

Bewertung der 13. Stellungnahme der Regierungskommission:

»Reform der Investitionskostenfinanzierung für die Krankenhäuser in Deutschland – Bestandsinvestitionen und Strukturinvestitionen«

Kurz vor ihrer Auflösung (bedingt durch den Regierungswechsel) hat die Regierungskommission nochmals zwei Stellungnahmen vorgelegt. Die 13. Stellungnahme beschäftigt sich mit der Investitionskostenfinanzierung. Dabei schöpft sie aus dem Vollen. Das ganze neoliberale Repertoire zur Umgestaltung der Krankenhäuser in marktförmige Wirtschaftsunternehmen kommt zur Anwendung. Wie auch in anderen Stellungnahmen beginnt das Ganze mit einer wirklichkeitsnahen Bestandsaufnahme:

»Zumeist wird für Krankenhäuser als Mindesthöhe für Investitionen zum Erhalt des Bestands ein Wert um die 8 % der Umsätze genannt.« (S. 4)

Es gibt zwar auch Berechnungen, dass der Investitionsbedarf eher bei 10 % der Umsätze liegt, aber da wollen wir nicht kleinlich sein. Die Gesundheitsausgaben für Krankenhäuser beliefen sich 2022 auf 120 Milliarden Euro (Destatis, Gesundheitsausgaben nach Einrichtungen). 10 % davon entsprächen jährlich 12 Milliarden Euro. Die Regierungskommission rechnet anders:

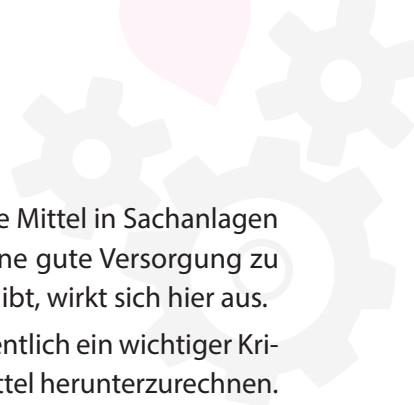
»Der Bedarf für Bestandsinvestitionen liegt hiernach zwischen sechs und acht Milliarden Euro pro Jahr, was 6,9 bis 9,2 % der Krankenhauserlöse entspricht.« (S. 6)

Wie kommt die Kommission zu diesen niedrigeren Zahlen?

»Unter Zugrundelegung des Sachanlagevermögens der Krankenhäuser in den neuen Ländern aus dem Jahr 2010 als Maßstab – sozusagen als Goldstandard – müsste das Sachanlagevermögen in ganz Deutschland im Jahr 2022 um circa 23 % höher liegen, also bei 159 Milliarden Euro. (...) In der Regel sind daher nur rund 80 % der Bauvorhaben förderfähig bzw. nur 127 der genannten 159 Milliarden Euro. Auch wird das heute vorhandene Anlagevermögen in der Zukunft nicht mehr in dem Maße erforderlich sein, wenn die derzeit niedrige Bettenauslastung von 71 % auf eine Zielauslastung von 85 % angehoben wird und im Zuge der Ambulantisierung der Medizin – trotz der Alterung der Bevölkerung – mittelfristig 20 % weniger stationäre Fälle zu erwarten sind. Damit wären in der Zukunft ein Drittel weniger Betten nötig. Unter der Annahme, dass dadurch der Investitionsbedarf um 20 % sinkt, beläuft sich das künftig nötige Anlagevermögen auf 102 Milliarden Euro.« (S. 5)

Hier werden verschiedene Annahmen getroffen, die so nicht haltbar sind.

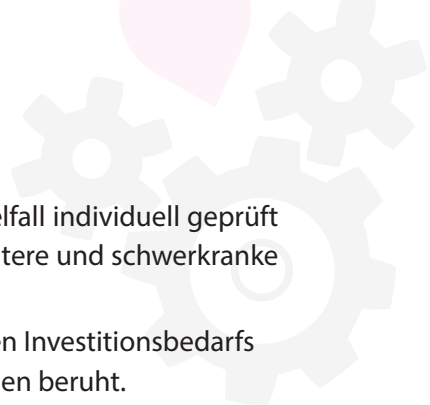
- Dass das Sachanlagevermögen in den neuen Ländern der Goldstandard sei, darf mit Fug und Recht bezweifelt werden. Dazu muss man sich nur die finanzielle Situation der entsprechenden Bundeslän-



der und die dortigen Förderquoten¹ ansehen. Es geht ja nicht darum, welche Mittel in Sachanlagen gebunden sind, sondern welche Landesförderung notwendig wäre, um eine gute Versorgung zu gewährleisten. Auch die Frage, ob es überhaupt genügend Krankenhäuser gibt, wirkt sich hier aus.

- Dass nur ein bestimmter Prozentsatz der Bauvorhaben förderfähig ist, ist eigentlich ein wichtiger Kritikpunkt an der Landesförderung und kein Grund die notwendigen Fördermittel herunterzurechnen. Warum werden z.B. die ambulante Behandlung und die hierfür notwendigen Einrichtungen aus der Förderung ausgeschlossen? Sie sind für den Betrieb eines Krankenhauses existenziell notwendig. Selbiges gilt für Parkflächen oder die Versorgung der Mitarbeiter mit Speisen.
- Eine Erhöhung der Auslastung der Krankenhäuser von ca. 71 auf 85 % ist völlig unrealistisch, bzw. würde zu einer deutlichen Verschlechterung der Versorgung führen. Folgende Faktoren, die die Bettennutzung wesentlich beeinflussen, werden nicht berücksichtigt:
 - Die Bettennutzung wird systematisch falsch berechnet, weil der Aufnahmetag und der Entlassungstag nur als ein Tag gerechnet werden (Mitternachtsstatistik). Das drückt die Bettennutzung um ca. 15 %. Eine Bettennutzung von 71 % bedeutet also tatsächlich eine Auslastung von über 80 %.
 - Interessanterweise wird zwar festgestellt, dass es zunehmend ältere Menschen gibt, dass dadurch die Verweildauern und der Bettenbedarf steigen, wird aber nicht berücksichtigt.
 - Wenn immer mehr Patient*innen ambulant behandelt werden, sind die verbleibenden stationären Patient*innen deutlich kränker und müssen daher länger im Krankenhaus behandelt werden. Dadurch erhöht sich die Verweildauer. In dieselbe Richtung wirkt eine Erhöhung des Alters der Patient*innen.
 - Medizinische Entscheidungen zur vorübergehenden Bettensperrung entstehen bei der Behandlung von Patient*innen, die aus hygienischen Gründen isoliert werden müssen. Morbiditäts-, Alters- und Liegedauerbedingt wird der Anteil isolationspflichtiger Patient*innen in Zukunft eher ansteigen.
 - Mit Einführung der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung (PPUGV) sind vorübergehende Bettensperrungen gesetzlich vorgeschrieben, wenn nicht genügend Pflegepersonal für die Behandlung verfügbar ist und wenn das Krankenhaus keine Strafen zahlen will.
 - Völlig ausgeblendet wird der Bedarf an zusätzlichen Betten, die für nicht planbare Sonderfälle wie Massenunfälle, Großschadensereignisse in Industrieanlagen, Naturkatastrophen oder Pandemien benötigt werden. Alle Regelungen zur sogenannten Vorhaltevergütung der künftigen Krankenhausfinanzierung berücksichtigen diese für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung bedeutsamen Vorhaltebedarfe nicht.
 - Dabei drückt sich die Kommission auch vor einer Stellungnahme zu der aktuellen gesellschaftlichen Debatte um eine behauptete Notwendigkeit des Gesundheitswesens, also auch die Krankenhäuser, kriegstüchtig zu machen und zu der Frage, ob und welche Konsequenzen aus Sicht der Regierungskommission daraus abzuleiten wären.
- Auch die Annahmen zur zukünftigen Ambulantisierung sind nicht seriös. Ob eine ambulante Behandlung aus Sicht der Patient*innen möglich ist (Alter, allg. Gesundheitszustand, soziale Lage, Versorgung zuhause gewährleistet, Wegezeiten bei Komplikationen) und ob überhaupt die ambulanten Strukturen und Kapazitäten vorhanden sind, um alle diese Patient*innen ambulant behandeln zu können, wird nicht weiter problematisiert. Alle Ambulantisierungszahlen, die gegenwärtig gehandelt werden, sind nach statistischen Kriterien errechnet (Zahl der Kurzlieger). Ob jemand ambulant behandelt

¹ Siehe z.B. Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern 2022, DKG, S. 84 und S. 93



werden kann, ist aber keine statistische Frage, sondern muss in jedem Einzelfall individuell geprüft werden. Hinzu kommt, dass die demografische Entwicklung (immer mehr ältere und schwerkranke Patienten) die Möglichkeiten ambulant zu behandeln deutlich einschränkt.

- Zudem stellt sich die Frage, wie aussagekräftig eine Kalkulation des künftigen Investitionsbedarfs überhaupt sein kann, wenn sie auf so vielen willkürlich getroffenen Annahmen beruht.

Trotz dieser Beschönigung des tatsächlichen finanziellen Desasters, ist festzuhalten, dass es zumindest ausgesprochen wird:

»Seit Wirksamwerden des KHG 1973 haben sich die Investitionsmittel (KHG-Mittel) verdoppelt (Stand 2020), während sich das Bruttoinlandsprodukt versiebenfacht hat. Insbesondere von 2010 bis 2020 war hierbei ein starkes Auseinanderklaffen der beiden Parameter zu verzeichnen« (S. 8)

»Im Vergleich zu den Erlösen der Krankenhäuser (ohne Universitätskliniken) machten die Mittel 2022 nur 3,5 % aus. 1991 hatte dieser Wert noch bei 9,4 % gelegen.« (S. 9)

Auch die Folgen der Unterfinanzierung der Investitionskosten werden in aller Deutlichkeit angesprochen. (S. 11). Genannt werden: mangelnde Anpassung an den med. Fortschritt und mangelnde Digitalisierung, mangelnde Standards bei der Unterbringung der Patient*innen, kompensatorische (d.h. nicht medizinisch begründete) Mengenausweitungen zur Einnahmesteigerung, zunehmende Privatisierungen, Defizite und Insolvenzen. Dem ist nichts hinzuzufügen.

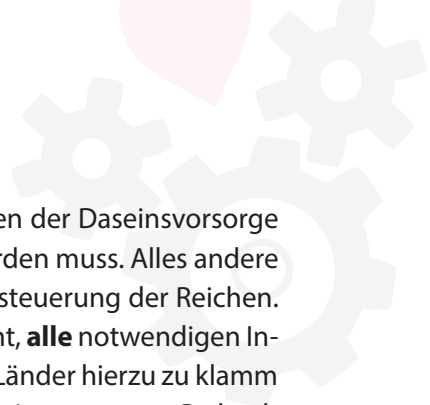
Empfehlungen der Kommission

Trennung von Strukturinvestitionen und Bestandsinvestitionen

»Die Regierungskommission empfiehlt, die Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser mittel- und langfristig so zu reformieren, dass auch nach Auslaufen des Transformationsfonds Strukturinvestitionen und Bestandsinvestitionen getrennt geregelt und finanziert werden.«

»Eine Verstetigung des Transformationsfonds im Sinne der Schaffung eines dauerhaften Fonds für Strukturinvestitionen ist sinnvoll. Auch für diesen neuen Fonds ist eine hälftige Finanzierung aus Ländermitteln und Bundesmitteln zu empfehlen, wobei eine wichtige und zu entscheidende Frage ist, ob die Bundesmittel wie beim Transformationsfonds von den Krankenversicherungen und/oder aus Steuermitteln kommen sollten. Eine Finanzierung aus Steuermitteln entspräche mehr der staatlichen Pflicht zur Daseinsvorsorge, zu der auch die Schaffung einer flächendeckenden und qualitativ hochwertigen Krankenhausversorgung gehört, hätte aber den Nachteil einer Abhängigkeit von der Haushaltslage – wie es sich bei der gegenwärtigen Investitionsfinanzierung durch die Bundesländer zeigt. Im Falle einer (teilweisen) Finanzierung aus Krankenkassenmitteln müssen private Krankenversicherung und Beihilfe einbezogen werden.« (S. 15)

Wir meinen: In der Sache lassen sich Struktur- und Bestandsinvestitionen oft nicht wirklich trennen. Wenn Bestandsinvestitionen durchgeführt werden, sollten sie auch immer notwendige neue Strukturen mit ermöglichen. Strukturinvestitionen erneuern in aller Regel auch den alten Bestand. Diese Empfehlung meint eigentlich etwas anderes: Es soll ein neuer Geldgeber – neben den Ländern – etabliert werden. Dass sich die Kommission hierbei nicht klar gegen eine Finanzierung durch die Beitragszahler ausspricht, ist ein Skandal. Der Verweis auf die Abhängigkeit von der Haushaltslage ist ein Scheinargument, weil die finanzielle Lage der Kassen genauso von der wirtschaftlichen Situation abhängt wie die der öffentlichen Haus-



halte. Umgekehrt wird ein Schuh daraus. Die Aufrechterhaltung der Einrichtungen der Daseinsvorsorge ist eine der Grundaufgaben des Sozialstaates, die über Steuermittel finanziert werden muss. Alles andere ist eine Frage der politischen Prioritätensetzung und eine Frage der stärkeren Besteuerung der Reichen. Ohne Zweifel ist es ein politischer Skandal, dass die Länder ihrer gesetzlichen Pflicht, **alle** notwendigen Investitionen im Krankenhausbereich zu finanzieren, nicht nachkommen. Wenn die Länder hierzu zu klamm sind, liegt das wesentlich am politisch gewollten Rückzug des Staates aus der Daseinsvorsorge z.B. durch die Schuldenbremse. Wenn man meint eine Mischfinanzierung durch Bund und Länder sei sinnvoll (wie es sie zwischen 1972 und 1984 gab), muss man das offen sagen und nicht den Umweg über eine Trennung von Struktur- und Bestandsinvestitionen wählen.

Bestandsinvestitionen

»Grundsätzlich empfiehlt die Regierungskommission, gesetzlich **nur noch Pauschalförderung** und keine Einzelvorhabensförderung mehr vorzusehen.« (S. 13)

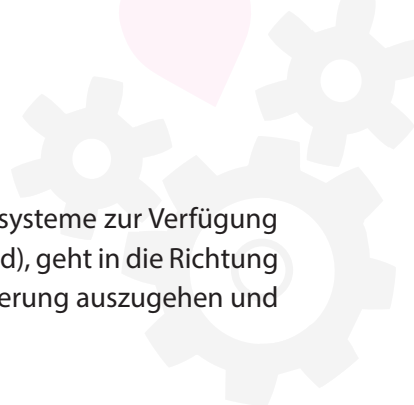
»Zielführender ist daher ein Anreizsystem, indem sich auch der Bund mit Steuermitteln an den Bestandsinvestitionen beteiligt. Voraussetzung für eine Bundesbeteiligung sollte sein, dass das jeweilige Bundesland in seiner Krankenhausplanung die Ziele der Krankenhausreform umsetzt und eine bestimmte Mindestquote an Bestandsinvestitionen in seinem Landeshaushalt vorsieht. Eine solche Mindestquote könnte zum Beispiel bei 5 % der Umsätze aller Krankenhäuser des Landes veranschlagt werden. Bestandsinvestitionen, die das Land über diese Mindestquote hinaus vornimmt, würden durch den Bund mit zusätzlichen Mitteln in halber Höhe gefördert.« (S. 16)

Diese Empfehlung ist ein weiterer Versuch Grundprinzipien der Daseinsvorsorge außer Kraft zu setzen. Eines dieser Grundprinzipien ist die Sachsteuerung: Zunächst wird der Bedarf ermittelt, dann die notwendigen Strukturen für diesen Bedarf definiert und dann die hierfür notwendigen Mittel zur Verfügung gestellt. Das Geld ist der letzte Schritt in dieser Kette und nicht wie bei jeder finanziellen Steuerung der erste und dominante. Eine Pauschalförderung hat zwei gravierende Folgen:

- Die Länder könnten keinen Einfluss mehr auf die Sachplanung nehmen und die Krankenhäuser würden allein entscheiden, für was sie die Gelder einsetzen. Es braucht wenig Phantasie, um zu erkennen, dass Investitionen, die hohe Einnahmen versprechen, hier priorisiert würden.
- Die Krankenhäuser müssten Geld für größere Projekte am Kapitalmarkt aufnehmen und sich verschulden. Der Kapitalmarkt würde weiter aufgebläht.

Die Einführung dieser Art von Investitionsfinanzierung würde bedeuten, dass Krankenhäuser – wie jeder Industriebetrieb – Abschreibungen ansetzen, ihre Preise mit den Investitionskosten kalkulieren und sich Gelder für Investitionen am Kapitalmarkt besorgen müssten. Für alle Krankenhäuser würde es darum gehen, möglichst hohe Renditen zu erwirtschaften, um wieder investieren zu können. Die Abhängigkeit der Existenz der Krankenhäuser von Gewinnen und die Konkurrenz der Krankenhäuser untereinander würde nochmals zunehmen – mit den entsprechenden Rückwirkungen auf die Behandlung der Patient*innen und die Beschäftigten. Sind die Investitionskosten erst einmal eingepreist, ist es nur noch ein kleiner Schritt zur Monistik (siehe nächste Empfehlung).

Dies alles ist ein weiterer Schritt in Richtung neoliberaler Ausrichtung der Krankenhäuser und der Aushöhlung der Daseinsvorsorge.



Auch die Empfehlung Bundesanteile an der Finanzierung über finanzielle Anreizsysteme zur Verfügung zu stellen (die Länder, die mehr Geld geben, bekommen auch mehr Geld vom Bund), geht in die Richtung finanzielle Steuerung, anstatt von den notwendigen Strukturen und ihrer Finanzierung auszugehen und diese Gelder dann vollständig zur Verfügung zu stellen (Sachsteuerung).

Monistische Finanzierung²

»Eine monistische Finanzierung könnte zum Beispiel durch einen Investitionsaufschlag auf die bisherigen DRGs erfolgen (...). Im zukünftigen Finanzierungssystem empfiehlt sich ein Aufschlag in analoger Höhe auf die Vorhaltevergütung (und nicht auf die rDRGs), um keinen Fehlanreiz zur Mengenausweitung zu erzeugen.

Eine monistische Finanzierung bedeutet, die Bundesländer teilweise oder vollständig von der Verpflichtung zu Bestandsinvestitionen zu entbinden, was im Gegenzug die Konsequenz mit sich brächte, dass die Bundesländer auch die Kompetenz und Hoheit über die Krankenhausplanung zumindest teilweise abgeben. Bei einer Krankenhausfinanzierung von Behandlungskosten und Investitionen durch die Krankenversicherungen müsste diesen im Gegenzug auch ein verbindliches Mitentscheidungsrecht über die Krankenhausplanung übertragen werden.« (...)

»Eine monistische Finanzierung bietet in einem reformierten Gesundheitssystem die Möglichkeit einer Bevölkerungsorientierung der Finanzierung von Investitionen und Betriebskosten, etwa durch Festlegung eines risikoadjustierten Pro-Kopf-Bedarfs, möglichst in einer bundeslandübergreifenden Betrachtung.« (...) (S. 17)

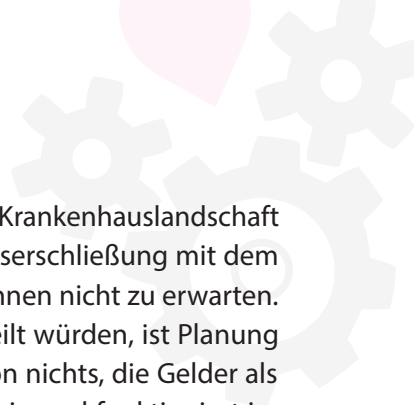
»Im Gegenzug für die Entbindung der Bundesländer von Investitionsverpflichtungen müssten zwingend kompensatorische finanzielle Umschichtungen erfolgen, zum Beispiel durch die Entlastung der Krankenversicherungen von versicherungsfremden Leistungen und durch Neuverteilung von Steuereinnahmen, die bisher den Bundesländern zur Verfügung stehen.« (S. 18)

Mit der dualen Finanzierung würde eines der letzten Elemente der staatlichen Bedarfsplanung im Krankenhausbereich fallen. Bisher ist es Aufgabe der Länder, die flächendeckende gute Versorgung der Bevölkerung mit allen medizinischen stationären Angeboten zu gewährleisten, vor allem durch gezielte, bedarfsgerechte Investitionsförderung. Ohne eine solche entscheiden Markt und Profit, wo das nächste Krankenhaus zu finden ist.

In Deutschland gab es bis 1972 die Monistik schon einmal. Weil damals die Krankenhäuser zunehmend verrotteten und auch mit der medizinischen Entwicklung nicht Schritt halten konnten, weil die Krankenkassen viel zu wenig Geld für die Modernisierung zur Verfügung stellten, wurde auf die duale Finanzierung durch die Länder umgestellt. Klar ist, dass, wenn nicht mehr Geld zur Verfügung gestellt wird, sich an der Unterfinanzierung der Investitionskosten 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 – auch wenn die Kassen anderweitig entlastet würden.

Im Falle der Finanzierung durch die Kassen würden – wie auch von der Kommission gefordert – diese auch die Planung übernehmen (»Wer zahlt, schafft an«). Eine Bedarfsplanung durch die Länder wäre nicht mehr möglich. Die Krankenkassen wurden aber ebenfalls so »reformiert«, dass sie wie profitgetriebene Wirt-

² Die folgende Bewertung folgt eng unserer Einschätzung der Monistik in unserer Broschüre »Das Fallpauschalensystem und die Ökonomisierung der Krankenhäuser – Kritik und Alternativen« (<https://www.krankenhaus-statt-fabrik.de/2024/03/05/broschuere-das-fallpauschalensystem-und-die-oekonomisierung-der-krankenhaeuser>).



schaftsunternehmen agieren und nur auf Kostensenkung aus sind. 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 Finanzierung der laufenden Kosten verteilt würden, ist Planung überhaupt nicht mehr möglich. Daran ändert auch der Vorschlag der Kommission nichts, die Gelder als Aufschlag auf die Vorhaltevergütung zu verteilen. Auch diese ist mengenabhängig und funktioniert im Kern wie die Rest-DRGs.³ Außerdem würden durch die Mindestvorhaltezahlen (SGB 5 § 135 f.) Krankenhäuser, die diese Zahlen unterschreiten, nicht nur die Vorhaltevergütung verlieren, sondern auch die Investitionskostenfinanzierung.

Krankenhäuser, die sich im DRG-System gut stellen, würden noch besser gestellt, die anderen noch schlechter. In der Konsequenz wird durch eine fehlende 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.

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 aufbringen.

Die von der Kommission hier propagierte »Bevölkerungsorientierung« der Vergütung ist eine vornehme Umschreibung für Capitation bzw. Regionalbudgets – ein weiteres Lieblingsprojekt der Neoliberalen. Dabei geht es eigentlich nicht um die Investitionskostenfinanzierung, sondern um eine Umstellung der gesamten Vergütung. In dieser Finanzierungsform wird ein fixes Gesamtbudget für die Versorgung einer Region festgelegt, was natürlich einen erheblichen Anreiz zur Unterversorgung (möglichst wenige Patient*innen behandeln bzw. in andere Bereiche abschieben, möglichst bei jedem Patienten Kosten sparen und möglichst am Personal sparen) setzt, weil dann der Verlust am geringsten bzw. der Gewinn am höchsten ist. Auch das ist eine Form der finanziellen Steuerung und läuft den Anforderungen der Daseinsvorsorge völlig zuwider.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Kommission die Probleme der gegenwärtigen Investitionskostenfinanzierung zwar grundsätzlich erkennt, sie aber eher zu gering quantifiziert und dass ihre Lösungsvorschläge zu keinerlei Verbesserung beitragen, sondern den Weg in eine marktwirtschaftliche Ausrichtung der Daseinsvorsorge weiter zementieren.

³ Siehe auch unsere Bewertung des KHVVG (<https://www.krankenhaus-statt-fabrik.de/2025/04/15/bewertung-krankenhaus-versorgungsverbesserungsgesetz-khvvg>)

Bündnis Krankenhaus statt Fabrik

V.i.S.d.P. Dr. Nadja Rakowitz

Mobil: 0172 – 185 8023

info@krankenhaus-statt-fabrik.de

www.krankenhaus-statt-fabrik.de

KRANKENHAUS
STATT **FABRIK**
bedarfsgerecht · gemeinwohlorientiert