

InfrastrukturRecht

Energie · Verkehr · Abfall · Wasser

Geschäftsführende Herausgeber

Hans-Joachim Reck
VKU
Dr. Christian Theobald
BBH

Herausgeber

Prof. Dr. Gabriele Britz
Universität Gießen
Christian Held
BBH, GEODE
Prof. Dr. Georg Hermes
Universität Frankfurt a.M.
Folkert Kiepe
Deutscher Städtetag
Prof. Dr. Christian Koenig
Universität Bonn
Dr. Carsten Kreklau
BDI
Prof. Dr. Jürgen Kühling
Universität Regensburg
Jens Lattmann
Deutscher Städtetag
Dr. Eberhard Meller
BDEW
Reiner Metz
VDV
Dr. Christiane Nill-Theobald
TheobaldConsulting
Dr. Wolf Pluge
BDEW
Prof. Dr. Jens-Peter Schneider
Universität Osnabrück
Adolf Topp
AGFW

In Zusammenarbeit mit der
Neuen Juristischen Wochenschrift

Sonderausgabe „Kommunales Infrastruktur-Management“

Inhaltsverzeichnis

Editorial	242
Energie	
<i>M. Wübbels</i> : Kommunale Unternehmen zwischen Liberalisierung und Regulierung	242
<i>T. Fecht</i> : Kooperationen von Stadtwerken – ein Erfolgsmodell?	245
<i>U. Ehrlicke</i> : Einstandspflicht des Staates in der Krise von kommunalen EVU	248
<i>St. Sharma</i> : Können Preiserhöhungen die Energienachfrage eindämmen?	255
<i>F. Scharf</i> : Anreizregulierung und Erweiterungsinvestitionen im Bereich der Energienetze in Deutschland	258
<i>F. Giessing</i> : Die Bedeutung des Kapazitätsstarifes für Verteilungsnetzbetreiber	262
Verkehr	
<i>I. Kühl/T. Petersen</i> : Leistungs- und Finanzierungsvereinbarungen im ÖPNV	266
<i>H. Resch</i> : Direktvergabe an kommunale ÖPNV	271
<i>Ch. v. Hirschhausen et al.</i> : Fusionen im ÖPNV zur Realisierung von Einsparpotenzialen	275
<i>A. Steinmann</i> : Eisenbahninfrastrukturregulierung: Implikationen für den SPNV	277
<i>J. Bellmann</i> : Road Pricing als Lösung städtischer Stau- und Umweltprobleme	281
Wasser	
<i>V. Szymansky</i> : Branchenbild der deutschen Wasserwirtschaft 2008	285
<i>J. Wackerbauer</i> : Öffentliche oder private Wasserversorgung	288
<i>T. Schwarz</i> : Zweiter Lebenszyklus im Kanalnetz und auf den Kläranlagen	292
PPP und Krankenhaus	
<i>Th. Beckers/J.P. Klatt</i> : Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen bei Infrastrukturprojekten	296
<i>F. J. Säcker</i> : Bedingungen erfolgreicher Corporate Governance bei PPP	300
<i>M. Schäfer/T. Voland</i> : Gute Besserung! PPP im Krankenhaussektor	303
<i>M. Albrecht/K. Zich</i> : Monistische Finanzierung von Krankenhäusern	307
<i>F. W. Bartholomae/A. Beivers</i> : Ordnungspolitische Betrachtung der flächendeckenden Krankenhausversorgung	311
<i>Ch. Bogenstahl</i> : Effizienzmessung Integrierter Versorgungsnetzwerke unter Anwendung der Data Envelopment Analysis (DEA)	315
<i>R. Wanninger et al.</i> : Honorierung der Angebotserstellung bei PPP-Projekten	318
Wandel und Raumstruktur	
<i>P. Haug/C. Deilmann</i> : Kommunale Netzinfrastuktur	322
<i>Sh. Mohajeri/S. Schön</i> : Zukunftsfähige Abwasserinfrastruktur in schrumpfenden Regionen	326
Kommunaler Haushalt	
<i>M. Gnädinger</i> : Kommunalfinanzen, Verschuldung und Infrastrukturinvestitionen	330
Benchmarking	
<i>G. Hirte/E. Schmidt</i> : Effizienzmessung von öffentlichen Wohnungsunternehmen	332

Nr. 11 • 11. November 2008

5. Jahrgang

Mit Internet-Volltext-Service www.IR.beck.de der besprochenen Entscheidungen

Verlag C.H.Beck München und Frankfurt a.M.

oder diagnostische Aufgaben, durch eine „Operational Company“ (auch: „Clinical Company“ bzw. OpCo oder CliniCo) erbracht. Diese Aufteilung hätte u.a. die Vorteile, dass die (Finanzierungs-)Risiken besser verteilt sowie die Vertragslaufzeiten flexibler an die Erfordernisse des Krankenhausesektors angepasst werden könnten.

Unabhängig von der gesellschaftsrechtlichen Struktur sind in jedem Fall eine klare Beschreibung der Aufgaben des privaten Partners sowie eindeutige Vorgaben zur Qualität der Leistungserbringung erforderlich, um das Wohl der Patienten sowie eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung zu sichern. So sollten etwa (veränderliche) Referenzstandards festgelegt werden, die während der gesamten Laufzeit einzuhalten sind. Ferner müssen die Verantwortungsbereiche und Haftungs-pflichten klar abgegrenzt werden. Zur Sicherstellung der Qualität kommen u.a. Kontroll- und Weisungsrechte des öffentlichen Partners in Betracht. Darüber hinaus sollte der öffentliche Partner innerhalb kürzester Zeit selbst eintreten können, um Gefahren für das Wohl der Patienten abwenden zu können, wenn der private Partner seine Pflichten unzureichend erfüllt. Hingegen sind Eintrittsrechte der Kreditgeber, wie sie in PPP-Projekten etwa für die Fälle der Schlechterfüllung oder Insolvenz des privaten Partners häufig vorkommen, von der Eignung der Kreditgeber zur sicheren und qualitativ hochwertigen Erfüllung der betreffenden Betriebsaufgaben abhängig zu machen. Auch Bonus-Malus-Regelungen, wie die Kürzung der Vergütung im Falle von Leistungsdefiziten, können zur Gewährleistung der ordnungsgemäßen Erfüllung der Betriebsaufgaben dienen. Derartige Regelungen sind mit den Finanzierungsströmen abzustimmen. Insbesondere sollten die Einnahmen aus Pflegesätzen und Investitionsförderung stets zunächst an den öffentlichen Partner fließen, damit dieser über die Einbehaltung von Geldern Druck auf den privaten Partner ausüben kann.

Schließlich sollte der PPP-Vertrag Anpassungsmechanismen sowie ggf. kürzere Vertragslaufzeiten als in anderen Bereichen des öffentlichen Hochbaus vorsehen, um flexible Reaktionen auf geänderte Bedingungen zu ermöglichen.

IV. Ausblick

Bereits nach geltendem Recht erweisen sich PPPs als interessantes Instrument zur Realisierung von Vorhaben im Krankenhausbereich und als attraktive Alternative zur Privatisierung kommunaler Krankenhäuser.

Der politische Wille, PPP-Projekte auch weiterhin zu fördern, kommt u.a. in der Neuregelung des § 35a

HessKHG zum Ausdruck. Darüber hinaus könnten die Pläne des *Bundesgesundheitsministeriums* zur Reform der Krankenhausfinanzierung u.U. dazu beitragen, dass PPPs in Zukunft eine noch größere Bedeutung erlangen¹³. Infolge der beabsichtigten Umstellung auf eine monistische Krankenhausfinanzierung würden künftig nicht mehr die Länder über die Gewährung staatlicher Fördermittel entscheiden. Vielmehr sollen die Krankenkassen über die Entgeltabrechnung nach DRGs neben den Behandlungs- und Betriebskosten auch den Investitionsbedarf eines Krankenhauses decken. Die Krankenhäuser erhielten dann Investitionszuschläge auf die DRG-Fallpauschalen, die sich an ihrem Behandlungsvolumen orientieren. Dadurch würde die Zuteilung von Investitionsmitteln wesentlich kompetitiver. Wenn die Zahlung von Investitionsmitteln zudem transparenter sowie weniger langwierig und komplex ausgestaltet würde, könnte dies die Finanzierung im Rahmen einer PPP erleichtern.

Vor diesem Hintergrund besteht große Zuversicht, dass die Therapieform PPPs tatsächlich zu einer baldigen Besserung des Gesundheitszustandes zahlreicher öffentlicher Krankenhäuser führen kann.

Monistische Finanzierung von Krankenhäusern – Bedrohung oder Chance?

*Dr. Martin Albrecht und Karsten Zich, Berlin**

I. Finanzierung von Krankenhausinvestitionen im Fokus

Seit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) von 1972 haben Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan ihres Bundeslandes aufgenommen werden, einen Rechtsanspruch auf staatliche, d.h. aus Steuermitteln des Landeshaushalts finanzierte, Förderung ihrer Investitionen. Die laufenden Betriebsausgaben eines Krankenhauses werden dagegen von den Krankenkassen gemäß dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) im Wesentlichen über diagnosebasierte Fallpauschalen (DRG) finanziert. Gegenüber den „Plankrankenhäusern“ eines Bundeslandes besteht Kontrahierungs- bzw. Erstattungspflicht der Krankenkassen.

Im Zusammenhang mit den aktuellen Forderungen der Krankenhäuser nach einer verbesserten finanziellen Ausstattung wird auch über eine Neugestaltung des ordnungspolitischen Rahmens der Krankenhausfinanzierung diskutiert. Diese Diskussion umfasst dabei mehrere Gestaltungsaspekte, nämlich die Krankenhausvergütung (bundeseinheitlicher vs. landeseinheitlicher Basisfallwert), Selektivverträge (Aufweichung des Kontrahierungszwanges der Krankenkassen zumindest für „elektrische Leistungen“) und die Investitionsfinanzierung.

Die seit dem KHG getrennte („duale“) Form der Finanzierung von Investitionsaufwendungen einerseits und Betriebsausgaben andererseits wird bereits seit vielen

13 S. nur Handelsblatt v. 18.3.2008, 19.8.2008; FAZ v. 3.7.2008. Ausführlich zur Monistik Rürup et al. (o. Fußn. 2), passim.

Jahren kontrovers diskutiert. Die landes- und kommunalpolitische Einflussnahme auf die Entwicklung des Krankenhaussektors ist konstitutiver Bestandteil der Krankenhausplanung und der dualen Finanzierung. Deren Ziel ist die Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung und die grundgesetzlich verankerte wirtschaftliche Sicherung von Krankenhäusern. Dabei wird unterstellt, dass diese Ziele mit einer überwiegend marktwirtschaftlichen Steuerung nicht oder nur unzureichend erreicht würden. Die landes- und kommunalpolitische Einflussnahme wird mit einer Reihe nachteiliger Wirkungen in Verbindung gebracht. Hierzu zählen vor allem zeitliche Verzögerungen infolge der externen Bürokratisierung von Investitionsentscheidungen, aber auch der Umstand, dass sachfremde Aspekte maßgeblich über die Zuteilung der Fördermittel mit entscheiden können.

Die fehlende Möglichkeit für Krankenhäuser, die Finanzierung von Investitionen und laufendem Betrieb kohärent zu planen und zu verhandeln, beeinträchtigt ihre betriebswirtschaftliche Rentabilität. Hierauf deuten sowohl das Investitionsverhalten als auch die Markterfolge der privaten Krankenträger hin. Aus ordnungspolitischer Sicht ist die gegenwärtige duale Finanzierung der Krankenhäuser fragwürdig, da sie zur stark kritikbehafteten Sektoralisierung im deutschen Gesundheitswesen beiträgt. Während im ambulanten Bereich Kapazitätsplanung und Sicherstellungsfunktion in der Verantwortung der Kassenärztlichen Vereinigungen liegt und die Leistungserbringer ihre Investitionsaufwendungen vollständig aus ihrer Vergütung durch die Krankenkassen finanzieren, sind im Krankenhausbereich hierfür jeweils die Bundesländer zuständig. Die unterschiedliche Investitionsfinanzierung bedingt zudem eine Verzerrung der relativen Preise zwischen ambulanter und stationärer Versorgung.

Schließlich stellt sich die duale Finanzierung angesichts einer seit Mitte der 1990er Jahre sowohl relativ, als auch absolut nahezu kontinuierlich sinkenden Investitionsförderung zunehmend selbst in Frage. Der Prozess, dass der Anteil der Ländermittel an der Gesamtfinanzierung von Krankenhäusern fortwährend abnimmt, führt zu einer faktisch zunehmend monistischen Krankenhausfinanzierung („schleichende Monistik“). Im Zeitraum der Jahre 1991 bis 2007 sanken die KHG-Investitionen von etwa 3,6 Mrd. EUR auf nur noch knapp 2,7 Mrd. EUR – und dies, während in dieser Zeit der Anteil der Krankenhausaufgaben am Bruttoinlandsprodukt nahezu konstant geblieben ist, d.h., der Krankenhaussektor nicht geschrumpft ist.

II. Warum (wieder) Monistik?

Die auf das KHG zurückgehende Steuerfinanzierung von Krankenhausinvestitionen galt der Überwindung eines Investitionsstaus. Anfang der 1970er Jahre galt angesichts der Rückstände aus der Nachkriegszeit ein Modernisierungsschub der Krankenhäuser als notwendig. Die Pflegesätze in den 1950/60er Jahren hatten hierfür nicht ausgereicht. Anfang der 1990er Jahre galt

es, mittels Steuerfinanzierung rasch Krankenhausinvestitionen in den neuen Bundesländern durchzuführen.

Heute lastet auf vielen Krankenhäusern zunehmend Kostendruck, ein Teil der Krankenhäuser arbeitet defizitär. Es kursieren Schätzungen, nach denen es im Krankenhausbereich eine Unterfinanzierung bzw. einen „Investitionsstau“ von 12 bis 50 Mrd. EUR gäbe. Werden aber die Wirtschaftlichkeitsprobleme tatsächlich durch einen „Investitionsstau“ in der genannten Größenordnung verursacht? Unbestritten ist, dass Krankenhäuser verstärkt Mittel aus der Leistungsvergütung durch die Krankenkassen „zweckentfremden“, um dringende Investitionen zu finanzieren. Andererseits lässt sich eine allgemeine Unterfinanzierung der Krankenhäuser kaum belegen bzw. beziffern, das zeigt bereits die große Bandbreite der Schätzungen.

Im Verhältnis zu den gesamten Gesundheitsausgaben haben sich die Ausgaben für Krankenhausleistungen seit Mitte der 1990er Jahre nur unterdurchschnittlich stark erhöht. Internationale Vergleiche sowie systematische Produktivitätsunterschiede zwischen den Krankenhäusern deuten aber auf bestehende Überkapazitäten hin. Eine Parallelität von Überkapazitäten einerseits und unzureichenden Investitionen andererseits bedeutet eine ineffiziente Ressourcenallokation. Es ist demnach eher von punktueller Unterfinanzierung auszugehen, also von einer suboptimalen Finanzierungsstruktur, die etwa dazu führt, dass es in Deutschland zu viele zu wenig spezialisierte Krankenhäuser gibt.

Damit Überkapazitäten abgebaut werden, gleichzeitig aber Investitionen dort, wo sie gesamtwirtschaftlich effizient sind, ausreichend finanziert werden können, sollten die Investitionsmittel möglichst leistungsorientiert auf die Krankenhäuser verteilt werden. Technisch ist dies umsetzbar, indem die Investitionsmittel Bestandteile der Leistungsvergütung werden, z.B. in Form von Investitionszuschlägen, die an die DRG-Vergütungspauschalen gekoppelt sind. Damit würde für die Investitionsmittelverteilung dasselbe Ausmaß an Wettbewerbsorientierung gelten, wie es bereits für die Leistungsvergütungen der Fall ist. Gleichzeitig wären explizite Deckelungen von Investitionsbudgets nicht mehr möglich.

Eine solche Kopplung führt zu einem „monistischen System“, in dem Investitionsfinanzierung und Leistungsvergütungen „aus einer Hand“ kommen: Die Krankenversicherungen finanzieren sowohl Betriebs- als auch Investitionsaufwendungen. Eine steuerfinanzierte Förderung von Krankenhausinvestitionen kann dabei

* Die Autoren sind am IGES Institut GmbH, Berlin, tätig.

weiterhin stattfinden¹, allerdings nur noch mittelbar in der Form, dass Steuerzuschüsse die Finanzausstattung der Krankenversicherungen verbessern. Um das Prinzip der Monistik nicht auszuhöhlen, darf in diesem Fall zwischen den Steuerzuschüssen und den tatsächlichen Zahlungen der Krankenversicherungen an die Krankenhäuser keine direkte Bindung bestehen. Die Höhe des Steuerzuschusses könnte mit Umstellung auf die Monistik einmalig im Hinblick auf einen Förderbedarf bestimmt werden – evtl. versehen mit einer Dynamisierungsregel – dann aber müsste sie von den tatsächlichen Krankenhausinvestitionen abgekoppelt werden (keine Nachschusspflicht).

III. Wie kann auf eine monistische Finanzierung umgestellt werden?

In einer Expertise für das *Bundesministerium für Gesundheit (BMG)* hat das IGES Institut zusammen mit *Professor Rürup* aufgezeigt, wie die Umstellung auf eine monistische Krankenhausfinanzierung bewerkstelligt werden kann². Gesundheitspolitische Vorgaben für das Umstellungskonzept waren:

- Die Beitragszahler sollen durch die Umstellung nicht belastet werden, d.h., die bisherigen KHG-Steuermittel der Bundesländer sind in den monistischen Finanzierungsrahmen zu überführen, z.B. als Steuerzuschuss in den Gesundheitsfonds³.
- Die Investitionsquote soll neu justiert werden und sich am "durchschnittlichen Investitionsbedarf der Krankenhäuser" orientieren.

Ein optimales Investitionsniveau im Krankenhaussektor lässt sich wissenschaftlich nicht herleiten. In einem monistischen System konkurrieren die Krankenhäuser durch ihre Behandlungsleistungen gleichzeitig um Leistungsvergütungen und Investitionsmittel. Höhe und Struktur der aus diesem Wettbewerb resultierenden Investitionen sind a priori unbestimmt. Auch lassen sich bestehende Über-, Unter- und Fehlkapazitäten nur unzureichend identifizieren, denn es existiert kein eindeutiger Algorithmus zur Bestimmung des optimalen Verhältnisses von Wohnortnähe, Spezialisierungsgrad und

Rentabilität von Krankenhäusern. Die Höhe der zukünftigen Investitionsförderung in Form von Steuerzuschüssen in den Gesundheitsfonds ist dennoch zu bestimmen, da mit Blick auf die oben ausgeschlossene Nachschusspflicht eine (absolute oder relative) Begrenzungsvorgabe erforderlich ist. Sie bleibt Ergebnis einer letztlich normativ-politischen Entscheidung. Für eine zumindest grobe Orientierung können jedoch prinzipiell Referenzgrößen aus internationalen, intertemporalen und intersektoralen Vergleichen herangezogen werden.

Während ein aussagekräftiger internationaler Vergleich an mangelnder Datenverfügbarkeit scheitert, kann über einen intertemporalen Vergleich ein Orientierungswert abgeleitet werden, wobei die Anfälligkeit dieses Vorgehens gegenüber der Wahl des Basisjahres beachtet werden sollte. Unter der Annahme, dass das Verhältnis von KHG-Fördervolumen für Krankenhausinvestitionen zum BIP konstant geblieben wäre, ergäbe sich – je nach Basisjahr (1991, 1994) und Gebietsstand – ein heutiges Investitionsfördervolumen zwischen 4,4 Mrd. EUR und 5,2 Mrd. EUR. Dies liegt deutlich über dem zuletzt realisierten Jahresfördervolumen in Höhe von 2,7 Mrd. EUR. Leitet man hieraus einen Orientierungswert von aktuell 5 Mrd. EUR ab, so entspräche dies einer Investitionsquote in Höhe von etwa 8% bis 9% (im Verhältnis zu den Krankenhauskosten). Eine solche Quote entspricht ungefähr derjenigen in anderen Dienstleistungsbereichen wie Verkehr und Nachrichtenübermittlung, sie liegt aber etwas unter derjenigen des Bereichs "freiberufliche Tätigkeiten", die aufgrund der hohen Personalintensität mit dem Krankenhausbereich vergleichbar ist.

Gegenüber dem Orientierungswert von aktuell 5 Mrd. EUR ergäbe sich aktuell ein zusätzlicher Finanzbedarf von 2,3 Mrd. EUR. Sollen die Beitragszahler nicht zur Aufbringung dieses Betrags herangezogen werden, müssen diese Mittel aus den öffentlichen Haushalten bestritten werden. Vorgabe für das Umsetzungskonzept war, dass allein die Bundesländer diese Mittel aufzubringen haben. Der in der Expertise gewählte Ansatzpunkt hierfür ist ein Eingriff in die vertikale Steuerverteilung zwischen Bund und Ländern, nämlich eine Finanzierung durch Vorwegabzug vom Umsatzsteuerertrag der Länder im Umfang des Orientierungswertes. Das heißt, die Bundesländer würden durch dauerhaft verminderte Einnahmen aus der Umsatzsteuer belastet (insgesamt um 5 Mrd. EUR), gleichzeitig aber müssten sie keine Zahlungen mehr aus ihren Haushalten für die KHG-Investitionsförderung leisten (zuletzt rd. 2,7 Mrd. EUR).

Als Problem würde sich hierbei allerdings erweisen, dass die Umsatzsteuerzuordnung von der relativen Finanzkraft der Länder abhängt. Dieser Finanzkraftausgleich soll aber durch die Umstellung auf eine monistische Krankenhausfinanzierung nicht unmittelbar beeinflusst werden. Dies wird erreicht, wenn die Ländermittel erst nach der Zuweisung der Ergänzungsanteile, aber

1 Hierfür spricht auch, dass Krankenhausleistungen und Krankenhausinvestitionen teilweise den Charakter öffentlicher Aufgaben haben (z.B. Finanzierung von Vorhaltekapazitäten im Rahmen der Notfallversorgung).

2 *Rürup/Albrecht/Igel/Häussler* (2008): Umstellung auf eine monistische Finanzierung von Krankenhäusern, Expertise im Auftrag des *Bundesministeriums für Gesundheit*.

3 Damit würden die bisherigen Ländermittel in den Zuständigkeitsbereich des Bundes übertragen. Nach Art. 72 II GG hat der Bund das Gesetzgebungsrecht auf dem Gebiet der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser, "wenn und soweit die Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet" dies erfordert. Der Bund hatte sich im Jahr 1984 mit Zustimmung der Bundesländer aus der Finanzierung von Krankenhausinvestitionen und der gemeinsamen Rahmenplanung zurückgezogen.

vor der Aufteilung nach Einwohnerzahl abgezogen werden.

Welche Auswirkungen ergeben sich hierdurch auf die einzelnen Bundesländer? Zunächst mindert sich ihr Steueraufkommen proportional nach Einwohnerzahl. Unterhalb der Kappungsgrenze (maximal 25% des Länderanteils an der Umsatzsteuer dürfen für Ergänzungsanteile verwandt werden) bleiben die Ergänzungsanteile unverändert, im Verhältnis zu den nun gekürzten Umsatzsteueranteilen erhalten sie aber ein (relativ) höheres Gewicht. Als Folge sind daher die prozentualen Belastungen durch die Umstellung für finanzschwache Länder geringer. Der Nettoeffekt auf die Bundesländer umfasst zusätzlich die Entlastung durch die entfallenden KHG-Förderausgaben, die bislang aus den Länderhaushalten bestritten werden. Die jeweiligen Entlastungswirkungen werden auf der Basis der durchschnittlichen Förderhöhen des Zeitraums der Jahre 1996 bis 2006 ermittelt, um größere Schwankungen der jährlichen Fördervolumina zu neutralisieren.

Auf diese Weise gelangt man zu einer durchschnittlichen Nettobelastung der Bundesländer durch die Umstellung von 22 EUR je Einwohner. Insgesamt läge die Belastung bei 1,8 Mrd. EUR. Absolut ergibt sich dabei eine Spannbreite von einer Entlastung in Höhe von 38 Mio EUR (Sachsen-Anhalt) bis zu einer Belastung in Höhe von 606 Mio. EUR (Nordrhein-Westfalen). Je Einwohner liegt die Spannbreite zwischen einer Entlastung von 16 EUR (Thüringen) und einer Belastung von 37 EUR (Niedersachsen). Bundesländer mit einer bisher hohen Investitionsförderung, wie Bayern, Hamburg und Bremen, werden unterdurchschnittlich stark belastet. Zu berücksichtigen gilt, dass die Wirkung auf die Bundesländer nicht gleichzusetzen ist mit der Wirkung auf die Krankenhäuser in den jeweiligen Bundesländern. Auf der Ebene der einzelnen Krankenhäuser werden die Wirkungen der Umstellung entscheidend durch die erbrachten Behandlungsleistungen und deren Vergütung bestimmt.

Die bundesländerspezifische Historie der Investitionsförderung nach KHG bleibt bei diesem Vorgehen – Belastung proportional nach Einwohnerzahl unter Beibehaltung der Stützung finanzschwacher Bundesländer in Form von Ergänzungsanteilen – unberücksichtigt. Für den finanziellen Gesamteffekt, den ein Bundesland im Zuge der Umstellung auf die Monistik erfährt, spielt dagegen die individuelle KHG-Förderhistorie freilich eine Rolle. Diese Historie bestimmt nämlich das Ausmaß der Entlastung durch wegfallende Förderungspflichten, die der Belastung aus der Abtretung von Umsatzsteueranteilen gegenübersteht.

Auch für die Verteilung der Investitionsfördermittel im hier vorgeschlagenen Monistikmodell ist keine explizite Berücksichtigung der bundeslandspezifischen KHG-Förderhistorie vorgesehen. Damit unterscheidet sich der Modellvorschlag von anderen Modellen, die sich zum Ziel setzen, unterschiedliche Fördervolumen der Investi-

tionskosten zwischen den einzelnen Bundesländern sowie unterschiedliche Ausgangspositionen der Krankenhäuser auszugleichen. Ob sich ein Krankenhaus im Hinblick auf seine Investitionsmittelausstattung nach dem Übergang zur Monistik besser oder schlechter stellt, hängt primär vom Volumen und der Struktur seiner Leistungen sowie von seiner Wirtschaftlichkeit ab. Zwischen diesen und der Höhe der KHG-Investitionsförderung seines Bundeslandes besteht jedoch kein deterministischer Zusammenhang⁴, nicht zuletzt auch deshalb, weil identische Investitionsförderbeträge aufgrund regionaler Kosten- und Preisdifferenzen unterschiedlich hohe Investitionen ermöglichen. Die Verhältnisse innerhalb der Bundesländer sind so heterogen, dass die Bundesländer für eine Feststellung der Investitionsbedarfe der Krankenhäuser keine sachgerechte Vergleichskategorie darstellen.

IV. Infrastrukturfonds

Damit die Bundesländer ihrer Sicherstellungsverantwortung auch in strukturschwachen Regionen gerecht werden können, wird eine Flankierung dieser prinzipiellen Investitionsmittelzuteilung durch die Einrichtung eines Infrastrukturfonds vorgeschlagen, dessen Finanzausstattung ebenfalls aus den Steuermitteln stammt, die im Zuge der Umstellung auf die Monistik in den Gesundheitsfonds fließen.

Der Großteil der Investitionsmittel sollte dabei leistungsbezogen in Form von DRG-Zuschlägen ausgezahlt werden. Aufgrund der Ungewissheit über den "tatsächlichen" Investitionsbedarf in den einzelnen Krankenhäusern und der offensichtlich großen Heterogenität gerade innerhalb der Bundesländer ist das Ergebnis einer solchen Umstellung a priori nicht vorhersehbar. Aussagen darüber, ob "ein Bundesland" hierdurch insgesamt verliert oder gewinnt, lassen sich wissenschaftlich nicht fundieren.

Vom Wettbewerb um die leistungsbezogenen Investitionsmittel ist zu erwarten, dass er zum Abbau von Überkapazitäten beiträgt bzw. diesen beschleunigt. Darüber hinaus würde die steuerfinanzierte Investitionsförderung nicht mehr eine stärkere Spezialisierung und Arbeitsteilung zwischen den Krankenhäusern hemmen. Unter der Mehrzahl von Wissenschaftlern und Ökonomen besteht Konsens darüber, dass diese Wettbewerbswirkungen grundsätzlich positiv zu werten sind. Allerdings könnten sie in strukturschwachen Regionen unerwünschte Konsequenzen haben, denn zwischen Spezialisierung und

4 Vgl. Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) (2006): Neuinvestitionen des Landes in Krankenhäusern für eine gute und sichere medizinische Versorgung, Stellungnahme zur Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landtags Nordrhein-Westfalen, RWI-Projektberichte, Essen, S. 8.

Wirtschaftlichkeit von Krankenhäusern einerseits und der wohnortnahen, flächendeckenden Versorgung andererseits besteht (zumindest für zeitkritische Behandlungsanlässe) ein Zielkonflikt.

Um diese unerwünschten Konsequenzen – insbesondere eine regionale Ausdünnung der elementaren Krankenhausversorgung – zu vermeiden, empfiehlt es sich, einen bestimmten Teil der Steuermittel für die Investitionsförderung nicht in Form von DRG-Zuschlägen auszahlend, sondern in einen Infrastrukturfonds zu leiten. Die Mittel aus diesem Fonds sind dann von den Bundesländern ausschließlich für die Krankenhausversorgung in strukturschwachen Regionen einzusetzen. Für die Zuteilung der Mittel sollten bundeseinheitliche Verfahrensgrundsätze etabliert werden. Im Rahmen dieser Grundsätze sollten die Bundesländer selbständig über den Mitteleinsatz bestimmen können.

Damit würden die Bundesländer neben einer Aufsichts- und Überwachungsfunktion (Qualitätsmonitoring) auch ein aktives Steuerungsinstrument erhalten, um ihrer Sicherstellungsverantwortung in der Gesundheitsversorgung zu entsprechen. Darüber hinaus soll mit dem vorgeschlagenen Infrastrukturfonds explizit anerkannt werden, dass Krankenhäuser eine zentrale Rolle in der Struktur- und Regionalpolitik der Bundesländer einnehmen können. Für strukturschwache Regionen soll damit die Möglichkeit geschaffen werden, Krankenhausförderung im Zusammenhang mit anderen Maßnahmen der regionalen Infrastrukturpolitik (z.B. Verkehrsinfrastruktur, Bildungseinrichtungen) zu gestalten.

Den Bundesländern (d.h. der Exekutive, nicht den Krankenhäusern) wird mit der Einrichtung des Infrastrukturfonds die Möglichkeit gegeben, einen Teil ihrer "ehemaligen" Steuermittel aus der Gemeinschaftsteuer wieder zu erhalten und diese Mittel – unter Beachtung bundeseinheitlicher Kriterien – selbst an Krankenhäuser zuzuteilen.

Ordnungspolitische Betrachtung der flächendeckenden Krankenhausversorgung

*Florian W. Bartholomae und Andreas Beivers, München**

Untersucht werden die Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf die regionale Struktur der ländlichen Krankenhausversorgung. Die Disparitäten zwischen den Regionen werden sich Prognosen zufolge erheblich verstärken und dadurch die im Grundgesetz festgeschriebene flächendeckende Krankenhausversorgung gefährden. Unter Berücksichtigung der ökonomischen Bedeutung der ländlichen Krankenhäuser für die Regionen zeigt sich, dass diese Problematik nur durch eine tiefgreifende Reform überwunden werden kann. Das Integrierte Fachärztliche Versorgungszentrum sowie ein Ausbau der Infrastruktur können dabei Abhilfe schaffen.

I. Allgemeine Entwicklungstendenzen

1. Demographie

Aktuelle Studien zur Bevölkerungsentwicklung prognostizieren für die meisten entwickelten Länder, insbesondere aber für Deutschland, einen Rückgang und eine sich daraus ergebende Überalterung der Bevölkerung bis 2050. So sinkt in Deutschland die Gesamtbevölkerung von 82,65 Mio. im Jahr 2005 auf 79,35 Mio. im Jahr 2030 und schließlich 74,10 Mio. im Jahr 2050. Die ökonomische Entwicklung Deutschlands wird durch die demographische Änderungen in verschiedenen Bereichen betroffen sein. Allen voran der Arbeitsmarkt – der mit einer sinkenden Erwerbsbeteiligung einerseits und mit einer hohen Abgabenlast zu Gunsten der nicht im Erwerbsleben stehenden Bevölkerungsschichten andererseits, gleich mit zwei gravierenden Problemen zu kämpfen hat – wird vorrangig von den demographischen Problemen betroffen sein. Ferner bleibt jede dritte Frau in Deutschland kinderlos, was dazu führt, dass die Bevölkerungszahl nicht stabil gehalten werden kann¹.

Der Bevölkerungsschwund in einigen Regionen ist auf lange Sicht nicht abwendbar. Die Sicherstellung „gleichwertiger Lebensverhältnisse“, wie sie das Grundgesetz fordert (Art. 72 II GG), kann damit nicht mehr durch Subventionierung und sonstige Fördermaßnahmen gewährleistet werden.

2. Binnenmigration

In Deutschland werden die dargestellten, demographischen Probleme für viele Regionen durch interne Migrationsströme, v.a. junger und gut ausgebildeter Menschen, weiter verschärft². Es erstaunt wenig, dass die Prognosen für 2030 aus den genannten Gründen – Bevölkerungsrückgang, kontinuierliche Abnahme der Fertilitätsrate – ein düsteres Bild für Deutschland zeichnen. Es wird zwar erwartet, dass im Zeitraum von 2005 bis 2050 rund 200.000 Migranten im Jahresdurchschnitt nach Deutschland einwandern, aber angesichts der Tatsache, dass diese Migranten ihren Wohnort innerhalb

* Der Erstautor ist Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Professur für Volkswirtschaftslehre insbesondere Mikroökonomie und Wettbewerbspolitik, an der Universität der Bundeswehr München, Fakultät für Wirtschafts- und Organisationswissenschaften in Neubiberg. Der Zweitautor ist Wissenschaftlicher Mitarbeiter am IfG Institut für Gesundheitsökonomik an der Universität der Bundeswehr München in München.

1 Kröhnert/van Olst/Klingholz, Deutschland 2020. Die demografische Zukunft der Nation, 2. Aufl., Berlin Institut für Weltbevölkerung und globale Entwicklung, 2004.

2 Bartholomae/Popescu, Romanian Journal of Regional Science, Dezember 2007a, 1, 45-70.