

5.1.3 Qualitätsorientierte Krankenhausvergütung

Basierend auf der Annahme, dass über Optimierungsmaßnahmen erreichte Kosteneinsparungen oder Mehrerlöse mitunter ebenfalls nicht ausreichen, um das Finanzierungsdefizit auf der Investitionskosten- seite eines Krankenhauses zu kompensieren, stellt sich die Frage, inwieweit eine qualitätsorientierte Vergütung zur weiteren Verbesserung grundlegender Finanzierungsdefizite im deutschen Krankenhauswesen beitragen kann. So besteht aufgrund der qualitätsorientierten Komponente der Prozessoptimierung für Krankenhäuser zukünftig die Chance, durch die Umsetzung entsprechender Maßnahmen von Qualitätszuschlägen für eine besonders gute Behandlungsqualität zu profitieren.

²²⁶ Vgl. Hildebrandt, S. (2016), Experteninterview C, Teil 2.

²²⁷ Vgl. ebd.

Hinsichtlich der politischen Realisierung einer qualitätsorientierten Vergütung hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Qualitätsindikatoren und Qualitätsziele zu entwickeln, welche in verbindlichen Richtlinien und Beschlüssen festgelegt werden.²²⁸ Hierdurch werden Qualitätsanforderungen definiert, um darauf basierend eine Beurteilung von außerordentlich guter bzw. von unzureichender Qualität vornehmen zu können. Da die Festlegung von Qualitätsindikatoren jedoch nicht für alle Krankenhausleistungen möglich ist, werden Qualitätszu- und -abschläge zunächst nur für auserwählte Leistungen festgelegt.²²⁹ Insofern die vom G-BA definierten Qualitätsanforderungen nicht erfüllt werden, können sich für ein Krankenhaus neben Vergütungsabschlägen weitere Konsequenzen ergeben. So kann z.B. ein Krankenhaus, welches den maßgeblichen Qualitätskriterien dauerhaft nicht gerecht wird, vom Land ganz bzw. leistungs- oder abteilungsbezogen aus dem Krankenhausplan herausgenommen werden.²³⁰ Auf diesem Weg wird die Qualitätssicherung gleichzeitig mit der Krankenhausplanung verknüpft.

Mit der qualitätsorientierten Ergänzung des Vergütungssystems werden prinzipiell weitere Anreize für eine qualitativ hochwertige und zugleich wirtschaftliche Patientenversorgung geschaffen. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass zur Realisierung einer qualitätsorientierten Vergütung, durch die Vorgaben von Qualitätszielen, konkrete Anforderungen an die Ergebnisqualität einer medizinischen Behandlung gestellt werden. Wie in Kapitel 2.4 dieser Arbeit bereits thematisiert, kann die Ergebnisqualität durch verschiedene Faktoren, wie etwa die Bereitschaft eines Patienten am Genesungsprozess mitzuwirken, beeinflusst werden. Entsprechend schwierig gestaltet sich demnach die Festlegung verschiedener Kriterien, an denen letztlich der Heilungserfolg und somit die Verbesserung des Gesundheitszustandes eines Patienten zu messen ist. Inwiefern die Krankenhäuser in der Zukunft tatsächlich von Qualitätszuschlägen profitieren werden, hängt daher insbesondere davon ab, inwieweit es den politischen Akteuren gelingt, konkrete Indikatoren zur Messung der Ergebnisqualität für hinreichend viele Krankheitsbilder zu entwickeln.²³¹ Andersherum bleibt es ebenso abzuwarten, in-

²²⁸ Vgl. Rau, F. (2015), S. 1123f.

²²⁹ Vgl. ebd.

²³⁰ Vgl. Rau, F. (2015), S. 1122.

²³¹ Vgl. Hildebrandt, S. (2015), Experteninterview A, Teil 5.

wiefern Krankenhäuser von negativen Konsequenzen möglicher Qualitätsabschläge betroffen sein werden.²³² Dies ist insbesondere mit der politischen Zielsetzung zu begründen, dass Krankenhäuser, welche die Qualitätsvorgaben dauerhaft nicht erfüllen, aus dem Krankenhausplan eines Landes ausscheiden sollen.

Angemerkt sei in diesem Zusammenhang, dass der Abbau von Überkapazitäten ebenfalls ein erklärtes Ziel der aktuellen Krankenhausreform ist.²³³ So werden unter bestimmten Bedingungen Umstrukturierungen von Krankenhäusern in nicht akutstationäre Versorgungseinrichtungen über einen hierfür eingerichteten Fonds gefördert. Mit der Schließung einzelner Krankenhäuser oder Abteilungen lassen sich aus politischer Sicht wiederum Einsparungen erreichen, da die Mittel der öffentlichen Förderung so auf eine geringere Anzahl von Krankenhäusern aufzuteilen sind.²³⁴ Angesichts der Höhe des Defizits auf der Investitionskosten-seite der Krankenhäuser ist allerdings auch dann nicht davon auszugehen, dass die von den Ländern bereitgestellten Fördermittel zur Deckung notwendiger Investitionskosten ausreichen, wenn sich aufgrund negativer Konsequenzen einer qualitätsorientierten Vergütung bzw. aufgrund freiwilliger Umstrukturierungen Veränderungen in der Versorgungsstruktur ergeben werden.²³⁵ Zudem finden verschiedene Aspekte in dieser Überlegung keine Berücksichtigung. Hierzu zählt z.B. der demographische Wandel, mit welchem aufgrund eines höheren Anteils älterer Menschen auch multimorbide oder chronische Krankheitsbilder eine zunehmend zentrale Rolle einnehmen; daneben ist ebenfalls vor dem Hintergrund der aktuellen Zuwanderung von Flüchtlingen eine vermehrte Nutzung derzeit vorhandener Kapazitäten zu erwarten.²³⁶

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass sich für Krankenhäuser über diverse Optimierungsmaßnahmen die Chance ergibt, die Behandlungsqualität und die erwirtschafteten Erlöse wesentlich zu verbessern. Aufgrund der Investitionskostenproblematik und der Tatsache, dass zur Realisierung der Maßnahmen oftmals Investitionen erforderlich sind, besteht jedoch das Risiko, dass nicht jedes Krankenhaus gleichermaßen von vorhandenen Potentialen profitieren kann. Dieser Aspekt spielt auch vor dem Hintergrund einer qualitätsorientierten Vergütung eine wesentliche Rolle. Zudem ist nicht davon auszugehen, dass das zentrale

²³² Vgl. Hildebrandt, S. (2015), Experteninterview A, Teil 5.

²³³ Vgl. Rau, F. (2015), S. 1137.

²³⁴ Vgl. Hildebrandt, S. (2015), Experteninterview A, Teil 5.

²³⁵ Vgl. ebd.

²³⁶ Vgl. ebd.

Problem der mangelhaften Investitionskostenfinanzierung über Qualitätszuschläge kompensiert werden kann. Dennoch leistet die Prozessoptimierung einen erheblichen Beitrag zur Verbesserung des Betriebsergebnisses und bietet einem Krankenhaus damit weitere Chancen und Vorteile, z.B. hinsichtlich einer Finanzierung über Kreditinstitute.

5.2 Chancen und Risiken weiterer Finanzierungspotentiale

Je nach Art und Höhe des von einem Krankenhaus angestrebten Investitionsvorhabens besteht die Möglichkeit, dass der Kapitalbedarf für die Investition nicht ausschließlich durch Eigenmittel gedeckt werden kann. Damit ein Krankenhaus dennoch investieren kann, ergibt sich die Notwendigkeit, alternative Wege der Investitionsfinanzierung zu ergründen. Im Rahmen der Außenfinanzierung bietet sich einem Krankenhaus grundsätzlich die Möglichkeit, Kapital über die Eigen- oder Fremdfinanzierung zu beschaffen.²³⁷ Während die Eigenfinanzierung von außen i.d.R. mit einer Kapitalerhöhung bereits vorhandener oder neuer Gesellschafter einhergeht, beschreibt die Fremdfinanzierung von außen die Aufnahme von Fremdkapital über den Kapitalmarkt.²³⁸ Da die Eigenfinanzierung von außen eine Einbindung von Gesellschaftern voraussetzt, steht diese Variante der Kapitalbeschaffung nicht jeder Rechtsform (z.B. Regie- und Eigenbetrieben als wirtschaftlicher Bestandteil eines öffentlichen Krankenhausträgers) zur Auswahl.²³⁹ Auch für die rechtlich selbständigen Kliniken in öffentlicher Trägerschaft gestaltet sich die Zuführung von Eigenkapital ohne eine formale Privatisierung aufgrund defizitärer Finanzlagen der Kommunen oftmals als schwierig.²⁴⁰ Somit wird zukünftig insbesondere die Finanzierung über Kreditinstitute weiter an Bedeutung gewinnen.²⁴¹ Dies gilt verstärkt für die Bundesländer, welche die klassische Einzelförderung durch die Baupauschale ersetzt haben.

²³⁷ Vgl. Sonnentag, A. (2008), S. 191.

²³⁸ Vgl. ebd.

²³⁹ Vgl. Sonnentag, A. (2008), S. 192.

²⁴⁰ Vgl. Leber, W., Pfeiffer, P. (2010), S. 342.

²⁴¹ Vgl. Leber, W., Pfeiffer, P. (2010), S. 338.

5.2.1 Finanzierung über Kreditinstitute

Aufgrund der dualen Krankenhausfinanzierung wurden Krankenhäuser in der Vergangenheit kaum damit konfrontiert, als Kreditnachfrager auf dem Markt aufzutreten.²⁴² Andersherum haben auch Kreditinstitute aufgrund dessen oftmals nur wenig Erfahrung in der Zusammenarbeit mit Krankenhäusern.²⁴³ Aufgrund der unzureichenden Investitionskostenfinanzierung stellt jedoch insbesondere der Zugang zu Kapital einen entscheidenden Wettbewerbsfaktor dar. So ist davon auszugehen, dass langfristig nur die Krankenhäuser am Markt bestehen werden, welche in der Lage sind, sich unabhängig von der öffentlichen Förderung ausreichend Kapital für erforderliche Investitionen zu beschaffen.²⁴⁴ Dieses ist z.B. im Rahmen verschiedener Bauinvestitionen einzusetzen, da das gesamte Rationalisierungspotential erst durch ein optimal auf die Prozessabläufe abgestimmtes Klinikgebäude genutzt werden kann.²⁴⁵ Zudem ist in eine moderne Medizintechnik zu investieren, welche mitunter als Entscheidungsfaktor für die Wahl eines Krankenhauses durch den Patienten oder den einweisenden Arzt herangezogen wird.²⁴⁶

In der Praxis ist häufig zu beobachten, dass viele Kreditinstitute der Kreditvergabe für Krankenhäuser distanziert gegenüberstehen.²⁴⁷ Dies ist mitunter darin begründet, dass einer nicht auf das Gesundheitswesen spezialisierten Bank spezifische Kenntnisse gesetzlicher Vorschriften in Bezug auf die Krankenhausfinanzierung fehlen, welches die Kreditentscheidung folglich erschwert.²⁴⁸ Daneben nehmen auch die Veröffentlichungen der letzten Jahre, hinsichtlich wirtschaftlich schwieriger Situationen und negativer Jahresergebnisse einiger Krankenhäuser, einen wesentlichen Einfluss auf den Kreditentscheidungsprozess.²⁴⁹ Die Einschätzung der Kreditwürdigkeit durch die Kapitalgeber ist schließlich ein entscheidendes Kriterium für die Vergabe von Fremdkapital. Als grundlegende Voraussetzungen für eine positive Kreditentscheidung werden hier die Faktoren eines positiven Kreditratings, einer auskömmlichen Ertragslage sowie ausreichend zur Verfügung stehender Sicherheiten herangezogen.²⁵⁰ Nachdem der

²⁴² Vgl. Leber, W., Pfeiffer, P. (2010), S. 338.

²⁴³ Vgl. ebd.

²⁴⁴ Vgl. Leber, W., Pfeiffer, P. (2010), S. 337.

²⁴⁵ Vgl. Leber, W., Pfeiffer, P. (2010), S. 350.

²⁴⁶ Vgl. ebd.

²⁴⁷ Vgl. Hildebrandt, S. (2015), Experteninterview A, Teil 4.

²⁴⁸ Vgl. ebd.

²⁴⁹ Vgl. ebd.

²⁵⁰ Vgl. Leber, W., Pfeiffer, P. (2010), S. 387f.

Kreditnehmer den Kreditbedarf und den Verwendungszweck bei der Beantragung dargestellt hat, hat sich die Bank somit zunächst einen umfassenden Überblick über die finanzielle Situation des Kreditnehmers zu verschaffen.²⁵¹

Das Kreditrating gilt dabei als Grundlage für die Einschätzung der Zahlungsfähigkeit eines Unternehmens.²⁵² Anhand verschiedener quantitativer und qualitativer Faktoren wird hier eine etwaige Zahlungsausfallwahrscheinlichkeit festgestellt, welche sich nicht nur auf die grundsätzliche Kreditentscheidung, sondern auch die auf die Höhe des individuell zu vereinbarenden Kreditzinssatzes auswirkt.²⁵³ Während quantitative Faktoren innerhalb des Ratings auf der Basis verschiedener Kennzahlen (z.B. Eigenkapitalquote, Liquiditätssituation, Ertragskraft etc.) bewertet werden, beziehen sich qualitative Faktoren z.B. auf die Geschäftsstrategie eines Unternehmens.²⁵⁴

Angesichts der defizitären Finanzlagen vieler Krankenhäuser können sich über das Kreditrating zum Teil hohe Insolvenzwahrscheinlichkeiten ergeben.²⁵⁵ Somit spielt die Stellung weiterer Sicherheiten ebenfalls eine wesentliche Rolle. Diese dienen der Bank dazu, sich gegen ein mögliches Ausfallrisiko des Kreditnehmers abzusichern.²⁵⁶

Im Allgemeinen gestaltet sich die Aufnahme von Fremdkapital für öffentliche Krankenhäuser leichter, da der öffentliche Träger im Falle einer mangelhaften Kapitaldienstfähigkeit des Krankenhauses uneingeschränkt haftet und für die Verbindlichkeiten einzustehen hat.²⁵⁷ Diese Sicherheit bedingt ebenfalls den Zugang zu günstigeren Finanzierungsbedingungen, welche sich folglich positiv auf die Kosten der Kapitalrückführung auswirken.²⁵⁸ Für Krankenhäuser, die in privatrechtlicher Rechtsform (z.B. GmbH) geführt werden, kann die Beschaffung von Fremdkapital aufgrund der Haftungsbeschränkung hingegen erschwert sein.²⁵⁹ Gleiches gilt für öffentlich-rechtliche Krankenhausträger, die ihre Einrichtung im Rahmen einer formalen Privatisierung in eine privatrechtliche Rechtsform überführt haben, welche grundsätzlich als konkursfähig gelten.²⁶⁰ Am Beispiel der

²⁵¹ Vgl. Leber, W., Pfeiffer, P. (2010), S. 353.

²⁵² Vgl. Leber, W., Pfeiffer, P. (2010), S. 380.

²⁵³ Vgl. Leber, W., Pfeiffer, P. (2010), S. 378.

²⁵⁴ Vgl. Leber, W., Pfeiffer, P. (2010), S. 380f.

²⁵⁵ Vgl. ebd.

²⁵⁶ Vgl. Leber, W., Pfeiffer, P. (2010), S. 349.

²⁵⁷ Vgl. Sonntag, A. (2008), S. 192.

²⁵⁸ Vgl. ebd.

²⁵⁹ Vgl. Sonntag, A. (2008), S. 191.

²⁶⁰ Vgl. Leber, W., Pfeiffer, P. (2010), S. 345.

GmbH sei verdeutlicht, dass die Haftung und damit auch die Bonität des Krankenhauses grundsätzlich auf das Stammkapital in Höhe von 25.000 € begrenzt ist.²⁶¹

In diesem Fall besteht die Möglichkeit auf weitere Sicherheiten, etwa in Form von Bürgschaften, zurückzugreifen.²⁶² Darüber hinaus hängen die Möglichkeiten der Kreditsicherung auch von den Vermögenswerten ab, über welche ein Unternehmen verfügt. Im Krankenhauswesen steht hierbei in erster Linie das Gebäude als größter Vermögens- und Sicherheitenwert im Vordergrund.²⁶³ Da das Krankenhausgebäude der Bank jedoch im Verwertungsfall aufgrund einer fehlenden Drittverwendungsfähigkeit nur eine eingeschränkte Nutzungsmöglichkeit bietet, ist diesem als Sicherheit eine vergleichsweise geringe Bedeutung beizumessen.²⁶⁴

In der Geschäftsbeziehung mit einem Krankenhaus nimmt daher die Kapitaldienstfähigkeit und die Geschäftsstrategie für die Bank eine umso bedeutendere Stellung ein. Je umfassender ein Krankenhaus dem Kreditinstitut notwendige Informationen, z.B. in Form einer Wirtschaftlichkeitsberechnung, zur Verfügung stellt, desto einfacher gestaltet sich die Kreditwürdigkeitsprüfung, in welcher die Bank darüber zu entscheiden hat, ob das Krankenhaus über ein nachhaltiges und wettbewerbsfähiges Geschäftskonzept verfügt und während der Kreditlaufzeit in der Lage sein wird, seinen Zahlungsverpflichtungen nachzukommen.²⁶⁵

In der Praxis liegen negative Kreditentscheidungen häufig eine mangelhafte Vorbereitung des Krankenhauses zu Grunde, in welcher z.B. betriebswirtschaftliche Profitkalkulationen keine Berücksichtigung finden.²⁶⁶ Obwohl sich die Qualität des Rechnungswesens während der letzten Jahre bereits erheblich verbessert hat, ist hier festzustellen, dass hinsichtlich des betriebswirtschaftlichen Handelns im Krankenhauswesen weiteres Optimierungspotential besteht.²⁶⁷ Insofern ein Krankenhaus im Rahmen der Investitionsfinanzierung auf zusätzliche Finanzmittel angewiesen ist, die Kreditaufnahme über ein Bankinstitut jedoch scheitert, hat dies zur Folge, dass sinnvolle Investitionen ausbleiben.²⁶⁸ Krankenhäuser sind daher gefordert, den steigenden Anforderungen der Kreditinstitute gerecht zu

²⁶¹ Vgl. Sonnentag, A. (2008), S. 191.

²⁶² Vgl. Sonnentag, A. (2008), S. 192.

²⁶³ Vgl. Leber, W., Pfeiffer, P. (2010), S. 349.

²⁶⁴ Vgl. ebd.

²⁶⁵ Vgl. Leber, W., Pfeiffer, P. (2010), S. 353.

²⁶⁶ Vgl. Hildebrandt, S. (2015), Experteninterview A, Teil 3.

²⁶⁷ Vgl. Hildebrandt, S. (2015), Experteninterview A, Teil 4.

²⁶⁸ Vgl. ebd.

werden und im Rahmen eines Kreditantrages zunehmend professionell aufzutreten.²⁶⁹ Mithilfe einer fundierten Wirtschaftlichkeitsberechnung, aus welcher hervorgeht, dass sich eine Investition über einen gewissen Zeitraum amortisiert und dass sich über diese Gewinne erzielen lassen, ist i.d.R. mit der Bereitschaft der Bank, einem Krankenhaus einen Kredit zu gewähren, zu rechnen.²⁷⁰

Anzumerken ist, dass private Krankenhausträger trotz Haftungsbeschränkung geringer von der zuvor dargestellten Problematik betroffen sind. So werden z.B. Fördergelder von dieser Trägergruppe zu einem deutlich geringeren Teil beansprucht, wobei gleichzeitig eine höhere Investitionsquote als bei Krankenhäusern in anderer Trägerschaft zu verzeichnen ist.²⁷¹ Dass Investitionen hier nicht von staatlichen Fördermaßnahmen abhängen, ist zum einen mit der Möglichkeit, privates Eigenkapital im Unternehmen einzusetzen, zu begründen.²⁷² Zudem weisen private Krankenhäuser aufgrund ihres streng betriebswirtschaftlich ausgerichteten Managements i.d.R. eine höhere Ertragskraft auf.²⁷³ Hieraus resultieren wiederum Finanzierungsmöglichkeiten aus höheren Gewinnen sowie ein besserer Zugang zum Kapitalmarkt.²⁷⁴ Zudem zeigen private Träger in der Praxis eine professionellere Handhabung in der Entwicklung von Unternehmenskonzepten, welche im Rahmen eines Kreditantrages die Tragfähigkeit einer Investition darlegen und den Nutzen zur Realisierung effizienterer Arbeitsweisen verdeutlichen.²⁷⁵

Es bleibt festzuhalten, dass eine Finanzierung über Kreditinstitute Krankenhäusern die Chance bietet, zusätzliches Kapital zur Anschaffung notwendiger Investitionen aufzunehmen. Allerdings ist in der Praxis festzustellen, dass viele Krankenhäuser einer Kreditaufnahme häufig mit Zurückhaltung gegenüberstehen.²⁷⁶ Dies gilt insbesondere für freigemeinnützige Träger, welche oft eine traditionell bedingte, konservative Einstellung vertreten.²⁷⁷ Ebenfalls ist zu beobachten, dass die uneingeschränkte Haftung öffentlicher Krankenhäuser zu einer geringeren Risikobereitschaft hinsichtlich einer Kreditaufnahme führt.²⁷⁸ Zudem sind für die

²⁶⁹ Vgl. Hildebrandt, S. (2015), Experteninterview A, Teil 4.

²⁷⁰ Vgl. Hildebrandt, S. (2015), Experteninterview A, Teil 4.

²⁷¹ Vgl. Augurzky, B. et al. (2015), S. 31, S. 76.

²⁷² Vgl. Augurzky, B. et al. (2015), S. 12.

²⁷³ Vgl. Augurzky, B. et al. (2015), S. 31.

²⁷⁴ Vgl. Leber, W., Pfeiffer, P. (2010), S. 346.

²⁷⁵ Vgl. Hildebrandt, S. (2015), Experteninterview A, Teil 3.

²⁷⁶ Vgl. ebd.

²⁷⁷ Vgl. ebd.

²⁷⁸ Vgl. Sonnentag, A. (2008), S. 193.

Kreditaufnahme bestimmte Kriterien seitens des Krankenhauses zu erfüllen. Hierzu zählen etwa die Voraussetzungen einer positiven Bonität, einer ausreichenden Stellung von Sicherheiten und einer professionellen, betriebswirtschaftlich ausgerichteten Vorbereitung hinsichtlich des Kreditantrages. Insofern ein Krankenhaus diese Kriterien nicht erfüllt, besteht das Risiko, dass notwendige Kredite seitens des Kreditinstituts verwehrt werden. Ein weiteres Risiko besteht grundsätzlich darin, dass einem Krankenhaus in Folge einer Fremdfinanzierung mit entsprechenden Zinsbelastungen finanzielle Mittel entzogen werden, woraus negative Jahresergebnisse resultieren können.²⁷⁹ Dies unterstreicht wiederum die Notwendigkeit, Überschüsse für eine grundlegende Handlungsfähigkeit zu erzielen, welche sich etwa über die zuvor dargestellten Optimierungsmaßnahmen erzielen lassen.

5.2.2 Public Private Partnership

Die Public Private Partnership (PPP, deutsch: öffentlich-private Partnerschaft) bietet den Krankenhäusern vor dem Hintergrund der defizitären Investitionskostenförderung eine weitere Finanzierungsalternative. Grundsätzlich handelt es sich hierbei um verschiedene Kooperationsformen zwischen dem öffentlichen Sektor und der Privatwirtschaft, in denen privates Kapital und Fachwissen im Rahmen einer langfristigen Zusammenarbeit zur Erfüllung staatlicher Aufgaben mobilisiert werden.²⁸⁰ Im Gegensatz zu reinen Finanzierungsgeschäften liegt das Ziel der PPP darin, innerhalb einer gemeinsamen Aufgabenerfüllung die jeweiligen Stärken beider Partner zusammenzuführen und hierüber eine effiziente Leistungserbringung zu erreichen.²⁸¹ Ein weiterer zentraler Bestandteil der PPP ist, dass auch die Projektrisiken den Kompetenzen entsprechend optimal verteilt werden.²⁸²

Im Wesentlichen ist zwischen der PPP auf Vertragsbasis und der institutionalisierten PPP zu unterscheiden. Bei der institutionalisierten PPP sind das öffentliche Krankenhaus und der private Unternehmer Inhaber einer gemeinsamen Gesellschaft. Dabei kann es sich z.B. um eine gemeinsame Servicegesellschaft zur

²⁷⁹ Vgl. Wolke, T. (2010), S. 31.

²⁸⁰ Vgl. Wolke, T. (2010), S. 157.

²⁸¹ Vgl. ebd.

²⁸² Vgl. ebd.

Erbringung bestimmter Krankenhausdienstleistungen handeln, jedoch fällt hierunter auch die (Teil-)Privatisierung, bei der ein Krankenhaus privatwirtschaftliche Gesellschafter einbindet und hierüber einen Kapitalzufluss erzielt.²⁸³ Bei der PPP auf Vertragsbasis basiert die Partnerschaft zwischen der öffentlichen Hand und der Privatwirtschaft hingegen ausschließlich auf vertraglichen Beziehungen. Gegenstand der vertraglichen Beziehung ist zumeist die Umsetzung eines konkreten Projekts, wobei es sich i.d.R. um die Errichtung, Sanierung oder Modernisierung eines Gebäudes handelt.²⁸⁴ Daneben spielt im Krankenhausbereich auch die Anschaffung und Ausstattung des betreffenden Gebäudes mit der entsprechenden Medizintechnik eine wesentliche Rolle.²⁸⁵

Es zeigt sich, dass insbesondere das Modell der PPP auf Vertragsbasis die klassischen Finanzierungsmöglichkeiten von Krankenhäusern erweitert. Im Folgenden werden somit die Chancen und Risiken dieses Modelles näher betrachtet.

In Bezug auf die Vertragsgestaltung haben sich die Parteien zunächst für die Modellstruktur des Vertrages zu entscheiden. Klassischerweise handelt es sich hierbei entweder um das Erwerbermodell, in dem der private Partner über die gesamte Vertragslaufzeit Eigentümer der Immobilie ist, die öffentliche Hand das Gebäude in dieser Zeit gegen ein zu entrichtendes Entgelt nutzt und zum Vertragsende schließlich erwirbt.²⁸⁶ Eine Alternative bietet das Inhabermodell, in dem das Vertragsobjekt während der gesamten Vertragsdauer in Besitz der öffentlichen Hand verbleibt und dem privaten Partner zur Erbringung der vertraglichen Leistung überlassen wird.²⁸⁷ Zudem ist die Aufgaben- und Risikoverteilung zwischen den Vertragsparteien zu regeln. Diese Aufgabenverteilung erfolgt idealerweise entsprechend dem jeweiligen Know-how der Partner, sodass der private Anbieter klassischerweise die Finanzierung, den Bau sowie die vorherige Bauplanung übernimmt, während der unmittelbare medizinische Aufgabenbereich weiterhin durch den Krankenhausträger erbracht wird.²⁸⁸ Darüber hinaus ist der sogenannte Lebenszyklusansatz ein wesentliches Element der PPP, welcher einen zusätzlichen Qualitätsanreiz in der Zusammenarbeit setzen soll. Hiernach schließen PPP-Projekte für den privaten Partner neben der Baumaßnahme auch die Instandhaltung und den Betrieb des Investitionsobjektes für eine vertraglich

²⁸³ Vgl. Leber, W., Pfeiffer, P. (2010), S. 293, S. 295.

²⁸⁴ Vgl. Leber, W., Pfeiffer, P. (2010), S. 300.

²⁸⁵ Vgl. ebd.

²⁸⁶ Vgl. Leber, W., Pfeiffer, P. (2010), S. 297f.

²⁸⁷ Vgl. Leber, W., Pfeiffer, P. (2010), S. 298.

²⁸⁸ Vgl. Partnerschaften Deutschland – ÖPP Deutschland AG (2013), S. 21f.

bestimmte Nutzungszeit, bestenfalls über den gesamten Lebenszyklus des Objektes, ein.²⁸⁹ Hinsichtlich der Risikoverteilung sind z.B. Errichtungsrisiken (z.B. Bauplanungs- bzw. Baugenehmigungsrisiko, Baukosten- und Bauzeitrisiko), Betreiberisiken (z.B. Regelung der Betreiberleistungen), Rechtsänderungs- und Insolvenzrisiken (z.B. Anpassungsklauseln, Sicherheitskonzepte) sowie Vergütungs- und Finanzierungsrisiken (z.B. Zinsänderungsrisiko) zwischen den Vertragspartnern zu regeln.²⁹⁰

Eine optimale Aufgaben- und Risikoverteilung vorausgesetzt, profitiert ein Krankenhaus neben dem fachlichen Know-how des privaten Partners insbesondere davon, dass dieser die Kosten für die Planung, den Bau, die Finanzierung und den Betrieb eines Gebäudes gegen ein vertraglich vereinbartes Entgelt übernimmt.²⁹¹ So entfällt für die öffentliche Hand zunächst die eigene Kreditaufnahme, da die Projektfinanzierung im Rahmen der Zusammenarbeit durch den privaten Partner erfolgt.²⁹² Krankenhäuser haben damit den Vorteil, dass sie hinsichtlich des Finanzierungsaspektes nicht persönlich mit Kreditinstituten zu verhandeln haben.²⁹³ Insofern dem privaten Partner sämtliche Baurisiken übertragen sind, hat dieser zudem den Anreiz, seine Leistungen gemäß den vertraglich fixierten Anforderungen zu erbringen. Hinsichtlich einer Überschreitung der Bauzeit hat ein Krankenhaus im Falle einer eingeschränkten Nutzung nicht den vollständig vereinbarten Betrag zu zahlen²⁹⁴, ebenso gehen vertraglich vereinbarte Kostenüberschreitungen zu Lasten des Privaten.²⁹⁵ Hiermit ist eine vergleichsweise hohe Kosten- und Planungssicherheit für das Krankenhaus gegeben. Daneben hat der private Partner aufgrund des Lebenszyklusansatzes gleichzeitig das eigene wirtschaftliche Interesse, seine Leistungen qualitativ hochwertig zu erbringen, damit innerhalb der Vertragslaufzeit zwischen den Partnern keine qualitätsbedingten Nachbesserungen seinerseits erfolgen müssen.²⁹⁶ Aus der Serviceleistung der betrieblichen Instandhaltung ergibt sich schließlich ein weiterer Effizienzvorteil. Während sich das Krankenhaus im Verlauf des Projektes somit vollkommen auf seine medizinischen Kernaufgaben konzentrieren kann, profitiert

²⁸⁹ Vgl. Partnerschaften Deutschland – ÖPP Deutschland AG (2013), S. 21f.

²⁹⁰ Vgl. Leber, W., Pfeiffer, P. (2010), S. 313ff.

²⁹¹ Vgl. Partnerschaften Deutschland – ÖPP Deutschland AG (2013), S. 87.

²⁹² Vgl. Wolke, T. (2010), S. 159.

²⁹³ Vgl. Hildebrandt, S. (2015), Experteninterview A, Teil 4.

²⁹⁴ Vgl. Leber, W., Pfeiffer, P. (2010), S. 300f.

²⁹⁵ Vgl. Leber, W., Pfeiffer, P. (2010), S. 364f.

²⁹⁶ Vgl. Leber, W., Pfeiffer, P. (2010), S. 301.

der private Unternehmer andererseits an der Partizipation neuer und profitabler Geschäftsfelder.²⁹⁷

Zu berücksichtigen ist, dass die PPP im klassischen Sinne lediglich eine Finanzierungsalternative für öffentliche Krankenhäuser darstellt und somit die grundsätzliche Problematik einer unzureichenden Investitionsfinanzierung für die Gesamtheit der deutschen Krankenhäuser nicht lösen kann. Zwar haben auch freigemeinnützige und private Krankenhausträger grundsätzlich die Möglichkeit, eine kooperative Zusammenarbeit mit der Privatwirtschaft einzugehen. Allerdings fordern die Kreditinstitute im Rahmen der PPP i.d.R., dass der öffentliche Partner zur Begrenzung des Insolvenzrisikos eine nichtinsolvenzfähige Gebietskörperschaft des öffentlichen Rechts ist.²⁹⁸ Von der Insolvenzunfähigkeit dieser Rechtsform ist auszugehen, da es sich bei dem Krankenhausträger, der für Ansprüche Dritter gegen das Krankenhaus zu haften hat, um den Staat handelt.²⁹⁹ So zeigt die Praxis, dass die Finanzierungsbereitschaft der Banken bereits durch eine formale Privatisierung eines öffentlichen Krankenhauses eingeschränkt sein kann, sodass in diesem Fall z.B. zusätzliche Sicherheiten verlangt oder die Finanzierungsbedingungen durch erhebliche Risikoaufschläge unwirtschaftlich werden können.³⁰⁰

Bundesweit ist zu beobachten, dass immer wieder vereinzelte PPP-Projekte realisiert werden.³⁰¹ Im Gegensatz zu anderen Ländern, wie z.B. England oder Frankreich, hat sich diese Finanzierungsalternative im deutschen Gesundheitswesen bisher jedoch nicht nachhaltig etablieren können.³⁰² Das komplexe Vertragswerk und die umfangreiche Verteilung von Risiken sind als Gründe hierfür zu nennen.³⁰³ Hinsichtlich der Risikoverteilung ist insbesondere aufgrund der langfristigen Zusammenarbeit detailliert zu definieren, wer im Projektverlauf die Kosten für mögliche Abweichungen von der vorherigen Planung zu tragen hat.³⁰⁴ Ein weiterer Aspekt ist, dass die öffentliche Förderung nicht abschließend auf den PPP-Beschaffungsprozess abgestimmt ist. Eine Einbindung von Fördermitteln in ein Projekt hat zum Vorteil, dass der Fremdkapitalbedarf reduziert wird,

²⁹⁷ Vgl. Wolke, T. (2010), S. 159.

²⁹⁸ Vgl. Partnerschaften Deutschland – ÖPP Deutschland AG (2013), S. 15.

²⁹⁹ Vgl. Partnerschaften Deutschland – ÖPP Deutschland AG (2013), S. 10.

³⁰⁰ Vgl. Partnerschaften Deutschland – ÖPP Deutschland AG (2013), S. 80.

³⁰¹ Vgl. Partnerschaften Deutschland – ÖPP Deutschland AG (2013), S. 23f.

³⁰² Vgl. Leber, W., Pfeiffer, P. (2010), S. 364, S. 366.

³⁰³ Vgl. Hildebrandt, S. (2015), Experteninterview A, Teil 4.

³⁰⁴ Vgl. ebd.

welches wiederum zur Verringerung des Kreditrisikos beitragen kann.³⁰⁵ Zudem wird dem privaten Partner durch jede Form zusätzlicher Sicherheiten ermöglicht, Kredite zu günstigeren Konditionen aufzunehmen, wodurch sich folglich seine eigenen Finanzierungskosten verringern und sich damit gleichzeitig positive Auswirkungen auf das von dem Krankenhaus zu entrichtende Entgelt ergeben.³⁰⁶ Im Rahmen eines klassischen Einzelförderungsantrags sind jedoch sämtliche Unterlagen vor Beginn eines Bauprojektes zur Genehmigung einzureichen. Allerdings kann innerhalb der PPP ein Teil der erforderlichen Unterlagen von dem privaten Partner erst während der Planungsphase erarbeitet werden.³⁰⁷ Hier zeigt sich, dass insbesondere die Investitionsförderung über die Baupauschale weitere Chancen zur Nutzung dieses Modells bieten kann.

Inwiefern sich die PPP als innovatives Finanzierungsinstrument in der Zukunft des deutschen Krankenhauswesens weiterentwickeln und etablieren wird, bleibt vorerst abzuwarten. Festzuhalten bleibt, dass zum jetzigen Zeitpunkt nicht alle PPP-Konzepte in Deutschland ausgereift sind, sodass Entscheidungsträger insbesondere aufgrund unerprobter Verwaltungsverfahren dazu tendieren, die Planung und Beschaffung auf traditionellem Wege durchzuführen.³⁰⁸ Dennoch ist der PPP als alternative Finanzierungsform in der Zukunft verstärkt Beachtung zu schenken. So bietet dieses Modell den Krankenhäusern grundsätzlich die Chance, notwendige Investitionen verschuldungsfrei zu realisieren, indem verschiedene Ressourcen und das Know-how der Privatwirtschaft genutzt werden.

³⁰⁵ Vgl. Partnerschaften Deutschland – ÖPP Deutschland AG (2013), S. 86.

³⁰⁶ Vgl. Partnerschaften Deutschland – ÖPP Deutschland AG (2013), S. 10.

³⁰⁷ Vgl. Partnerschaften Deutschland – ÖPP Deutschland AG (2013), S. 85f.

³⁰⁸ Vgl. Wolke, T. (2010), S. 159.

6 Fazit und Ausblick

Die vorliegende Thesis zeigt auf, inwiefern bestehende Finanzierungsdefizite im deutschen Krankenhauswesen einer optimalen Behandlungsqualität entgegenstehen können. Diese Betrachtung erfolgt vor dem Hintergrund der seit dem 01.01.2016 eingeführten Krankenhausreform, mit welcher eine qualitativ hochwertige Versorgung über diverse Neuerungen der Krankenhausfinanzierung erreicht werden soll. Zudem werden im Rahmen dieser Arbeit die Chancen und Risiken verschiedener Maßnahmen und Lösungsansätze zur Kompensation von Finanzierungsdefiziten verdeutlicht.

Die wirtschaftliche Sicherung deutscher Krankenhäuser basiert auf dem gesetzlichen Grundsatz der dualen Krankenhausfinanzierung, wonach die Investitionskosten über die öffentliche Förderung der Bundesländer und die Betriebskosten über die Kostenträger oder die Patienten selbst finanziert werden. Beide Säulen nehmen auch hinsichtlich der Behandlungsqualität für die Patienten eine bedeutende Rolle ein. So sind die Mittel der öffentlichen Förderung z.B. für Investitionen in die bauliche Infrastruktur und die Medizintechnik einzusetzen. Diese stärken sowohl die Leistungs- als auch die Innovationsfähigkeit eines Krankenhauses und sichern damit mittelbar die Behandlungsqualität. Auf der Seite der Betriebskosten sind z.B. Sachgüter zur medizinischen Leistungserbringung und die Personalkosten zu decken, welche ebenfalls einen erheblichen Einfluss auf die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Krankenhausbehandlung nehmen. Die Praxis zeigt jedoch, dass der gesetzliche Grundsatz der dualen Finanzierung faktisch nicht realisierbar ist. Auf der Seite der Investitionskostenfinanzierung kommen die Bundesländer ihrer Verpflichtung zur Bereitstellung von Fördermitteln aufgrund finanzieller Haushaltsengpässe nur unzureichend nach, sodass derzeit nur die Hälfte der tatsächlich getätigten Investitionen über öffentliche Fördermittel finanziert wird. Zudem schreitet auf der Seite der Betriebskostenfinanzierung die Erlösentwicklung der Fallpauschalen nicht im selben Maße fort wie die Kostentwicklung der Krankenhäuser. Hier können aufgrund gesetzlicher Regulierungen der Krankenhausfinanzierung die „Preise“ für Leistungen von einem Krankenhaus nicht selbst bestimmt werden, außerdem stehen einer Umsatzsteigerung durch Mengenausweitungen Budgetbegrenzungen entgegen.

Um im Wettbewerb zu bestehen und eine qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten zu gewährleisten, haben Krankenhäuser jedoch trotz knapper Förder-

mittel zu investieren. Insofern sie nicht in der Lage sind, der unzureichenden Investitionsförderung aus eigener Ertragskraft zu begegnen, können betriebsnotwendige Investitionen i.d.R. nicht realisiert werden. Kann ein Krankenhaus jedoch auf Überschüsse zurückzugreifen und Investitionen aus Eigenmitteln tätigen, werden hierdurch zwangsläufig die für die Finanzierung der laufenden Behandlungskosten gedachten Mittel verkürzt. Um einem Verlustrisiko auf der Betriebskostenseite entgegenzuwirken, setzen Krankenhäuser schließlich Einsparmaßnahmen, etwa über den Abbau von Personalstellen, ein. Auch hier besteht die Gefahr, dass darunter die Behandlungsqualität leiden kann. Schließlich führt die Gesamtheit der wirtschaftlichen Herausforderungen in der Praxis dazu, dass viele Krankenhäuser Verluste schreiben und nicht ausreichend investitionsfähig sind.

Trotz umfassender Gesetzesnovellierungen wird das zentrale Problem einer unzureichenden Investitionskostenförderung auch mit der neuen Krankenhausreform nicht angegangen. Vielmehr fokussiert die Politik über verschiedene Maßnahmen eine nachhaltige Sicherung der Betriebskostenfinanzierung zu erreichen, um darüber die Versorgungsqualität für die Patienten zu verbessern. Die Finanzierungsdefizite des Krankenhauswesens werden jedoch ohne eine nachhaltige Lösung der Investitionskostenfinanzierung weiter fortbestehen, wodurch auch eine qualitätsorientierte Versorgung nicht abschließend gesichert werden kann. In der Konsequenz sind Krankenhäuser gezwungen, Konzepte und Maßnahmen zu initiieren, um ihre Rentabilität und Effizienz zu steigern. Darüber hinaus besteht die Notwendigkeit, alternative Finanzierungsquellen und geeignete Finanzierungskonzepte zu ergründen. Die Ausschöpfung von Optimierungspotentialen gelten dabei nicht nur als zentrale Voraussetzung für die Etablierung hochwertiger Behandlungsstandards, sondern auch für den Zugang zu alternativen Finanzierungsformen, da etwa die Kreditwürdigkeit eines Hauses mit seiner Wirtschaftlichkeit einhergeht. So kann hierüber die Ertragskraft eines Krankenhauses gestärkt werden, wodurch im Folgenden eine verbesserte Bonität erreicht und etwaige Zins- und Tilgungsaufwendungen gedeckt werden können. Allerdings sind zur Umsetzung von Optimierungsmaßnahmen häufig ebenfalls Investitionen erforderlich, sodass aufgrund bestehender defizitärer Finanzlagen nicht alle Krankenhäuser abschließend auf vorhandene Potentiale zurückgreifen können.

All dies betont die entscheidende Bedeutung einer zusätzlichen Finanzmittelbeschaffung für die Gestaltung einer wirtschaftlichen und qualitätsorientierten Zukunft deutscher Krankenhäuser. Solange keine politische Lösung hinsichtlich der

defizitären Investitionskostenfinanzierung gefunden wird, wird auch der wirtschaftliche Druck bei den Krankenhäusern immanent bleiben.

Literaturverzeichnis

- Augurzky, B., Pilny, A., Wübker, A. (2015): Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2015, in: RWI Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg.), RWI-Materialien, Heft 89, Essen 2015.
- BDO, DKI (2015): Investitionsfähigkeit der deutschen Krankenhäuser, Köln 2015.
- Graumann, M., Schmidt-Graumann, A. (2011): Rechnungslegung und Finanzierung der Krankenhäuser, Leitfaden für Rechnungslegung, Beratung und Prüfung, 2. Aufl., Herne 2011.
- Greiling, M. (2004): Einführung in das klinische Prozessmanagement, in: Greiling, M. (Hrsg.): Pfade durch das klinische Prozessmanagement, Methodik und aktuelle Diskussion, Stuttgart 2004, S. 15-26.
- Hildebrandt, S. (2015): Experteninterview, Düsseldorf 2015.
- Hildebrandt, S. (2016): Experteninterview, Essen 2016.
- Hildebrandt, S. (2016): Experteninterview, Duisburg 2016.
- Imdahl, H., Heubel, F. (2015): Anreizsteuerung im Krankenhaus und die Rolle der DRGs, in: Heubel, F. (Hrsg.): Professionslogik im Krankenhaus: Heilberufe und die falsche Ökonomisierung, Frankfurt am Main 2015, S. 98-116.
- Janda, C. (2010): Medizinrecht, Konstanz 2010.
- Klein, S., Schwinger, A. (2014): Patientensicherheit und Personal, in: Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J., Wasem, J. (Hrsg.): Krankenhausreport 2014, Schwerpunkt: Patientensicherheit, Stuttgart 2014, S. 95-111.
- Kersting, T. (2008): Struktur und Prozesse der Leistungserstellung, in: Schmidt-Rettig, B., Eichhorn, S. (Hrsg.): Krankenhaus-Managementlehre, Theorie und Praxis eines integrierten Konzepts, Stuttgart 2008, S. 281- 302.
- Leber, W., Pfeiffer, P. (2010): Krankenhausfinanzierung, zentrale Fragestellungen und ihre Lösungen, Köln 2010.
- Lüngen, M., Lauterbach, K. (2002): Ergebnisorientierte Vergütung bei DRG, Qualitätssicherung bei pauschalierender Vergütung stationärer Krankenhausleistungen, Berlin/Heidelberg 2002.

- Mormann, J. (2004): Prozessoptimierung, in: Greiling, M. (Hrsg.): Pfade durch das klinische Prozessmanagement, Methodik und aktuelle Diskussion, Stuttgart 2004, S. 102-125.
- Münzel, H., Zeiler, N. (2010): Krankenhausrecht und Krankenhausfinanzierung, Stuttgart 2010.
- Partnerschaften Deutschland – ÖPP Deutschland AG (2013): Finanzierungs- und Sicherheitenkonzept für ÖPP im Gesundheitswesen, ÖPP-Schriftenreihe, Band 13, Berlin 2013.
- Rau, F. (2015): Das Krankenhausstrukturgesetz in der Gesamtschau, in: Das Krankenhaus, 2015, Heft 12/2015, S. 1121-1139.
- Sonnentag, A. (2008): Trägerstrukturen und Rechtsformen, in: Schmidt-Rettig, B., Eichhorn, S. (Hrsg.): Krankenhaus-Managementlehre, Theorie und Praxis eines integrierten Konzepts, Stuttgart 2008, S. 181-195.
- Statistisches Bundesamt (2008): Gesundheit, Grunddaten der Krankenhäuser 2007, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Wiesbaden 2008.
- Statistisches Bundesamt (2012): Gesundheit, Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) Diagnosen, Prozeduren, Fallpauschalen und Case Mix der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern 2011, Fachserie 12 Reihe 6.4, Wiesbaden 2012.
- Statistisches Bundesamt (2013): Gesundheit, Kostennachweis der Krankenhäuser 2011, Fachserie 12 Reihe 6.3, Wiesbaden 2013.
- Statistisches Bundesamt (2015a): Gesundheit, Grunddaten der Krankenhäuser 2014, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Wiesbaden 2015.
- Statistisches Bundesamt (2015b): Gesundheit, Kostennachweis der Krankenhäuser 2014, Fachserie 12 Reihe 6.3, Wiesbaden 2015.
- Statistisches Bundesamt (2015c): Tarifstatistiken, 2014: Tarifinformationen zum Gesundheitswesen, Wiesbaden 2015.
- Statistisches Bundesamt (2015d): Gesundheit, Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) Diagnosen, Prozeduren, Fallpauschalen und Case Mix der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern 2014, Fachserie 12 Reihe 6.4, Wiesbaden 2015.

- Thomas, D., Reifferscheid, A., Pomorin, N., Focke, A., Schillo, S. (2013): Krankenhausversorgung, in: Wasem, J., Staudt, S., Matusiewicz, D. (Hrsg.): Medizinmanagement, Grundlagen und Praxis, Berlin 2013, S. 223-266.
- Thomas, D., Reifferscheid, A., Walendzik, A., Wasem, J., Pomorin, N. (2014): Patientengefährdung durch Fehlanreize – die Folge des Vergütungssystems?, in: Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J., Wasem, J. (Hrsg.): Krankenhausreport 2014, Schwerpunkt: Patientensicherheit, Stuttgart 2014, S. 13-23.
- Wolke, T. (2010): Finanz- und Investitionsmanagement im Krankenhaus, Berlin 2010.
- Zantow, R., Dinauer, J. (2011): Finanzwirtschaft des Unternehmens, Die Grundlagen des modernen Finanzmanagements, 3. Aufl., München/Boston/San Francisco u.a. 2011.

Rechtsquellenverzeichnis

- AbgrV (2012): Verordnung über die Abgrenzung der im Pflegesatz nicht zu berücksichtigenden Investitionskosten von den pflegesatzfähigen Kosten der Krankenhäuser (Abgrenzungsverordnung - AbgrV) vom 12.12.1985 (BGBl. I S. 2255) mit allen späteren Änderungen in der Fassung vom 21.07.2012. In: BGBl. I S. 1613.
- AO (2015): Abgabenordnung vom 01.10.2002 (BGBl. I S. 3866) mit allen späteren Änderungen in der Fassung vom 20.11.2015. In: BGBl. I S. 2025.
- BT-Drucksache 18/6586 vom 04.11.2015: Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz - KHSG).
- GG (2014): Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland vom 23.05.1949 (BGBl. I S. 1) mit allen späteren Änderungen in der Fassung vom 23.12.2014. In: BGBl. I S. 2438.
- KHEntgG (2015): Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz - KHEntgG) vom 23.04.2002 (BGBl. I S. 1412, 1422) mit allen späteren Änderungen in der Fassung vom 10.12.2015. In: BGBl. I S. 2229.
- KHG (2014): Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG) vom 29.06.1972 mit allen späteren Änderungen in der Fassung vom 21.07.2014. In: BGBl. I S. 1133.
- KHGG NRW (2015): Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen vom 29.12.2007 (GV. NRW. S. 702) mit allen späteren Änderungen in der Fassung vom 25.03.2015. In: GV. NRW. S. 302.
- PauschKHFVO (2009): Verordnung über die pauschale Krankenhausförderung vom 01.01.2008 (GV. NRW. S. 347) mit allen späteren Änderungen in der Fassung vom 12.5.2009. In: GV. NRW. S. 323.
- SGB V (2015): Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung – vom 20.12.1988 (BGBl. I S. 2477) mit allen späteren Änderungen in der Fassung vom 20.10.2015. In: BGBl. I S. 1722.

Internetquellen

- AOK (2016): Grundlohnrate. URL: <http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/krankenhaus/lbfw/veraenderungsrage/index.html>, Abruf am 24.01.2016.
- BMG Bundesministerium für Gesundheit (2015): Telemedizin. URL: <http://www.bmg.bund.de/glossar-begriffe/t-u/telemedizin.html>, Abruf am 31.12.2015.
- DKG Deutsche Krankenhausgesellschaft (2015): Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern - Stand: August 2015. URL: http://www.dkgev.de/media/file/21149.Anlage_Bestandsaufnahme_August_2015.pdf, Abruf am 09.01.2016.
- GBE-Bund Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2016): DRG-Fallpauschalen: Erlöse und Leistungen. URL: http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=15579, Abruf am 24.01.2016.
- GKV Spitzenverband (2015a): DRG-System. URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/drg_system/g_drg_2015/drg_system_2015.jsp, Abruf am 29.12.2015.
- GKV Spitzenverband (2015b): Übersicht über die für 2015 gültigen Landesbasisfallwerte in den einzelnen Bundesländern. URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/landesbasisfallwerte/KH_LBFW_2015_2015_06_08.pdf, Abruf am 29.12.2015.
- InEK Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2015): Fallpauschalen-Katalog 2015. URL: http://www.g-drg.de/cms/G-DRG-System_2015/Fallpauschalen-Katalog/Fallpauschalen-Katalog_2015, Abruf am 29.12.2015.
- KfW Kreditanstalt für Wiederaufbau (2014): Merkblatt Risikogerechtes Zinssystem, Anlage zur Konditionenübersicht für Endkreditnehmer. URL: [https://www.kfw.de/Download-Center/F%3%b6rderprogramme-\(Inlandsf%3%b6rderung\)/PDF-Dokumente/6000000038-Anlage-risikogerechtes-Zinssystem-EKN.pdf](https://www.kfw.de/Download-Center/F%3%b6rderprogramme-(Inlandsf%3%b6rderung)/PDF-Dokumente/6000000038-Anlage-risikogerechtes-Zinssystem-EKN.pdf), Abruf am 23.01.2016.

KFW Kreditanstalt für Wiederaufbau (2016): Konditionenübersicht für Endkreditnehmer, Programm 148. URL: <https://www.kfw-formularsammlung.de/KonditionenanzeigerInet/KonditionenAnzeiger?ProgrammNameNr=148>, Abruf am 23.01.2016.

Anhang

A. Experteninterview A – Interviewpartnerin: Frau Birgitta Lorke

Protokoll des Experteninterviews

Interviewerin: Frau Stephanie Hildebrandt

Interviewpartnerin: Frau Birgitta Lorke, Geschäftsführerin der Curacon GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Leiterin Ressort Krankenhaus, Niederlassung Düsseldorf, Niederrheinstr. 16/16a, 40474 Düsseldorf

persönliche Auskunftserteilung am 18.12.2015.

Teil 1: Fragen zu Finanzierungsdefiziten im deutschen Krankenhauswesen

Welche Finanzierungsdefizite existieren Ihrer Erfahrung nach im deutschen Krankenhauswesen auf der Seite der Betriebskosten?

Auf der Seite der Betriebskosten gibt es ein Schlagwort: die „Kostenschere“. Also eine unterschiedliche Entwicklung der Erlöse zu den Kosten, insbesondere zu den Personalkosten. Die Einnahmenseite der Krankenhäuser ist ja wesentlich geprägt durch die Entwicklung der Landesbasisfallwerte und diese hängt wiederum von Veränderungsraten ab, also Grundlohnsummensteigerung oder Kostenorientierungswert. Das war in den letzten Jahren relativ unbefriedigend, ist jetzt zurzeit, weil die Konjunktur in Deutschland gut läuft und die Grundlohnrate, also die Beitragseinnahmen der GKV sich gut entwickeln, eigentlich recht erfreulich. Wir haben jetzt 2,95% als Veränderungsrate für 2016 und 2,53% für 2015, das sind ordentliche Steigerungswerte. Also von daher ist die Fortschreibung der Landesbasisfallwerte eigentlich ganz okay. Trotzdem ist natürlich die Frage, ob diese Fortschreibung ausreicht, um die Kostensteigerung abzudecken. Und Kostensteigerung heißt ja dann insbesondere Personal – und die Tarifsteigerung bewegt sich durchaus in Größenordnungen von 3%. Und dadurch, dass das Personal knapp ist, muss man im Zweifel eher mehr zahlen als weniger, um Personal zu gewinnen. Also hat man auf der Betriebskostenseite eben das Dilemma, ob man mit der Budgetentwicklung die Kostensteigerung tatsächlich auffangen

kann. Die Politik der Krankenhäuser in den letzten Jahren war hier die Mengenausweitung, um Kostensteigerungen zu kompensieren. Bei einigen Häusern hat das auch geklappt. Dann sind ja gesetzlich jetzt schon ein paar Dinge eingebaut worden und mit dem Krankenhausstrukturgesetz wird das Thema Mengenausweitung gänzlich abgeschnitten werden. Insofern wird man die Betriebskosten- seite mit Mengenausweitung nicht mehr retten können. Also wird es verstärkt um die Prozessoptimierung gehen, um auf der Betriebskostenseite ausfinanziert zu sein.

Welche Finanzierungsdefizite existieren Ihrer Erfahrung nach im deutschen Krankenhauswesen auf der Seite der Investitionskosten?

Das viel größere Thema sind die Investitionskosten. Da haben wir eine offenkundig noch viel höhere Unterfinanzierung. Rein theoretisch werden die Krankenhäuser über die öffentlichen Fördermittel des jeweiligen Bundeslandes ausfinanziert, aber die jährlichen Fördermittelzuweisungen hängen auch von der Haushaltslage ab und die Fördermittelvolumen sind in den letzten Jahren stetig gesunken. Früher machten diese einmal knapp 10% der Einnahmen der Krankenhäuser aus, jetzt sind wir ungefähr bei 4%, das reicht nicht. Also: die Krankenhäuser schreien unentwegt, dass sie mehr Fördermittel brauchen.

Teil 2: Fragen zu den praktischen Auswirkungen der Finanzierungsdefizite

Die öffentliche Förderstruktur für Krankenhäuser reicht demnach auch nicht aus, um innovative Investitionen zu finanzieren?

Eben dafür reicht es nicht. Und es wäre ja schon wünschenswert, dass getätigte Investitionen auch zugleich einen innovativen Charakter haben. Das ist ein wesentlicher Punkt. Wenn sich der medizinische Fortschritt weiterentwickelt, stellt sich den Krankenhäusern die Frage, wie sie diesem Umstand Rechnung tragen können. Wobei es natürlich auch die Aussage gibt, dass die Krankenhausstruktur bzw. die Versorgungslandschaft so wie sie jetzt ist, nicht passt - wir haben das Thema einer Überversorgung in den Ballungsgebieten und einer Unterversorgung in den ländlichen Gebieten. Daraus ergibt sich die Frage: Was brauche ich tatsächlich an Infrastruktur? Wie viele Krankenhausstandorte brauche ich, mit welcher Ausstattung? Also z.B. Themen wie Telematik und Telemedizin, da müssten noch unendliche Potentiale sein.

Auf welche Investitionen und Innovationen müssen Krankenhäuser in der Praxis verstärkt verzichten? In welchen Bereichen fallen die „Investitionslücken“ besonders in Gewicht?

Nach meiner Wahrnehmung wird insbesondere innovativ wenig gemacht. Und im Westen zumindest fehlt es an grundlegenden Anforderungen in baulichen Bereichen, sowohl im Bereich der OPs als auch im Bereich der Funktionsräumlichkeiten; günstige, räumliche Verhältnisse; Wegezeiten; zu kleine Stationsgrößen, die bestimmte Dinge nicht zulassen... es fehlt an vielen Stellen an einer modernen, zeitgemäßen Ausstattung und vor allen Dingen ist das Problem, dass, wenn man investiert, dass dann in diesen alten, traditionellen Gebäudesubstanzen gearbeitet wird, was immer unvollkommen bleibt. Man bräuchte an vielen Stellen eine Neubaumaßnahme. Diese könnte viel mehr bewirken, als an alten Strukturen, die nicht mehr den heutigen Standards entsprechen, zu arbeiten. Eigentlich fehlt es an allem.

Können die „Investitionslücken“ Ihrer Einschätzung nach Auswirkungen auf die medizinische Behandlungsqualität bzw. auf die Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses haben?

Das kann ich als Abschlussprüferin natürlich nicht unmittelbar beurteilen. Aber das will ich nicht ausschließen. Natürlich kann ich vermuten, dass wenn z.B. ein Röntgengerät nicht ersetzt wird, sondern es über die 8 oder 15 Jahre hinaus noch weiter genutzt wird, dass dann bestimmte Dinge gar nicht erkannt werden.

Sind Investitionen auch eine Voraussetzung dafür, dass Prozessoptimierungen erfolgreich umgesetzt werden können?

Auf jeden Fall. Wir haben ja an vielen Stellen noch wirklich alte Gebäudesubstanzen, die noch aus Verhältnissen aus der Kriegszeit oder noch davor resultieren und da hatte man ganz andere Vorstellungen davon, wie eine Krankenhausbehandlung funktioniert. Die Prozesse sind mit Sicherheit an vielen Stellen dadurch gehandicapt, dass wir eine nicht passende Infrastruktur haben.

Teil 3: Fragen zur Kompensation der Finanzierungsdefizite

Wie werden die Finanzierungsdefizite in der Praxis von den Krankenhäusern kompensiert? Wie wichtig ist der Aspekt einer zusätzlichen Finanzmittelbeschaffung, neben der bestehenden öffentlichen Förderung, für die Krankenhäuser in Deutschland?

Wir haben ja den Trend, dass die öffentlichen Fördermittel zu niedrig sind, schon seit einigen Jahren. Der Investitionsbedarf besteht und die Krankenhäuser haben konkret zu entscheiden, was sie aufgrund der fehlenden Fördermittel tun wollen. Und tatsächlich ist es so, dass die Krankenhäuser, obwohl sie keine Förderung bekommen haben, dann aus anderen Quellen investiert haben. Weil sie einfach erkannt haben, dass bestimmte Investitionen notwendig sind, um den Versorgungsauftrag sicher zu stellen und die angemessene Patientenversorgung gewährleisten zu können, aber auch um wettbewerbsfähig zu bleiben. Wir haben ja mittlerweile eine Situation, dass durchaus Wettbewerb unter den Krankenhäusern besteht. Das heißt also, dass Krankenhäuser auch dann investiert haben, wenn keine Fördermittel verfügbar sind. Entweder haben sie mit Geldern investiert, die sie aus Überschüssen hatten oder sie haben sich verschuldet. Und das ist ein Dilemma, dass sich viele Häuser zunehmend aus Krediten finanzieren, mit entsprechender Belastung für Zins und Tilgung... und dieses Geld muss irgendwo herkommen. Das kann dann über sonstige Einnahmequellen außerhalb des Versorgungsauftrages kommen, z.B. aus Wahlleistungserlösen. Diese ist durchaus als traditionelle zusätzliche Einnahmequelle zu sehen. Oder aus sonstigen Nebenleistungen. Aber das ist ein Problem, dass diese Finanzierung dann auch aus dem Betriebskostenbereich geschaffen werden muss. Und das ist auch das, was die GKV-Seite vielfach jetzt schon vorwirft, dass die DRGs die Investitionen subventionieren. Das also die DRG-Erlöse eigentlich zu hoch sind, weil ja Teile der DRG-Erlöse genommen werden, um Investitionen zu finanzieren. Weil es nicht anders geht. Und insofern sich die Krankenhäuser beschweren, die Bewertungsrelationen bzw. die DRG wären zu niedrig, dann wenden die Kassen ein, dass die Häuser immer noch Investitionen aus den Erlösen finanzieren können.

Fehlt es Ihrer Ansicht nach den Krankenhäusern bzw. den Krankenhausträgern an Kenntnissen, welche anderen Wege bzw. innovativen Finanzierungsinstrumente genutzt werden können?

Es ist sicherlich so, gerade aus der NRW-Sicht, dass unser Bundesland dadurch geprägt ist, dass wir eine Krankenhauslandschaft haben, die überwiegend freigemeinnützige Träger hat, das ist hier stärker als in anderen Bundesländern. Und diese Träger, also die Gesellschaftervertreter, was ja dann die katholische oder evangelische Kirchengemeinde etc. ist, die sind traditionell konservativ. Das heißt, die sind der Kreditaufnahme per se schon sehr zurückhaltend gegenüber und noch innovativere Finanzierungsformen würden sicherlich auch mit sehr viel Zurückhaltung aufgenommen. Und das andere ist eben auch, dass der normale Kaufmann eine Investition tätigt, wenn er sich daraus etwas verspricht. Also wenn das, was von ihm investiert wird sich über einen gewissen Zeitraum amortisiert und er auch einen Gewinn daraus ziehen kann. Und solche echte Kalkulationen des Profits einer Investition, mit dem üblichen betriebswirtschaftlichen Handwerkszeug, die wird im Krankenhausbereich relativ wenig gemacht.

Bilden private Krankenhausträger hierbei eine Ausnahme?

Ja, die privaten Träger die gehen da schon etwas professioneller ran. Und sie haben eine andere Möglichkeit der Kapitalbeschaffung. Die freigemeinnützigen Krankenhäuser sind, wie ich eben sagte, eher konservativ was die Kreditaufnahme etc. angeht. Da sind die privaten Träger doch anders, das kann man ganz klar feststellen. Private Träger lassen das Geld, das sie haben auch eher arbeiten und setzen es auch wieder ein. Außerdem werden hier häufig Gelder innerhalb einer ganzen Krankenhauskette verwendet: also wenn das eine Haus in einer Kette Geld hat, dann kriegt das andere Haus dieses Geld um damit zu investieren. Und das entscheidende ist ja dann, dass dieses Geld nicht nur investiert wird, sondern dass es dann auch genutzt wird, um die Prozesse zu optimieren. Der Gedanke der Investition, die sich aus sich selbst heraus trägt, der wird sicherlich bei den privaten Trägern eher und öfter umgesetzt, als bei den freigemeinnützigen – und den öffentlichen Krankenhäusern. Die sind im Zweifel noch schwieriger in Umsetzungsfragen und der Entwicklung von Unternehmenskonzepten. Es darf also nicht nur in etwas Neues investiert werden und dann so weitergemacht werden wie bisher, sondern es müssen die Gelegenheiten genutzt werden, dann auch effizienter zu arbeiten.

Sehen Sie hinsichtlich der Finanzmittelbeschaffung einen sich entwickelnden Beratungsbedarf, insbesondere für die öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhausträger?

Ja.

Teil 4: Fragen zu weiteren Finanzierungspotentialen

Welches sind Ihrer Meinung nach aktuell besonders innovative und erfolgsversprechende Finanzierungsinstrumente?

Was sieht man als Finanzierungsinstrument? Da gibt es ja PPP oder ähnliches... Solche Arten von „kreativen“ Finanzierungsinstrumenten sehe ich ehrlich gesagt in der Krankenhauslandschaft so gut wie gar nicht. PPP wäre zwar ein innovatives Instrument, aber nach meiner Erkenntnis gibt es sehr wenig PPP-Projekte in Deutschland. Für die breite Fläche der Krankenhäuser nehme ich keine PPP-Modelle wahr... auch weil PPP ein sehr komplexes Thema ist. Hier ist ja die Frage, wie Risiken verteilt werden. Das muss dann auch wirklich bis zum Ende klar durchdefiniert und durchgedacht werden, damit nicht zu viele Risiken bei einem Krankenhaus bleiben.

Haben die Krankenhäuser Ihrer Erfahrung nach im Bereich der Vertragsgestaltung zu wenige Kenntnisse, weshalb hier PPP-Modelle in der Praxis wenig Anwendung finden?

Ich wüsste jetzt auch gar nicht, dass es so viele PPP-Angebote im Krankenhaussektor gibt. Der Aspekt von PPP ist ja, dass Krankenhäuser im Augenblick die Kreditaufnahme sparen und insofern nicht das Problem haben, dass sie mit Banken verhandeln müssen und ihre Seriosität darlegen müssen. Und dass sie jemanden haben, der den – im Zweifel – nicht Kernbereich für sie übernimmt. Oft wird es ja so gestaltet, dass die Versorgung auch durch den Vertragspartner übernommen wird. Dann ist eben die Frage, ob Krankenhäuser dieses tatsächlich outsourcen und nicht mehr machen wollen, weil sie hierin nicht ihre Kernkompetenz sehen. Und wenn ja, muss dieses auch beziffert werden, wie viel Aufwand das im Augenblick verursacht und wie viel Aufwand erspart bleibt, also die Frage, wieviel es kostet, dieses auf den Vertragspartner abzuwälzen. Und eben die Frage der Risikoverteilung: also wenn irgendetwas anders kommt als geplant, wer trägt denn dann die Kosten? Also ich nehme es nicht wahr, dass es viele

Firmen gäbe, die sich „aufdrängen“, dass zu machen. Ich hatte den Eindruck, dass es vor ein paar Jahren etwas moderner war und dann hat es sich aber wieder totgelaufen. Und im Augenblick nehme ich PPP nicht wirklich als eine echte Option wahr, für die breite Masse der Krankenhäuser. Ich sehe das also eher als Ausnahme.

Welche Rolle spielen die Kreditinstitute hinsichtlich der Finanzmittelbeschaffung für Krankenhäuser?

Kreditinstitute spielen schon eine größere Rolle, wobei da eben auch festzustellen ist: vor vielen Jahren haben sich Kreditinstitute gar keinen Kopf gemacht und waren immer dankbar, wenn sie mit einem Krankenhaus zusammenarbeiten konnten, aber die sind jetzt auch sehr zurückhaltend. Also es ist für ein Krankenhaus nicht so ohne weiteres möglich, einen Kredit von einem Kreditinstitut zu bekommen. Und da muss man dann auch sicherlich die breite Masse der Kreditinstitute sehen, die nicht viel Ahnung von der Krankenhausfinanzierung haben, die tun sich noch schwerer. Dann gibt es eben die Banken, die so ein bisschen auf das Gesundheits- und Sozialwesen spezialisiert sind, die haben dann schon eher Ahnung wie Krankenhausfinanzierung funktioniert, die können das dann besser einordnen. Aber die Anforderungen seitens der Bank sind heutzutage tatsächlich höher als sie früher waren. Wir haben ja auch die Schlagzeilen, dass jedes zweite Krankenhaus Verluste schreibt, das war ja vor allem in der Zeitphase 2011/2012 auch nicht falsch als Pauschalaussage. Aber jetzt ist die Situation ja so, dass die Ergebnisse wieder etwas besser werden, aber aus dieser Zeit... so schlechte Jahresergebnisse oder Betriebsergebnisse führen eben zu einer großen Zurückhaltung bei Banken. Und auch die Pauschalaussage, dass wir viel zu viele Krankenhäuser haben. Insofern wird es zunehmend schwieriger für ein Krankenhaus sich gegenüber einer Bank gut genug darzustellen. Und dann sind es die Krankenhäuser ja auch traditionell nicht gewohnt, dass sie dann mal einen Businessplan für die Investition vorbereiten, das, was ja eigentlich normal ist.

Welche Möglichkeiten bleiben Krankenhäusern, um zusätzliche Finanzmittel zu beschaffen, wenn die Kreditaufnahme über ein Bankinstitut scheitert und PPP ebenfalls nicht in Frage kommt?

Gute Frage. Das ist dann schwierig. Die Gesellschafter fallen auch meistens aus... In NRW kriegen die Krankenhäuser von der Kommune nichts, wenn es sich um öffentliche Krankenhäuser handelt. In Bayern z.B. sieht das schon anders aus, da kommt regelmäßig auch noch was vom Träger dazu, z.B. auch Eigenanteile zu Fördermaßnahmen, aber das können sie hier in NRW vergessen. Demnach unterbleiben bei vielen Häusern sinnvolle Investitionen, weil die Gelder nicht so ohne weiteres zur Verfügung stehen. Aber letztendlich muss man dazu sagen, dass sich die Krankenhäuser teilweise auch in ihren betriebswirtschaftlichen Qualitäten verbessern müssten, indem sie z.B. tatsächlich mal einen Businessplan machen. Und wenn es einen vernünftigen Plan gibt, aus dem hervorgeht, dass die Investition etwas Positives bewirkt und dass sie sich trägt - also das, was kaufmännisches Handwerkzeug ist - wenn die Krankenhäuser z.B. sagen, dass sie ihre OPs oder Stationen erweitern oder umbauen wollen, dann muss sich das auch betriebswirtschaftlich rechnen. Und wenn ein vernünftiger Plan gemacht wird und ich dann auch in der Lage bin, diesen vernünftig bei der Bank zu verkaufen, dann müsste sich auch irgendeine Bank finden lassen, die dem Krankenhaus glaubt. Aber dafür müssen eben diese Hausaufgaben auch gemacht werden. Die Qualität im Rechnungswesen und in der Verwaltung im Krankenhaus hat sich wirklich sehr stark verbessert in den letzten Jahren, aber an der Stelle ist auch weiterhin noch Potential.

Teil 5: Fragen zu potentiellen Auswirkungen einer qualitätsorientierten Vergütung**Reicht Ihrer Einschätzung nach das neue Vergütungsmodell – mit der Gefahr von Qualitätsabschlägen, aber auch mit der Chance auf Qualitätszuschläge – in Kombination mit der öffentlichen Förderung aus, um Innovationen zu finanzieren?**

So wie ich denke, und so sagt es auch selbst die Politik: mit dem KHSG ist die Frage der Investitionsfinanzierung nicht geklärt. Die Frage bleibt offen und ist weiterhin ungelöst. Das ist keine Sache die auf Bundesebene entschieden werden kann. Der Bund hat ganz klar gesagt, es soll so bleiben wie es gesetzlich vorgegeben ist: die Länder sind für die Investitionsfördermittel zuständig. Das

einziges Entgegenkommen, das durch das Gesetz gekommen ist, ist der Strukturfonds, um Anpassungen vorzunehmen. Das löst aber das grundsätzliche Dilemma nicht. Und man kann auch nicht erwarten, dass selbst, wenn die 1 Mrd. € aus dem Strukturfonds abgerufen würden, dass sich dann die Versorgungsstrukturen so ändern, dass die jährlich ausgezahlten Fördermittel auf einmal ausreichen. Das wird nicht passieren. Insofern ist das Thema der Investitionsfinanzierung durch das Gesetz ungelöst. Somit lässt sich die Frage damit beantworten, dass auch dann, wenn das KHSG demnächst in Kraft tritt, auch weiterhin keine Innovationen finanziert werden können.

Und das Thema mit den Qualitätszu- und -abschlägen, das ist ja etwas, was im Gesetz nur sehr vage ist, und was ja auch noch dauert, da sind ja noch viele Themen offen, der G-BA muss hierzu noch vieles entwickeln. Und ob es dann jemals so griffig wird, dass man konkrete Indikatoren oder Kriterien hat, mit denen man die Qualität messen und die Mängel an der Qualität feststellen kann, das muss man erstmal abwarten. Auch für wie viele Krankheitsbilder das sein wird. Und es ist ja auch eine erklärte Aussage, dass keiner – auch die Kassen nicht – will, dass es zu Qualitätsabschlägen kommt. Also, dass Häuser am Markt bleiben, die Qualitätsabschläge haben. Und inwieweit andererseits Qualitätszuschläge jemals eine große Rolle spielen werden, das ist auch noch ungewiss.

Wird Ihrer Einschätzung nach der Aspekt der zusätzlichen Finanzmittelbeschaffung in der Zukunft eine verstärkte Rolle spielen?

Ja. Solange das Thema der Investitionsfinanzierung nicht gelöst ist, ist das weiter ein Thema. Da muss man sehen, ob eine Chance besteht, dass die Länder ihre Mittel erhöhen oder man nimmt von der dualen Finanzierung Abstand und geht zu einer Monistik oder Teilmonistik über, so dass finanzielle Mittel aus Kassenbeiträgen bereitgestellt werden. Die DRGs werden erhöht um einen Investitionsanteil. Die Krankenseite wird mit Sicherheit dafür kämpfen, dass die Investitionsfördermittel erhöht werden. Und das ist meiner Ansicht nach auch grundsätzlich gerechtfertigt. Denn je richtiger die Kalkulationen der DRG-Entgelte sind, desto weniger ist es ja möglich für ein Haus tatsächlich noch Überschüsse in diesem Bereich zu erzielen. Das sollte so nicht sein. Das heißt, ich brauche tatsächlich einen gesonderten Topf für Investitionsfinanzierung. Und das Thema ist politisch noch nicht gelöst, da muss noch eine Lösung gefunden werden. Und die wird es, denke ich, auch irgendwie geben. Aber mit dem Abbau von Kapazitäten und auch dadurch freiwerdenden Mitteln wird es wahrscheinlich nicht gelöst werden, weil wir die älter werdende Bevölkerung haben, die Zuwanderung der

Flüchtlinge etc. Also insofern bleibt das Thema. Und bis wir da eine gesetzliche Lösung zu haben, das ist schwer abzuschätzen wie schnell das sein wird. So lange wird der Druck bei den Häusern bleiben.“

B. Experteninterview B – Interviewpartner: Herr Torsten Schulte**Protokoll des Experteninterviews**

Interviewerin: Frau Stephanie Hildebrandt

Interviewpartner: Herr Torsten Schulte, Kaufmännischer Direktor der Lungenklinik Hemer, Theo-Funccius-Str. 1, 58675 Hemer

telefonische Auskunftserteilung am 15.01.2016.

Teil 1: Fragen zur Betriebskostenfinanzierung der Fachklinik**Welche Einnahmen haben Sie im Jahr 2014 über Ihre Krankenhausleistungen erzielt?**

Über die allgemeinen Krankenhausleistungen, also über die DRG-Erlöse inklusive aller Zusatzentgelte etc. haben wir im Jahr 2014 rund 34,1 Mio. € erzielt. Ambulante Leistungen spielen bei uns eine untergeordnete Rolle, sodass wir hier lediglich Einnahmen von ca. 90.000 € haben. Über unsere nicht-ärztlichen Wahlleistungen, also z.B. die Wahlleistung Unterkunft, Telefon, TV usw. haben wir Einnahmen in Höhe von etwa 420.000 €. Über die ärztlichen Wahlleistungen verblieb der Klinik ein Anteil von rund 1,2 Mio. €, sodass wir Wahlleistungen in der Summe von etwa 1,62 Mio. € hatten. Dazu kommen als Einnahmequellen noch sonstige Leistungen, z.B. über die Erbringung von Dienstleistungen für Dritte im Rahmen eines Laborbetriebs, oder über Vermietungen usw. Hier haben wir Einnahmen in Höhe von rd. 2,8 Mio. €.

Welche Ausgaben standen den Leistungsentgelten in welcher Höhe gegenüber?

Der größte Kostenanteil ist das Personal. Der Personalaufwand betrug im Jahr 2014 in unserem Haus rund 21,5 Mio. €. Dann hatten wir Sachkosten in Höhe von rund 11,1 Mio. €. Hierunter fallen dann alle Verbrauchsgüter und Gebrauchsgüter, aber auch Umlagen und eingekaufte Dienstleistungen – von der Reinigung bis hin zum Wirtschaftsprüfer. Die Instandhaltungs- und Wartungskosten für bauliche und Anlagegüter betragen insgesamt etwa 1,5 Mio. €. Dazu kommen dann

noch sonstige Aufwendungen, z.B. hatten wir im Jahr 2014 Abschreibungen in Höhe von 2,2 Mio. €.“

Teil 2: Fragen zur Investitionskostenfinanzierung der Fachklinik

Wie hoch waren die Mittel der öffentlichen Förderung in Ihrer Fachklinik im Jahr 2014?

Im Rahmen der pauschalen Förderung haben wir im Jahr 2014 einen Betrag von rund 600.000 € erhalten, über die Baupauschale rund 400.000 €.

Welche Investitionen haben Sie in welcher Höhe im Rahmen der Baupauschale im gleichen Zeitraum getätigt?

Aktuell errichten wir einen Neubau mit einer Intensiv- und einer Komfortstation. Die gesamten Kosten hierfür betragen rund 12,5 Mio. €. Die Komfortstation wird für uns auch im Bereich Wahlleistungen eine Rolle spielen, sodass ein Teil dieser Station nicht förderfähig ist. Veranschlagt sind für die Komfortstation 5,6 Mio. €, eine Normalstation dieser Größe würde etwa 4 Mio. € kosten.

Über welchen Zeitraum erstreckt sich das Bauprojekt?

Über 3 Jahre.

Welche Investitionen haben Sie in welcher Höhe mit den pauschalen Fördermitteln im gleichen Zeitraum getätigt?

Die Hälfte der pauschalen Fördermittel benötigen wir schon allein zur Aufrechterhaltung einer modernen EDV-Ausstattung. Hier fließen die Gelder in Rechner, Software und so weiter. Daneben müssen kleine Geräte angeschafft werden, neue Betten etc. Die pauschalen Mittel decken somit unsere Kosten in diesem Bereich gerade ab.

Wäre für Sie im Rahmen der Verwendung der Pauschalförderung auch die Anschaffung innovativer Großgeräte interessant?

Interessant natürlich. Aber aktuell ist die Anschaffung von neuen Großgeräten aufgrund unseres Neubau-Projektes nicht möglich. Alles auf einmal geht nun einmal nicht.

Teil 3: Fragen zur Kompensation des Finanzierungsdefizits

Die Kosten der Errichtung Ihres Neubaus übersteigen bei weitem die Summe, die Sie im Rahmen der Baupauschale erhalten haben. Auch der von Ihnen erwirtschaftete Überschuss auf der Seite der Betriebskosten reicht nicht aus, um die Investitionslücke zu schließen. Wie decken Sie die übrigen Kosten ab? Wie finanzieren Sie den Teil der Kosten, der von vornherein nicht förderfähig ist?

Hier stellen wir als Krankenhaus sicherlich eine Ausnahme dar. Wir sind finanziell insgesamt so gut aufgestellt, dass wir die gesamten übrigen Kosten aus unseren Eigenmitteln stemmen können. Das ist jedoch nicht typisch für alle Krankenhäuser. Eine Alternative würde ansonsten der Kreditmarkt bieten, aber auch hier ist es – insbesondere aufgrund der Baupauschalen – schwierig. Dass die Baupauschalen jährlich neu festgelegt werden ist für Banken problematisch, da sie so keine Sicherheiten haben.

Teil 4: Fragen zu den Vor- und Nachteilen der Baupauschale

Sehen Sie in der Baupauschale – trotzdem, dass hierüber nur ein Bruchteil dessen, was Sie tatsächlich investieren, gedeckt werden kann – einen Vorteil gegenüber der klassischen Einzelförderung?

Das kommt immer darauf an. Die Baupauschale ist insbesondere interessant für große Krankenhäuser. Gleichzeitig ist sie natürlich problematisch für kleinere Krankenhäuser, die geringere Einnahmen haben. Für uns ist die Baupauschale insofern von Vorteil, als dass sie uns einen hohen Freiheitsgrad bietet. Die klassische Einzelförderung beinhaltet gleichzeitig lange bürokratische Wege; auch ist hier die Frage, wann ein Krankenhaus die beantragten Gelder überhaupt erhält. Das richtet sich ja auch danach, welches Krankenhaus im Moment den größten

Bedarf hat und danach, ob in den vorherigen Jahren bereits Investitionen in der Einrichtung gefördert wurden oder nicht – da gibt es ja dann eine Rangfolge. Da wir als Krankenhaus finanziell gut aufgestellt sind, ist die Baupauschale für uns ein Vorteil, ansonsten kann sie aber auch von Nachteil sein. Für kleinere Häuser ist es sicherlich schwer mit dem Geld der Baupauschale zu investieren. Und wenn diese Häuser trotzdem investieren, besteht wiederum die Gefahr, dass sie aufgrund der Investitionen sogar Verluste schreiben.

Die Baupauschale bietet ja auch die Möglichkeit, ausgezahlte Fördergelder an andere förderungsberechtigte Krankenhäuser in NRW abzutreten. Profitieren Sie von dieser Möglichkeit aufgrund dessen, dass Ihre Klinik Mitglied im Verbund des Deutschen Gemeinschafts-Diakonieverbands ist?

Da unsere Klinik die einzige Klinik des Verbandes mit Sitz in NRW ist, profitieren wir von dieser Möglichkeit nicht. Trotzdem wird in der Praxis von dieser Möglichkeit tatsächlich Gebrauch gemacht, sodass es durchaus Kliniken gibt, die hiervon profitieren.

Teil 5. Abschließende Frage

Worin sehen Sie das größte Problem in der aktuellen Krankenhausfinanzierung?

Aus meiner Sicht sind die Personalkostensteigerungen auf der Betriebskosten-seite das geringere Problem. Viel problematischer ist die Investitionskostenfinanzierung, weil hier über das Land deutlich zu wenige Gelder bereitgestellt werden. Das kann dann dazu führen, dass Krankenhäuser erst gar nicht investieren können und notwendige Investitionen ausbleiben oder es kann dazu führen, dass Krankenhäuser sich verschulden müssen, wenn sie investieren.

C. Experteninterview C – Interviewpartner: Herr Manfred Hagemeister

Protokoll des Experteninterviews

Interviewerin: Frau Stephanie Hildebrandt

Interviewpartner: Herr Manfred Hagemeister, kaufmännischer Direktor und stellvertretender Geschäftsführer des Evangelischen Krankenhauses BETHESDA zu Duisburg GmbH, Heerstr. 219, 47053 Duisburg

persönliche Auskunftserteilung am 04.08.2016.

Teil 1: Ausweitung des Wahlleistungsangebotes in deutschen Krankenhäusern

Welche Möglichkeiten haben Krankenhäuser hinsichtlich der Bereitstellung eines Wahlleistungsangebotes?

Krankenhäuser haben grundsätzlich die Möglichkeit, medizinische und nicht-medizinische Wahlleistungen anzubieten.

Bei medizinischen Wahlleistungen handelt es sich um alle medizinischen Zusatzangebote, wobei in der Praxis dabei v.a. die wahlärztliche Behandlung, also z.B. die Behandlung durch einen Chefarzt bzw. durch liquidationsberechtigte Ärzte im Vordergrund steht. Theoretisch haben Krankenhäuser darüber hinaus auch die Möglichkeit, weitere Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten außerhalb des individuell zu bestimmenden Umfangs der allgemeinen Krankenhausleistungen anzubieten. Dazu gehören zum einen Leistungen, die zwar anlässlich einer medizinisch indizierten Krankenhausbehandlung erbracht, zur medizinischen Behandlung eines Patienten aber nicht zwingend notwendig sind, also z.B. individuelle Gesundheitsleistungen, eine erweiterte Labordiagnostik oder Massagen. Zum anderen fallen darunter auch Alternativleistungen. Das sind Leistungen, die bei einer indizierten Krankenhausbehandlung von der Standardbehandlung bei der betreffenden Indikation abweichen, wie etwa innovative Behandlungsformen. Allerdings sind diese zusätzlichen Untersuchungs- und Behandlungsangebote im Krankenhauswesen eher wenig ausgeprägt. Eine größere Rolle spielen diese Angebote im ambulanten Sektor, also im Bereich niedergelassener Ärzte.

Bei den nicht-medizinischen Wahlleistungen geht es um alle nicht-ärztlichen Zusatzangebote. Klassischerweise handelt es sich dabei um die Wahlleistung Unterkunft, also um die Unterbringung von Patienten in Ein- oder Zweibettzimmern. Die Unterbringung kann dann je nach Krankenhausindividueller Ausgestaltung noch mit bestimmten Komfortmerkmalen verbunden sein. Dazu gehören z.B. eine besondere Größe und eine bevorzugte Lage des Zimmers, etwa mit einem Balkon oder einer Terrasse. Dazu kommen bestimmte Ausstattungsmerkmale, wie eine besonders ausgestattete Sanitärzone, eine Ausstattung mit Komfortbetten, einem Internetanschluss und so weiter. Auch besondere Serviceleistungen und eine besondere Verpflegung können zusätzlich angeboten werden.

Wie hoch sind die Erlössteigerungen, die Krankenhäuser durch die Ausweitung ihres Wahlleistungsangebotes erwarten können?

Das kann im Einzelfall pauschal nicht vorhergesagt werden. Die Erlössteigerung ist abhängig von ganz verschiedenen Faktoren. Dazu zählen das Angebotspektrum, die Inanspruchnahme der Angebote über die Patienten und der damit verbundenen Auslastung der Zimmer und Stationen sowie die Fallzahlsteigerung, die über die zusätzlichen Angebote erzielt werden kann. Dabei sind übrigens auch regionale Unterschiede zu beobachten. Erlössteigerungen sind also auch abhängig von der Kaufkraft der Einwohner eines Gebietes. Wahlleistungsangebote werden in Städten wie Köln, Hamburg oder München sicherlich eine vergleichsweise höhere Resonanz finden. Außerdem spielen auch die Chefarzte eine entscheidende Rolle, deren Reputation oftmals wichtiger ist als die Ausstattung der Zimmer.

Können Sie auf ein konkretes Beispielprojekt zurückgreifen, in dem ein Krankenhaus sein Wahlleistungsangebot im nicht-medizinischen Bereich ausgeweitet hat? Welche Kosten sind dem Krankenhaus im Rahmen dessen entstanden und welcher Profit hat sich auf der anderen Seite ergeben?

Das ist schwierig zu sagen. Eine Erweiterung des Angebotes im Bereich Service und Verpflegung stellt in erster Linie den Servicegedanken in den Vordergrund und bringt den Vorteil mit sich, dass das Krankenhaus ein besseres Angebot aufweisen kann und sich auf dem Markt attraktiver darstellen kann. Mehrerlöse lassen sich in der Praxis hierüber allerdings kaum generieren, meist gestalten sich diese zusätzlichen Angebote gerade kostendeckend. Krankenhäuser müssen für die Umsetzung in entsprechendes Material und Personal investieren – für eine

Wahl- und Zusatzverpflegung hinsichtlich höherwertiger Speisen ist es zum Beispiel oft hilfreich, in eine separate Küche auf der Privatstation zu investieren.

Generell sind für die Ausweitungen von Wahlleistungsangeboten sehr häufig Umbau- oder sogar Neubaumaßnahmen erforderlich – ohne Investitionen und Baumaßnahmen ist es für freigemeinnützige oder öffentlich-rechtliche Häuser kaum möglich, nennenswerte Mehrerlöse zu erzielen. Das gilt besonders für die erforderliche Ausstattung der Sanitärzone oder für die Grundanforderungen an die Zimmer, die zur Abrechnung von Zusatzentgelten streng an festgelegte Quadratmeterzahlen gebunden sind. Die Höhe der Investitionen bei den einzelnen Häusern hängt auch immer noch von der geplanten privaten Bettenzahl und der geplanten Ausstattung ab. Ich würde sagen, wenn ein Neubau über 4 Etagen errichtet wird, und davon eine Station als reine Privatstation gebaut werden soll, ist für den Neubau mit einer Summe um 12 Mio. € zu rechnen. Die zu erwartende Gewinnspanne über die Privatstation liegt dann etwa zwischen 150.000 € und 300.000 € p.a. – immer unter Berücksichtigung der zuvor genannten Faktoren, von denen die Erlössteigerung abhängen kann. Es dauert also eine ganze Weile, bis sich so ein Projekt amortisiert. Trotzdem ist es immer zu empfehlen – gerade wenn ohnehin neu gebaut wird, den Bereich Privatstation und Wahlleistung zu berücksichtigen.

Im Bereich der besonderen Zimmerausstattung lassen sich zwar bestimmte Komponenten auch ohne Umbaumaßnahmen umsetzen, allerdings müssen sich Krankenhäuser bei der Abrechnung ja auch immer an der Gemeinsamen Preisempfehlung der DKG und der Verbände der Privaten Krankenversicherung orientieren, sodass z.B. im Bereich der Komfortausstattung maximal 8,86 Euro pro Tag zusätzlich abgerechnet werden dürfen. Zwar haben die Leistungserbringer eine grundsätzliche Handlungsfreiheit bei der Preis- und Mengengestaltung von Wahlleistungen, jedoch muss sich die Entgelthöhe bei nicht-medizinischen Wahlleistungen nach dieser gemeinsamen Preisempfehlung richten. Und in der Praxis ist zu beobachten, dass kaum ein Krankenhaus mit den PKVen die Maximalsumme für einen zusätzlichen Ausstattungskomfort aushandeln kann.

Teil 2: Optimierung von Ablaufprozessen in deutschen Krankenhäusern

Welche Möglichkeiten haben Krankenhäuser, um ihre Prozesse zu optimieren?

Zum Thema Prozessoptimierung besteht in deutschen Krankenhäusern ein hohes Potential, da ist viel machbar. Es gibt unzählige Bereiche, in denen Prozesse optimiert werden können. Es können z.B. unnötige bzw. unwirtschaftliche Tätigkeiten wie Doppelarbeiten vermieden werden und so die gesamte Koordination verbessert werden. Oder es können Outsourcing-Optionen geprüft werden, z.B. bei nicht-medizinischen Teilbereichen. Ein wesentlicher Punkt ist auch die Optimierung von Durchlaufzeiten, die z.B. durch die Organisation des Patientendurchlaufes oder durch die Verkürzung von Wegezeiten oder der Verweildauer, durch die Festsetzung von standardisierten Diagnose- und Therapieleistungen, die Parallelisierung von Tätigkeiten und einer verbesserten Termin- und Kapazitätenplanung erreicht werden kann. Wichtig ist auch die Optimierung nicht-medizinischer Bereiche, wie z.B. die Etablierung IT-gestützter Prozesse. Außerdem ist die Vernetzung und die interdisziplinäre Zusammenarbeit der einzelnen Leistungsbereiche zur Prozessoptimierung sehr wichtig. In der Optimierung kann es sich dabei etwa um die Beseitigung von Kommunikations- und Abstimmungsdefiziten handeln oder auch um die Terminabstimmung, z.B. was die gemeinsame Nutzung vorhandener Geräte angeht.

Welche Kosteneinsparungen können Krankenhäuser durch Neuorganisationen und Umstrukturierungen erwarten?

Die konkreten Maßnahmen, die zur Prozessoptimierung durchgeführt werden müssen, sind ja krankenhaushausindividuell zu bestimmen. Auch hier lässt sich eine exakte Einsparungssumme im Einzelfall nicht genau vorhersagen. Das Einsparpotential hängt z.B. von dem identifizierten Optimierungsbedarf, dem Baujahr bzw. den historisch gewachsenen Strukturen des Krankenhauses oder der Größe des Hauses ab. Außerdem hängt die Ablaufoptimierung oft auch mit Investitionen zusammen. Besonders dann, wenn umfangreichere Optimierungen vorgenommen werden müssen, sind Neu- oder Umbauten erforderlich. Optimierungen in einem Haus mit vielen kleinen Stationen sind z.B. viel aufwendiger durchzusetzen als in einem Haus mit großen Stationsgrößen. Bei großen Stationen gibt es ganz andere Gestaltungsmöglichkeiten, was die Ablaufoptimierung

angeht, da gibt es viel mehr Möglichkeiten, wie z.B. andere Personaleinsatzmöglichkeiten. Auch bei der Umsetzung im Bereich der Digitalisierung sind oft umfangreiche Investitionen erforderlich.

Je nach Potential eines Krankenhauses können sich die Einsparungen also innerhalb einer großen Spanne bewegen. Da es nur in wenigen Häusern eine Prozesskostenrechnung gibt, die zur Kalkulation des Ergebnisses notwendig ist, ist es aber sehr schwierig, das Einsparpotential und den Erfolg der Maßnahme exakt zu berechnen.

Können Sie hier aus eigener Erfahrung auf ein Projektbeispiel eines Krankenhauses zurückgreifen? Welche Maßnahmen wurden realisiert und welche Kosten sind angefallen bzw. welcher Ergebnisbeitrag hat sich aus der Erläsoptimierungsmaßnahme ergeben?

Ja, hier kann ich auf ein Beispiel eines Krankenhauses zurückgreifen, in dem ein Zentral-OP zur Optimierung der Abläufe gebaut wurde. Insgesamt wurden für den Bau 15 Mio. € investiert. 12 Mio. € stammten dabei aus Fördermitteln, 3 Mio. € musste das Haus selber beisteuern – wobei diese Summe über ein Kreditinstitut finanziert wurde. Die Kosteneinsparung, die sich u.a. über die Verkürzung von Wegezeiten, der Senkung des Personalbedarfs oder der verbesserten gemeinsamen Nutzung von medizinisch-technischen Geräten ergeben haben, lagen bei rund 300.000 € p.a.

D. Berechnungen zum Annuitätendarlehen

Teil 1: Zinssatz der KfW

Programm Laufzeit / tilgungsfreie Anlaufjahre / Zinsbindung	KP Nr.	Anmerkung	maximaler Zinssatz EKN % Sollzins (Effektivzins) ¹⁾									Auszahlung %	Bereitstellung prov. ²⁾ p.M. %	Zinssätze gültig ab
			Bei Programmen mit risikogerechtem Zinssystem gelten die Preisklassen											
			A	B	C	D	E	F	G	H	I			

Finanzierung kommunaler Infrastrukturvorhaben - Bankdurchgeleitet														
IKU - Investitionskredit Kommunale und Soziale Unternehmen 10/ 2/ 10	148	3/1)	1,45 (1,46)	1,85 (1,86)	2,15 (2,17)	2,65 (2,68)	3,25 (3,29)	3,95 (4,01)	4,45 (4,52)	5,55 (5,67)	7,85 (8,08)	100	0,25	14.01.2016
IKU - Investitionskredit Kommunale und Soziale Unternehmen 20/ 3/ 10	148	3/1)	1,75 (1,76)	2,15 (2,17)	2,45 (2,47)	2,95 (2,98)	3,55 (3,60)	4,25 (4,32)	4,75 (4,84)	5,85 (5,98)	8,15 (8,40)	100	0,25	14.01.2016
IKU - Investitionskredit Kommunale und Soziale Unternehmen 20/ 3/ 20	148	3/1)	2,45 (2,47)	2,85 (2,88)	3,15 (3,19)	3,65 (3,70)	4,25 (4,32)	4,95 (5,04)	5,45 (5,56)	6,55 (6,71)	8,85 (9,15)	100	0,25	14.01.2016
IKU - Investitionskredit Kommunale und Soziale Unternehmen 30/ 5/ 10	148	3/1)	1,85 (1,86)	2,25 (2,27)	2,55 (2,57)	3,05 (3,09)	3,65 (3,70)	4,35 (4,42)	4,85 (4,94)	5,95 (6,08)	8,25 (8,51)	100	0,25	14.01.2016
IKU - Investitionskredit Kommunale und Soziale Unternehmen 30/ 5/ 20	148	3/1)	2,85 (2,88)	3,25 (3,29)	3,55 (3,60)	4,05 (4,11)	4,65 (4,73)	5,35 (5,46)	5,85 (5,98)	6,95 (7,13)	9,25 (9,58)	100	0,25	14.01.2016

Teil 2: Annuitätenfaktor

Formel:

$$\text{Annuitätenfaktor} = \frac{i \times (1 + i)^n}{(1 + i)^n - 1}$$

Legende:

i = Nominalzins des Darlehens

n = Tilgungsdauer

Berechnung des Beispiels:

$i = 2,85\%$

$n = 20$ Jahre

CVI

Darlehensbetrag: 12.500.000 €

$$\text{Annuitätenfaktor} = \frac{0,025 \times (1+0,025)^{20}}{(1+0,025)^{20}-1} \times 12.500.000 \text{ €} = \underline{\underline{828.587,58 \text{ €}}}$$

Teil 3: Zins- und Tilgungsplan Annuitätendarlehen

Zins- und Tilgungsplan Annuitätendarlehen					
Jahr	Schuldenstand Vorjahr	Ratenzahlungen	davon Zinsen	davon Tilgung	Schuldenstand Jahresende
1	12.500.000,00	828.587,58	356.250,00	472.337,58	12.027.662,42
2	12.027.662,42	828.587,58	342.788,38	485.799,20	11.541.863,23
3	11.541.863,23	828.587,58	328.943,10	499.644,47	11.042.218,75
4	11.042.218,75	828.587,58	314.703,23	513.884,34	10.528.334,41
5	10.528.334,41	828.587,58	300.057,53	528.530,05	9.999.804,37
6	9.999.804,37	828.587,58	284.994,42	543.593,15	9.456.211,21
7	9.456.211,21	828.587,58	269.502,02	559.085,56	8.897.125,66
8	8.897.125,66	828.587,58	253.568,08	575.019,49	8.322.106,16
9	8.322.106,16	828.587,58	237.180,03	591.407,55	7.730.698,61
10	7.730.698,61	828.587,58	220.324,91	608.262,67	7.122.435,95
11	7.122.435,95	828.587,58	202.989,42	625.598,15	6.496.837,80
12	6.496.837,80	828.587,58	185.159,88	643.427,70	5.853.410,10
13	5.853.410,10	828.587,58	166.822,19	661.765,39	5.191.644,71
14	5.191.644,71	828.587,58	147.961,87	680.625,70	4.511.019,01
15	4.511.019,01	828.587,58	128.564,04	700.023,53	3.810.995,47
16	3.810.995,47	828.587,58	108.613,37	719.974,21	3.091.021,27
17	3.091.021,27	828.587,58	88.094,11	740.493,47	2.350.527,80

18	2.350.527,80	828.587,58	66.990,04	761.597,53	1.588.930,26
19	1.588.930,26	828.587,58	45.284,51	783.303,06	805.627,20
20	805.627,20	828.587,58	22.960,38	805.627,20	0
Summe	12.500.000,00	16.571.751,52	4.071.751,52	12.500.000,00	0,00



Institut für **Gesundheit & Soziales**
der FOM Hochschule
für Oekonomie & Management

FOM Hochschule

FOM – eine Hochschule, viele Möglichkeiten.

Die mit bundesweit über 42.000 Studierenden größte private Hochschule Deutschlands führt seit 1993 Studiengänge für Berufstätige durch, die einen staatlich und international anerkannten Hochschulabschluss (Bachelor/Master) erlangen wollen.

Die FOM ist der anwendungsorientierten Forschung verpflichtet und verfolgt das Ziel, adaptionsfähige Lösungen für betriebliche bzw. wirtschaftsnahe oder gesellschaftliche Problemstellungen zu generieren. Dabei spielt die Verzahnung von Forschung und Lehre eine große Rolle: Kongruent zu den Masterprogrammen sind Institute und KompetenzCentren gegründet worden. Sie geben der Hochschule ein fachliches Profil und eröffnen sowohl Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern als auch engagierten Studierenden die Gelegenheit, sich aktiv in den Forschungsdiskurs einzubringen.

Weitere Informationen finden Sie unter fom.de

ifgs

Das ifgs der FOM wurde 2015 durch Prof. Dr. habil. Manfred Cassens und Prof. Dr. David Matusiewicz gegründet. Es nimmt Aufgaben der Forschung und Entwicklung sowie des Wissenstransfers und der Innovationsförderung im Bereich des Gesundheits- & Sozialmanagements an der Schnittstelle zwischen Wissenschaft und Praxis wahr.

Schwerpunkte liegen dabei auf den Bereichen:

- Gesundheits- & Sozialmanagement
- Public Health/Gesundheitswissenschaften
- Gesundheitsökonomie
- Gesundheitspolitik
- Digitale Gesundheit
- Routinedaten im Gesundheitswesen
- Evidence based Public Health (EbPH)
- Versorgungsforschung

Weitere Informationen finden Sie unter fom.de/ifgs



Unter dem Titel »FOM forscht« gewähren Hochschullehrende der FOM Einblick in ihre Projekte. Besuchen Sie den Blog unter fom-blog.de