

Investitionsstau in der HM

Müssen wir uns anders aufstellen ?



Eberhard-Karls-Universität

UKT

Universitätsklinikum Tübingen

Rüdiger Strehl
Vorstand UK Tübingen
Generalsekretär VUD
Verband der Universitätsklinika
16.März 2006

I.

Ausgangssituation

Wann ist KV im KH gut ?

- **Richtige Leistungen**
- **Herausragende Kliniker**
- **Gleichzeitig gute Wissenschaftler**
- **Handlungsfähige, unbürokratische Entscheidungsstrukturen**
- **Moderne Bauten, Laboratorien und Geräte**
- **Genug Geld – leistungsgerechte Finanzierungen**
- **Richtige Rechtsform ?**
- **Beachtung der Interdependenzen: Alles muss stimmen, nicht nur ein oder zwei Variablen**

HLM + Investitionen

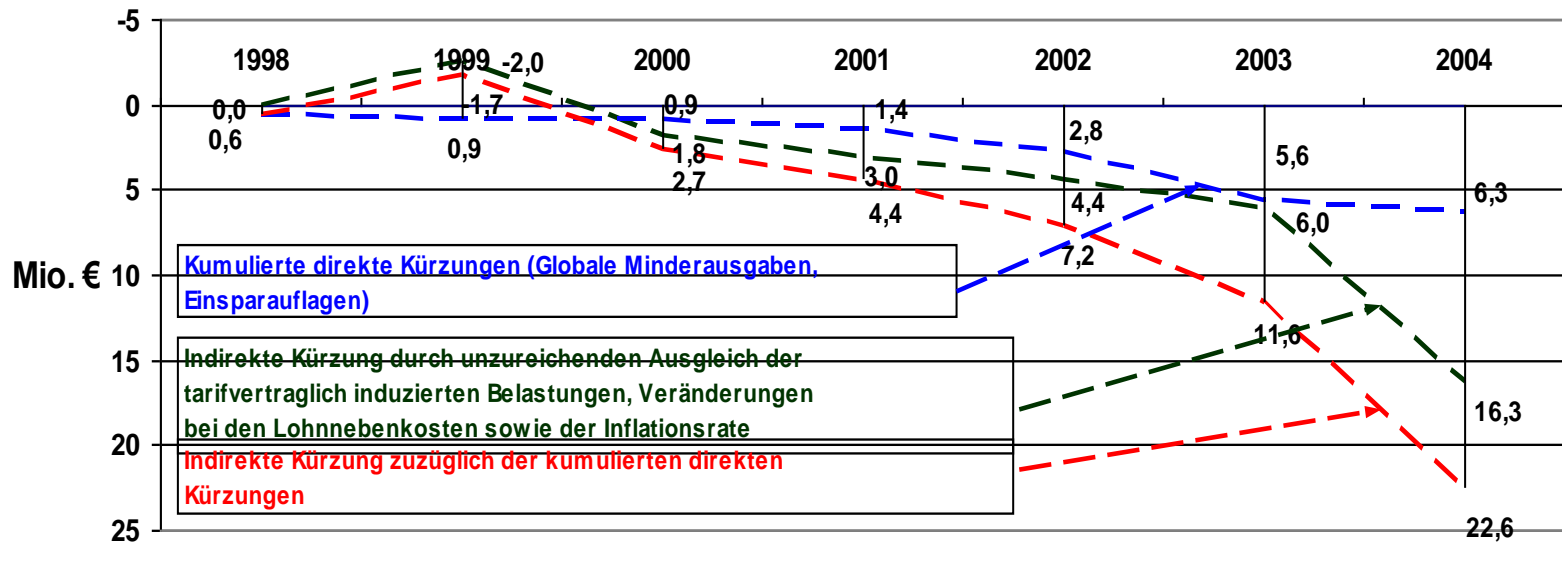
- Gute Ärzte/Wissenschaftler sind nur leistungsfähig
- In Modernen Bauten
- Mit funktionstüchtiger Betriebstechnik
- Einer Medizintechnik auf dem Stand des medizinischen Fortschritts und
- Einer IT-Infrastruktur mit Netzen, Hard- und Software zur klinischen und administrativen Anwendung
- Damit hängt die medizinische Leistungsfähigkeit maßgeblich vom Investitionslevel ab

Zusammenbruch KHG/HBFG

- UK mit 25% der Investitionsmittel
- HBFG 1 Mrd Euro für 35 UK
- KHG 2,8 Mrd Euro für 2.100 KH
- Seit 1991: minus 40% (von 4,5 auf 2,7 Mrd €)
- Nunmehr Föderalismusreform
- Basiszuständigkeit Länder für KV, Lehre + normale Forschung
- „Leuchtturmforschung“ weiterhin von Bund + Ländern

Schere F & L

Kürzungen des Landeszuführungsbetrages seit 1998 (Stand Februar 2005, Betrachtung mit Zuschusssteigerungsbetrag)



Reformen, Stagnationen & Rückschritte

- KV-Reformen im Entgeltbereich, Organisation und Rechtsform
- KV-Stillstand bei Investitionen
- F&L-Rückschritt bei Investitionsfinanzierung durch Föderalismusreform
- Gleichwohl Investitionen wie Personal ein überragend wichtiger Ressourcenfaktor für Aufgabenniveau und –wahrnehmung
- Vernachlässigung von Investitionen rächt sich
- Insbesondere auch bei der Wirtschaftlichkeit
- Hauptfehler: Vermeidung von Personalkürzungen zulasten von Investitionen

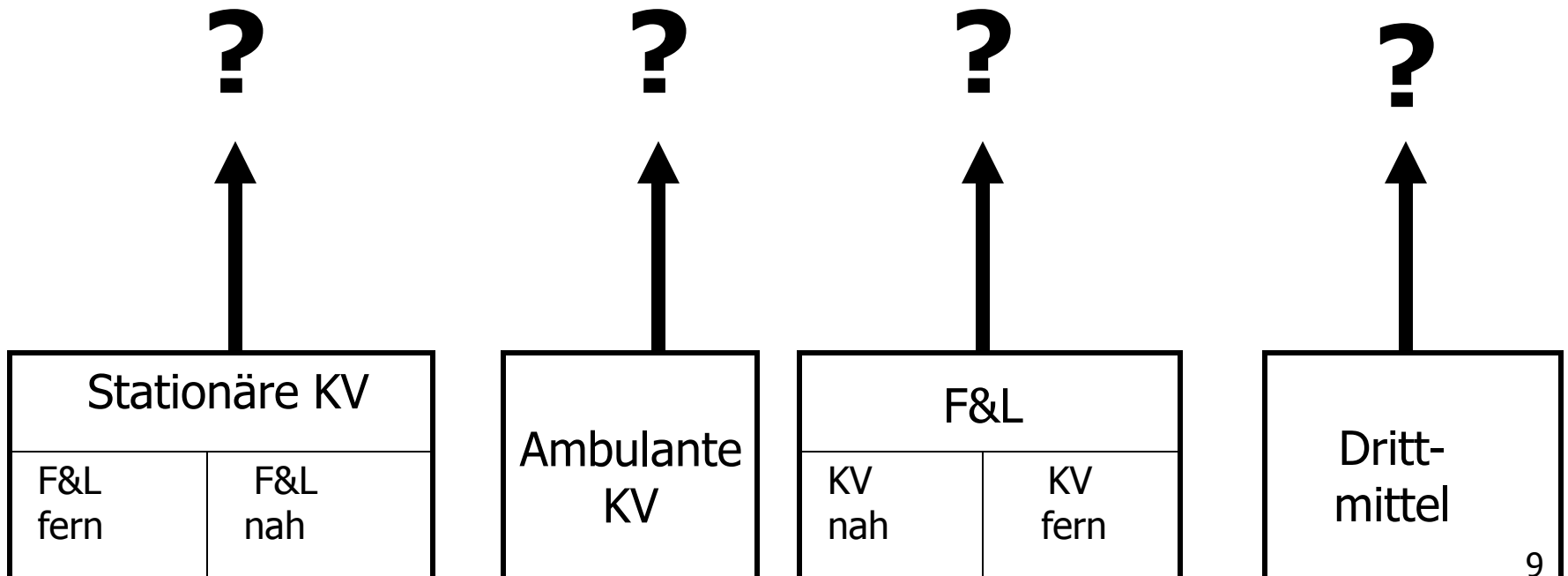
I.1

Bedarf

Aufgaben und Bedarf

- Einzelanträge
- Entwicklungspläne

- Betten
- Fälle/Leistungen
- Schwerpunkte
- anderes ???



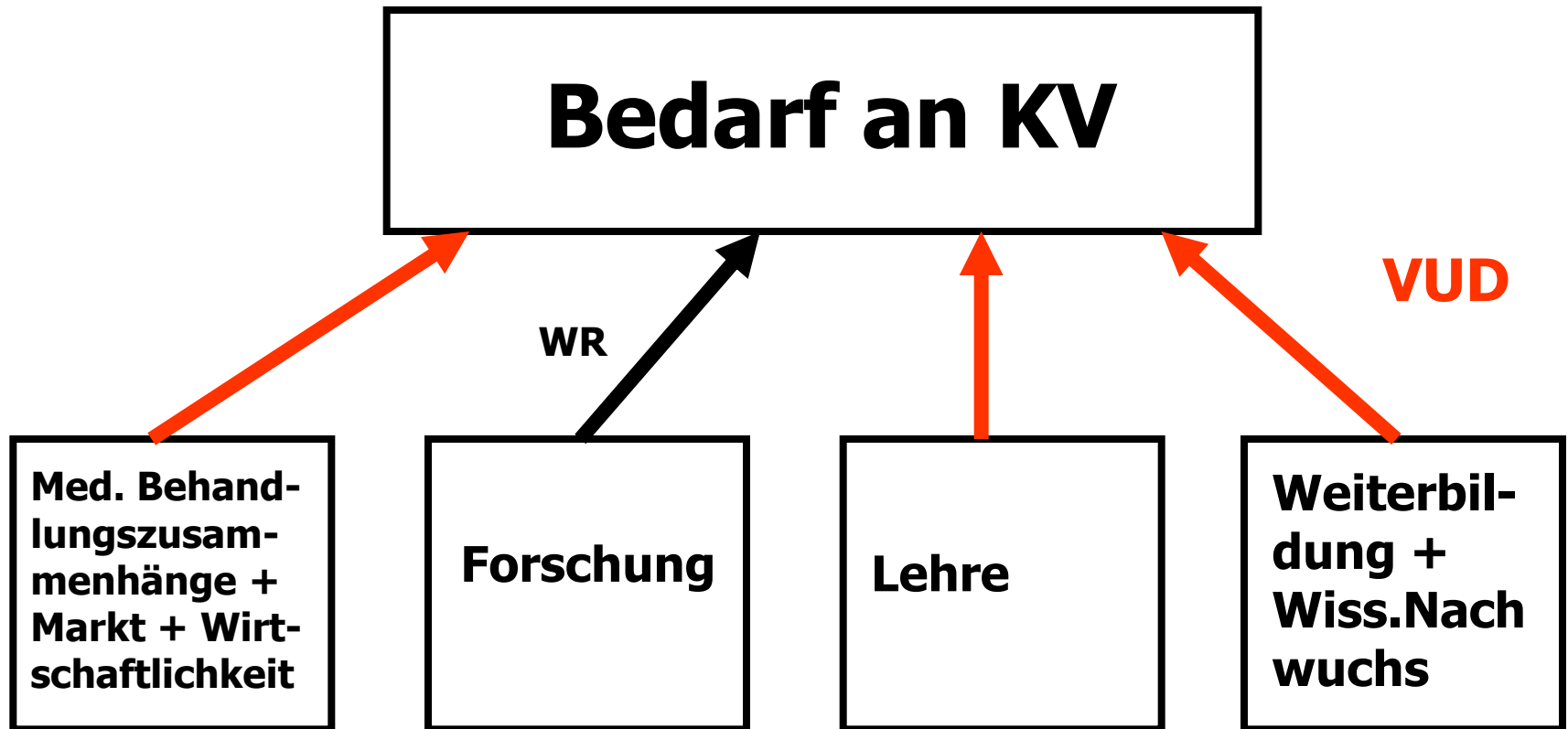
Investitionsbedarf

- Bau
 - Neubauten
 - Umstellungen
 - Erneuerung
- Betriebstechnik
- Medizintechnik
- IT
- Netzinfrastruktur
 - Rechnersysteme
 - Software
 - Multimedia
- Organisation der Bauplanung und – durchführung
- Vergaberecht
- haben Einfluss auf
- zeitlichen Vorlauf bei Baumaßnahmen
- Kosten beim Bau
- damit höherer Finanzbedarf bei Öffentlicher Bauorganisation

Investitionsmittel - Bedarf

- Bau:
 - Zustand + Alter sind bekannt
 - Ordnungsrecht/Brandschutz
- Betriebstechnik: nicht immer sichtbar; nicht zu unterschätzen
 - Zahl der Telefone
 - Klimatechnik
 - Stromversorgung
- Medizintechnik: evident
- IT völlig unterschätzte Zeitbombe

Aufgabenverbund



Investitionen und Strukturwandel KH 2010

- Vollstationäre Segmente im Abbau
- Vollstationäre Segmente im Umbau
- Teilstationäre Segmente im Aufbau
- Nichtstationäre Segmente im Aufbau
- Diagnostik im Aufbau
- Funktionseinheiten im Aufbau
- Spezialtherapie im Aufbau
- IT im Aufbau

.....

**Beratende Äußerung des
Rechnungshofs Baden-Württemberg
vom Oktober 2004:
„Bauunterhaltung und
Sanierungsbedarf der
Universitätsgebäude“**

.....

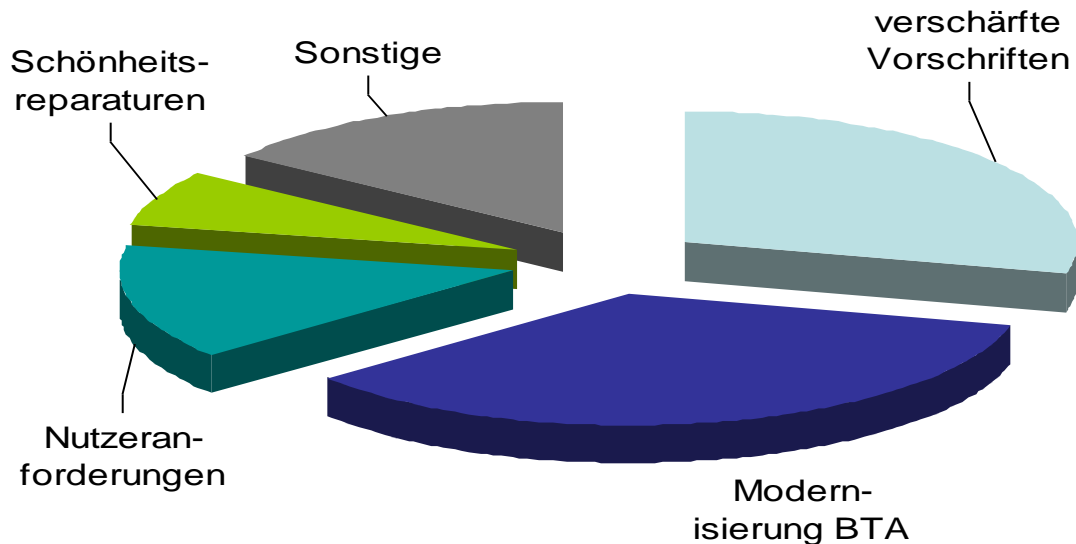
Kerninhalte

- Die Priorität im Hochschulbau lag 30 Jahre lang auf Aus- und Neubau (Erweiterung der HNF allein in den 90ern um mehr als 20 %)
- Parallel sind die Bauunterhaltungsmittel nicht entsprechend angewachsen (z.Zt. nur 0,8% der Gebäudewerte statt der zur Gebäudeerhaltung erforderlichen 1,5 %)
- Die 9 Universitäten des Landes (ohne Universitätskliniken) haben einen Sanierungsbedarf von ca. 2 Mrd. € in den nächsten 10 Jahren, ansonsten ist die Qualität des Hochschulstandorts bedroht.

Ursachen für den Sanierungsbedarf

(ermittelt anhand einer Stichprobe von 45 Gebäuden)

Ursache	Anteil %
Erhöhte Anforderungen und Vorschriften	29%
Modernisierungsbedarf Betriebstechnische Anlagen	35%
Geänderte Nutzeranforderungen	14%
Schönheitsreparaturen	7%
Sonstige	15%



⇒ Dies deckt sich grob mit UKT-Verhältnissen

⇒ Brandschutzmängel gehen allerdings häufig auf frühere Missachtung der Vorschriften zurück

I.2

Duale Finanzierung

HBFG

HBFG/Land

- Gemeinschaftsaufgabe von Bund und Ländern nach Art. 91a GG
- Schwellenwerte
 - Bau > 2,5 Mio €
 - Großgeräte > 125 T €
- Jährliche Rahmenplanung
- Unterhalb der Schwellenwerte
- Finanzierung durch 100%-Landeszuschuss

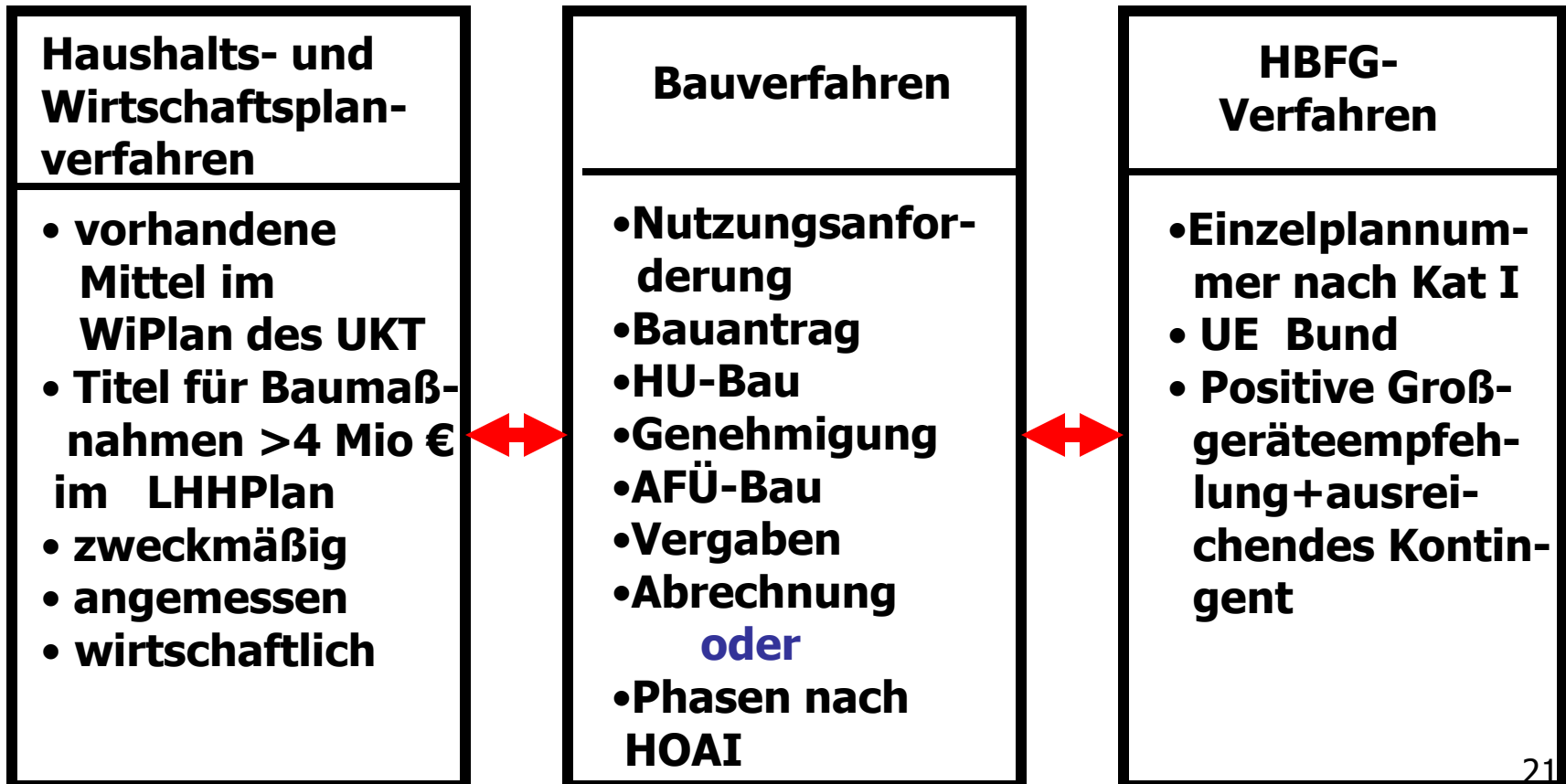
HBFG-Finanzierung

- Abgrenzung nach Aufgaben problematisch
- Fo/Lehre unstrittig
- KV im Zusammenhang mit F/L
- Beachtung von Anmelde- und Begutachtungsverfahren
- Baukosten nur in Grenzen von Richtwerten anmeldefähig
- Aufnahme in Jahreskontingente

Großgeräte

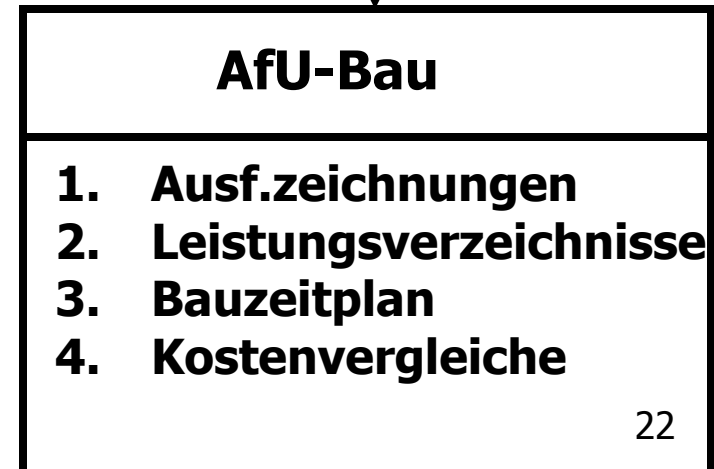
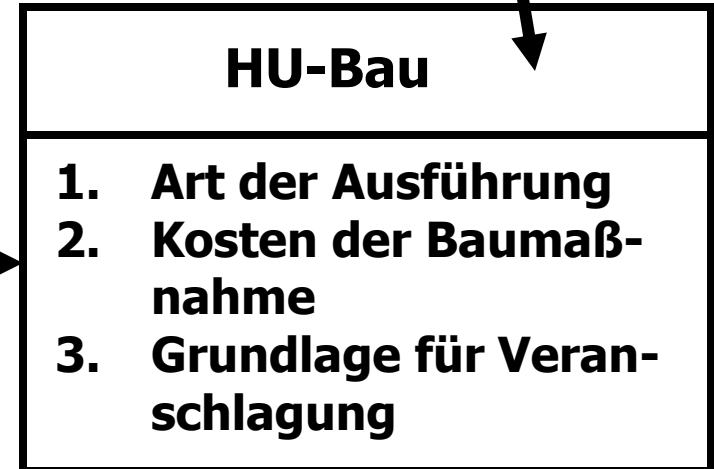
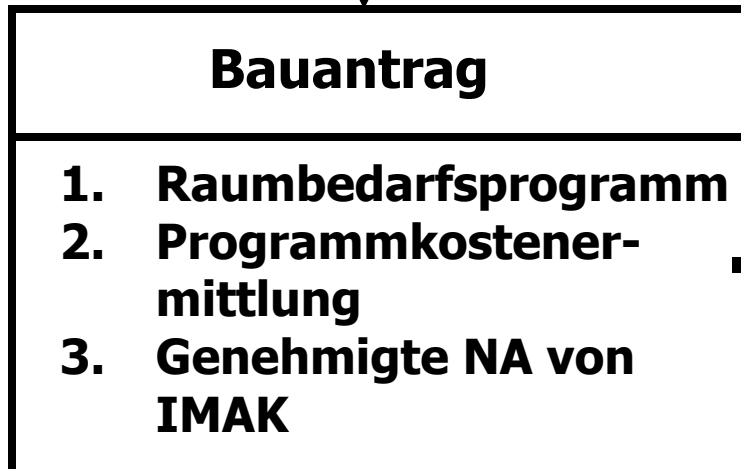
- KV + F + L
- Bund/Land nach HBFG
- > 125 T € über Großgeräteprogramm/DFG
- EA von Einzelvorhaben RPI
- > 5 Mio € als Einzelvorhaben RPI
- **Alles unter 125 T € aus Wirtschaftsplan**

Bürokratischer Verfahrensmix



ÖR Bauverfahren

Teuer; nur mit
Planungskosten



Duale HBFG-Finanzierung

- Aus der Sicht des UKT ähnlich wie im KH: Geld für Investitionen nicht aus Pflegesatz
- Anders:
- statt Landes (KHG)- Geld und Bürokratie
- nun Bürokratiekomplex von Land, Bund und BLK
- Geld unterhalb der Bagatellgrenzen nur vom Land
- Geld oberhalb der Bagatellgrenzen von Land und Bund

Investives UK-Privileg

Daten 2001

- **Planbetten (10%)**
 - UK 49.590
 - D 495.176
- **Fallzahlen stationär (12%)**
 - UK 1,7 Mio
 - D 15,5 Mio
- **Kosten (15%)**
 - UK 7,1 Mrd €
 - D 48,4 Mrd €
- **Investitionen (25%)**
 - UK 964 Mio € (incl. F&L)
 - D 4,2 Mrd €



Zwischenbilanz HBFG

- **Vorteil bei der Verteilung der Landesmittel (Land zahlt nur die Hälfte)**
- **Insgesamt besser bemessen als KHG-Mittel**
- **Generelle Vorteile der dualen Finanzierung**
- **Unklar: Ersatzmaßnahmen**
- **Extrem hoher zeitlicher Vorlauf**
- **Rigide Kostenrichtwerte**
- **Zunehmend engere Kontingente**
- **Generelle Nachteile der dualen Finanzierung**

I.3

Bsp. Tübingen

HBFG Wirtschaftsplan

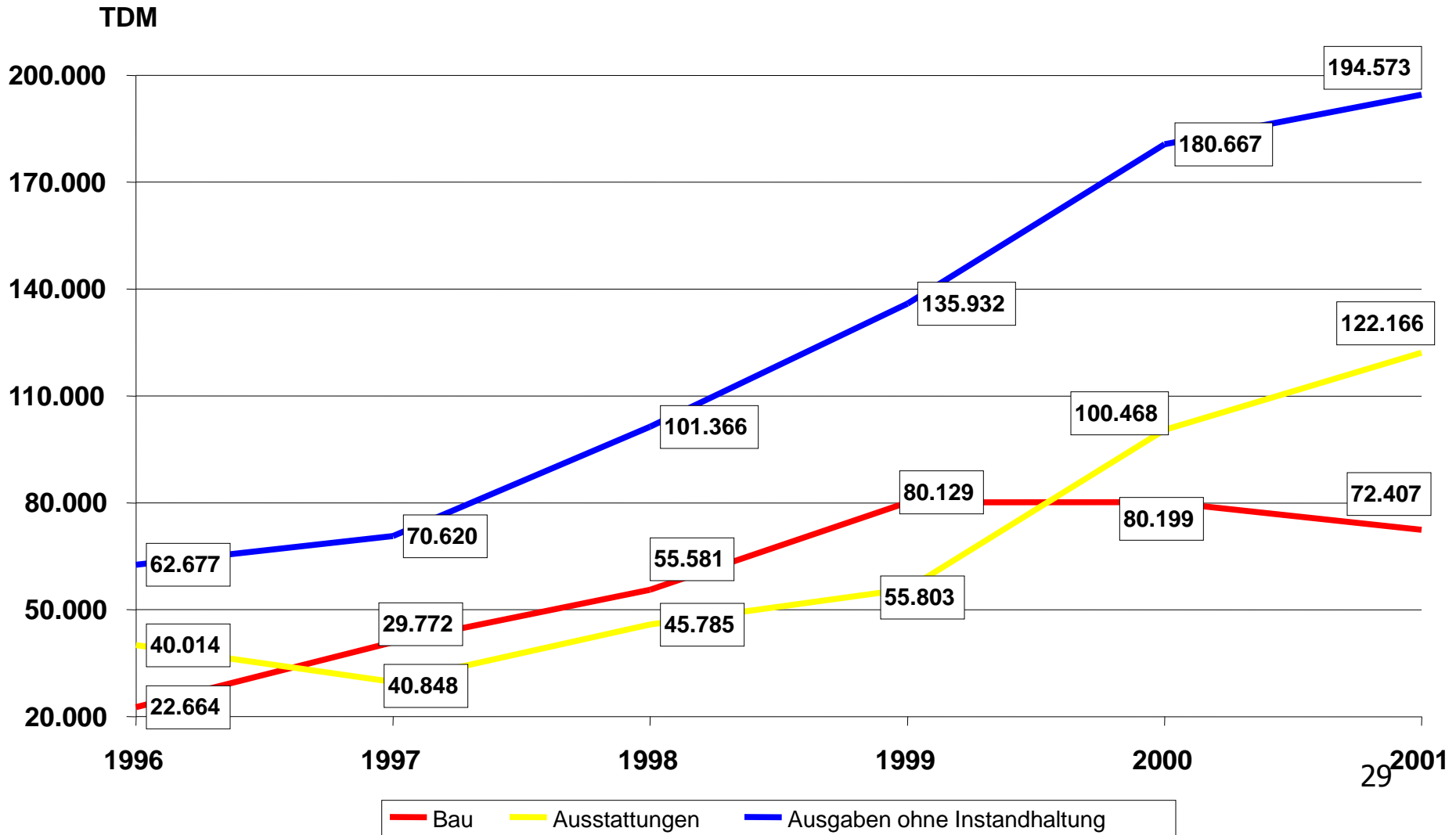
1995 - 2006

	min	max	mittel	2007
Bau > 4 Mio €	2,0	7,7	3,2	???
ErstE	2,4	24,9	11,6	???
Großgeräte	1,9	6,1	3,8	2
Summe	4,2	33,0	18,7	???

Nicht-HBFG Wirtschaftsplan 1995 - 2006

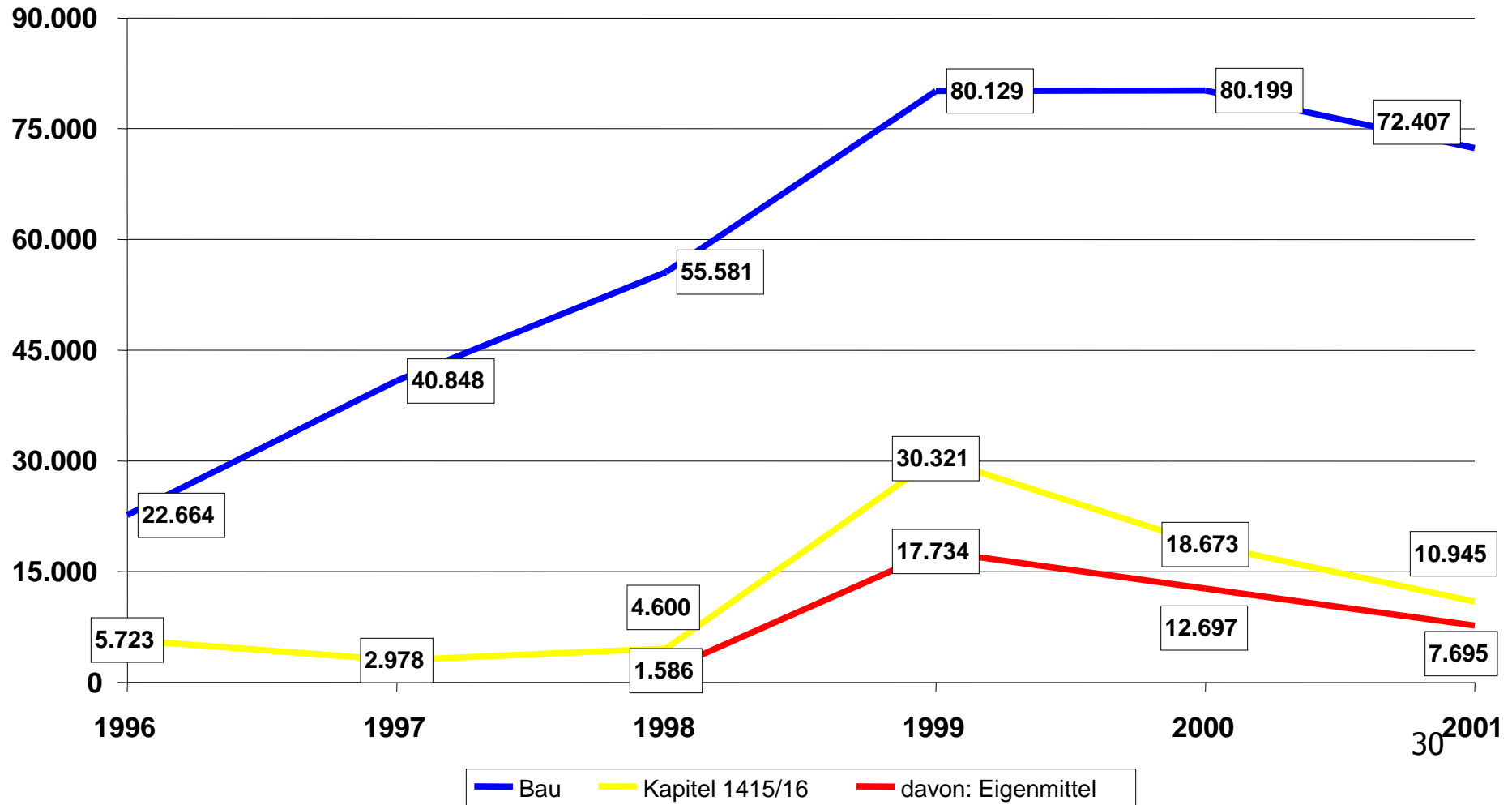
	min	max	mittel	2007
Bau > 1,5 Mio €	2,0	7,7	3,2	???
Ersteinrichtung	2,4	24,9	11,6	???
Allg. Ausstg	1,9	6,1	3,8	???
Summe			9,8	???

Entwicklung der Investitionstätigkeit

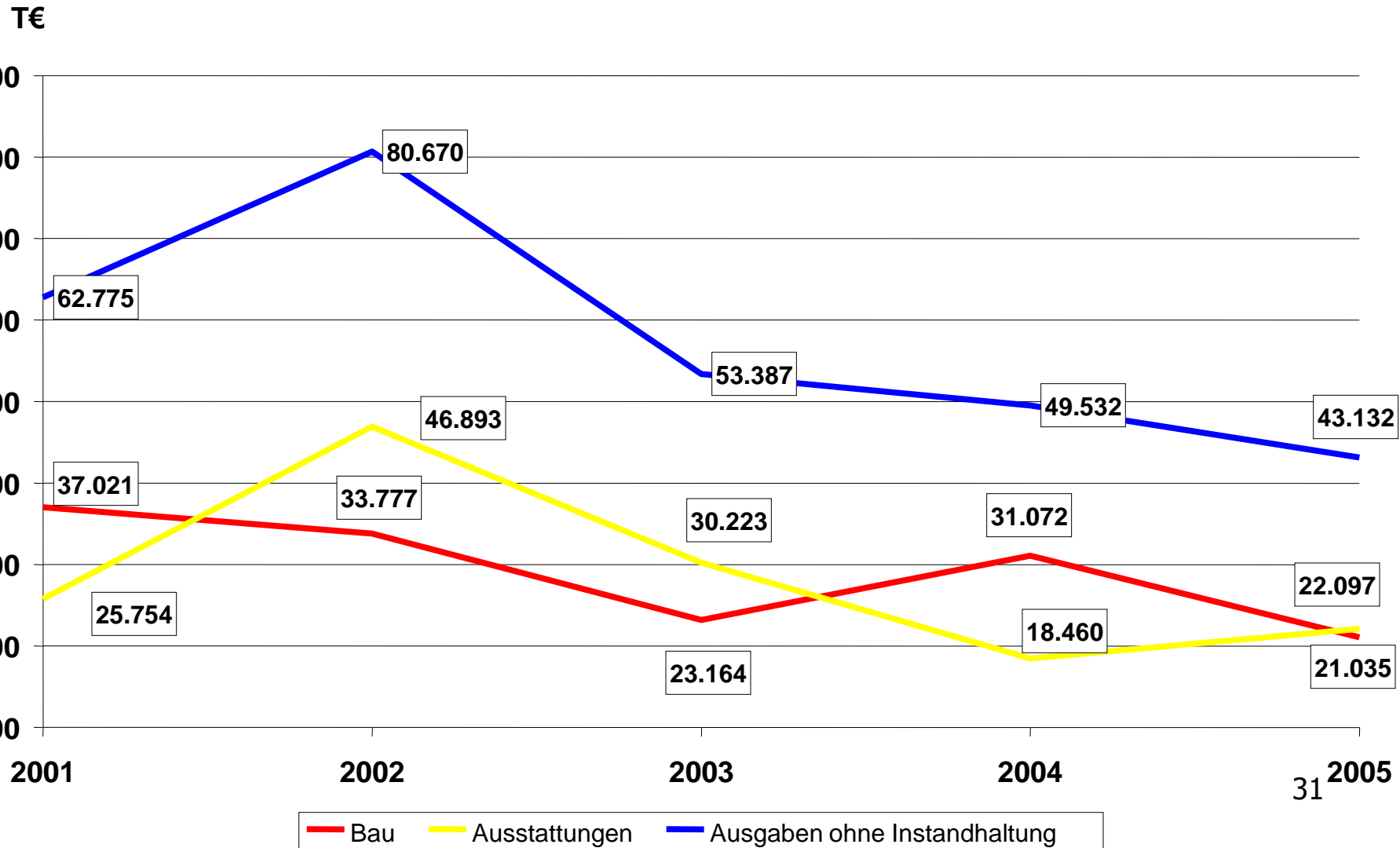


Entwicklung Investitionstätigkeit Bau

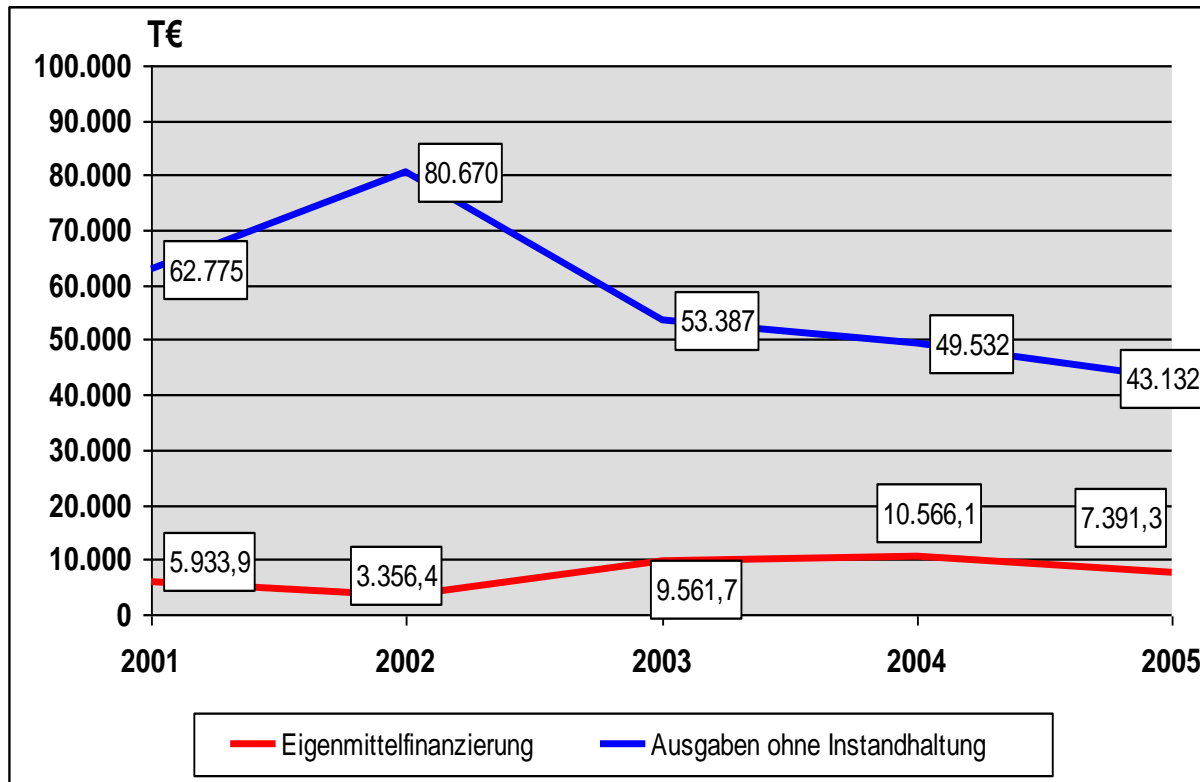
TDM



Entwicklung der Investitionstätigkeit



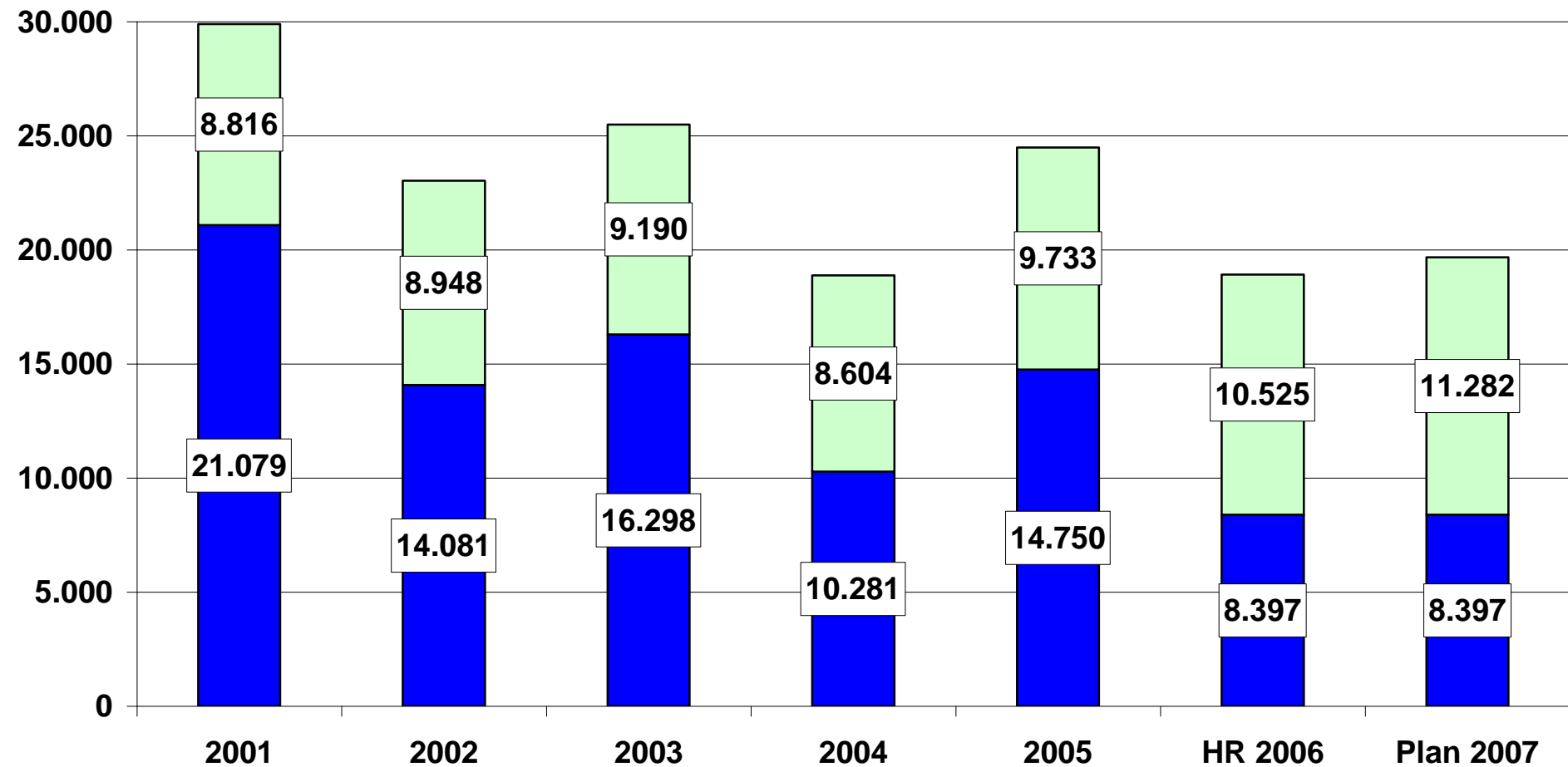
Entwicklung der Investitionstätigkeit



- Dramatischer Einbruch bei Land + Bund
- Eigenfinanzierung mit DRG und Konvergenz ohne Zukunftsperspektive
- Strategie 2010 bringt Bedarf für Bau, Betriebs- und Medizintechnik sowie IT

Instandhaltung

T€



■ Instandhaltung Bau ■ Instandhaltung Technik

I.4

Föderalismusreform

Föderalismusreform

Gemeinschaftsaufgaben Art.91a, 91b GG

- Ersatzlose Abschaffung der Gemeinschaftsaufgabe Hochschulbau Art.91a GG
- Neuschaffung der Gemeinschaftsaufgabe Feststellung der Leistungsfähigkeit des Bildungswesens im internationalen Vergleich
- Fortführung der Gemeinschaftsaufgabe Forschungsförderung Art.91b GG
 - Außeruniversitäre Einrichtungen
 - Fortführung der Förderung von Großgeräten – **aber nur für die Forschung? Wo Grenze?**
 - von Vorhaben nationaler Exzellenz an Hochschulen (inkl. Bau + Geräten)

GG-Novelle

- Mischfinanzierung von Bund/Land Art.91bGG
- (1) in Fällen überregionaler Bedeutung
- (2) **Forschungs-**bauten + Großgeräte an Hochschulen
- Alleinfinanzierung Länder
- (1) KV + Lehre alles
- (2) Forschung ohne überregionale Bedeutung
- (3) Leuchtturm Fo < 5 Mio €/Bauvorh.
- <0,2 Mio €/Großgerät

ca. 0,3 Mrd Euro

ca. 0,7 Mrd Euro

Neue Regelung Großgeräte

- Primär Land/UK/MF
- Alles für KV + Lehre
- Überwiegend Forschung, aber ohne überregionale Bedeutung
- Alle Forschung < 200 T €
- Art. 91b GG
- **TB1:** überwiegend für Fo
- **TB2:** > 200 T €
- (1) Isolierte Großgeräte ohne Bau
- (2) Großgeräte in Forschungsneubauten nach Art.91b
- (3) Großgeräte in Landesneubauten
- (4) Großgeräte als Einzelvorhaben > 5Mio €

Föderalismusreform

Finanzaktionen

- Kompensation
- Basis 1 Mrd €: Bund 30% / Länder 70%
- Referenzzeitraum 2000 bis 2008 (inkl. MifRFi)
- Kompensationszeitraum 2007 – 2019
- Verteilung unter den Länder: IST 2000-2003
- Fortschreibung der Beträge bis 2013
- 2013 Revisionsklausel + Wegfall der gruppenspezifischen Zweckbindung (investive Zweckbindung bleibt)

Föderalismusreform

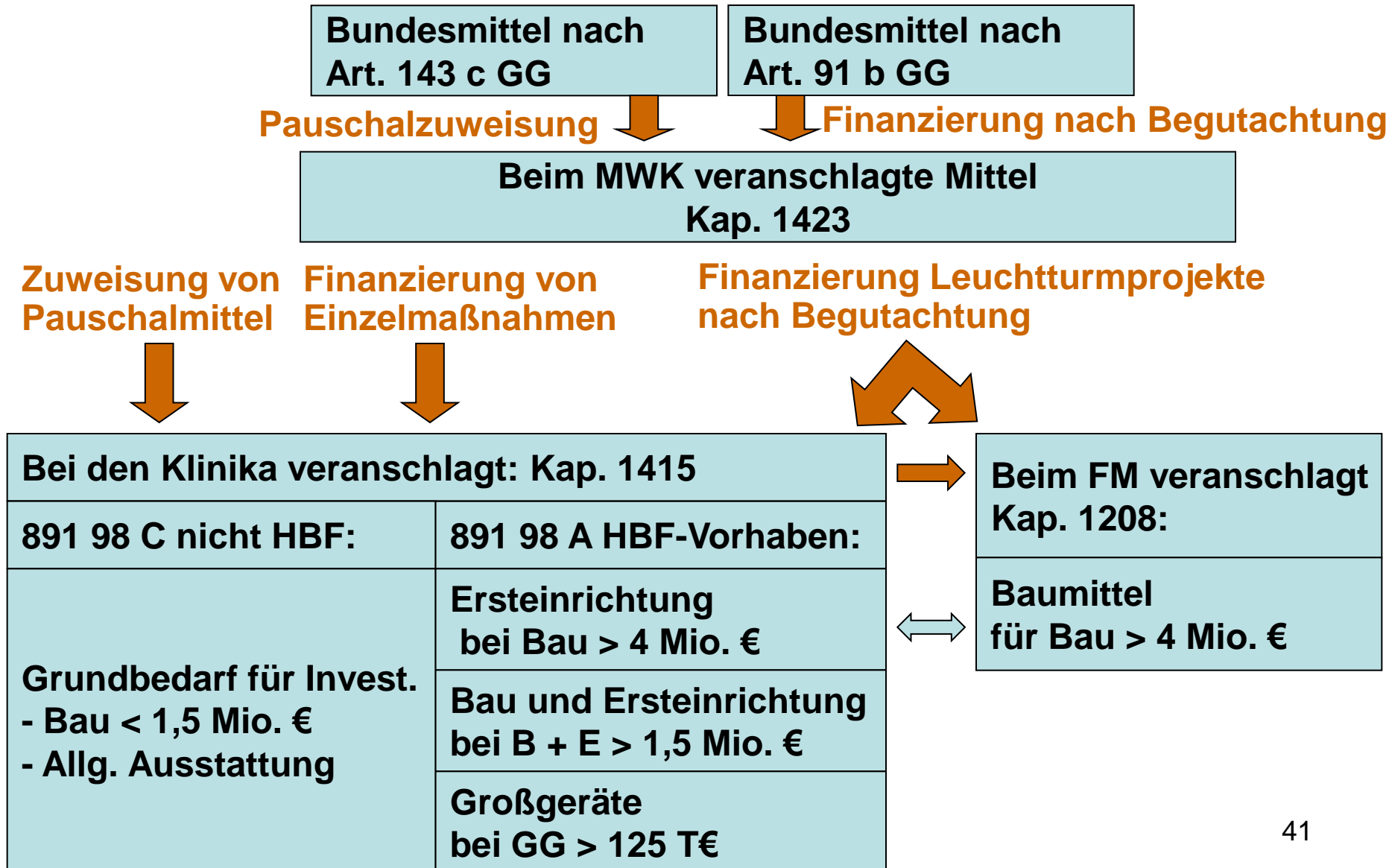
Gemeinschaftsaufgaben Art.91a, 91b GG

- Finanzschlüssel bisherige Bundesmittel:
 - 70% Länder
 - 30% Bund
- Verteilungsschlüssel Länder
 - Studentenzahlen
 - Königssteiner Schlüssel
 - IST-Ausgaben 2000 – 2003
- „Gewinner“: Bayern deutlich vor BW
- Hauptverlierer: NRW

Auswirkung

- Nur noch 70% der bisherigen Mittel für weite Teile KV+F+L
- Damit auch für Medizintechnik nur noch 70% der bisherigen Finanzmittel ab 2007
- Art.91b GG wird nur hoch kompetitiv für „Leuchtturm“ - Forschung aktiviert werden können
- Zweifel, ob die 300 Mio Euro kurz- und mittelfristig zügig abfließen

Systematik StaatsHHplan



I.5

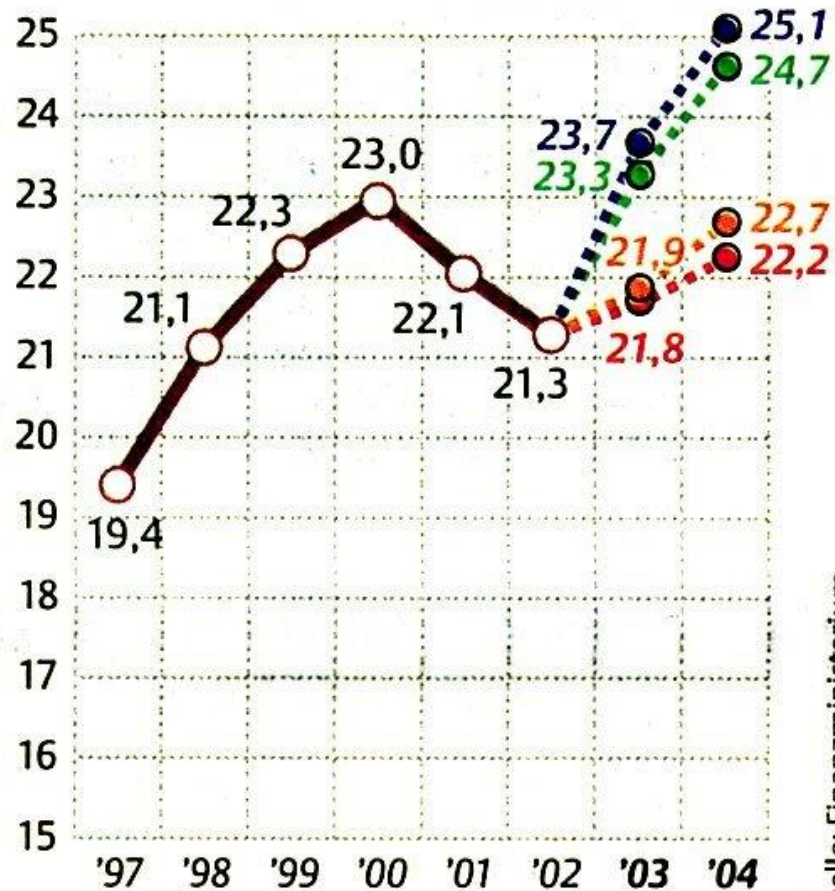
Wirtschaft, Steuerausfälle und die Krise im Gesundheitswesen

UNSICHERE PROGNOSEN

Steuereinnahmen des Landes (in Milliarden Euro, gerundet)

Angaben bis 2002 sind Istwerte; für 2003 und 2004 Ergebnisse der Steuerschätzungen von:

● Mai '01 ● Mai '02 ● Mai '03 ● Nov '03



Quelle: Finanzministerium

1. DAS HAUSHALTSLOCH
IST HEUTE LEIDER GRÖßER
ALS GESTERN!

2. ABER ES IST HEUTE NOCH
VIEL KLEINER ALS MORGEN!

2003 24.8



Die schlechte und die gute Nachricht.

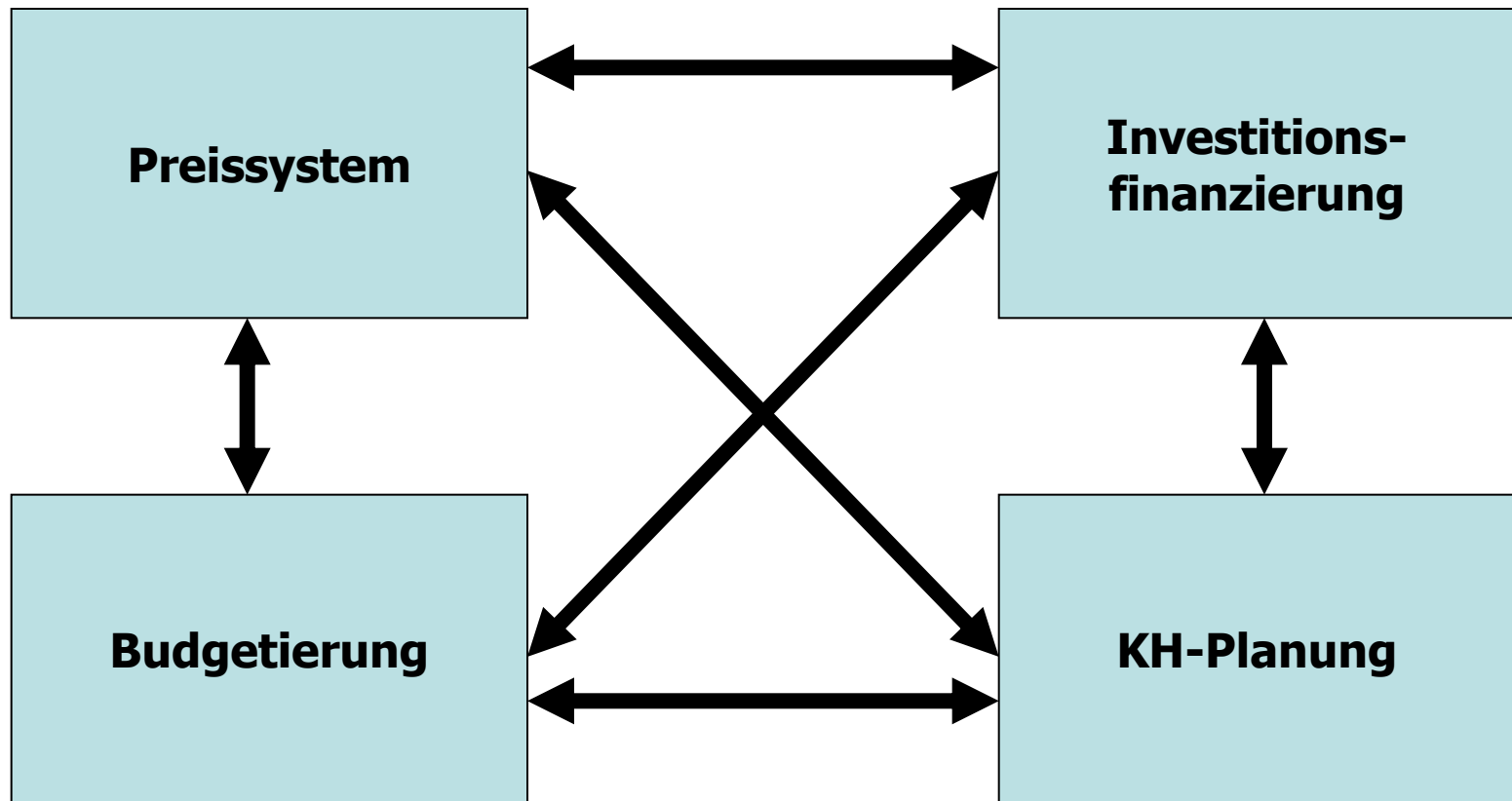
ZEICHNUNG: HAITZINGER

Tendenz

- Derzeit Wachstum ohne Jobs (GKV-Einnahmen!)
- Föderalismusreform II + Berlin-Urteil: Schulden bremsen + abbauen
- Es wird kein zurück zu alter Finanzstärke der öffentlichen Haushalte kommen
- Damit wären die KH/UK gut beraten
- über Ablösung einer Investitionsfinanzierung aus öffentlichen Haushalten nachzudenken
- und politisch konzeptionell – programmatisch aktiv zu werden

Teil II.
Handlungsnotwendigkeiten
und -möglichkeiten

Investitionen im KV-System



Jüngere Geschichte der Investitionsfinanzierung

- Bis 1969/1972:
 - Über Jahrzehnte beabsichtigte Monistik mit dem Versuch nahezu Vollkosten deckender Pflegesätze
 - scheitert endgültig am Widerstand der Sozialversicherungsträger
 - Gravierender Investitionsstau im KH - Bereich
- 1969: Gemeinschaftsaufgabe KH-Versorgung + konkurrierende Gesetzgebungskompetenz des Bundes nach Art. 74a GG
- 1972 KHG
- 1985:
 - Streichung der Gemeinschaftsaufgabe aus GG
 - Wegfall der Mischfinanzierung + Übergang in die ausschließliche Länderfinanzierung
 - Zulassung von Rationalisierungsinvestitionen
- 2007 wieder bei den Problemen von 1969/1972

Überblick

1. (Teil-) Schließungen/Fusionen
2. Vorort: Bau- und Anlagenökonomie
3. Eindringen der HM in den KHG-Bereich ?
4. Ausstieg: Privatisierung und/oder Eigenfinanzierung
5. Bund/Länder: Monistik/Föderalismusreform II
6. Korrekturen SGB V + Forschungsförderung + Drittmittel/Overhead

II.1

(Teil-)Schließungen und Fusionen

Nichts passiert

- Politisch dominiertes Entscheidungsfeld
- Erstens Besitzstände intern
- Zweitens politische Kraftlosigkeit extern
- Kaum saubere Analysen
- Wissenschaftsrat ist selbst bei offenkundigen Teilthematierungen (ZMK in MVP) abgeprallt
- Offenkundig widersinnig: BW und Mannheim
- Kein Beispiel für ansatzweise gelungene Fusion (Berlin, S/H, München, Marburg/Giessen)

II.2

Bau- und Anlagenökonomie

Bau- und Anlagenökonomie

- Schneller und billiger ?
- Standards
- VOB, Ausschreibungen, interne Verfahren
- Zuständigkeiten
 - Bauämter
 - eigene Bauherreneigenschaft
 - Wettbewerbe
- Saubere Kostenermittlung
- Umlage durch ILV auf Nutzer
- Innerbetrieblich (Teil-) Berücksichtigung bei KV-Ergebnisrechnung
- Volle Berücksichtigung bei Forschungsergebnisrechnung

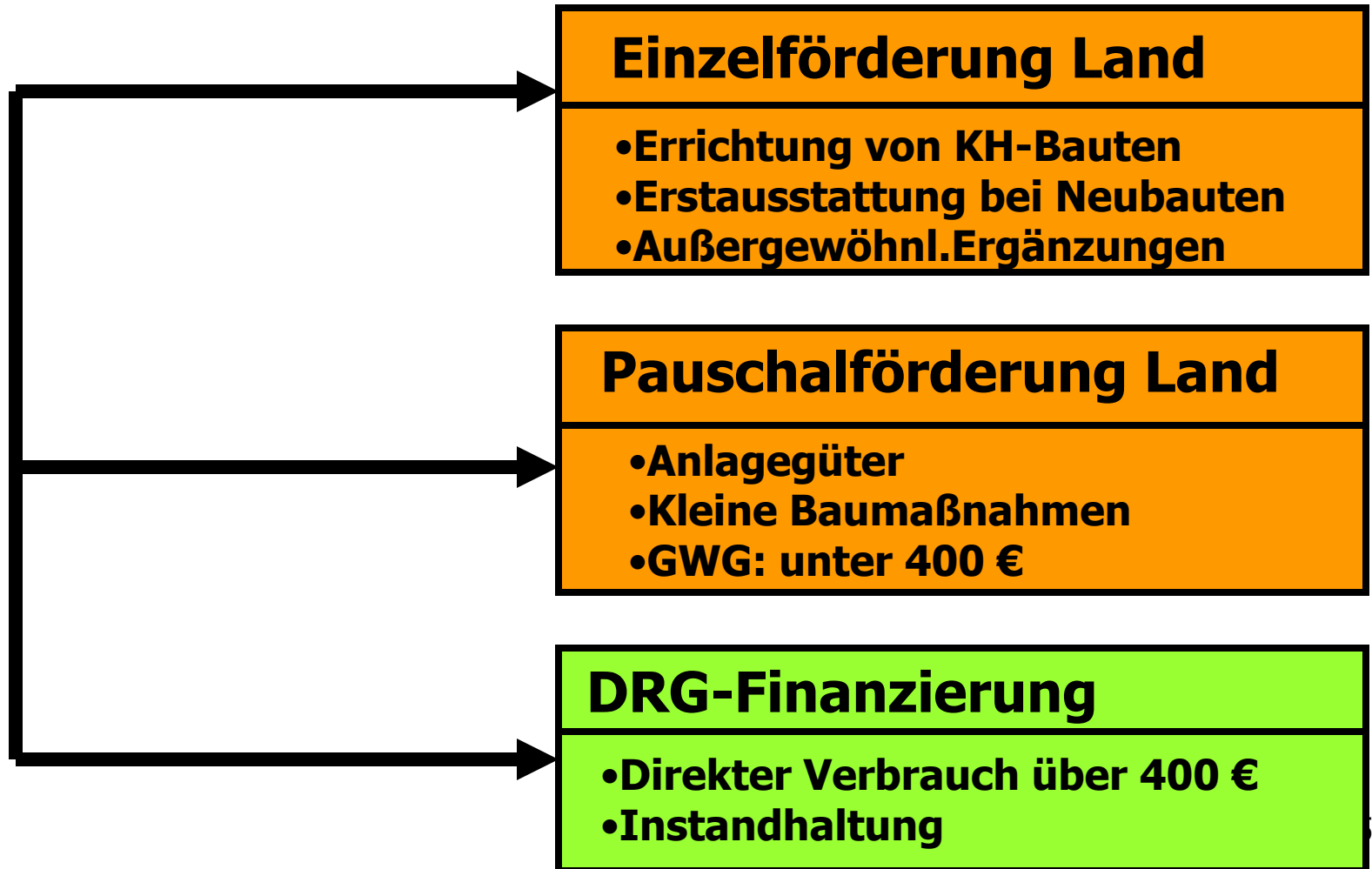
II.3

KHG auch für Universitätsklinika?

KHG als Alternative ?

- KHG ohne Anwendung für UK
- Wenn Eintritt, dann Problem:
- KHG noch maroder als HBFG
- Überdies:
- Chancenarme Konkurrenzsituation auf Landesebene

Duale KH-Finanzierung



Förderentscheidungen

Bsp: LKG BW

- Fördermittel sind so zu bemessen, dass sie die unter Beachtung betriebswirtschaftlicher Grundsätze notwendigen Investitionskosten decken
- Jährliche Investitionsprogramme auf der Grundlage des KH-Plans
- Anspruch auf Förderung erst durch Bewilligung nach Antrag
- Bewilligung durch Verwaltungsakte des RP
- Haushaltsrechtliche Qualifikation: Zuschuss

Förderungspraxis

- Nach Überfluss
- Nun Mangel
- Faktisch tritt neben das Land der Träger als Finanzier von Investitionen
- Und/oder das KH/UK selbst mit erwirtschafteten Gewinnen
- Und/oder das KH/UK mit Kreditverpflichtungen
- Notwendige Vollförderung nach Dualistik nur noch Makulatur

Investitionsstau in Mrd Euro gemessen an Bayern

- 11,2 NRW
- 3,8 Niedersachsen
- 3,2 BW
- 2,2 Sachsen
- 2,1 Hessen
- 1,2 Rh Pfalz
- 1,2 Brandenburg
- 1 Thüringen
- 3,1 Rest
- 29 S u m m e

Bruckenberger 2002

Kritik an staatlicher Planung & Finanzierung (HAJEN 2004)

1. Duale Finanzierung begünstigt Unwirtschaftlichkeiten, Überkapazitäten und Fehlinvestitionen (Bürgermeister-Denkmäler)
2. Bedarfsorientierte Finanzierung ist abhängig von wirtschaftlicher Entwicklung (Steuerkraft und –einnahmen)
3. Planung + Subventionierung öffentlicher KH führt zu Wettbewerbsverzerrungen
 1. Markteintritt neuer, innovativer Anbieter behindert
 2. Handicap für ambulanten Bereich
4. Staatliche Planung + Finanzierung mit erheblichem Aufwand (Zeit, Kosten, Bürokratie) verbunden
5. Staatliche Planung zu unflexibel: Über- und Unterkapazitäten

II.4
Privatisierung
Eigenfinanzierung
PPP

Investitionen + Privatisierungen HBFG 1990-2004: 10 Mrd €

34. Giessen	110 Mio €	7. Regensburg	406 Mio €
33. Marburg	121 Mio €	6. Bonn	411 Mio €
33. Münster	125 Mio €	5. Erlangen	422 Mio €
32. Aachen	133 Mio €	4. Mainz	435 Mio €
31. Rostock	160 Mio €	3. Würzburg	439 Mio €
30. Magdeburg	179 Mio €	2. Freiburg	476 Mio €
32. Kiel	181 Mio €	1. Tübingen	522 Mio €

**Privatisiert wird dort, wo die
Länder zuwenig investiert haben**

1. Finanzentzug 2007ff

Preiser-
höhungen



7%-9,5% weniger Geld als heute

1. Nichtbeeinflussbare externe Preiserhöhungen

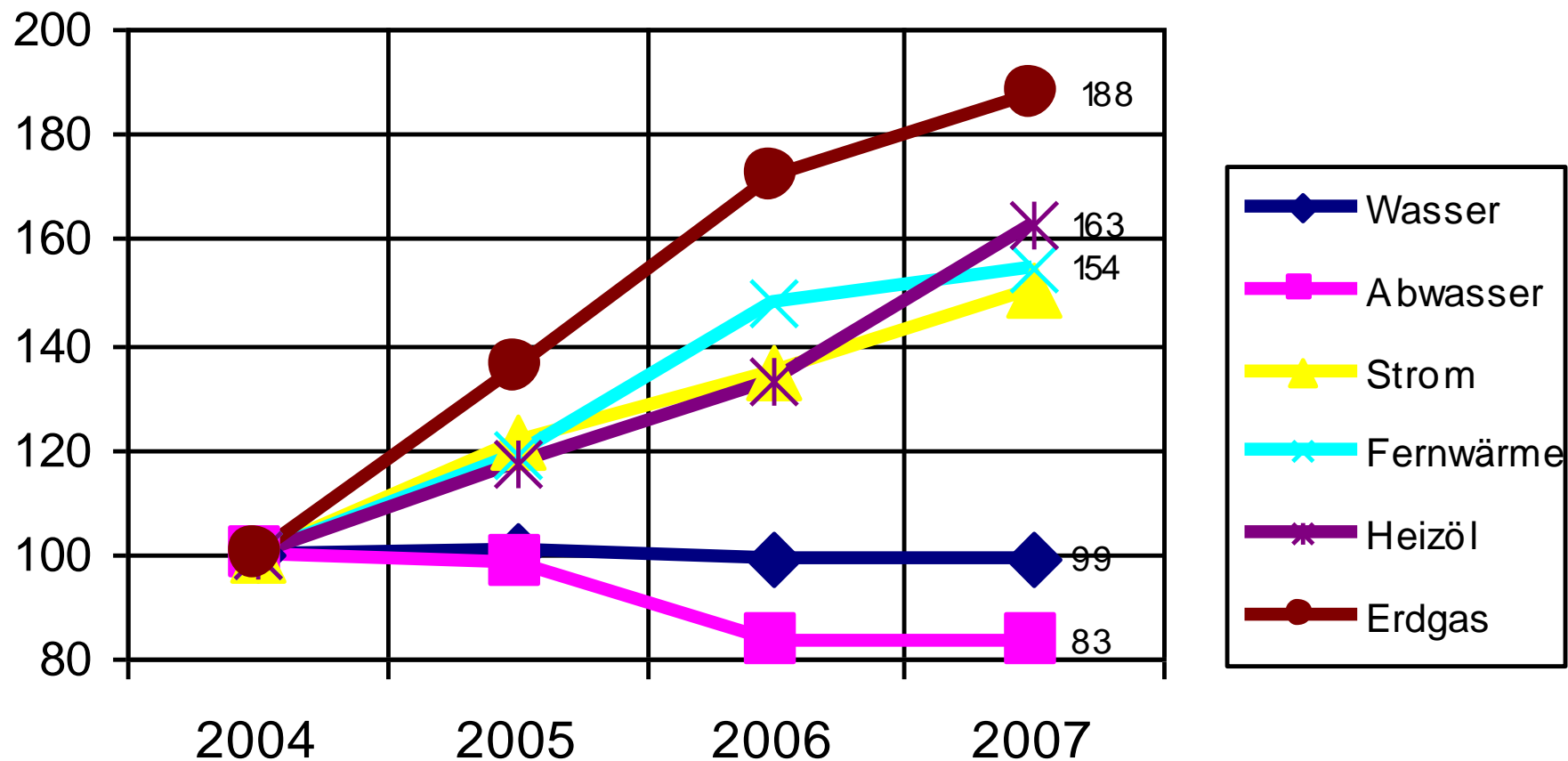
- 4-6,5% Tarifverträge
- Sonderlasten betriebliche Altersversorgung für KH in Öffentlicher Trägerschaft
- 2% Energiekosten
- 1% Steuererhöhungen (3% MWSt bei 1/3-Anteil Sachkosten)

Kosten-Auswirkungen von Preissteigerungen für Wasser, Abwasser und Energie am Universitätsklinikum Tübingen 2004 - 2007

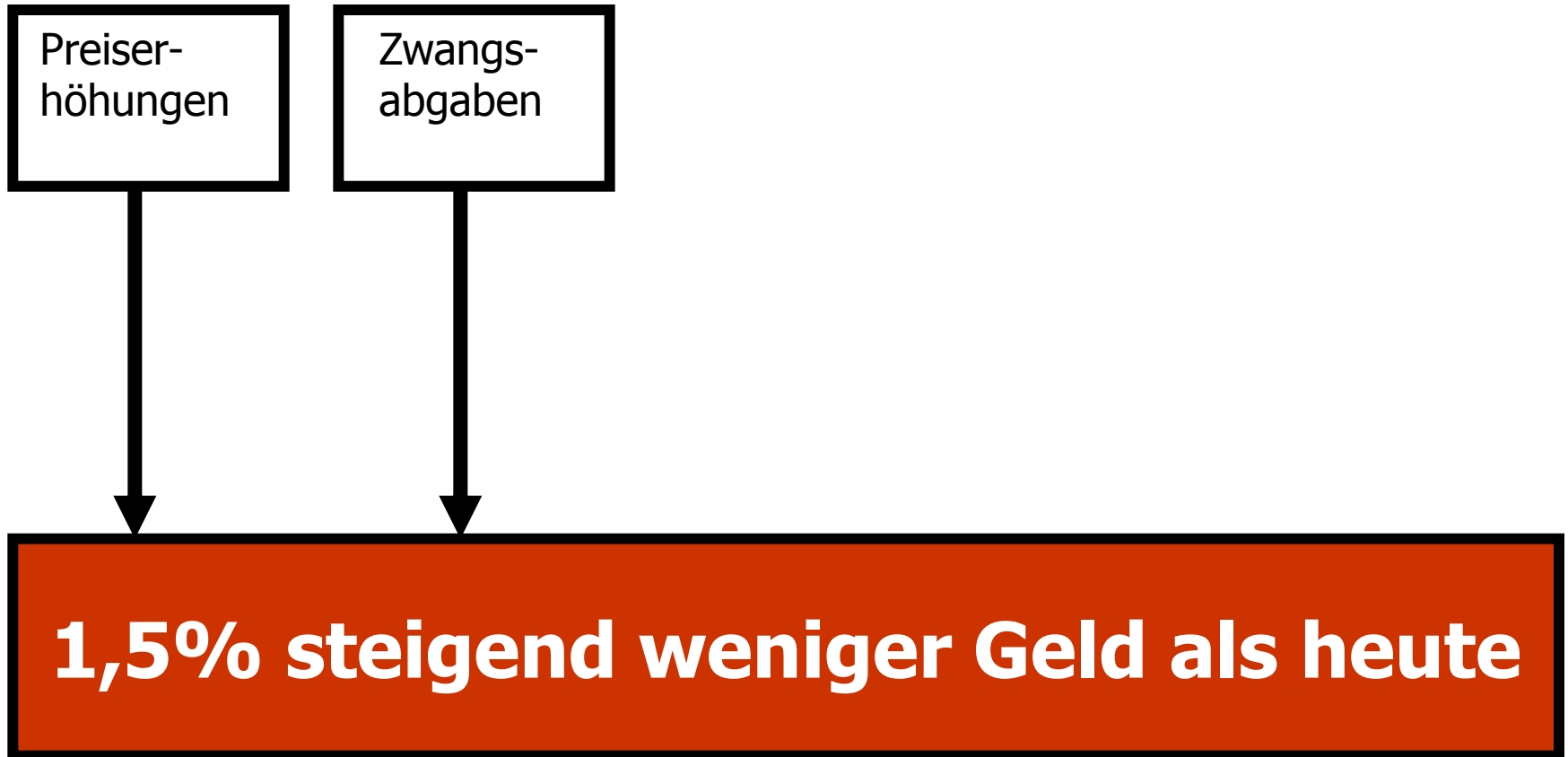
Energie-Art	Kostenerhöhungen gegenüber Vorjahr wegen Preisänderungen			
	2004	2005	2006 ¹⁾	2007 ²⁾
Wasser	1,33 %	0,40 %	-1,77 %	0 %
Abwasser	21,71 %	-1,66 %	-15,52 %	0 %
Strom	0,02 %	21,38 %	10,67 %	11,63 %
Fernwärme	1,84 %	18,97 %	24,37 %	4,41 %
Heizöl	11,55 %	16,86 %	14,09 %	22,22 %
Erdgas	-3,59 %	35,07 %	27,24 %	9,32 %
saldiert	0,70 %	21,98 %	16,18 %	8,99 %
Kostenerhöhungen wegen Preisänderungen	79.269 €	2.575.905 €	2.329.114 €	1.537.450 €
Zusätzliche Kosten für Mehrverbrauch	349.031 €	95.465 €	388.892 €	331.203 €
Entwicklung der Wasser- und Energiekosten insgesamt	11.721.891 €	14.393.261 €	17.111.267 €	18.979.920 €

1) Hochrechnung; 2) Prognose / ausgewiesen sind Bruttowerte incl. der Mengen und Kosten, die weiterberechnet wurden sowie incl. MWSt. / Quelle: Universitätsklinikum Tübingen; Hochrechnung vom 17.11.2006

Prozentuale Preisänderungen nach Medien: 2004 = 100



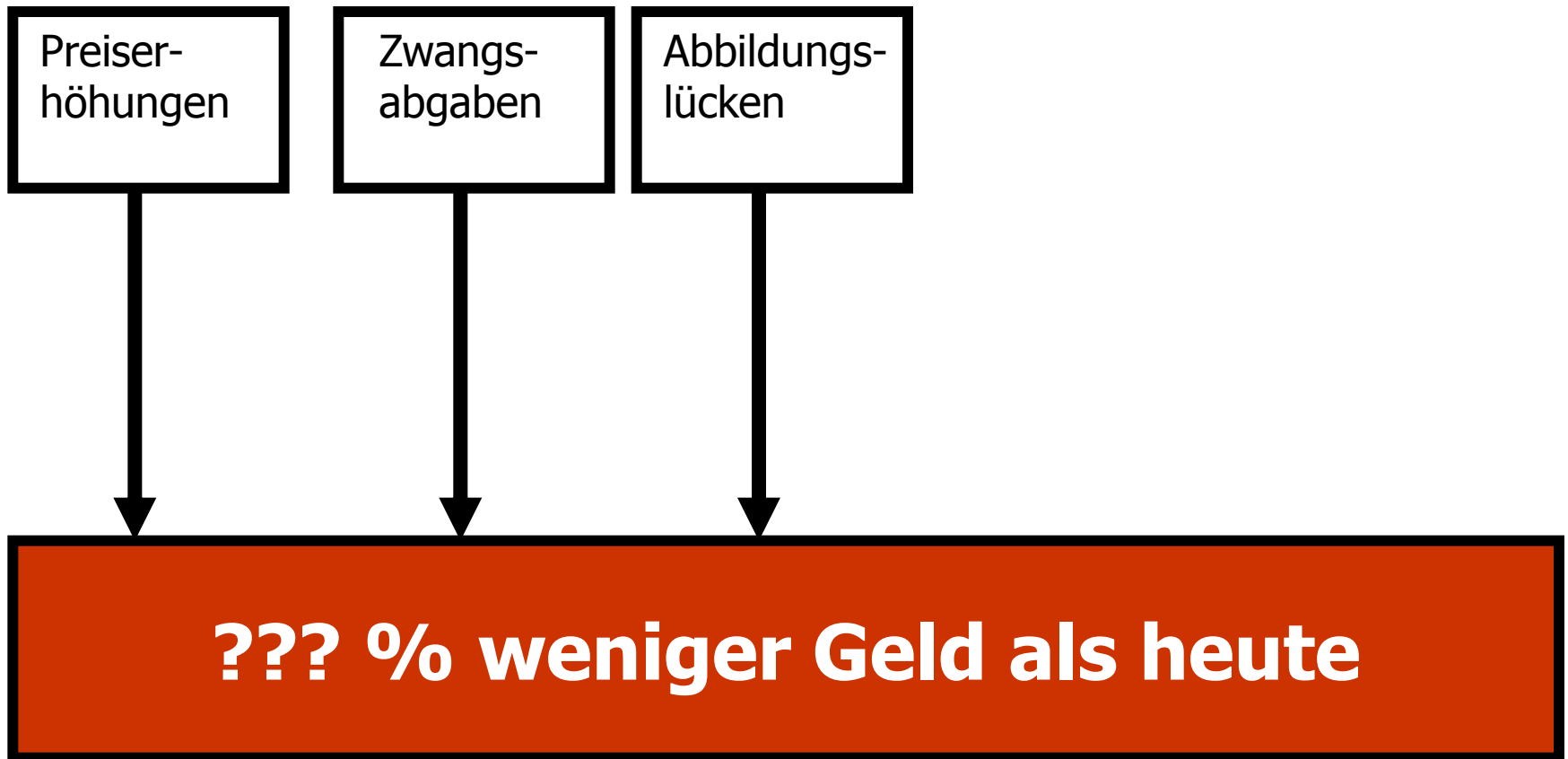
2. Finanzentzug 2007ff



2.Zwangsabgaben

- GSK WSG KH-Abgabe
- 1% Zwangskollekte für Integrierte Versorgung
- Absehbar: Beitrag zur Entschuldung der Krankenkassen
- Eigene Verlustvorträge

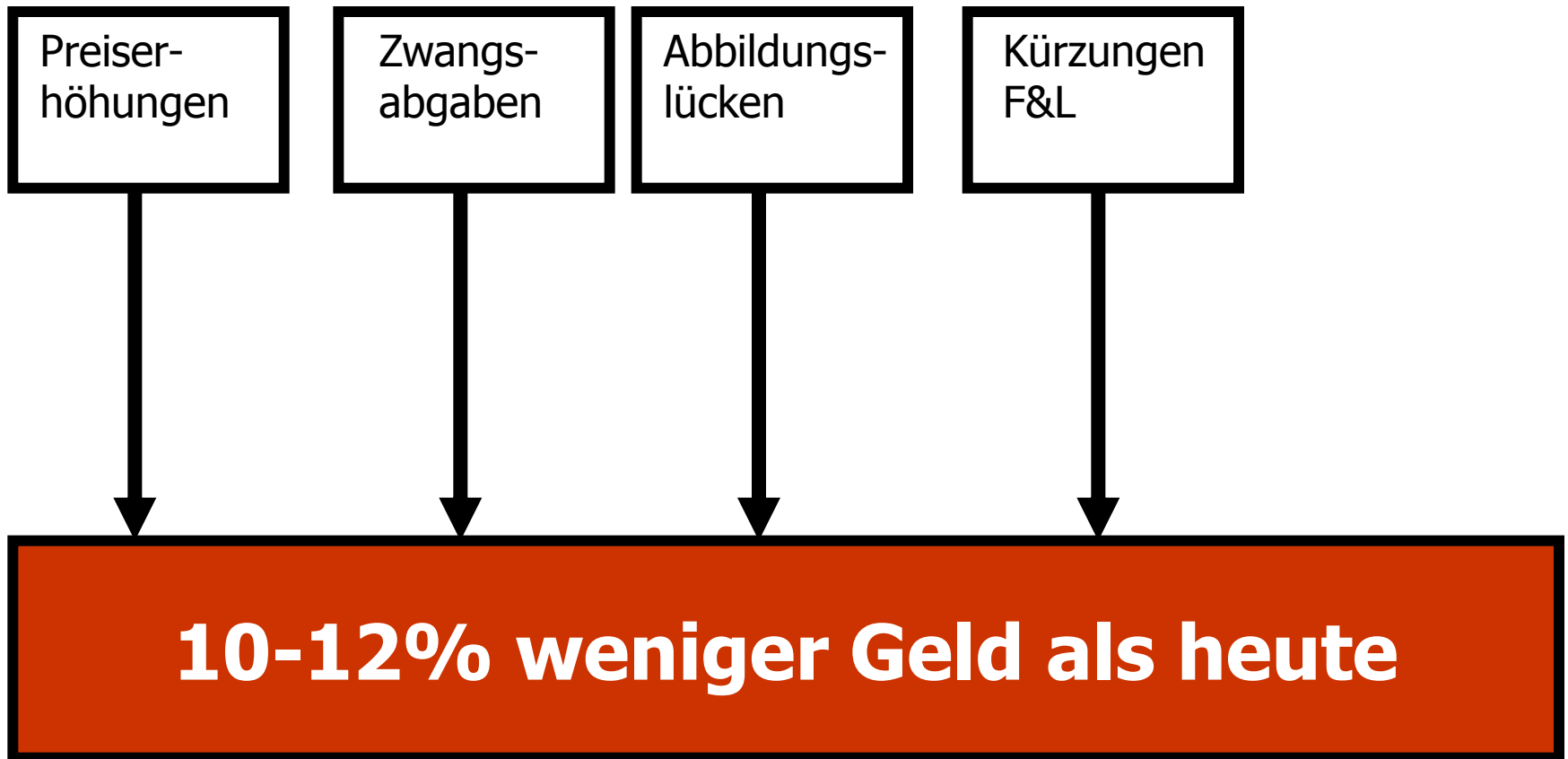
3. Finanzzug 2007ff



3. Abbildungslücken DRG

- Lernendes System
- Innovative, hoch spezialisierte Medizin nicht immer vollständig abgebildet
- Zunehmend Innovationsbarrieren (Zulässigkeit, Preisbildung, Budgetierung)
- Probleme mit Therapiealternativen bei gleichartigen Diagnosen
 - Krebstherapie
 - Medizinprodukte
- Diskriminierung rein diagnostischer Prozeduren
 - Bildgebung
 - Moderne Labordiagnostik

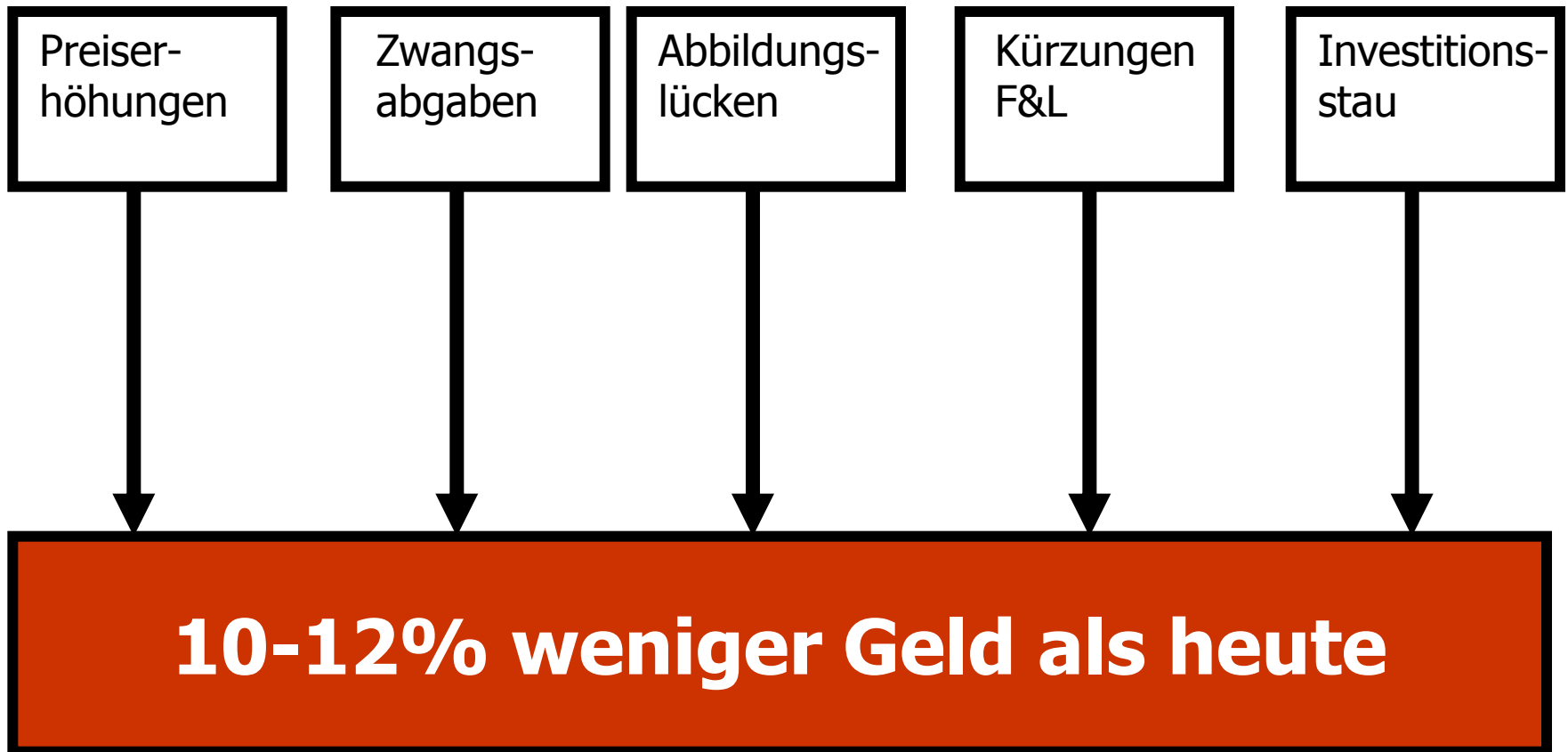
4. Finanzzug 2007ff




4. Kürzungen F&L

- Kürzung der Zuschüsse für F&L aus Landeshaushalten
- Strukturelle Benachteiligung der Klinischen Medizin in der deutschen Forschungsförderung
- International horrende Unterschiede in der Finanzierung von F&L
 - National zwischen 40 Mio € und 130 Mio €
 - National in Spitzengruppe: Tübingen 83 Mio €
 - International staatlich: UC San Francisco >800 Mio \$
 - International privat: Stanford 720 Mio \$

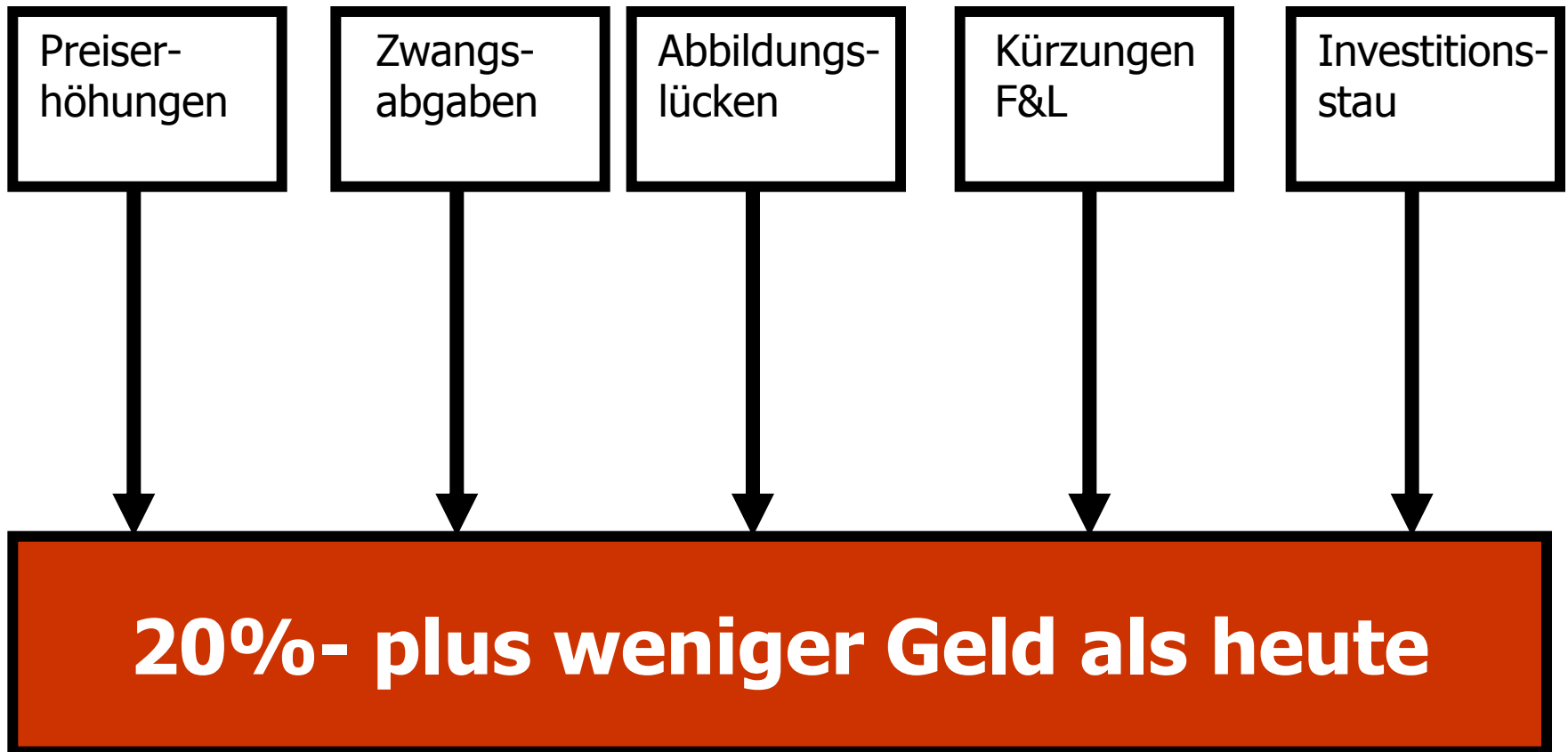
5. Finanzzentzug 2007ff



5. Investitionsstau / Privatisierung

- Landeshaushalt
 - Entschuldungspolitik – keine Neuverschuldung
 - KHG Daten:
 - 2,7 Mrd € in 2006
 - BW
 - 2004: 322 Mio€
 - 2005: 281 Mio€
 - 2006: 297 Mio€
 - Föderalismusreform
 - UK: minus 30%
 - Neue Verfahren
- 
- Privates Kapital
 - Tilgung, Kapitalkosten und Gewinn zulasten des laufenden Budgets/Medizin

Finanzentzug 2007ff



Vor allem + zunehmend im „weissen“ Bereich

II.5

Monistik

Monistik Varianten

- Abschreibung auf Herstelleraufwand
- Abschreibung auf Wiederbeschaffungsaufwand
- ohne oder mit technischen Innovationen
- Zuschlag auf Leistungen
- mit allenfalls summarischem Bezug zu einem Abschreibungsvolumen
- Als Gesamtsummenzuschlag oder
- Zuschlag auf Einzel-DRG, ZE, usw.

Monistik: Die Hausnummer

- Goldstandard für Monistik
- 12% der Umsätze
- Investitionsvolumen von 6 Mrd €/Jahr bei ca. 50 Mrd € Umsatz
- Für UK Volumen von 720 Mio €
- Für KV auskömmlich, wenn Bedarf für F&L additiv hinzu kommt

DRG - System

DRG

- durchgängig (100%)
- leistungsorientiert
- pauschaliert
- ohne Psychiatrie
- Bundesparteien
- verpflichtend

ZU- + ABSCHLÄGE §17b KHG

- allgemeine KH-Leistung
- nicht in allen KH
- Bundesparteien
- verpflichtend
- Notfall/Ausbildung etc.

ZUSATZENTGELTE § 17b KHG

- Leistungen
- Leistungen-komplexe
- Arzneimittel
- Ermessen/Bund
- eng begrenzte Ausnahmen
- regional diff.

SONSTIGE ENTGELTE § 6 I KEG

- 2003/2006 noch nicht DRG/ZE
- Bundesparteien
- verpflichtend

INNOVATIONSENTGELTE § 6 II KEG

- ab 2005 noch nicht DRG/ZE
- „sollen“ + befristet
- Örtliche Parteien

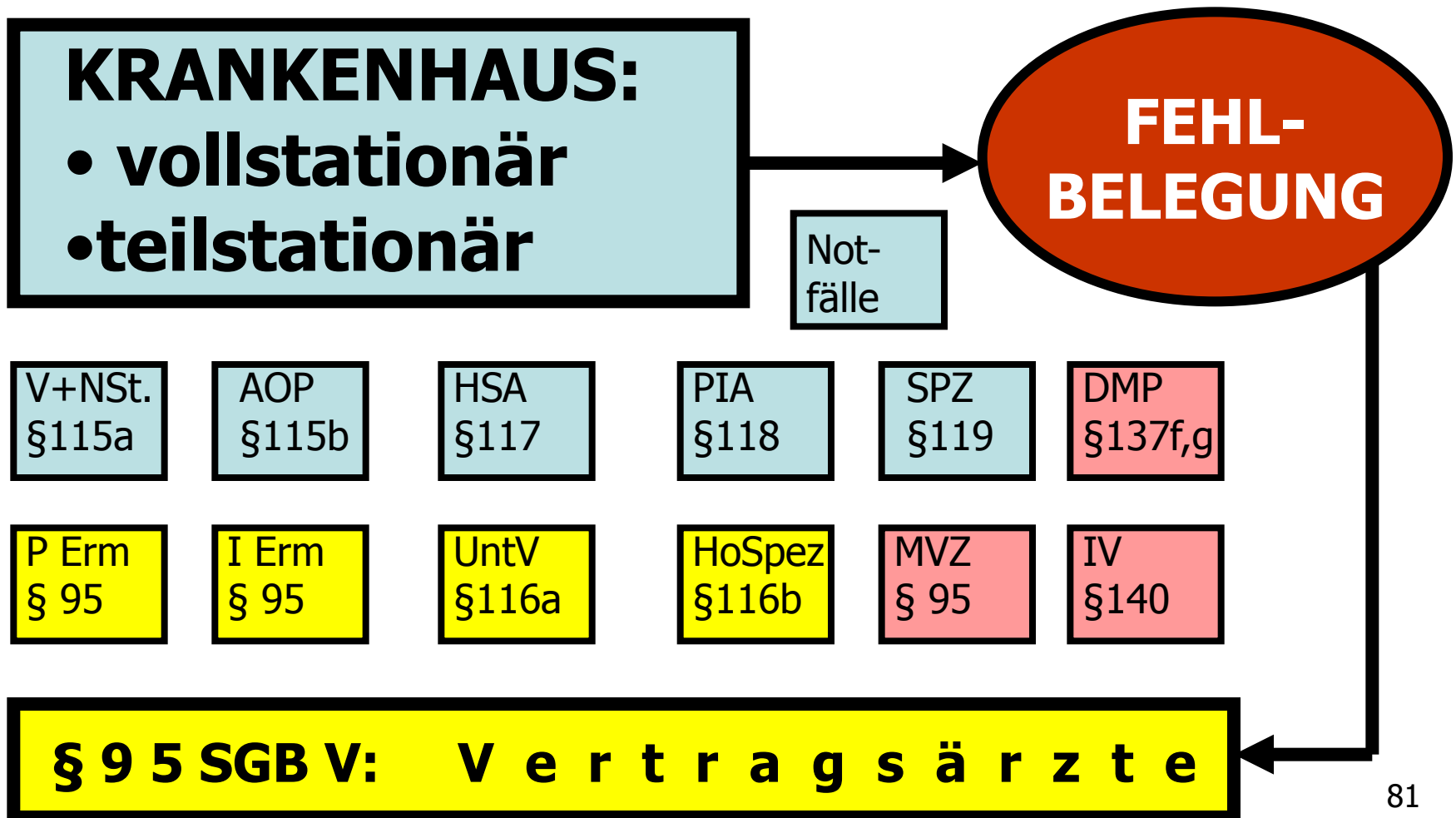
ERGÄNZUNGSENTGELTE

Bei Überschreitung der oberen
Grenzverweildauer

Zuschläge im DRG – System ?

- > 800 DRG + Sonstige Entgelte
- Ergänzungsentgelte ?
- Zu- und Abschläge
- Zusatzentgelte 100 – 800 ?
- Innovationsentgelte (> 800 beantragt)
- Besondere Einrichtungen ?
- Fazit: ohne jeden realen Bezug
- Entgelte kein Indikator für sachgerechten Investitionsbedarf

Das nichtstationäre KH 2007ff



Zuschläge für nichtstationäre Leistungen

- DMP - möglich
- IV - möglich
- AOP - enthalten
- §116b - enthalten
- Persönliche + Institutsermächtigungen - enthalten
- Hochschulambulanz – zwingend gesetzlich Investitionskostenabschlag
- MVZ - enthalten

Zwischenfazit Monistik

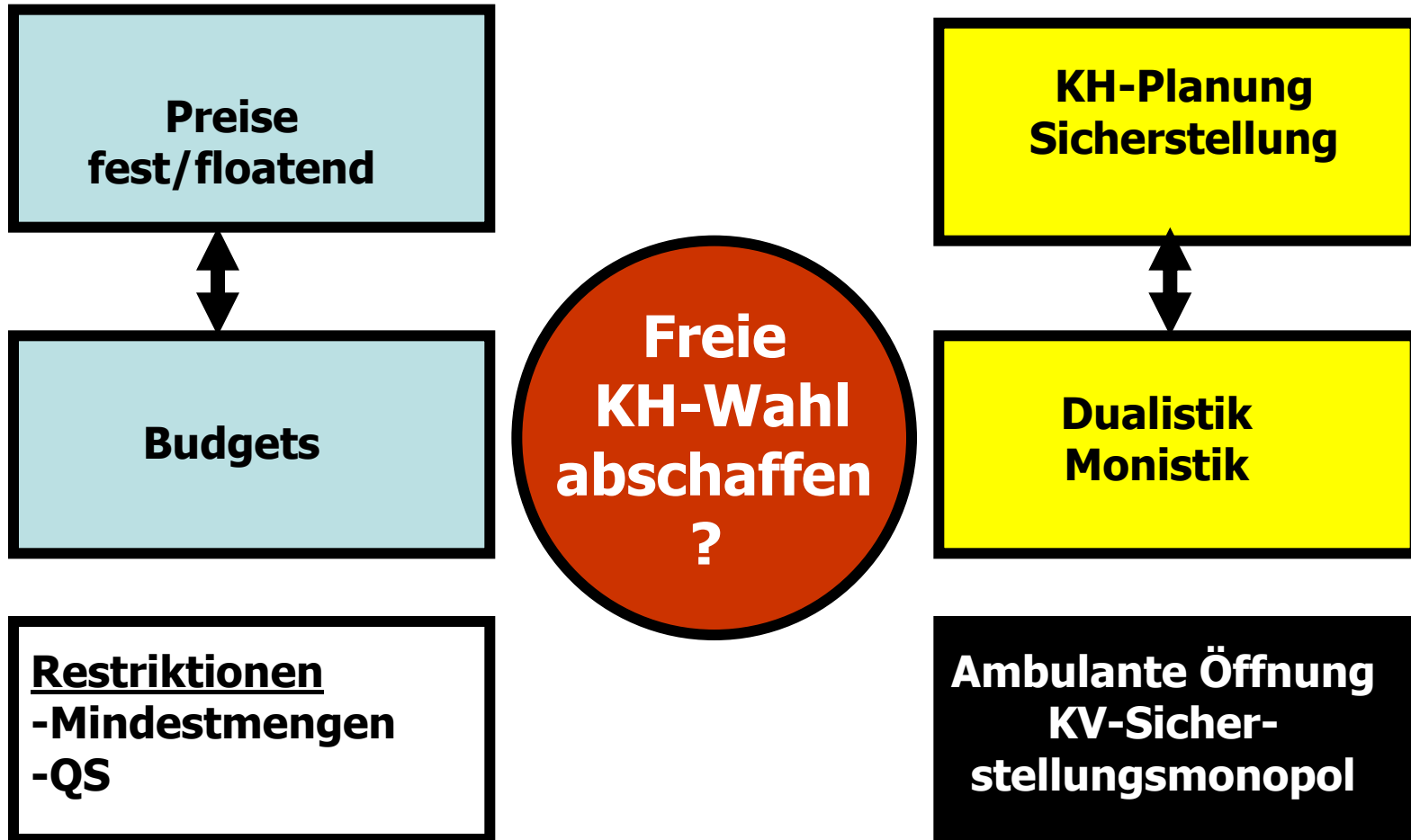
- Anknüpfung an Leistungsentgelte
- Ohne direkten Bezug zu Investitionsbasis und –bedarf
- Fehlsteuerungsgefahr evident
- Ergänzungen durch Differenzierungen im Entgeltsystem denkbar aber methodisch äußerst schwierig
- Faktisch mit Übergang der Förderfunktion an Selbstverwaltung verbunden
- Überforderung wahrscheinlich

Kontext einer Lösung

- Vollstationäre Kapazitätsanpassung nach unten sollte fortgeschritten sein
- Umstrukturierung in nichtstationäres KH-Segment muss gefördert werden
- Übergangsmodalitäten unabdingbar
- Lineare Zuschlagsmodelle nur begrenzt tauglich
- Kombination von Abschreibungs- und Einzelförderungsmodell
- Problem: Entscheidungsorganisation der Einzelförderung
- Essentiell: Verlässliche + nachhaltige Investitionsbedingungen

KH – Ordnungspolitik 2009ff

Perspektiven + Elemente



II.6

Weiterer Reformbedarf

Schwächen D: Forschungsförderung

- (1) Diskriminierung von Klinischer Forschung
- **(2) Diskriminierung von Investitionen - da GA**
- (3) Diskriminierung von medizinischen Verbrauchsmitteln
- Faktisch kaum Geld aus diesen Quellen
- Klare Nachrangigkeit zu Biomedizinischer Grundlagenforschung
- Systemmängel der deutschen Drittmittelförderung (GA/EA)

Schwächen D: Drittmittel

- Hoffnungsträger
- Stagnation
 - Sowohl öffentliche Drittmittel
 - Wie private Drittmittel
- Wenig veränderte Strafrechtsproblematik
 - Vorteilsnahme
 - Bestechung
- Sättigung + Desillusionierung

Schwächen D: Fundraising

- Individuell
- Bisher keine Professionalisierung
- Deutliche Unterschiede zum Ausland
- Steuerliche Nachteile in D
- Andere Tradition in USA

III.

Schlussbemerkungen

Ein Problem unter mehreren

1. Bund 1: Scherenproblematik
2. Bund 2: Entsektorierung
3. Bund 3: Innovationen, Zweitmeinungen etc. – Regulierung & Finanzierung
- 4. Bund/Länder: Monistik**
5. Länder 1: Governance Reformen – Wettbewerbsgleichheit in den Leitungs- und Entscheidungsstrukturen
6. Länder 2: Zuständigkeitsbereinigungen (Tarifzuständigkeit)

Finanzierungsmodelle

- **Stationäre KV: Einzelförderung oder Monistik ?**
- **Ambulante KV: Abschlag oder Abschreibungen ?**
- **F&L: Einzelförderung oder Kontingente ?**
- **Drittmittel: Einzelförderung oder Overhead/Abschreibungen/kalk.Mieten**

Dual: Einhandfinanzierung via HBFG

Dual: Aufgabenspezifische Verantwortung für Investitionen

Generelles Abschreibungsmodell monistischer Art

Was tun ?

- UK-KV: kurz- und mittelfristig Subventionen und/oder Privatisierungen
- UK-KV: mittel- und langfristig Monistik
- HM-FL: Korrekturen der Föderalismusreform I und Reformen der Forschungsförderung
- Fazit HM: Lösungen am Horizont; weniger schlecht als Universitäten
- Bessere Perspektive als Universitäten, die in D aus der Abhängigkeit von den Landeshaushalten nicht wegkommen – investive Verelendung droht

**Vielen Dank
für Ihre
Aufmerksamkeit!**