

Investitionskosten

Fakten und Argumente 7

► Anspruch: Investitionspflicht der Bundesländer

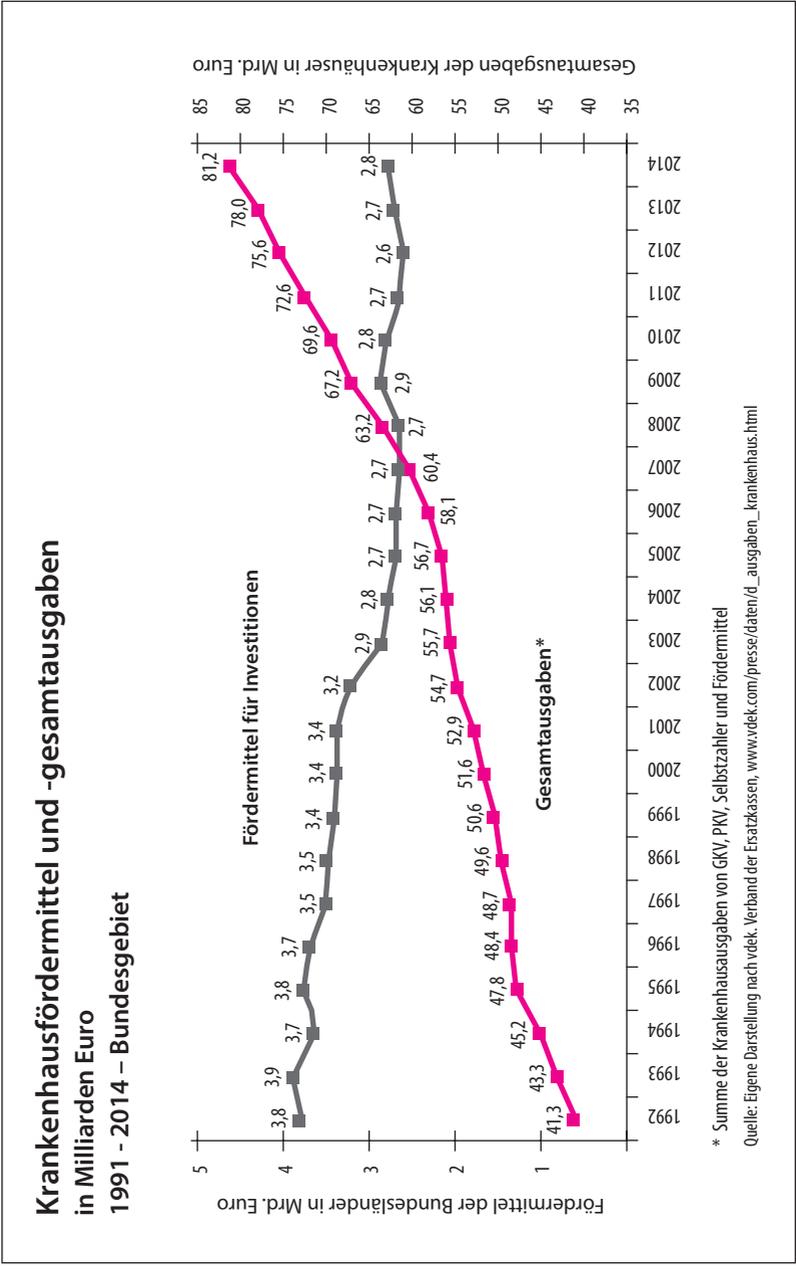
Die Krankenhäuser in Deutschland werden »dual« (zweigeteilt) finanziert. Die laufenden Kosten werden durch die Krankenkassen mittels des DRG-Systems (schlecht genug) abgedeckt. Für die Investitionskosten aufzukommen, sind die Bundesländer gesetzlich verpflichtet.

► Realität

Die Fördermittel sinken jedoch seit vielen Jahren nahezu kontinuierlich. Allein zwischen 2000 und 2014 nahmen die jährlichen KHG-Fördermittel der Länder um rund 600 Millionen Euro von 3,4 Milliarden Euro auf 2,8 Milliarden Euro ab (minus 18 Prozent). → siehe Abb. 10 auf Seite 57

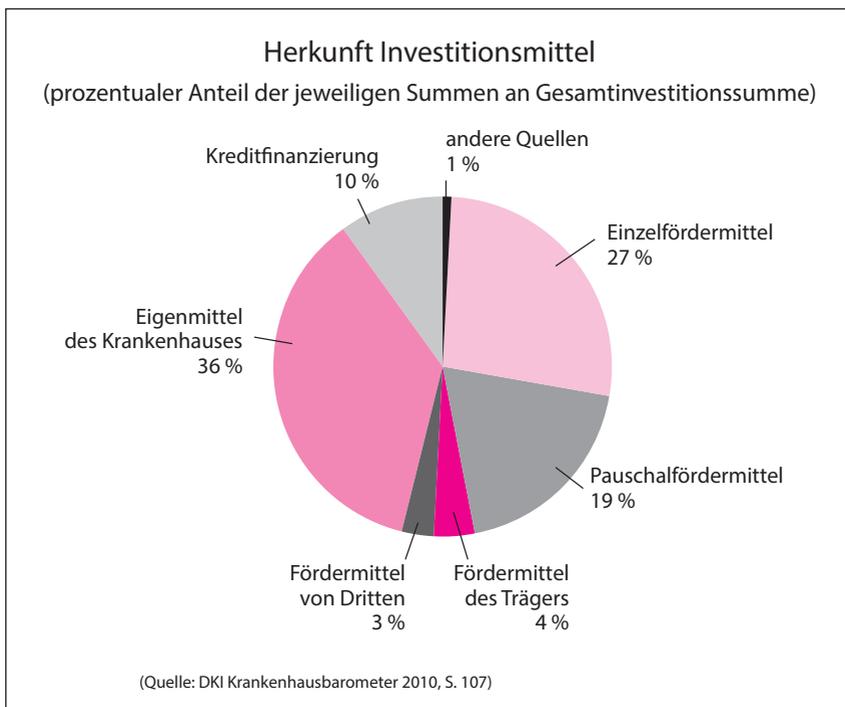
Das Deutsche Krankenhausinstitut hat in einer Umfrage (Krankenhausbarometer 2010, S. 107) nach der Zusammensetzung der Investitionskosten der Krankenhäuser gefragt. Ergebnis: Nur noch 46 Prozent der Investitionsmittel kommen entsprechend den gesetzlichen Vorgaben von den Ländern. 36 Prozent der Investitionen werden durch Eigenmittel der Krankenhäuser und zehn Prozent durch Kreditfinanzierung aufgebracht. Ein Betrag, der in der Summe also genauso hoch ist wie die Förderung durch die Länder. Lediglich vier Prozent der Fördermittel kommen von den Trägern und weitere vier Prozent durch Dritte (Spenden).

Abb .10: Krankenhausfördermittel



46 Prozent (Eigenmitteln und Kredite) der Investitionen, also ebenfalls 2,9 Milliarden Euro, werden aus den laufenden Einnahmen finanziert, die eigentlich für die Patientenversorgung und für Personal vorgesehen sind. Umgerechnet auf Beschäftigte bedeutet das ca. 53.000 Stellen, die diesem Gesetzesbruch geopfert wurden. → s. Abb. 11

Abb. 11: Herkunft der Investitionsmittel im Jahr 2009



In anderen Industriebranchen werden jeweils ca. 18 Prozent der Gesamtausgaben für Investitionen verwendet. Im Dienstleistungsbereich sind es immer noch ca. 8 Prozent. Die Krankenhäuser haben lediglich 4,1 Prozent ihrer Gesamtbetriebskosten für Investitionen zur Verfügung. Anders ausgedrückt: Will man die Krankenhäuser nur auf die durchschnittliche Investitionsquote des Dienstleistungsbe-

reichs anheben (was eigentlich immer noch zu wenig ist), so ist eine Verdoppelung der Länderförderung notwendig. Der bis heute entstandene Förderstau ist dabei nicht berücksichtigt. Auch die Kommunen und Landkreise leiden unter den Steuerenkungen für Wirtschaft und Reiche. Immer weniger öffentliche Träger kommen für notwendige Investitionen ihrer Krankenhäuser auf. Stattdessen versuchen sie, die finanziellen Lasten durch Privatisierungen zu senken.

► Zurück zur monistischen Finanzierung?

Weil die Länderförderung wegen Schuldenbremse und Sparzwang immer weniger funktioniert, steht zur Debatte, ob man deswegen besser auf die so genannte monistische Finanzierung umstellen sollte. Monistik bedeutet, dass die Investitionskosten in die DRGs hinein kalkuliert und entsprechend ausbezahlt würden. Dies würde bedeuten, den Teufel mit dem Beelzebub auszutreiben. Die Instrumente hierzu liegen bereits vor. Im Krankenhausfinanzierungsgesetz (§ 10) wurde dem DRG-Institut (INEK) der Auftrag erteilt, »Investitions-DRGs« zu entwickeln. Seit letztem Jahr sind sie einsatzbereit. Zu bedenken wäre hierbei noch, dass bei einer Wiedereinführung der Monistik alle Investitionskosten durch die GKV-Beiträge finanziert werden müssten; dies würde zu einer weiteren Verschärfung der Belastung der GKV-Versicherten führen.

In Deutschland gab es bis 1972 die Monistik schon einmal. Weil damals die Krankenhäuser völlig verrotten waren und die Krankenkassen viel zu wenig Geld für diese Aufgabe zur Verfügung stellten, wurde dann auf die Länderfinanzierung umgestellt. Klar ist, dass sich an der Unterfinanzierung der Investitionen überhaupt nichts ändert, wenn nicht mehr Geld zur Verfügung gestellt wird, sondern die zu geringen Summen lediglich anders verteilt werden.

► Wer macht dann noch die Bedarfsplanung?

Das größere Problem aber ist: Wenn die Investitionsmittel nicht mehr durch die Länder nach Strukturgesichtspunkten vergeben werden, ist die gleichmäßige Versorgung in Gefahr. Eine Bedarfsplanung durch die Länder wäre nicht mehr möglich, im

Falle der alleinigen Finanzierung durch die Kassen würden diese auch die Planung übernehmen. Die Krankenkassen wurden aber auch schon so reformiert, dass sie agieren, als ob sie Unternehmen wären. Eine gute Bedarfsplanung ist von solcherlei »Unternehmen« nicht zu erwarten. Krankenhäuser, die sich dann im DRG-System gut stellen, werden noch bessergestellt, die anderen noch schlechter. Bei einem größeren Neubau wird das Krankenhaus auf jeden Fall Kredite aufnehmen und Zinsen zahlen müssen, was wieder die laufenden Kosten und damit das Personal belastet.

In der Konsequenz wird durch diese marktwirtschaftliche Verteilung der Gelder für Investitionen das Ungleichgewicht unter den Krankenhäusern noch mehr verstärkt. Das Krankenhaussterben wird zunehmen und die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung bleibt auf der Strecke. Denn der Kapazitätsabbau wird nicht mit mangelndem Bedarf begründet, sondern vollzieht sich nach Kriterien der Rentabilität auf dem Markt. Der Konkurrenzkampf der Krankenhäuser untereinander würde noch mehr angetrieben. Die Eingliederung der Investitionskosten in die DRGs wäre ein weiterer wesentlicher Schritt zur Durchsetzung von Marktbedingungen für Krankenhäuser.

► Fazit

Deswegen und auch, weil die öffentliche Hand das Heft der Planung nicht gänzlich aus der Hand geben darf, ist die Monistik keine Lösung der Probleme. Die einzige Lösung ist tatsächlich eine Verdoppelung der Mittel, die die Länder bisher aufbringen, und die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften zur Investitionsfinanzierung.

■ Literatur

Deutsche Krankenhausgesellschaft 2015: Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern, August 2015

Deutsches Krankenhausinstitut 2010: Krankenhaus Barometer Umfrage

Deutsches Krankenhausinstitut 2015: Investitionsfähigkeit der Deutschen Krankenhäuser

KHG-Investitionsförderung – Auswertung der AOLG-Zahlen für das Jahr 2010