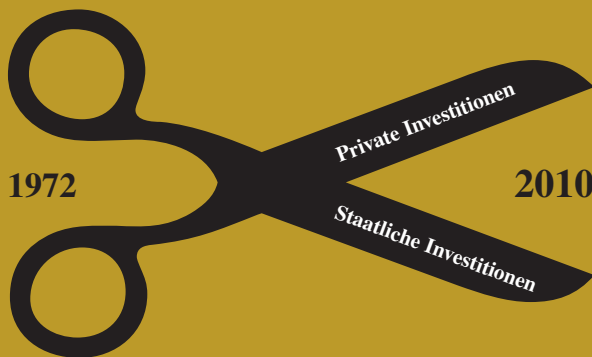


# Die Zukunft der Krankenhaus- Finanzierung

Dieter M. Kampe  
Karl-Heinz Bächstädt



**kma-Reader**  
**WIKOM - Verlag**

## **Die Zukunft der Krankenhaus-Finanzierung**

Herausgeber: Dieter M. Kampe, Karl-Heinz Bächstädt

Umschlaggestaltung, Satz und Layout: Evrim Sahin

Verlag: WIKOM GmbH  
Karlhäuser 6  
94110 Wegscheid  
info@wikom.net  
www.wikom.net

Hardcover, 320 Seiten, Taschenbuchformat

Die Deutsche Bibliothek

ISBN 978-3-9811053-2-2

Alle Rechte vorbehalten

© 2007 by WIKOM GmbH, Wegscheid

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Printed in Germany

Druck: Bosch Druck GmbH, Landshut

**Schriftenreihe: Gesundheitswirtschaft**  
Krankenhaus-Management, Medizinrecht,  
Gesundheitsökonomie

**Herausgeber: Prof. Dr. Dr. Wilfried von Eiff, Münster**

Band 1

Wilfried von Eiff/Ansgar Klemann (Hrsg.)

**Unternehmensverbindungen**

Strategisches Management von Kooperationen, Allianzen und Fusionen im  
Gesundheitswesen

1. Auflage August 2005; 2. Auflage November 2005

576 Seiten • 27 Euro • ISBN 3-9808398-7-7

Band 2

Wilfried von Eiff (Hrsg.)

**Risikomanagement**

Kosten-/Nutzen-basierte Entscheidungen im Krankenhaus

2. Auflage erscheint im Juli 2007

544 Seiten • 27 Euro • ISBN 3-9808398-8-5

Band 3

Bernd Högemann

**Due Diligence**

Prüfung und Unternehmensbewertung von Akutkrankenhäusern

1. Auflage 2006

416 Seiten • 37 Euro • ISBN 3-9808398-9-3

Band 4

Wilfried von Eiff/Kerstin Stachel

**Professionelles Personalmanagement**

Erkenntnisse und Best-Practice-Empfehlungen für Führungskräfte im Gesund-  
heitswesen

1. Auflage 2006

480 Seiten • 35 Euro • ISBN 3-9811053-0-3

Abkürzungsverzeichnis	6
Vorwort	8
<i>Dieter M. Kampe und Karl-Heinz Bächstädt</i>	
Aufbau des Buches	12
<i>Dieter M. Kampe und Karl-Heinz Bächstädt</i>	
<b>Rahmenbedingungen der Krankenhausfinanzierung: Vergangenheit – Gegenwart – Zukunft</b>	
Die dualistische Finanzierung des Krankenhausmarktes. Anspruch und Wirklichkeit	16
<i>Rolf Hildebrand</i>	
Einheitliche Finanz- und Versorgungsverantwortung – Der Krankenhaussektor im GKV-Vertragswettbewerb	36
<i>Christopher Hermann</i>	
Von der staatlichen Angebotsplanung zur wettbewerblichen Nachfragesteuerung	56
<i>Günter Neubauer</i>	
<b>Grundsatzfragen des Finanzmanagements von Krankenhäusern</b>	
Neue Anforderungen an das Finanz- und Rechnungswesen und das Controlling der Krankenhäuser	76
<i>Michael Philippi und Andreas Vogt</i>	
Hat die Rechtsform Einfluss auf die Finanzierung von Krankenhäusern?	98
<i>Marcel Kaufmann</i>	
Steuerliche Aspekte der Krankenhausfinanzierung	128
<i>Joachim Preiss</i>	

Rating von Krankenhäusern <i>Oliver Everling und My Linh Trieu</i>	150
<b>Traditionelle und alternative Finanzierungsformen und -instrumente für Krankenhäuser</b>	
Kreditfinanzierung der Krankenhäuser durch Banken <i>Stefan Mühr und Carsten Burchartz</i>	174
Innovative Formen der Krankenhausfinanzierung <i>Georg Heßbrügge und Carsten Burchartz</i>	198
Factoring im Krankenhaus <i>Jörg Schlichtermann, Kim Kristian Königer und Monika Albrecht</i>	220
Factoring: Geeignetes Finanzierungsinstrument für Krankenhäuser <i>Georg Westphal</i>	244
Leasing – eine Alternative und Finanzierungslösung <i>Gregor Langer</i>	252
Public Private Partnership–Ansätze im Krankenhaus <i>Martin Meißner und Harald F. Heller</i>	264
Verbriefung – Liquiditäts-Transfusion für das Krankenhaus? <i>Martin Damaske</i>	288
Autorenverzeichnis	310
Stichwortverzeichnis	316

# Abkürzungsverzeichnis

<b>ABl.</b>	Amtsblatt
<b>ABIEG</b>	Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften
<b>Abs.</b>	Absatz
<b>al.</b>	alii
<b>Art.</b>	Artikel
<b>Aufl.</b>	Auflage
<b>BB</b>	Betriebs-Berater
<b>Bd.</b>	Band
<b>Beschl.</b>	Beschluss
<b>BGBI</b>	Bundesgesetzblatt
<b>BGHZ</b>	Entscheidungen des Bundesgerichtshofs in Zivilsachen
<b>BHO</b>	Bundshaushaltsordnung
<b>BKR</b>	Zeitschrift für Bank- und Kapitalmarktrecht
<b>BVerfG</b>	Bundesverfassungsgericht
<b>BVerfGE</b>	Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts
<b>BVerwG</b>	Bundesverwaltungsgericht
<b>ders.</b>	derselbe
<b>DMP</b>	Disease-Management-Programm
<b>DÖV</b>	Die Öffentliche Verwaltung
<b>DRG</b>	Diagnosis Related Group
<b>DStR</b>	Deutsches Steuerrecht
<b>Dtsch</b>	Deutsche
<b>DVBl.</b>	Deutsches Verwaltungsblatt
<b>EG</b>	Europäische Gemeinschaft
<b>EU</b>	Europäische Union
<b>EuGH</b>	Europäischer Gerichtshof
<b>EuZW</b>	Europäische Zeitschrift für Wirtschaftsrecht
<b>f.</b>	folgende
<b>FAZ</b>	Frankfurter Allgemeine Zeitung
<b>ff.</b>	fortfolgende
<b>G.</b>	Gesetz
<b>GVBl.</b>	Gesetz- und Verordnungsblatt

<b>Hrsg.</b>	Herausgeber
<b>HSchulBG</b>	Hochschulbauförderungsgesetz
<b>i.d.F.</b>	in der Fassung
<b>JuS</b>	Juristische Schulung
<b>JZ</b>	Juristenzeitung
<b>KH</b>	Das Krankenhaus
<b>KHG</b>	Krankenhausfinanzierungsgesetz
<b>KOM</b>	Kommission der Europäischen Gemeinschaften
<b>KommBGB</b>	Kommentar zum BGB
<b>LKV</b>	Landes- und Kommunalverwaltung
<b>med.</b>	medizinische
<b>MedR</b>	Medizinrecht
<b>MMR</b>	Multimedia und Recht
<b>NJW</b>	Neue Juristische Wochenschrift
<b>Nr.</b>	Nummer
<b>NRW</b>	Nordrhein-Westfalen
<b>NVwZ</b>	Neue Zeitschrift für Verwaltungsrecht
<b>NZBau</b>	Neue Zeitschrift für Baurecht und Vergaberecht
<b>NZG</b>	Neue Zeitschrift für Gesellschaftsrecht
<b>NZS</b>	Neue Zeitschrift für Sozialrecht
<b>PFI</b>	Private Finance Initiative
<b>PPP</b>	Public Private Partnership
<b>Rdn.</b>	Randnummer
<b>RGBl.</b>	Reichsgesetzblatt
<b>S.</b>	Satz / Seite
<b>TK</b>	Telekommunikation
<b>Urt.</b>	Urteil
<b>Vgl.</b>	Vergleiche
<b>ZRP</b>	Zeitschrift für Rechtspolitik

# Vorwort

Das vorliegende Buch wendet sich an das deutsche Gesundheitswesen, einen Wirtschaftsbereich, der 11% des BIP ausmacht, also ca. 240 Mrd. Euro! Allein der Krankenhausesektor mit seinem Anteil von 65 Mrd. Euro in der gesetzlichen Krankenversicherung macht deutlich, welche Finanzierungsdimension in diesem Bereich zusammengefasst ist und bewältigt werden muss.

Seit 1972 bestand für die Krankenhäuser in Deutschland hinsichtlich ihrer Finanzierung durch das „Duale Finanzierungssystem“ ausreichende Klarheit und zugleich Sicherheit.

Das Krankenhaus, das im Landeskrankenhausplan registriert war und der Begriffsbestimmung nach § 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) entsprach, hatte das „verbriefte Recht“ gemäß diesem Gesetz und der Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespfllegesatzverordnung, BPflV) auf die Zahlung der leistungsgerechten Erlöse aus den Pflegesätzen und zusätzlich auf die (ab-) gesicherte Erstattung der Investitionen. Beide Finanzierungssäulen garantierten damit seine Liquiditätsversorgung und seine notwendigen Investitionen. Zugleich wurde dadurch seine Wirtschaftlichkeit sichergestellt. Die Krankenhäuser hatten so einen gesetzlich formulierten Anspruch, dass ihre vorkalkulierten Selbstkosten bei wirtschaftlicher Betriebsführung vollständig bezahlt werden. Zusätzlich erhielten sie die notwendige und beantragte Investitionsfinanzierung als Fördermittel aus dem Haushalt der Länder.

Mit dieser Finanzierung lag die Versorgungshoheit für die stationäre Versorgung bei den Bundesländern. Die Länder bestimmten so über die Anzahl der Krankenhäuser wie auch über die Anzahl der Betten. Die Ministerien legten damit aber auch fest, an welchem Ort welche Versorgung mit welchen medizinischen Fachbereichen stattzufinden hat.

Trotz einiger kleinerer Korrekturen „hielt“ dieses System bis zum Jahre 1993. Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) wurde dieses Finanzierungssystem deutlich verändert: an die Stelle der Tagessätze trat ein Mischsystem von Fall-

pauschalen - vorerst für die sog. „schneidenden Fächer“ –, ergänzt um Sonderentgelte. Verschärft wurde diese Situation für die Krankenhäuser durch die Einführung des „gedeckelten Budgets“ – also einer Begrenzung der verfügbaren finanziellen Mittel. Endgültig wurde dieses Mischsystem durch das Fallpauschalengesetz (FPG) und die Einführung der DRG-basierten Finanzierung der laufenden Betriebskosten per 2005 umgestellt.

Am Ende der zurzeit geltenden Konvergenzphase (bis 2009) wird sodann festzustellen sein, welche Konsequenzen sich damit für die laufende Finanzierung des Tagesgeschehens ergeben. Dann wird sich zeigen, welches Krankenhaus mit dieser neuartigen Finanzierung auf der Grundlage von landesweiten Basisfallwerten (Baserates) sein wirtschaftliches Überleben noch bzw. nicht mehr bestreiten kann.

Dramatischer und dabei von der Öffentlichkeit fast unbemerkt, sieht die zweite Säule der Finanzierung – also die Finanzierung der Investitionen aus den öffentlichen Fördermitteln der Länder – dahin, sie „trocknet“ gleichsam aus. Damit kann der Zeitpunkt vorausgesagt werden, an dem die Mittel der zuständigen Sozialministerien völlig ausbleiben. Dadurch ist dann die Umstellung auf die monetarische Finanzierung eingeläutet.

Nun aber sind Investitionen für den Erhalt der Wettbewerbsfähigkeit auch für Krankenhäuser unerlässlich. Das gilt gleichermaßen für neue bauliche Maßnahmen, den Erwerb medizinischer (Groß-)Geräte, die Durchführung von (Groß-)Projekten, die Umgestaltung der Informationstechnologie und deren Infrastruktur oder eine Prozessreorganisation.

Auch Krankenhäuser haben nun wie „Unternehmen“ zu handeln. Sie müssen lernen, in einem immer härteren Wettbewerb zu bestehen. Es gibt keine Existenzgarantie mehr. Die Krankenhäuser sehen sich damit vor die Notwendigkeit gestellt, an die Stelle drastisch reduzierter und weiter schwindender Investitionsmittel diese nun fehlende Finanzierung für ihre Investitionen aus anderen Quellen zu beschaffen. Das zwingt sie zu neuartigem, vielfach zusätzlichem und zugleich Existenzsicherndem Handeln.

Diesen Herausforderungen kann nur begegnet werden, wenn sich die Krankenhäuser intensiv mit dem Thema der Finanzierung von Investitionen beschäftigen. Sie haben sich einen Überblick über die Vielfalt der Finanzierungen und der Finanzierungsinstrumente am Markt zu verschaffen, die sie für ihre Aufgaben nutzen können.

Diesem Ziel dient das vorliegende Buch „Die Zukunft der Krankenhausfinanzierung“. In ihm haben fachkundige Autoren Beiträge verfasst, die Auskunft über diese Finanzierungsinstrumente und ihre Vielfalt geben. Eine ausgewogene Mischung aus Praktikern, Finanzexperten, Wissenschaftler und Juristen untersuchen unterschiedliche Aspekte dieser bedeutsamen Finanzierungsthemen. Ihre Ausführungen sollen Hilfestellungen geben und zugleich auch auf neue und zukunftsweisende Möglichkeiten aufmerksam machen. Dabei präsentieren die einzelnen Autoren jeweils ihre eigenen Erfahrungen und Erkenntnisse.

Als Herausgeber danken wir allen Autoren für die Bereitwilligkeit, ihr Fachwissen zur Verfügung zu stellen und für ihre Bereitschaft, an diesem Buch mit zu wirken. Wir danken auch dem WIKOM - Verlag für die Ausgabe dieses Fachbuches, das eine Wissenslücke schließen hilft und Informationen anbietet, die wesentlich zur Wettbewerbsfähigkeit und damit der wirtschaftlichen Zukunft der Krankenhäuser dienen werden. Nicht zuletzt haben die zur Einstellung einer Werbung bereiten Finanzinstitutionen und Banken bewiesen, welche Bedeutung sie diesem Thema zukünftig beimessen.

Kommentare und Anregungen unserer Leser greifen wir gerne auf.

Aufgrund der weitgehend von der (so genannten Gesundheits-)Politik geprägten Krankenhauspolitik mit ihren teilweise unwägbaren Schwankungen, oft wenig sachdienlichen Kompromissen und häufig kurzfristigen Überraschungen kann das vorliegende Werk nur eine Momentaufnahme darstellen. Neue Finanzierungsmodelle sind bereits erkennbar ebenso wie weitere erhebliche (Ver-)Änderungen im Krankenhauswesen auf gesetzlicher Ebene neue Freiräume schaffen, aber auch neue Entscheidungen notwendig machen.

Gemeinsam mit dem WIKOM - Verlag werden die Herausgeber dieses Thema in nachfolgenden Aktivitäten und Veranstaltungen weiter detaillieren und ausgestalten. Damit soll dem Bedarf nach gezielten Informationen zu diesem umfangreichen Thema entsprechend Rechnung getragen werden.

Bruchköbel / Berlin im Mai 2007

Dieter Kampe

Karl-Heinz Bächstädt



# Aufbau des Buches

Das vorliegende Buch gliedert sich in drei Teile:

1. Rahmenbedingungen der Krankenhausfinanzierung: Vergangenheit - Gegenwart - Zukunft,
2. Grundsatzfragen des Finanzmanagements von Krankenhäusern sowie
3. Traditionelle und alternative Finanzierungsformen und -instrumente für Krankenhäuser.

Zunächst beschreiben im ersten Teil *Rolf Hildebrand*, *Christopher Hermann* sowie *Günter Neubauer* in ihren Beiträgen die gegenwärtige Situation des Gesundheitswesens und skizzieren zukünftige – absehbare, erforderliche oder als wünschenswert erachtete – Entwicklungstendenzen und -trends. Sie zeigen den besonders geschützten Bereich auf, in dem sich Krankenhäuser – weitgehend – bis in die Gegenwart hinein bewegen, in dem die Kapitalbeschaffung außerhalb staatlicher Zuschüsse und Leistungen der Krankenversicherungen nur in Form von Zuschüssen der Träger zum Ausgleich von Budgetdefiziten und – aus Sicht des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) – rechtlich fragwürdigen Finanzierungsmodellen von Medizintechnikern erfolgte.

Die eintretenden Veränderungen stellen neue Anforderungen an die Grundlagen für Finanzierungsentscheidungen, denen der zweite Teil gewidmet ist. Die hierfür notwendigen Informationen erfordern ein aussagekräftiges Finanz- und Rechnungswesen sowie Controlling. Die zukünftigen Ansprüche sowie eine mögliche Ausgestaltung skizzieren *Michael Philippi* und *Andreas Vogt*. Um zielgerichtete Entscheidungen treffen zu können, sind umfangreiche Kenntnisse der zur Verfügung stehenden Finanzierungsinstrumente zwingend erforderlich. Doch auf welche Instrumente zurückgegriffen werden kann, hängt u.a. auch von der Rechtsform, der Besteuerung und dem Rating ab. Eine rechtsformspezifische Betrachtung der Finanzierungsmöglichkeiten mit ausführlicher Analyse der Rechtslage nimmt *Marcel Kaufmann* vor. Die steuerlichen Aspekte, insbesondere vor dem Hintergrund der Gemeinnützigkeit und der Umsatzsteuerbefreiung der Krankenhäuser, zeigt *Joachim Preiss* auf. Die deutsche Bankenaufsicht schreibt vor, dass von Banken keine Kredite mehr ohne Rating der Kreditnehmer vergeben werden dür-

fen.<sup>1</sup> Eine Einführung in das Rating der Banken (internes Rating) und der Ratingagenturen (externes Rating) mit ihren Auswirkungen auf Kreditbeschaffungsmöglichkeiten und -konditionen geben *Oliver Everling* und *My Linh Trieu*.<sup>2</sup>

Im dritten Teil des Buches werden die aus heutiger Sicht wesentlichen Finanzierungsarten und -instrumente beschrieben. Zunächst stellen *Stefan Mühr* und *Carsten Burchartz* detailliert die Kapitalbeschaffung mittels Bankkrediten vor. Einen Überblick über die Alternativen zu der in Deutschland dominierenden Bankenfinanzierung geben anschließend *Georg Heßbrügge* und *Carsten Burchartz*. Einige innovative Formen der Krankenhausfinanzierung werden in den nachfolgenden Beiträgen ausführlicher betrachtet. Die Grundlagen des Factoring für Krankenhäuser beschreiben *Jörg Schlichtermann*, *Kim Kristian Königer* und *Monika Albrecht*. Ihnen folgt der Beitrag von *Georg Westphal* aus der Factoringpraxis. Leasing als eine weitere Alternative erläutert – aus der Sicht der Leasingpraxis – *Gregor Langer*. In den letzten Jahren haben sich angesichts der nach dem KHG rechtswidrig unzureichenden Finanzierung der Investitionen seitens der Bundesländer<sup>3</sup> eine Reihe von Krankenhausträgern der Frage zugewandt, ob nicht durch die Aufnahme weiterer Partner die zur Aufrechterhaltung einer zeitgemäßen Ausstattung fehlenden Finanzmittel beschafft werden können. Die verschiedenen Modelle des Public Private Partnership diskutieren *Martin Meißner* und *Harald F. Heller* vor dem Hintergrund der rechtlichen Vorgaben. Den Abschluss bildet der Beitrag von *Martin Damaske*: Er stellt die Verbriefung als Finanzierungsalternative für Krankenhäuser vor und zeigt Möglichkeiten zur Nutzung dieses Instruments für Krankenhausimmobilien auf.

Dieter Kampe

Karl-Heinz Bächstädt

1 Vgl. Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, *Mindestanforderungen an das Risikomanagement vom 20.12.2005 (Rundschreiben 18/2005)*, BTO 1.2.

2 Eine umfangreiche Darstellung dieses in Deutschland neueren Themas bietet das von *Oliver Everling* und *Dieter Kampe* herausgegebene Buch *„Healthcare-Rating“*, Wiesbaden 2007.

3 Die Schätzungen zum Investitionsstau bei den Krankenhäusern reichen bis zu 50 Mrd. Euro. Vgl. beispielsweise *Mühlwinkel, I., Investitionsfinanzierung: Keine Kohle: kma, Heft 3/2007, S. 18-21, hier S. 19*; o.V.: *„Mehr unternehmerische Freiheit – Krankenhäuser schrittweise entfesseln“*. Eckpunkte des BDPK zum ordnungspolitischen Rahmen ab 2009: f&w, Heft 2/2007, S. 220.

Rahmenbedingungen der  
Krankenhausfinanzierung:  
Vergangenheit – Gegenwart  
– Zukunft



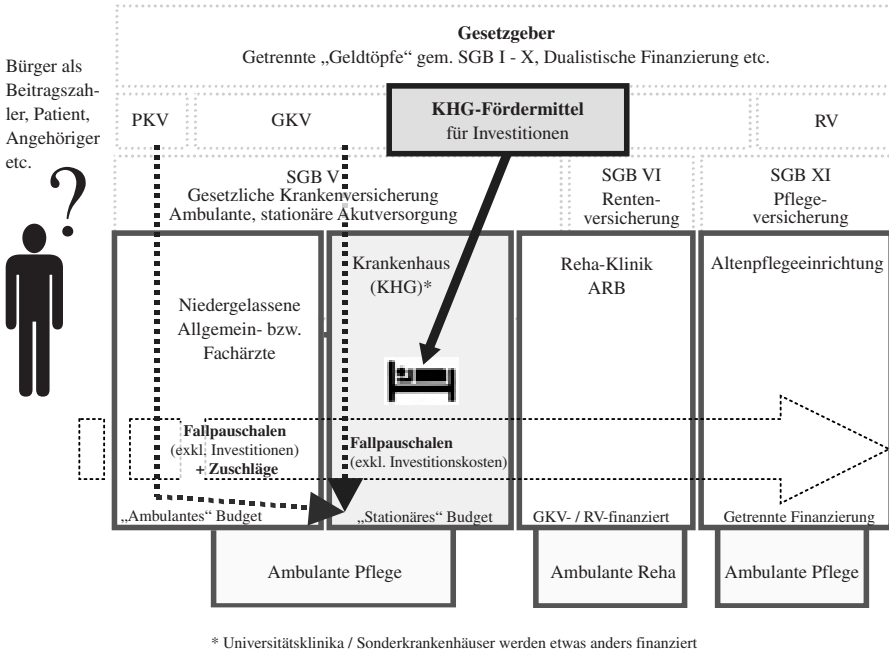
# Die dualistische Finanzierung des Krankenhausmarktes. Anspruch und Wirklichkeit

**Rolf Hildebrand**

<b>1. Dualistische Finanzierung: Worum es hier geht</b>	18
<b>2. Die tatsächliche Entwicklung seit 1972</b>	21
<b>3. „Triale Finanzierung“ – und der Versuch, alles beim Alten zu lassen</b>	25
<b>4. Krankenhausinterne Finanzierungsbehelfe</b>	26
<b>5. Dualistische Finanzierung in Buchhaltung und Kostenrechnung</b>	28
<b>6. Was spricht für einen Fortbestand der dualistischen Finanzierung?</b>	29
<b>7. Und was spricht gegen eine Fortsetzung der dualistischen Finanzierung?</b>	31

# 1. Dualistische Finanzierung: Worum es hier geht

Abb. 1: Dualistische Krankenhausfinanzierung im Kontext



„Zweck dieses Gesetzes ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen“ – so der § 1 Absatz 1 KHG aus dem Jahre 1972. Seitdem sieht das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)<sup>1</sup> vor, dass die Krankenhäuser sich vor allem aus zwei Quellen finanzieren:

1. Aus Zahlungen der Kassen der GKV und der PKV für jede einzelne stationäre Behandlung, die – so das „eingebaute“ (später aufgehobene) Kostendeckungsprinzip – insgesamt die konsumtiven Ausgaben eines jeden Krankenhauses abzudecken haben.

<sup>1</sup> Siehe <http://bundesrecht.juris.de/khg/BJNR010090972.html>, abweichende Regelungen z. B. für Universitätsklinik.

## 2. Aus Fördermitteln als staatlichen Zuschüssen.

In der Sprache des Gesetzes liest sich das so (§ 4 KHG):

„Die Krankenhäuser werden dadurch wirtschaftlich gesichert, dass ihre Investitionskosten im Wege öffentlicher Förderung übernommen werden und sie leistungsgerechte Erlöse aus den Pflegesätzen, die nach Maßgabe dieses Gesetzes auch Investitionskosten enthalten können, sowie Vergütungen für vor- und nachstationäre Behandlung und für ambulantes Operieren erhalten“.

Das bedarf einer staatlichen Planung durch die dafür zuständigen Länder:

„§ 6 Krankenhausplanung und Investitionsprogramme

Die Länder stellen zur Verwirklichung der in § 1 genannten Ziele Krankenhauspläne und Investitionsprogramme auf; Folgekosten, insbesondere die Auswirkungen auf die Pflegesätze, sind zu berücksichtigen“.

Eine Aufnahme in den Krankenhausplan ist die Voraussetzung für eine Förderung:

„§ 8 Voraussetzungen der Förderung

(1) Die Krankenhäuser haben nach Maßgabe dieses Gesetzes Anspruch auf Förderung, soweit und solange sie in den Krankenhausplan eines Landes und bei Investitionen nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 in das Investitionsprogramm aufgenommen sind“.

### *An der dualistischen Finanzierung scheiden sich die Geister*

Die einen – man könnte sie auch als die „Planwirtschaftler“ bezeichnen – betrachten die dualistische Finanzierung hierzulande als eine unverrückbare Voraussetzung der „solidarischen Daseinsfürsorge“. Sie können sich eine „gerechte“ – allen Bürgern ohne Ansehen der Person und ihrer finanziellen Möglichkeiten bei Bedarf gleichermaßen zugute kommende – Sicherung einer Krankenbehandlung offensichtlich nur vorzustellen, wenn sie in staatlicher Regie erfolgt. Gesundheit sei ein „zu hohes Gut“, als dass man es der Privatwirtschaft überlassen könne. Ihre Argumentation: Nur der Staat könne sicherstellen, dass sich die Leistungserbringer nicht „lukrative Rosinen pickten“. Das freie Spiel der marktwirtschaftlichen Kräfte führe zwangsläufig zu Versorgungslücken – sei es, dass bestimmte Behandlungen wegen einer zu geringen Nachfrage (z. B. auf bestimmte Wochentage und / oder auf Ballungszentren) beschränkt oder gar nicht mehr angeboten würden.

Solch ein ausgeprägter Glaube an die Omnipotenz des Staates hat in Mitteleuropa Tradition. Die reicht zurück in eine Zeit, als dieser die Kirchen beim Betrieb von Krankenhäusern großenteils ablöste (und später auch eine gesetzliche Pflichtversiche-

rung einführte). Aus dieser Sicht erscheint es nur folgerichtig, dass Anfang der 70er Jahre des 20. Jahrhundert mit dem KHG in Deutschland ein Regelwerk geschaffen wurde, das die Planung und Finanzierung der Investitionen in allen (geförderten) Akutkrankenhäusern durch staatliche Instanzen einschloss.<sup>2</sup> Seitdem sind Krankenhausinvestitionen in Deutschland aus staatlichen Zuwendungen zu finanzieren, soweit die diesen zugrunde liegenden Kapazitäten zuvor in einer – in einem mehrjährigen Turnus aktualisierten – Krankenhausplanung (vor allem im Sinne bestimmter Bettenzahlen, die sich aus der Entwicklung fächerbezogener Fallzahlen ableiten) als „bedarfsgerecht“ identifiziert und (landes-)gesetzlich festgeschrieben worden waren.

Die anderen – sich in Deutschlands Gesundheitswesen selbst in den Krankenhäusern deutlich in der Minderheit befindlichen „Marktwirtschaftler“ – betrachten die dualistische Finanzierung von Krankenhäusern (warum eigentlich nur Krankenhäuser und nicht auch z. B. Arztpraxen und Reha-Kliniken?) und eine staatliche Investitionsplanung dagegen von Beginn an als einen teuren Irrweg. So werde viel Geld verbrannt, ohne dass man so auch nur in die Nähe einer wirklichen Bedarfsgerechtigkeit vorgehaltener Ressourcen gelangen könne. Deren Dimensionierung müsse immer willkürlich bleiben:

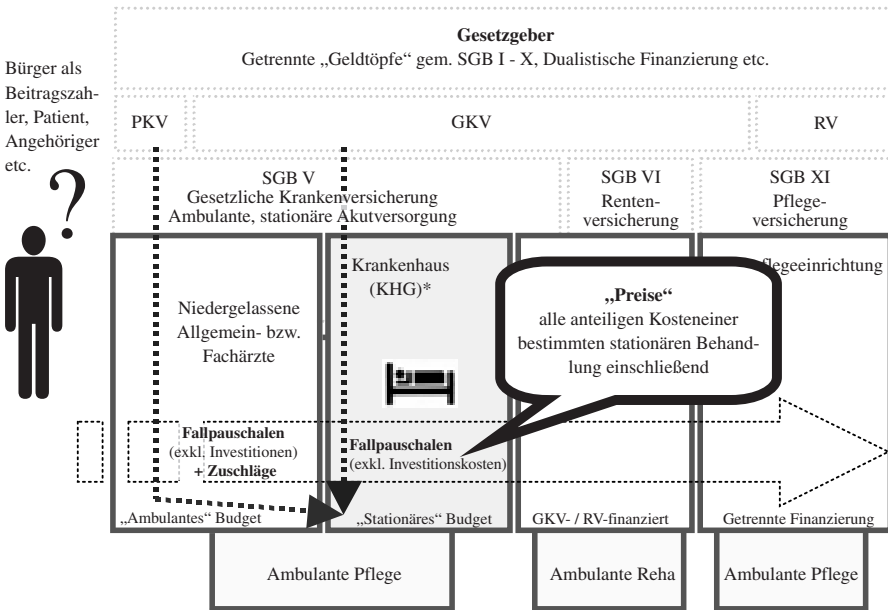
- Welche Wege sind beispielsweise Patienten bei welcher Erkrankung – speziell bei Notfällen – zumutbar?
- Wie steht es mit der Finanzierung medizinischer Innovationen?

Eine halbwegs faire Deckung der Nachfrage sei – so lautet dort die Argumentation – auch mit einer noch so sorgfältigen Krankenhausplanung nur mit ganz erheblichen Überkapazitäten zu gewährleisten. Selbst dann ließen sich regionale Disparitäten kaum ausschließen.

Überkapazitäten würden angesichts der Erfahrung, dass jedes Angebot auch seine Nachfrage schafft, überflüssigerweise selbst dann genutzt, wenn die erforderliche Patientenzahl gar nicht vorhanden sei. Deutschlands im internationalen Vergleich überlange Verweildauern pro Fall scheinen diese Einschätzung eindrucksvoll zu belegen. Zumindest so lange dieses Phänomen nicht von anderen Einflüssen überlagert wurde (als die Krankenhäuser nämlich die stationäre Behandlung nicht mehr gänzlich tageweise abrechnen konnten, standen mit einer abnehmenden Verweildauer trotz einer jahrelangen Fallzahlsteigerung mehr und mehr Betten leer. Der Prozess beschleunigte sich mit dem vollständigen Wechsel auf G-DRGs, ohne dass schon ein Ende dieser Entwicklung abzusehen wäre. Zugleich scheinen auch die Fallzahlen wieder zu sinken. Dazu später mehr).

<sup>2</sup> Siehe <http://bundesrecht.juris.de/khg/BJNR010090972.html>, *abweichende Regelungen z. B. für Universitätsklinik.*

Abb. 2: In kalkulierten Preisen sind sonst alle Kosten enthalten – auch die Abschreibungen



\* Universitätsklinik / Sonderkrankenhäuser werden etwas anders finanziert

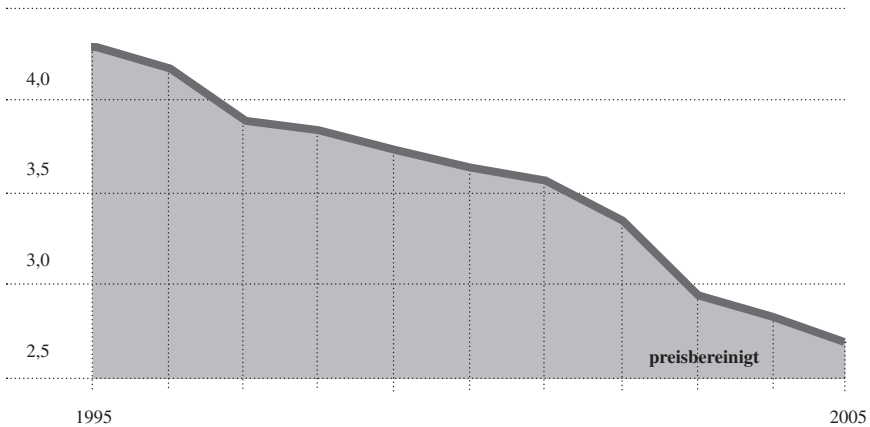
## 2. Die tatsächliche Entwicklung seit 1972

Mit dem „Jahrhundertwerk“ des Krankenhausfinanzierungsgesetzes hoffte man 1972, die finanziellen Probleme der Krankenhäuser ein für allemal in den Griff zu bekommen. Die einfache Formel: „Konsumtive“ Kosten zahlen die Versicherten mit ihren Beiträgen. „Investive“ Kosten übernimmt der Staat. Auf die Erstattung ihrer (berechtigten) konsumtiven Kosten hatten die Krankenhäuser einen Rechtsanspruch. Zweifel an der Berechtigung wurden mit Hilfe von „Wirtschaftlichkeitsprüfungen“ beseitigt (das war für Wirtschaftsprüfungsgesellschaften jahrzehntelang ein risikoloses, gewinnträchtiges Geschäft). Für die Investitionen zahlte (und zahlt) der Staat jährliche Investitionszuschüsse. Für größere Investitionen gab es eine Einzelförderung. Die geriet allerdings ins Stocken, als sich nach einigen Jahren zwischen den Investitionsanträgen der Krankenhausträger und den bewilligten Mitteln eine wachsende Lücke aufat. Was mit der nahezu problemlosen Errichtung zahlloser „Landratsdenkmäler“ begann, endete trotz aller Folgebemühungen des

Gesetzgebers um einen Bettenabbau wegen schwindender staatlicher Investitionsmittel in einem milliarden schweren „Investitionsstau“. Der wird heute als solcher von niemandem mehr bestritten, höchstens in der Höhe. Am häufigsten werden „50 Milliarden Euro“ genannt.

Abb. 3: RWI macht Schwund bei den staatlichen Investitionsmitteln deutlich<sup>3</sup>

Fördermittelfluss für Investitionen gemäß KHG (in Milliarden Euro)



Einhergehend damit ist die Zahl der Krankenhausbetten in den letzten Jahren zurückgegangen: Von 665 565 im Jahre 1991 auf 523 824 Betten. Die durchschnittliche Verweildauer ist in der gleichen Zeit noch stärker von 14,0 auf 8,6 Tage gesunken. Das hat trotz einer in dieser Zeit steigenden Fallzahl zu einer deutlichen Verringerung der Bettenauslastung von 84,1% auf 75,6% geführt.<sup>4</sup> Ein Ende dieser Entwicklung ist nicht abzusehen.

Obwohl seit seiner Einführung mittlerweile Jahrzehnte ins Land gegangen sind, hat das KHG die Zeit nahezu unverändert überstanden. Einschließlich Wiedervereinigung – trotz der herausragenden Gelegenheit, sich in den Krankenhäusern der ehemaligen DDR die Folgen eine staatlichen Investitionslenkung in vivo vor Augen führen zu können. Dem Autor dieser Zeilen ist das traurige Los beschieden, sich von Beginn an mit der Materie herumschlagen zu müssen – sowohl was die kon-

<sup>3</sup> Vgl. Kreiss, S., *Eigenkapitaltherapie: Financial Times Deutschland vom 09.03.2007.*

<sup>4</sup> Siehe Statistisches Bundesamt.

troverse Argumentation angeht als auch die Konsequenzen für die Führung eines Krankenhauses.

Die Krankenkassenbeiträge, aus denen sich auch die konsumtiven Ausgaben fürs Krankenhaus speisen, sind die ganze Zeit gestiegen, und zwar stärker als die Einkommen der Versicherten. 1972 betrug der durchschnittliche GKV-Beitrag noch 8,4%. Das waren – auf Euro umgerechnet – monatlich gerade einmal 60 Euro. Heute ist er bekanntlich etwas höher, nämlich schon deutlich über 15%. Darin sind wohlgermerkt die Krankenhausinvestitionen nicht enthalten. Und alle Signale verheißen massive weitere Steigerungen. Von der Kanzlerin über die Bundesgesundheitsministerin, die Bundesärztekammer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) bis hin zu den Gewerkschaften wird verkündet, bei den Krankenhäusern müsse mehr Geld ins System: „Wir haben kein Ausgabenproblem. Wir haben ein Einnahmeproblem!“

Abb. 4: Einrichtungen, Betten und Patientenbewegung Krankenhäuser 1991 - 2005<sup>5</sup>

Jahr / Land	Krankenhäuser		Patientenbewegung			
	insgesamt	aufgestellte Betten	Fallzahl	Berechnungs- und Belegungstage	Durchschnittliche	
					Verweildauer	Bettenauslastung
Anzahl		in 1.000		in Tagen	in Prozent	
1991	2.411	665.565	14.577	204.204	14,0	84,1
1992	2.381	646.995	14.975	198.769	13,2	83,9
1993	2.354	628.658	15.191	190.741	12,5	83,1
1994	2.337	618.176	15.498	186.049	11,9	82,5
1995	2.325	609.123	15.931	182.627	11,4	82,1
1996	2.269	593.743	16.165	175.247	10,8	80,6
1997	2.258	580.425	16.429	171.837	10,4	81,1
1998	2.263	571.629	16.847	171.802	10,1	82,3
1999	2.252	565.268	17.093	169.696	9,9	82,2
2000	2.242	559.651	17.263	167.789	9,7	81,9
2001	2.240	552.680	17.325	163.536	9,4	81,1
2002	2.221	547.284	17.432	159.904	9,2	80,1
2003	2.197	541.901	17.296	153.518	8,9	77,6
2004	2.166	531.333	16.802	146.746	8,7	75,5
2005	2.139	523.824	16.874	144.576	8,6	75,6

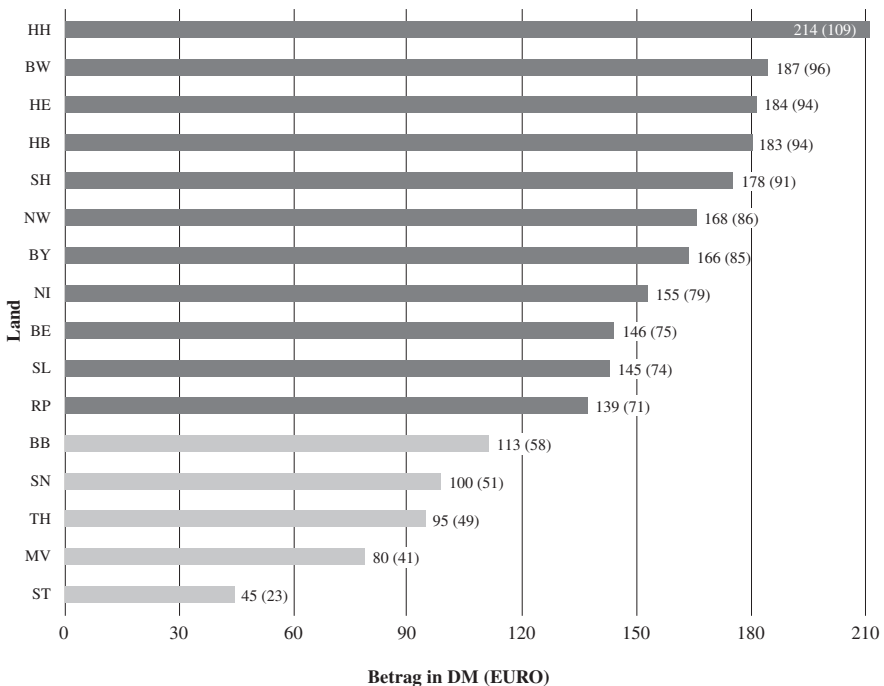
Fallzahl und Berechnungs-/Belegungstage einschließlich Stundenfälle (aktualisiert 22.12.2006)

<sup>5</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt: *Einrichtungen, Betten und Patientenbewegung. Krankenhäuser 1991 - 2005*.

Was für die Finanzierung des konsumtiven Anteils gelten mag, ist für den investiven Teil verschärft zu beobachten. Die – nach der Verfassung zuständigen – Länder haben trotz einer sinkenden Bettenzahl Jahr für Jahr die Bundesmittel (anfangs im Verhältnis 50:50, später in der Form einer pauschalen Milliardenumschichtung der Steuermittel) „eingesackt“, aber die abgeforderten Fördermittel schon lange nicht mehr bereitgestellt. Zugleich weisen die Fördermittel von Land zu Land erhebliche Unterschiede auf. So wächst – was die Mittelausstattung betrifft – die Lücke zwischen jenen Ländern, die sich unabhängig von der Bevölkerungszahl hohe Zuschüsse leisten können, und jenen anderen, bei denen das nicht der Fall ist. Andererseits kann man aus der Tatsache auch folgen, dass es eher eine Sache des Ermessens zu sein scheint, wie hoch der Zuschuss für eine „wirtschaftliche Sicherung“ der laufenden Investitionen denn nun zu sein hat.

Abb. 5: Regional höchst unterschiedliche Fördermittelpauschalen pro Fall<sup>6</sup>

**Pauschalförderung / Fall nach Bundesländern (Bezugsjahr 2000)**



<sup>6</sup> Vgl. Verband der Krankenhausdirektoren e.V. (VKD) und Löbus, P., Klinikum Bernburg (unter Bezugnahme auf das Statistische Bundesamt).

**Teil I: Rahmenbedingungen der Krankenhausfinanzierung**

**Teil II: Grundlagen des Finanzmanagements von Krankenhäusern**

**Teil III: Traditionelle und alternative Finanzierungsinstrumente für Krankenhäuser**

Die eintretenden Veränderungen im Krankenhausmarkt stellen neue Anforderungen an Finanzierungsentscheidungen. Sie erfordern ein aussagekräftiges Finanz- und Rechnungswesen sowie Controlling, dessen Ausgestaltung hier skizziert wird. Um Entscheidungen treffen zu können, sind umfangreiche Kenntnisse der angebotenen Finanzierungsinstrumente erforderlich. Auf welche Instrumente zurückgegriffen werden kann, hängt u.a. von der Rechtsform, der Besteuerung und dem Rating ab. Daher werden in Einzelbeiträgen eine rechtsformspezifische Betrachtung der Finanzierungsmöglichkeiten vorgenommen. Gleichzeitig werden die steuerlichen Aspekte vor dem Hintergrund der Gemeinnützigkeit und der Umsatzsteuerbefreiung der Krankenhäuser aufgezeigt. Da Banken keine Kredite mehr ohne Rating der Kreditnehmer vergeben dürfen, folgt eine Einführung in das Rating durch die Banken und die Ratingagenturen mit ihren Auswirkungen auf Kreditbeschaffungsmöglichkeiten und -konditionen.

Nach einer umfassenden Darstellung der Kreditfinanzierung für Krankenhäuser aus der Sicht einer Bank und einem Überblick über die Breite alternativer Finanzierungsinstrumente werden einige von ihnen ausführlich betrachtet. Es werden die Grundlagen und insbesondere die Praxis des Factoring und des Leasing für Kliniken erläutert, die verschiedenen Modelle des Public Private Partnership diskutiert und die Möglichkeiten der Verbriefung für Krankenhäuser vorgestellt.

ISBN 978-3-9811053-2-2



9 783981 105322