

Strategische Investitionsplanung: Organisation, Ziele, Instrumente, Risiken – Herausforderungen für Universitätsklinika und Krankenhäuser

**„Zukunft der Investitionsplanung und -finanzierung:
Ist die (Hochschul-)Medizin reif für die Monistik?“**

Ralf Heyder
Verband der Universitätsklinika Deutschlands (VUD)

Berlin, 26. November 2009

Gliederung

1. Investitionskostenfinanzierung: Trends und Reformperspektiven

- a) Trend 1: Zusammenbruch der Finanzierung durch Öffentliche Hand
- b) Trend 2: Pauschalierung und Leistungsorientierung

2. Handlungsbedarf auf der betrieblichen Ebene

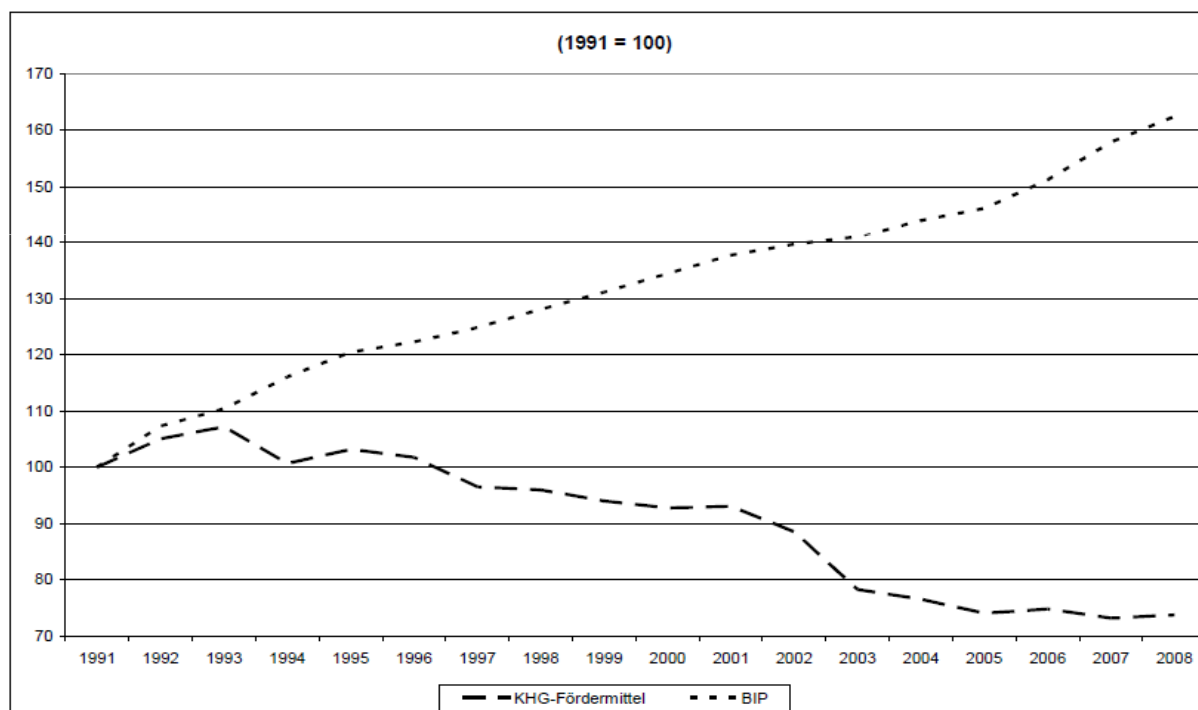
- a) Neue Finanzierungsquellen erschließen
- b) Effizienter investieren
- c) Nach betriebswirtschaftlichen Kriterien priorisieren

1. Investitionskostenfinanzierung: Trends und Reformperspektiven

Trend 1: Finanzierung durch Öffentliche Hand bricht zusammen

KHG-Bereich

Abbildung 4.1: Vergleich der Entwicklungen des KHG-Fördermittelvolumens und des BIP

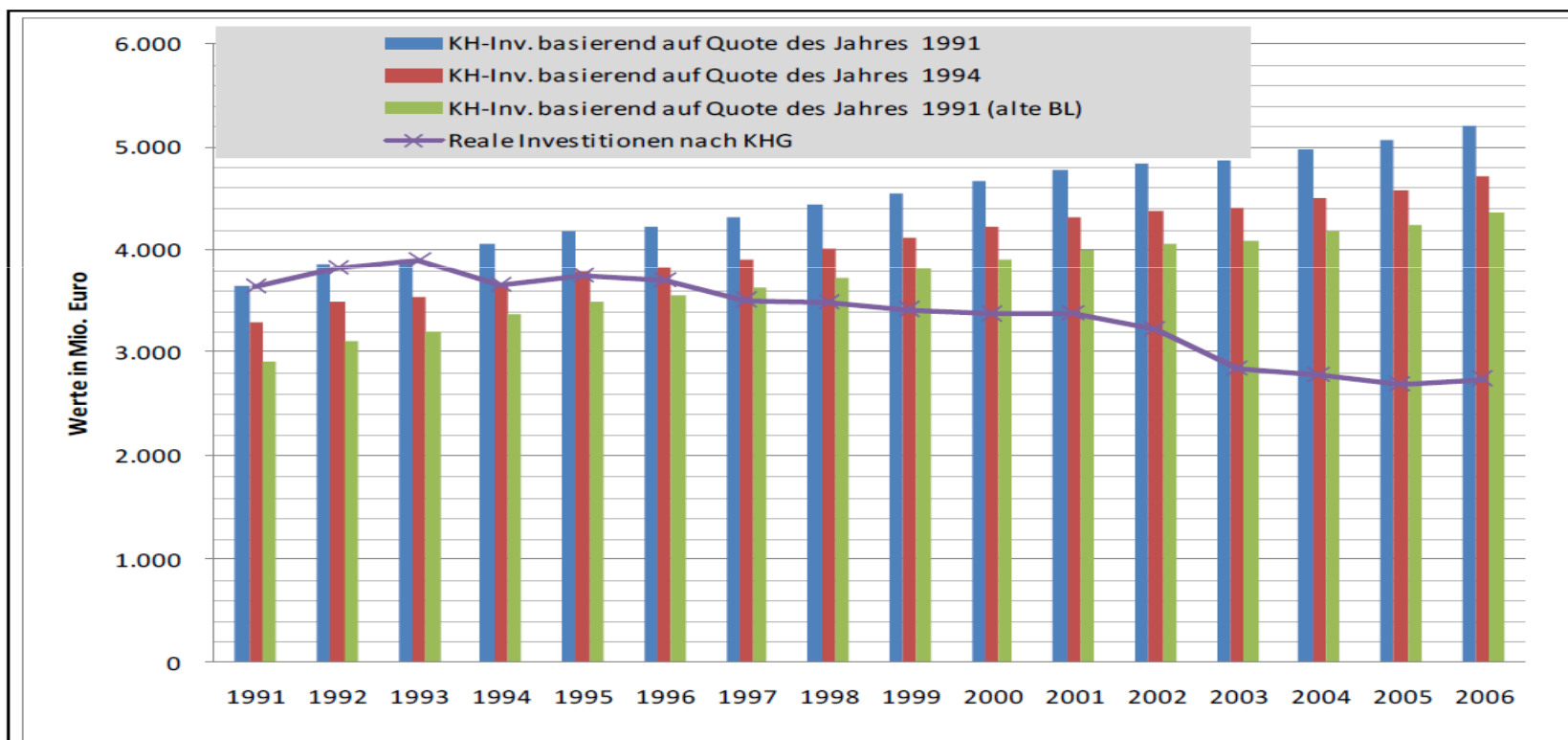


Quelle: Umfrage der Arbeitsgruppe für Krankenhauswesen der AOLG, Arbeitskreis Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen der Länder, eigene Berechnungen

Entnommen aus: DKG, Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern, Juli 2009

Wollte man im KHG-Bereich Investitionsquote von 1991 erreichen, müssten Investitionsausgaben um ca. 85 Prozent steigen

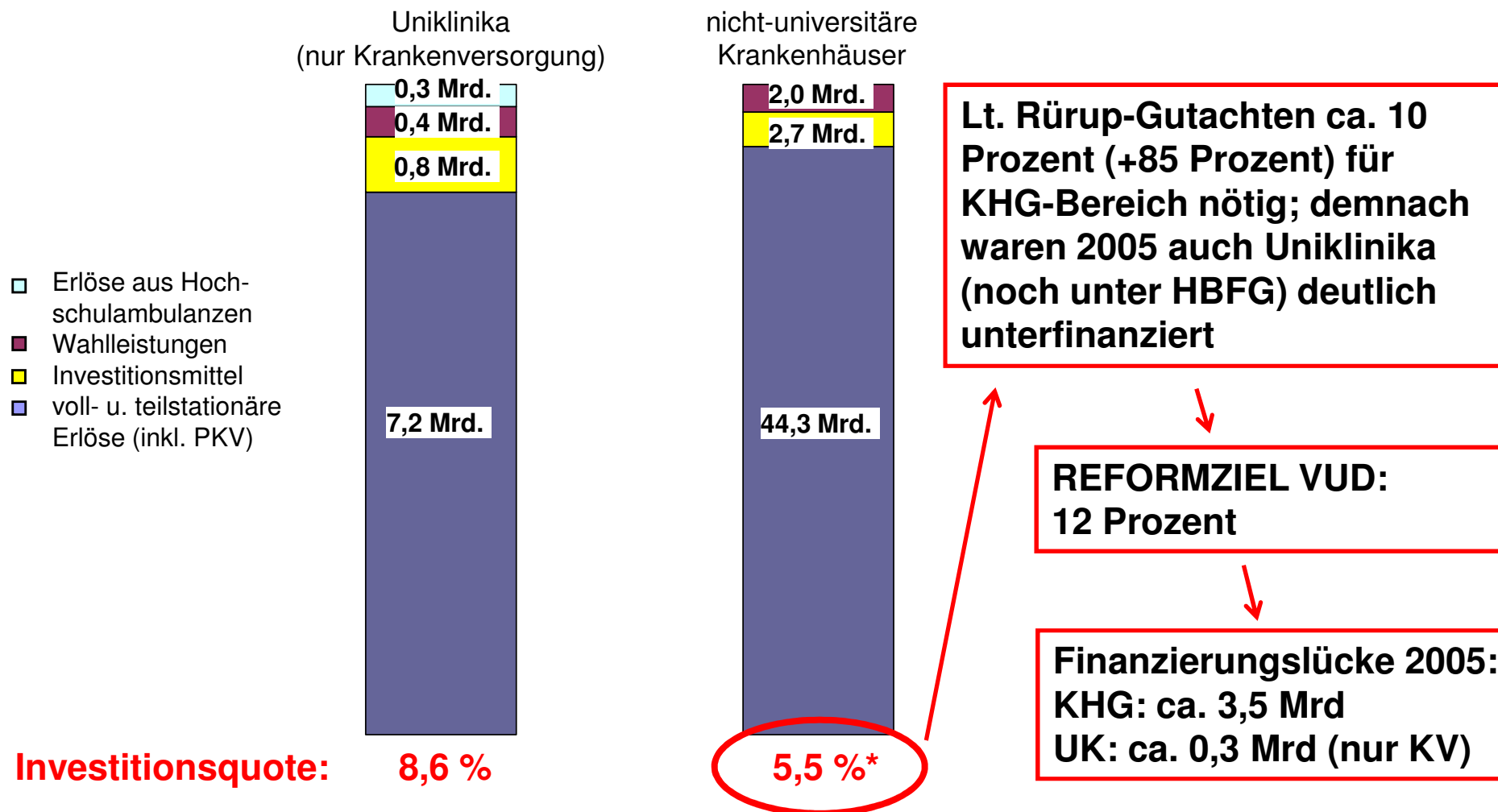
Abbildung 5: Projektionen der KHG-Investitionen, 1991-2006



Quelle: Statistisches Bundesamt 2008, Arbeitsgruppe für Krankenhauswesen 2007, eigene Berechnungen.

Entnommen aus: Rürup-Gutachten, Umstellung auf Monistik, März 2008

Vergleich auf Basis 2005 zeigt: Unter HBFG waren Uniklinika ggü. KHG-Bereich tendenziell besser gestellt (eigene Berechnungen)



* ohne Zuschüsse kommunaler Träger

Perspektive der Investitionskostenförderung für Uniklinika: Krankenversorgung, Lehre und Forschung (ohne „Leuchttürme“)

	Bund allein	Kofinanzierung		Länder allein	Gesamt
		Bund	Land		Bund + Länder
2006		0,4 HBFG bis 31.12.2006	0,4	0,3 Rest: 0,28	1,1
2007 - 2013	0,28 Art. 143 c GG	„Leuchttürme“ (Art. 91 b GG)		0,3 bis 0,58	0,58 bis 0,86
2014 - 2019	0 bis 0,28			0,3 bis 0,58 evtl. + x ?	0,3 bis 0,86
2019 ff	0	0	0	0,3 bis 0,86	0,3 bis 0,86

Alle Beträge in Mrd. Euro

2007-2013

0,12 0,12
„Leuchttürme“ (Art. 91 b GG)

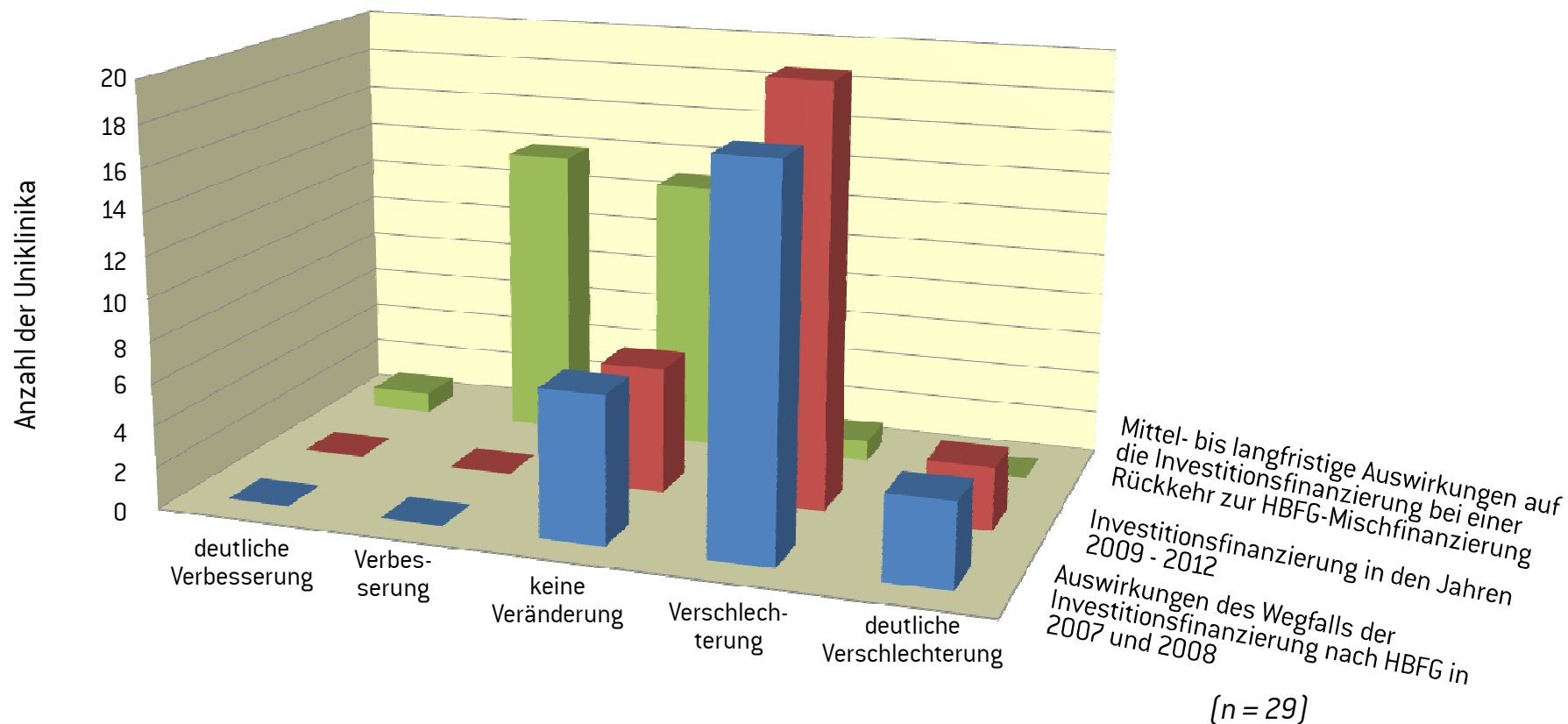
2014-2019

0 bis 0,12 0 bis 0,12

Nicht mit hergebrachter
Investitionsfinanzierung
vergleichbar !

Klinikvorstände erwarten als Folge des Wegfalls von HBFG überwiegend Verschlechterung der Finanzierung

VUD-Mitgliederbefragung Herbst 2008



Enorme regionale Differenzierung; entsprechend sind Standorte unterschiedlich stark von Finanzierungsproblem betroffen

HBFG 1990-2004: 10 Mrd €

35. Giessen	110 Mio €	7. Regensburg	406 Mio €
34. 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 €
29. Kiel	181 Mio €	1. Tübingen	522 Mio €

Quelle: Eigene Berechnungen des VUD

Einschneidende Reformen könnten Lage verbessern, sind aber unwahrscheinlich

Reformoptionen

- Finanzierungsmonistik, d.h. Übertragung der Finanzierungsverantwortung auf GKV
 - BMG ist damit gescheitert
 - Mehrwert nur, wenn Investitionsquote gesetzlich festgeschrieben wird
- Übergangslösung (VUD-Modell): Kofinanzierung der Landesfördermittel durch GKV
- VUD-Vorschläge für Uniklinika:
 - F&L: Rückkehr zur Kofinanzierung durch den Bund
 - KV: Ggf. Einbindung in GKV-Finanzierung
- DKG: Steuerfinanziertes Sonderprogramm des Bundes

FAZIT: Alle Reformen, die mehr öffentliche Mittel brächten, sind derzeit sehr unwahrscheinlich.

Trend 2: Leistungsorientierte Pauschalen ersetzen strukturbezogene Einzelförderung und Pauschalen pro Bett

KHRG (§ 10 KHG)

- Ermöglichung einer leistungsorientierten Investitionspauschale ab 1.1.2012 (Somatik) bzw. 1.1.2014 (Psychiatrie) → Preismonistik
- Bis 31.12.2009:
 - Entwicklung der Grundsätze und Kriterien für Ermittlung eines Investitionsbasisfallwerts auf Landesebene
 - Selbstverwaltung vereinbart Grundstrukturen für Investitionsbewertungsrelationen → derzeit Uneinigkeit über Vorgehen
- Bis 31.12.2010: Auftrag an InEK (für Psychiatrie bis 31.12.2012)
- BMG hat Möglichkeit der Ersatzvornahme
- Uniklinika zu berücksichtigen
- am Ende entscheiden Länder → nur KHG-Bereich, oder auch Uniklinika?
- Es geht nur um Verteilungsschlüssel, nicht Finanzierungsniveau

FAZIT: Entwicklungsprozess stockt. Unklar, ob nach abgeschlossener Entwicklung Länder dieses System auch anwenden. Falls ja, dann zwar mehr Freiheitsgrade, aber nicht mehr Geld.

NRW ist Vorreiter, andere Länder planen nachzuziehen

NRW-Modell (1)

- Seit 1.1.2008 für KHG-Bereich (nicht Uniklinika)
- Komplette Pauschalierung, keine Einzelförderung mehr
- Zwei Pauschalen:
 - Baupauschale: Neubau, Umbau, Erweiterungsbau (einschließlich betriebsnotwendiger Anlagegüter sowie deren Ersatz), Nutzungsdauer > 15 J.
 - Jahrespauschale: Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter, durchschnittliche Nutzungsdauer zwischen 3 und 15 J.
- Jede der beiden Pauschalen setzt sich aus vier Modulen zusammen:
 - Fallwertbetrag: Basis ist sind Casemixpunkte
 - Tageswertbetrag: Basis sind voll- und teilstationäre Berechnungstage
 - Budgetbetrag: Basis sind abgerechnete Zusatzentgelte und sonstige krankenhausindividuelle Entgelte
 - Ausbildungsbetrag: Basis ist Anzahl der Ausbildungsplätze

Umstellung in NRW betrifft nur Modus der Mittelverteilung und ist aufkommensneutral angelegt

NRW-Modell (2)

- Schwächen leistungsorientierte Pauschalierung allgemein:
 - Aufwändig zu kalkulieren bei vergleichsweise geringem zu verteilenden Mittelvolumen
 - Zwischenfinanzierung bei großen Investitionsvorhaben nötig → Kosten, Bonität?
 - Gerechtigkeitsproblem bei Umstellung
 - Sicherstellung in der Fläche: Low Volume-Häuser im Nachteil
- Schwächen NRW-Modell:
 - CMI korreliert nicht mit Investitionsgüterverzehr → Sachgerechtigkeit?
 - Noch ungeklärt: Finanzierung von Abschreibungen durch Baupauschale?

FAZIT: Pauschalierung bringt Unabhängigkeit, hat aber gerade bei niedrigem Förderniveau auch erhebliche Nachteile

Weniger Geld + mehr Freiheit + mehr Leistungsorientierung = mehr Verantwortung

- Harte Entscheidungen und damit innerbetriebliche Verteilungskonflikte werden zunehmen → Rolle des Vorstands?
- Leistungsorientierte Pauschalierung heißt: Auch Investitionskosten müssen vom Haus über die Leistungen erwirtschaftet werden, nicht mehr nur Betriebskosten → Vollkostenbetrachtung notwendig → gilt heute schon für Eigenmittelfinanzierung
- Einzelförderung bedeutete Orientierung am Fördermittelgeber, leistungsorientierte Pauschalen bedeutet Orientierung am Marktumfeld → „Deckungsbeitrag statt Förderantrag“
- Leistungsorientierung erhöht das unternehmerische Risiko

FAZIT: Die Anforderungen an Investitionsentscheidungen steigen, weil Fehlentscheidungen stärkere Konsequenzen haben werden.

2. Handlungsbedarf auf der betrieblichen Ebene

Handlungsbedarf: Priorisieren, noch effizienter werden und neue Finanzierungsquellen erschließen

Handlungsbedarf

1. Neue Finanzierungsquellen erschließen
2. Effizienter investieren
3. Nach betriebswirtschaftlichen Kriterien priorisieren

Überschüsse auch für öffentliche Träger überlebenswichtig; neue Quellen entweder nur langfristig erschließbar, unsicher oder teuer

Neue Finanzierungsquellen erschließen (1)

- Überschüsse im DRG-Bereich erwirtschaften:
 - Strategie der Privaten
 - Auch bei Öffentlichen steigt Anteil der Eigenmittel
 - Problem: Politisch angreifbar (Träger, Kassen, Bund)

- Kredite:
 - I.d.R. müssen Träger zustimmen → politisch schwierig (Schattenhaushalte etc.)
 - Nur dort, wo wirtschaftliches Risiko gering
 - sehr belastbare Wirtschaftlichkeitsrechnungen nötig

- Sponsoring:
 - Aus Imagegründen sehr sensibles Thema (Korruptionsproblematik)
 - Stark konjunkturabhängig + abnehmende Budgets der Industriepartnern

Überschüsse auch für öffentliche Träger überlebenswichtig; neue Quellen entweder nur langfristig erschließbar, unsicher oder teuer

Neue Finanzierungsquellen erschließen (2)

- Fundraising:
 - Nur für große, bekannte Standorte in „guter Lage“ eine Option
 - Langer Atem gefragt
 - Stark konjunkturabhängig
 - Starke Konkurrenz aus anderen „Branchen“
 - Potenzial in Deutschland?

- Private Partner:
 - Vollprivatisierung: Sinnvoll, wenn es keine andere Perspektive mehr gibt (siehe Marburg-Gießen)
 - Teilprivatisierung: Schwieriger Weg, denn Kapitalgeber wollen i.d.R. Einfluss auf operatives Geschäft → Sekundär- und Tertiärbereiche (siehe UK S-H)?
→ Einzelfallbetrachtung notwendig

Es gibt Ansatzpunkte für mehr Effizienz; Voraussetzung ist gutes Investitionsgütercontrolling

Effizienter Investieren (1)

- Standardisierung:
 - Ermöglicht Skaleneffekte, reduziert Komplexität
 - betrifft alle Bereiche (Bau, Medizintechnik, IT)
 - z.B. Bau: Häufig noch Bindung an öffentliche Bauverwaltung → dort Standardisierung oft verpönt; gilt auch für universitäre Nutzer

- Verbesserte Entscheidungsgrundlagen → Integrierte Betrachtung von Investitionskosten, Betriebskosten, Risiken und Ertragschancen („Businessplanung“):
 - Harmonisierung von Investitions- und Betriebskonzept (z.B. Konzentration durch Bildung von Ressourcenzentren)
 - Lebenszyklusbetrachtung, inkl. Desinvestition bzw. Verwertung

Gut strukturierte, angemessen differenzierte Entscheidungsorganisation zentral für schnelle und qualifizierte Entscheidungen

Effizienter Investieren (2)

- Entscheidungswege:
 - Ziel: eindeutige, sachlich begründete, transparente Zuständigkeiten
 - Wer muss fachlich einbezogen werden (Klinikchefs, IT, Medizintechnik, Einkauf, Haustechnik etc.)? Wer hat die Federführung?
 - Wie erfolgt Abgleich zwischen konkreter Entscheidung und Strategie?
 - Wer entscheidet?
 - Angemessene Entscheidungsebene (einzelne Klinik, Gesamtklinikum, Veraltungsabteilung etc.)?
 - Verhältnis Vorstand/Aufsichtsrat zu Fakultät, Rektorat und/oder Land?

- Entscheidungswege und -kriterien sind je nach Art der Investition unterschiedlich zu gestalten:
 - Bau, Betriebstechnik, Medizintechnik, IT
 - Erst-, Ersatz-, Erweiterungs-, Rationalisierungsinvestition
 - Investitionsvolumen

Unterstützung durch externe Partner bei komplexen Maßnahmen oft sinnvoll; besondere Anforderungen an Steuerung und Kontrolle

Effizienter Investieren (3)

- Neue Realisierungswege durch Einbindung externer Partner
 - Motive: Risikotransfer, Komplexitätsreduktion, mehr Qualität, niedrigere Kosten
 - viele Modellvarianten, z.B. Leasing, Outsourcing, PPP oder Gerätepartnerschaften
 - Mehrwert ggü. Eigenrealisierung bzw. klassischen Beschaffungsvarianten sehr einzelfallabhängig, differenzierte standortindividuelle Analyse notwendig
 - Anforderungen an Kontrolle und Steuerung solcher Kooperationen?
→ Vertragsmanagement

Bei zunehmender Mittelknappheit wird Priorisierung immer wichtiger; betriebswirtschaftliche Fundierung nötig

Nach betriebswirtschaftlichen Kriterien priorisieren

Annahme: Maßstab wird immer mehr das „absolut Notwendige“, immer weniger das Sinnvolle oder Wünschenswerte (Mangelverwaltung)

- Betriebswirtschaftliche statt binnenpolitische Rationalität
- Transparenz schaffen → Nachvollziehbarkeit von Entscheidungsprozessen (für Interne und ggf. Externe), Objektivierung von Entscheidungen
- Entscheidungskriterien definieren → z.B. Ertragschancen, Risiken, Vereinbarkeit mit Unternehmensstrategie und Medizinkonzept etc.
- Nach Art der Investition unterscheiden:
 - Bau, Betriebstechnik, Medizintechnik, IT
 - Erst-, Ersatz-, Erweiterungs-, Rationalisierungsinvestition

FAZIT

- Bedarf an mehr Steuerung und Kontrolle im Bereich der Investitionstätigkeit
- In vielen Bereichen nur umsetzbar, wenn Träger dies zulassen (siehe Kreditaufnahme und Bauherreneigenschaft)
- Mehr Methode, mehr Systematik, mehr Transparenz bei Entscheidungsfindung
→ Voraussetzungen dafür müssen teils erst geschaffen werden (Controlling etc.)
- Aber: Methoden und Tools haben ihre Grenzen
→ Warnung vor zu viel Zahlengläubigkeit
→ Methodik und Systematik ersetzen nicht die Urteilskraft des Managements

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Ralf Heyder
Referent

Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V.
Alt-Moabit 96
10559 Berlin
Tel.: 030/3940517-0
Email: heyder@uniklinika.de
Internet: www.uniklinika.de