

Investitionskosten und Bedarfsplanung

► **Anspruch: Investitionspflicht der Bundesländer**

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

► **Realität: riesige Unterfinanzierung**

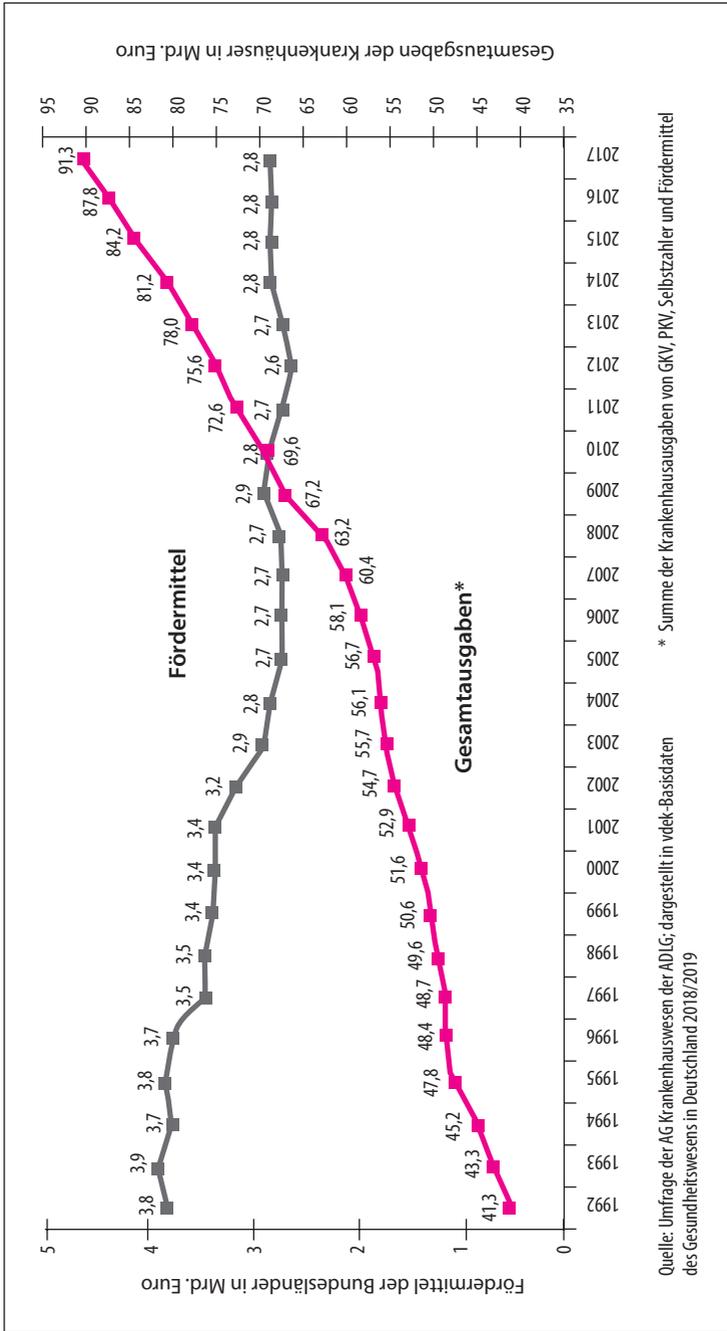
Die Fördermittel sinken jedoch seit vielen Jahren nahezu kontinuierlich. Allein zwischen 2000 und 2017 nahmen die jährlichen Fördermittel der Länder nach Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) um rund 600 Millionen Euro von 3,4 Milliarden Euro auf 2,8 Milliarden Euro ab (minus 18%) – ohne Berücksichtigung der Preissteigerungen. → siehe Abb. 6

Die Herkunft der Investitionsmittel im Jahr 2017 zeigt die ganze Problematik: Nur noch 44,3% der Investitionsmittel kommen entsprechend den gesetzlichen Vorgaben von den Ländern. 27,6% der Investitionen werden durch Eigenmittel der Krankenhäuser und 16,7% durch Kreditfinanzierung aufgebracht. Ein Betrag, der in der Summe also genauso hoch ist wie die Förderung durch die Länder. Lediglich 9,4% der Fördermittel kommen von den Trägern, was auch ein Zeichen für den Rückzug des Staates aus der Daseinsvorsorge ist.

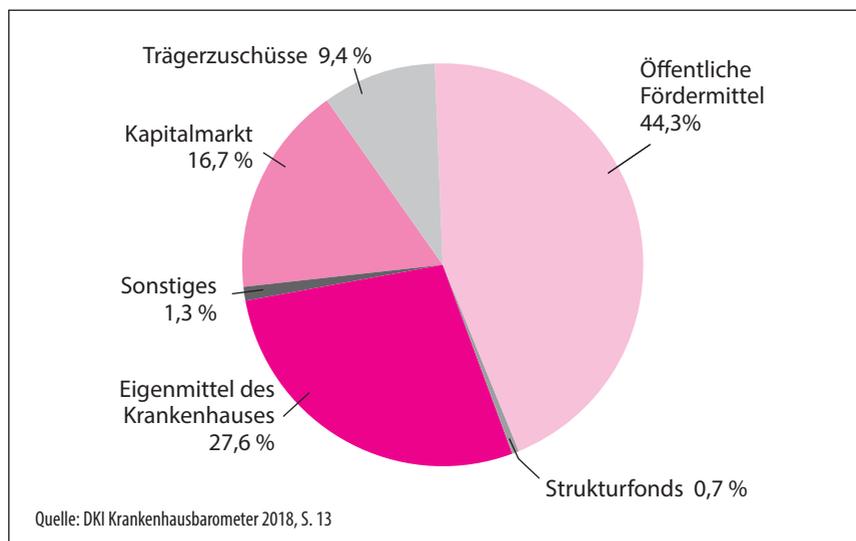
44,3% (Eigenmittel und Kredite), also ebenfalls ca. 2,8 Milliarden Euro, werden also aus den laufenden Einnahmen finanziert, die eigentlich für die Patientenversorgung und für Personal vorgesehen sind. Umgerechnet auf Beschäftigte, bedeutet das über 51.000 Stellen, die diesem Gesetzesbruch geopfert wurden. Baustellen werden mit Personalstellen finanziert. → siehe Abb. 7

Die volkswirtschaftliche Investitionsquote, also der Anteil am produzierten Reichtum, der wieder in die Aufrechterhaltung und Erweiterung der Produktion ge-

Abb. 6: Krankenhausfördermittel und -gesamtausgaben in Milliarden Euro, 1992 – 2017



**Abb. 7: Herkunft der Investitionsmittel der Krankenhäuser 2017
(Anteil in Prozent)**



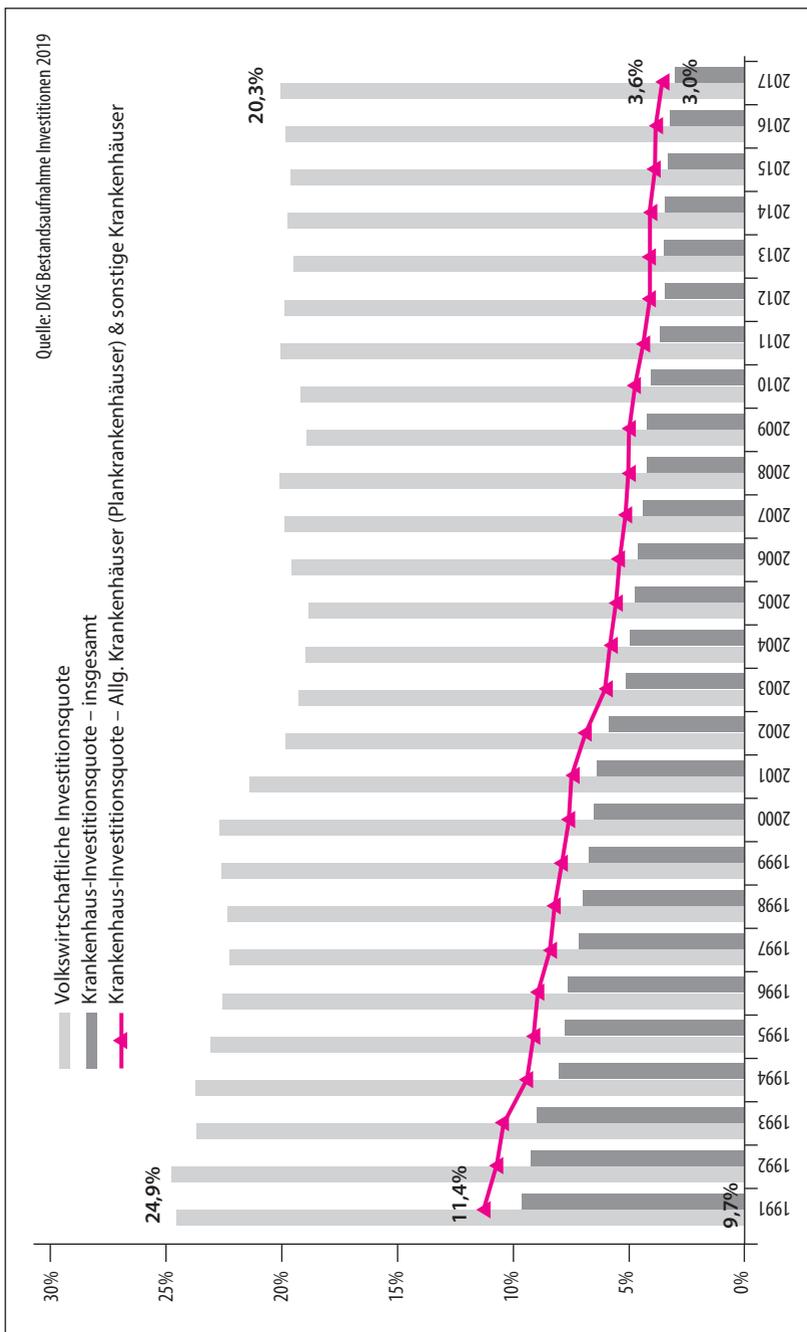
steckt wird, liegt bei über 20%. Im Dienstleistungsbereich sind es immer noch ca. 8%. Die Krankenhäuser bekommen lediglich 3% ihrer Gesamtbetriebskosten von den Ländern für Investitionen zur Verfügung gestellt. → siehe Abb. 8

Andersherum ausgedrückt: Will man die Krankenhäuser nur auf die durchschnittliche Investitionsquote des Dienstleistungsbereichs 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 der selbst produzierten Finanznot, die durch Steuersenkungen für die Wirtschaft und die Reichen ausgelöst wurde. Die Schuldenbremse tut ein Übriges. 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 sogenannte monisti-

Abb. 8: Krankenhaus-Investitionsquote und volkswirtschaftliche Investitionsquote 1991–2017



sche Finanzierung umstellen sollte. Monistik bedeutet, dass die Investitionskosten ebenfalls von den Krankenkassen bezahlt werden. Dies würde bedeuten, den Teufel mit dem Beelzebub auszutreiben.

In Deutschland gab es bis 1972 die Monistik schon einmal. Weil damals die Krankenhäuser völlig verrottet waren und die Krankenkassen viel zu wenig Geld für die Modernisierung zur Verfügung stellten, wurde dann auf die Länderfinanzierung umgestellt. Klar ist, dass, wenn nicht mehr Geld zur Verfügung gestellt wird, sich an der Unterfinanzierung der Investitionen überhaupt nichts ändert, sondern lediglich die knappen Gelder anders verteilt werden. Klar ist aber auch, dass die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherungen dann mit ihren Beiträgen die Finanzierung dessen übernehmen müssten, was ureigenste Aufgabe des Staates ist: die Gewährleistung der Funktionsfähigkeit der Daseinsvorsorge.

► Wer macht dann 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 Finanzierung durch die Kassen würden diese auch die Planung übernehmen (»Wer zahlt, schafft an«). Die Krankenkassen wurden aber auch schon so »reformiert«, dass sie wie Profit-Unternehmen agieren und nur auf Kostensenkung aus sind. (Kapitel 1.16) Sie würden die Krankenhauslandschaft so umgestalten, wie es ihren Vorstellungen entspricht: Bettenreduktion und Häuserschließung mit dem Argument des Abbaus von Überversorgung. Eine echte Bedarfsplanung ist von ihnen nicht zu erwarten. Wenn zusätzlich die Gelder als Teil der DRG (sog. »Invest-DRG«, s. Kapitel 1.6), verteilt würden, ist Planung überhaupt nicht mehr möglich. Krankenhäuser, die sich im DRG-System gut stellen, werden noch besser gestellt, die anderen noch schlechter. In der Konsequenz wird durch das Fehlen der Planung und durch die marktwirtschaftliche Verteilung der Gelder für Investitionen das Ungleichgewicht unter den Krankenhäusern noch verstärkt. Das Krankenhaussterben wird zunehmen und die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung bleibt auf der Strecke.

► Fazit

Weil die Finanzierung der strukturellen Voraussetzungen für die Daseinsvorsorge Aufgabe des Staates ist, und weil die öffentliche Hand das Heft der Planung nicht

aus der Hand geben darf, ist die Monistik keine Lösung der Probleme. Die einzige Lösung ist tatsächlich eine Erhöhung der Mittel, die die Länder bisher aufbringen, auf mindestens 6,5 Mrd. Euro und die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften zur Investitionsfinanzierung. Die Abschaffung der Schuldenbremse und die Umverteilung des gesellschaftlichen Reichtums durch höhere Besteuerung der Reichen und der Kapitalbesitzer wären hierfür hilfreich.