

Kein alter Hut

Fehlende Investitionen der Länder sorgen für klamme Kassen in vielen Kliniken. Dabei liegt mit dem Rürup-IGES-Gutachten zur Monistik seit 2008 ein konkreter Lösungsvorschlag auf dem Tisch. Wie der sich heute auswirken würde, rechnet [Martin Albrecht](#) vor.

Dass eine Krankenhausreform notwendig ist, unterstreicht das jüngste Krankenhaus-Barometer des Deutschen Krankenhausinstituts: 42 Prozent der Allgemeinkrankenhäuser haben das Jahr 2013 finanziell mit Verlust abgeschlossen. Über Ursachen und Ansatzpunkte für eine Reform streiten sich Krankenkassen und Krankenhäuser heftig. Einig sind sie sich in einem: Dass die Bundesländer ihren Verpflichtungen bei der Investitionsfinanzierung nicht ausreichend nachkommen, zwingt die Krankenhäuser, notwendige Investitionen zunehmend aus den Leistungsvergütungen der Krankenkassen und damit letztlich aus Beitragsmitteln zu finanzieren.

Rückgang um 25 Prozent. Das System der dualen Krankenhausfinanzierung, bei dem die Kliniken mit den Leistungsvergütungen der Krankenkassen (nur) die laufenden Betriebsausgaben decken, während sie nach Paragraph 8 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) Anspruch auf (steuerfinanzierte) Investitionsförderung für Neu- und Umbauten durch die Bundesländer haben, wird kritisch diskutiert. Kliniken können die Finanzierung von Investitionen und laufendem Betrieb nicht kohärent planen und verhandeln. Zudem ist der Anteil der Investitionsfinanzierung seit Jahren relativ und absolut rückläufig: Lag die Länder-Förderung Anfang der 1990er Jahre noch bei über 3,5 Milliarden Euro, so waren es 2013 nur noch rund 2,7 Milliarden Euro – ein Minus um 25 Prozent. Zugleich haben sich die Krankenhauskosten mehr als verdoppelt. Das Verhältnis von Investitionsförderung zu Krankenhauskosten sank von 9,7 Prozent (1991) auf 3,5 Prozent (2013). Inzwischen zielt die Kritik an der dualen Finanzierung verstärkt darauf, dass die Bundesländer trotz ihres sinkenden finanziellen Engagements weiterhin allein die Krankenhauskapazitäten planen.

Finanzierung aus einer Hand. Angesichts der diskutierten Fehlsteuerungen einer dualen Finanzierung wird schon seit längerem eine monistische Krankenhausfinanzierung, also eine Finanzierung „aus einer Hand“ gefordert. Investitionszuschüsse wären dann Teil der Leistungsvergütungen, sodass sich

sämtliche Finanzmittel gleichermaßen leistungsorientiert auf die Krankenhäuser verteilen. Technisch umgesetzt würde die Monistik durch differenzierte Investitionszuschläge auf die diagnosebezogenen Fallpauschalen. Eine konsequente Kopplung der Investitionsmittel an die Leistungsvergütungen bedeutet, dass zukünftig kein „Investitionsstau“ mehr entstehen kann, bei dem die Krankenhausinvestitionen der tatsächlichen Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen „hinterherhinken“.

Steuern in den Fonds. Eine monistische Krankenhausfinanzierung haben Professor Bert Rürup und das IGES Institut bereits 2008 in einem Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit vorgeschlagen: Danach wären die Bundesländer weiterhin für die Sicherstellung der Krankenhausversorgung verantwortlich, die Investitionsförderungen würden aber nicht mehr aus den Länderhaushalten finanziert, sondern als Vorwegabzug vom Umsatzsteueraufkommen, das den Ländern zusteht. Die Steuermittel würden dann in den Gesundheitsfonds geleitet. Wie sich dies auf die einzelnen Länder auswirken würde, hatten Rürup und

IGES seinerzeit berechnet, unter den Annahmen, dass das Fördervolumen auf fünf Milliarden Euro erhöht würde und die Investitionsförderung weiterhin vollständig die Länder tragen.

Eine aktualisierte Berechnung für das Jahr 2013 wird im Folgenden dargestellt. Dabei gilt wie damals, dass die optimale Höhe der Investitionsförderung wissenschaftlich nicht herzu-leiten ist. Die gewählten fünf Milliarden Euro basierten auf der Anwendung des Verhältnisses von Investitionsförderung zu (bereinigten) Krankenhauskosten zu Beginn der 1990er-Jahre. Damit käme man für das Jahr 2013 auf ein Fördervolumen von rund sieben Milliarden Euro. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft fordert gegenwärtig mindestens sechs Milliarden Euro jährlich, was aktuell rechnerisch zugrunde gelegt wurde.

Weil das vorgeschlagene Modell nicht in den komplexen Finanzausgleich zwischen den Bundesländern eingreifen soll, würden die Ländermittel aus dem Umsatzsteueraufkommen erst nach der Zuweisung der sogenannten Ergänzungsanteile abgezogen (bis zu 25 Prozent des Länderanteils gehen als Ergän-

**Weniger Fördermittel,
höhere Klinikkosten – das
passt nicht zusammen.**

Wie hätte sich das Rürup-IGES-Modell 2013 auf die Bundesländer ausgewirkt?

Bundesland	Umsatzsteuer insgesamt	Umsatzsteuer Veränderung	Wegfall bisherige KHG-Fördermittel (Ø 2011–2013)	Nettobelastung	Nettobelastung je Einwohner
(in 1.000 Euro)					
	(in Euro)				
Baden-Württemberg	9.253.416	-789.059	379.167	-409.892	-39
Bayern	10.957.217	-934.345	460.000	-474.345	-38
Berlin	3.376.959	-252.709	90.800	-161.909	-48
Brandenburg	3.442.548	-182.227	107.383	-74.844	-31
Bremen	690.725	-48.736	29.227	-19.510	-30
Hamburg	1.521.634	-129.753	112.657	-17.096	-10
Hessen	5.260.751	-448.596	230.167	-218.429	-36
Mecklenburg-Vorpommern	2.541.726	-118.897	65.420	-53.477	-33
Niedersachsen	8.228.109	-579.933	247.417	-332.517	-43
Nordrhein-Westfalen	15.446.670	-1.306.385	495.417	-810.968	-46
Rheinland-Pfalz	3.723.906	-296.970	117.800	-179.170	-45
Sachsen	6.452.477	-300.922	98.333	-202.588	-50
Sachsen-Anhalt	3.580.973	-167.443	57.687	-109.757	-49
Saarland	1.180.397	-73.844	35.323	-38.521	-39
Schleswig-Holstein	2.701.603	-209.082	84.650	-124.432	-44
Thüringen	3.471.673	-161.097	56.667	-104.430	-48
Insgesamt	81.830.783	-5.999.999	2.668.113	-3.331.886	-41

Eine umsatzsteuerfinanzierte Investitionsförderung in Höhe von sechs Milliarden Euro würde finanzschwache Länder weniger stark belasten als finanzstarke. Die geringste Mehrbelastung müssten die

Länder schultern, die schon jetzt am meisten je Einwohner für Krankenhausinvestitionen aufwenden. Hamburg etwa wäre mit zehn Euro je Einwohner dabei. *Quelle: IGES auf Basis BMF und DKG, 2014*

zungsanteil an die Länder, deren Einnahmen je Einwohner aus Einkommens-, Körperschafts- und Landessteuern unter dem Länderdurchschnitt liegen). Das verbleibende Umsatzsteuerertrag würde dann um sechs Milliarden Euro für die Krankenhaus-Investitionsförderung gekürzt und erst danach nach Einwohnerzahl auf die Länder verteilt, sodass sich die Belastungen aus der Umstellung proportional nach Einwohnerzahl auf die Bundesländer verteilen.

Die Höhe der aus dem Umsatzsteuerertrag finanzierten Ergänzungsanteile finanzschwacher Länder wird unabhängig vom Umsatzsteuervolumen bestimmt. Daher sind finanzschwache Länder insgesamt geringer betroffen als finanzstarke, denn während die Ergänzungsanteile unverändert bleiben, erfolgt die Steuerertragminderung proportional nach Einwohnerzahl. Für das Jahr 2013 beträgt der simulierte Mittelrückgang durch den Abzug von sechs Milliarden Euro für finanzstarke Länder (Baden-Württemberg, Bayern, Hamburg, Hessen) jeweils 7,9 Prozent. Für finanzschwache Länder sind die Rückgänge geringer, am geringsten mit rund 4,5 Prozent für Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen.

Hamburg käme gut weg. Da im Gegenzug bisherige KHG-Investitionsmittel der Länder entfallen, wäre die Nettobelastung einer solchen Umstellung geringer. Rechnet man für die Länder jeweils die durchschnittliche Höhe der KHG-Förderungen der letzten drei Jahre (2011–2013) dagegen, reduziert sich die Belastung von sechs auf rund 3,3 Milliarden Euro (*siehe Tabelle*). Dabei ist die Belastung je Einwohner in denjenigen Bundeslän-

dern am geringsten, die in der jüngsten Vergangenheit am meisten je Einwohner für KHG-Förderungen aufgewendet haben: Auf Hamburg etwa kämen lediglich Mehrausgaben in Höhe von zehn Euro je Einwohner zu.

Reserve fürs platte Land. Grundsätzlich sollten die Investitionsmittel leistungsbezogen in Form von DRG-Zuschlägen ausgezahlt werden. Was dies für die Investitionsmittelausstattung eines Krankenhauses bedeutet, hängt dann entscheidend von seinen Leistungen sowie von seiner Wirtschaftlichkeit ab. Die bundesländerspezifische Historie der Investitionsförderung nach KHG sollte dagegen keine Rolle bei der Mittelverteilung spielen. Eine solche leistungsbezogene Zuweisung der Investitionsförderung wäre ein effizienter Ansatz, den Abbau von Überkapazitäten sowie die Spezialisierung der Krankenhäuser zu beschleunigen.

Allerdings könnte dies in strukturschwachen Regionen unerwünschte Folgen haben, denn zwischen Spezialisierung und Wirtschaftlichkeit von Krankenhäusern einerseits und der wohnortnahen, flächendeckenden Versorgung andererseits bestehen Zielkonflikte. Um dies zu vermeiden, sollte ein bestimmter Teil (zum Beispiel zehn Prozent) der Steuermittel für die Investitionsförderung in einen Infrastrukturfonds fließen. Die Fondsmittel sollten dann nach bundeseinheitlichen Verfahrensgrundsätzen von den Bundesländern nur für die Krankenhausversorgung in strukturschwachen Regionen eingesetzt werden. ■

Dr. Martin Albrecht leitet am IGES Institut als Geschäftsführer den Bereich Gesundheitspolitik.