

Umstellung auf eine monistische Finanzierung von Krankenhäusern

Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

Prof. Dr. Bert Rürup, Technische Universität Darmstadt

unter Mitarbeit von

Dr. Martin Albrecht, IGES

Dr. Christian Igel, IGES

Prof. Dr. Bertram Häussler, IGES

Berlin, 12. März 2008

Inhalt

1	Das Wichtigste in Kürze	5
2	Ausgangspunkt und Gegenstand der Expertise	7
2.1	Probleme der gegenwärtigen Finanzierung von Krankenhausinvestitionen.....	7
2.2	Grundsätze einer monistischen Krankenhausfinanzierung	11
2.3	Fragestellungen der Expertise	15
3	Modellvorschlag für den Übergang zu einer monistischen Krankenhausfinanzierung	16
3.1	Höhe der Investitionsförderung	16
3.1.1	Internationaler Vergleich.....	20
3.1.2	Intersektoraler Vergleich.....	21
3.1.3	Intertemporaler Vergleich	22
3.1.4	Orientierungswert für den Umfang der Investitionsförderung	24
3.2	Aufbringung der Investitionsmittel	25
3.2.1	Modifikation des Länderfinanzausgleichs	26
3.2.2	Auswirkungen der Modifikation des Länderfinanzausgleichs	29
3.3	Verteilung der Investitionsmittel	36
3.3.1	Grundsatz: Unabhängigkeit von Förderhistorie	36
3.3.2	Leistungsorientierte Investitionszuschläge und ergänzender Infrastrukturfonds	38
3.3.3	Ausgestaltung des Infrastrukturfonds	40

Abbildungen

Abbildung 1: Entwicklung der KHG-Investitionen, 1991-2006.....	9
Abbildung 2: Anteil der Krankenhausausgaben am BIP, 1991-2006	10
Abbildung 3: Anteil der KHG-Investitionen am BIP, 1991-2006	11
Abbildung 4: Die volkswirtschaftliche Investitionsquote, 1991-2007	20
Abbildung 5: Projektionen der KHG-Investitionen, 1991-2006.....	24
Abbildung 6: Schema der Umsatzsteuerverteilung.....	28
Abbildung 7: Verteilungsmodell	40

Tabellen

Tabelle 1: Ableitung eines Orientierungswertes für die Investitionsförderung von Krankenhäusern.....	25
Tabelle 2: Veränderung der Umsatzsteuerzuweisungen bei 5 Mrd. €-Abzug (2007).....	31
Tabelle 3: Veränderung der Umsatzsteuerzuweisungen bei 5 Mrd. €-Abzug (2006).....	32
Tabelle 4: Fiktive Nettoveränderung der Steuermittel der Länder (2006).....	33
Tabelle 5: Durchschnittliche Veränderung der Ländermittel	35

1 Das Wichtigste in Kürze

Im Rahmen dieser vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebenen Expertise zur Umstellung auf eine monistische Krankenhausfinanzierung sollten insbesondere zwei Aspekte behandelt werden:

1. Welche Gestaltungsoptionen bestehen für eine Kompensation im Verhältnis zwischen Bund und Ländern im Rahmen der Aufteilung von Gemeinschaftssteuern (Bund/Länder-Ausgleich) bei Zugrundelegung einer am durchschnittlichen Investitionsbedarf der Krankenhäuser orientierten Investitionsquote?
2. In welcher Weise und in welchem Umfang ist das unterschiedliche Niveau der bisherigen Krankenhausinvestitionsförderung der einzelnen Länder zwischen den Ländern auszugleichen?

Ein angemessenes, richtiges oder zweckmäßiges Investitionsniveau im Krankenhaussektor lässt sich wissenschaftlich nicht herleiten. In einem monistischen System konkurrieren die Krankenhäuser durch ihre Behandlungsleistungen gleichzeitig um Leistungsvergütungen und Investitionsmittel. Im Vergleich zur bisherigen dualen Krankenhausfinanzierung wird damit die Zuteilung von Investitionsmitteln stärker wettbewerblich organisiert. Höhe und Struktur der aus diesem Wettbewerb resultierenden Investitionen sind a priori unbestimmt.

Zu bestimmen ist aber die Höhe einer zukünftigen Investitionsförderung in Form von Steuerzuschüssen in den Gesundheitsfonds. Als Orientierungsgröße wird auf der Basis von Vergleichen mit Investitionsquoten in anderen Dienstleistungsbereichen sowie von Projektionen der KHG-Investitionsquoten der Vergangenheit ein aktueller Wert von 5 Mrd. € für die Investitionsförderung von Krankenhäusern ermittelt.

Der entwickelte Modellansatz sieht vor, dass die hierfür erforderlichen Mittel zukünftig nicht aus den Länderhaushalten finanziert werden, sondern im Rahmen eines Vorwegabzuges vom Umsatzsteueraufkommen, das den Ländern zusteht. Eine auf 5 Mrd. € erhöhte Investitionsförderung würde die Bundesländer durchschnittlich um 22 € je Einwohner und Jahr belasten, wenn man den Wegfall der bisherigen KHG-Förderung gegenrechnet und dabei die in den letzten zehn Jahren durchschnittliche Förderung unterstellt.

Auch für die Verteilung der Investitionsfördermittel sieht der Vorschlag keine explizite Berücksichtigung der bundeslandspezifischen KHG-Förderhistorie vor. Ob sich ein Krankenhaus im Hinblick auf seine Investitionsmittelausstattung nach dem Übergang zur Monistik besser oder schlechter stellt, hängt entscheidend vom Volumen und der Struktur seiner Leistungen sowie von seiner Wirtschaftlichkeit ab. Zwischen diesen und der Höhe der KHG-Investitionsförderung seines Bundeslandes besteht jedoch kein deterministischer Zusammenhang.

Der Großteil der Investitionsmittel sollte leistungsbezogen in Form von DRG-Zuschlägen ausgezahlt werden. Hiervon ist eine Beschleunigung des Abbaus von Überkapazitäten sowie der Spezialisierung der Krankenhäuser zu erwarten. Allerdings könnte dies in strukturschwachen Regionen unerwünschte Konsequenzen haben, denn zwischen Spezialisierung und Wirtschaftlichkeit von Krankenhäusern einerseits und der wohnortnahen, flächendeckenden Versorgung andererseits bestehen Zielkonflikte.

Um diese unerwünschten Konsequenzen – insbesondere eine regionale Ausdünnung der elementaren Krankenhausversorgung – zu vermeiden, sollte ein bestimmter Teil (z. B. 10 %) der Steuermittel für die Investitionsförderung nicht in Form von DRG-Zuschlägen ausgezahlt werden, sondern in einen Infrastrukturfonds fließen. Die Mittel aus diesem Fonds sind dann von den Bundesländern ausschließlich für die Krankenhausversorgung in strukturschwachen Regionen einzusetzen. Für die Zuteilung der Mittel sollten bundeseinheitliche Verfahrensgrundsätze etabliert werden. Im Rahmen dieser Grundsätze sollten die Bundesländer selbständig über den Mitteleinsatz bestimmen können.

Damit würden die Bundesländer neben einer Aufsichts- und Überwachungsfunktion in der regionalen Krankenhausversorgung auch ein aktives Steuerungsinstrument erhalten, um ihrer Sicherungsverantwortung zu entsprechen. Darüber hinaus soll mit dem vorgeschlagenen Infrastrukturfonds explizit anerkannt werden, dass Krankenhäuser eine zentrale Rolle in der Struktur- und Regionalpolitik der Bundesländer einnehmen können. Für strukturschwache Regionen soll damit die Möglichkeit geschaffen werden, Krankenhausförderung im Zusammenhang mit anderen Maßnahmen der regionalen Infrastrukturpolitik (z. B. Verkehrsinfrastruktur, Bildungseinrichtungen) zu gestalten.

2 Ausgangspunkt und Gegenstand der Expertise

2.1 Probleme der gegenwärtigen Finanzierung von Krankenhausinvestitionen

Seit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) aus dem Jahr 1972 haben Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan ihres Bundeslandes aufgenommen wurden, einen Rechtsanspruch auf staatliche, d. h. aus Steuermitteln des Landeshaushalts finanzierte, Förderung ihrer Investitionen. Die laufenden Betriebsausgaben eines Krankenhauses werden dagegen von den Krankenkassen in Form von Pflegesätzen gemäß dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) finanziert. Gegenüber den "Plankrankenhäusern" eines Bundeslandes besteht Kontrahierungs- bzw. Erstattungspflicht der Krankenkassen.

Diese getrennte ("duale") Form der Finanzierung von Investitionsaufwendungen einerseits und Betriebsausgaben andererseits wird bereits seit vielen Jahren kontrovers diskutiert.¹ Die landes- und kommunalpolitische Einflussnahme auf die Entwicklung des Krankensektors ist konstitutiver Bestandteil der Krankenhausplanung und der dualen Finanzierung. Deren Ziel ist die Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung und die grundgesetzlich verankerte wirtschaftliche Sicherung von Krankenhäusern. Dabei wird unterstellt, dass diese Ziele mit einer überwiegend marktwirtschaftlichen Steuerung nicht oder nur unzureichend erreicht würden. Die landes- und kommunalpolitische Einflussnahme wird mit einer Reihe nachteiliger Wirkungen in Verbindung gebracht. Hierzu zählen vor allem zeitliche Verzögerungen infolge der externen Bürokratisierung von Investitionsentscheidungen, aber auch der Umstand, dass sachfremde Aspekte maßgeblich über die Zuteilung der Fördermittel mitentscheiden können.

Die fehlende Möglichkeit für Krankenhäuser, die Finanzierung von Investitionen und laufendem Betrieb kohärent zu planen und zu verhandeln, beeinträchtigt ihre betriebswirtschaftliche Rentabilität. Hierauf deuten sowohl

¹ Vgl. zu den Mängeln der dualen Krankenhausfinanzierung SVR-G 2007, S. 350 ff.

das Investitionsverhalten als auch die Markterfolge der privaten Krankenhausträger hin. Aus ordnungspolitischer Sicht ist die gegenwärtige duale Finanzierung der Krankenhäuser fragwürdig, da sie zur stark kritikbehafteten Sektoralisierung im deutschen Gesundheitswesen beiträgt. Während im ambulanten Bereich Kapazitätsplanung und Sicherstellungsfunktion in der Verantwortung der Kassenärztlichen Vereinigungen liegt und die Leistungserbringer ihre Investitionsaufwendungen vollständig aus ihrer Vergütung durch die Krankenkassen finanzieren, sind im Krankenhausbereich hierfür jeweils die Bundesländer zuständig. Die unterschiedliche Investitionsfinanzierung bedingt zudem eine Verzerrung der relativen Preise zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Die steuerfinanzierte Förderung von Investitionen der Krankenhäuser konterkariert somit den Grundsatz "ambulant vor stationär" und die Optimierung der Angebotsstrukturen im Rahmen der Bemühungen um eine integrierte Versorgung.

Schließlich stellt sich die duale Finanzierung angesichts einer seit Mitte der 90er Jahre sowohl relativ, als auch absolut nahezu kontinuierlich sinkenden Investitionsförderung zunehmend selbst in Frage. Der Prozess, dass der Anteil der Ländermittel an der Gesamtfinanzierung von Krankenhäuser fortwährend abnimmt, führt zu einer faktisch zunehmend monistischen Krankenhausfinanzierung ("schleichende Monistik").

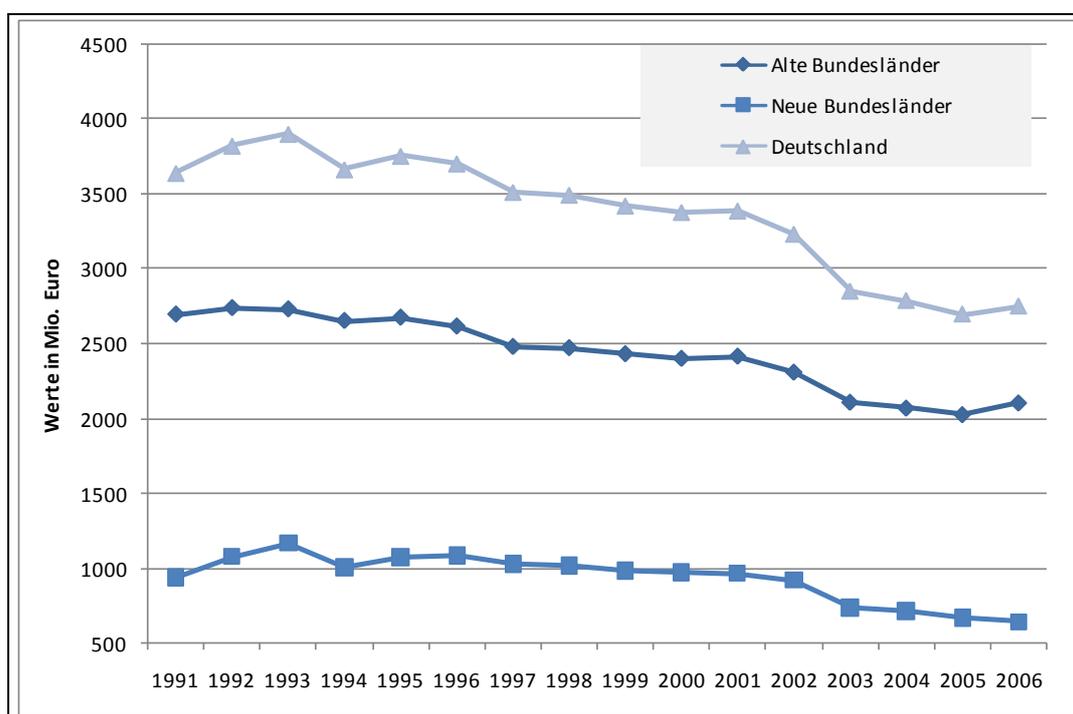
Der bisherige Verlauf der KHG-Investitionen der Länder seit 1991 folgt einem kontinuierlich fallenden Trend (Abbildung 1). Mit Ausnahme eines leichten Niveauanstiegs bis zum Jahr 1993, der hauptsächlich durch die deutlichen Erhöhungen des Investitionsvolumens in den neuen Ländern infolge des Krankenhausinvestitionsprogramms nach Art. 14 des Gesundheitsstrukturgesetzes aus dem Jahr 1992 begründet ist, sanken die KHG-Investitionen ausgehend von etwa 3,6 Mrd. Euro im Jahr 1991 bis zum Jahr 2006 auf ca. 2,7 Mrd. Euro.

Ein Rückgang der Investitionen im Krankenhausbereich stellt nicht a priori ein wirtschaftliches Problem dar. Er wäre z. B. dann unproblematisch, wenn der gesamte Krankenhausesektor im Verhältnis zur Gesamtwirtschaft schrumpft. Dies ist aber nicht der Fall. Ausgehend vom Jahr 1991 bis zum Jahr 2006 ist der Anteil der Krankenhausausgaben² am BIP nahezu kons-

² Hier und im Folgenden werden als Proxy für die Krankenhausausgaben die bereinigten Krankenhauskosten gemäß amtlicher Statistik verwandt, weil die Kosten im Gegensatz zu den Gesundheitsausgaben getrennt nach Gebietsständen ausgewiesen werden. Darüber hinaus spricht für eine Verwendung der bereinigten Kosten, dass sie – neben einer Reihe von Abzügen – auch keine Aufwendungen für Hochschulaufgaben enthalten, während die statistischen Angaben zu den Krankenhausausgaben

tant (Abbildung 2). Dieser Befund gilt sowohl für die isolierte Betrachtung der alten Bundesländer als auch für Gesamtdeutschland. Die Anschubfinanzierungen für die Krankenhäuser in den neuen Bundesländern nach der Wiedervereinigung verzerren diesen Indikator für den Beginn der 90er Jahre. Verstärkt wird dieser Effekt auch durch die deutlich geringere Wirtschaftskraft der neuen Bundesländer, wodurch die Bezugsgröße BIP gemindert wird.

Abbildung 1: Entwicklung der KHG-Investitionen, 1991-2006



*) Bis 1993 nur Berlin (West).

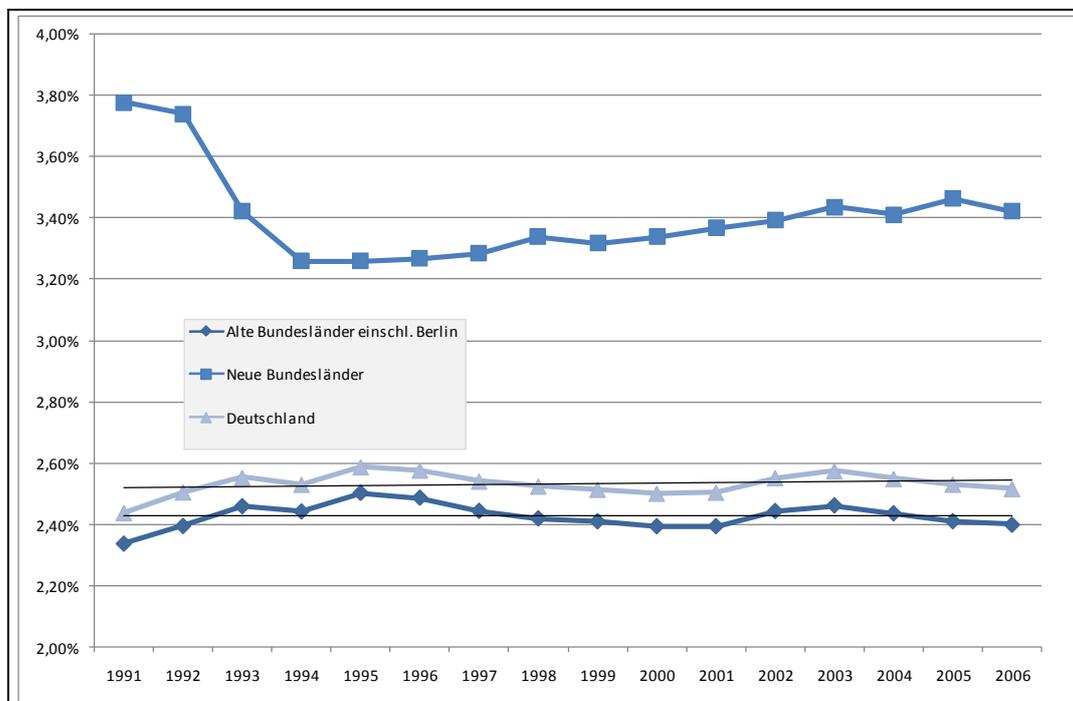
Quelle: Arbeitsgemeinschaft der Länder 2007; eigene Darstellung.

Unabhängig von diesen Verzerrungen sind die Ausgaben im Krankenhaus in Relation zum BIP sowohl in der Betrachtung Gesamtdeutschlands als auch bei isolierter Analyse der alten Bundesländer nahezu konstant. Die Werte bewegen sich im Untersuchungszeitraum in einem engen Band zwischen 2,4 % und 2,6 % des BIP. Die Entwicklung der Ausgaben im Krankenhausbereich beschreibt somit den annähernd gleichen, konstanten Ver-

den Universitätsbereich einschließen. Die Krankenhäuser, die Hochschulaufgaben wahrnehmen, können hierfür eine separate Investitionsförderung in Anspruch nehmen (2005: Fördervolumen insg. 1,4 Mrd. €), die KHG-Investitionen decken diesen Bereich nicht ab. Da sich die bereinigten Kosten auf die Aufwendungen beschränken, die durch originäre Krankenhausleistungen entstehen, sind sie somit die geeignetere Bezugsgröße für die KHG-Investitionen.

lauf wie die GKV-Leistungsausgaben als Anteil des BIP (vgl. Igel 2007 sowie Wille/Igel 2007).

Abbildung 2: Anteil der Krankenhausausgaben am BIP, 1991-2006

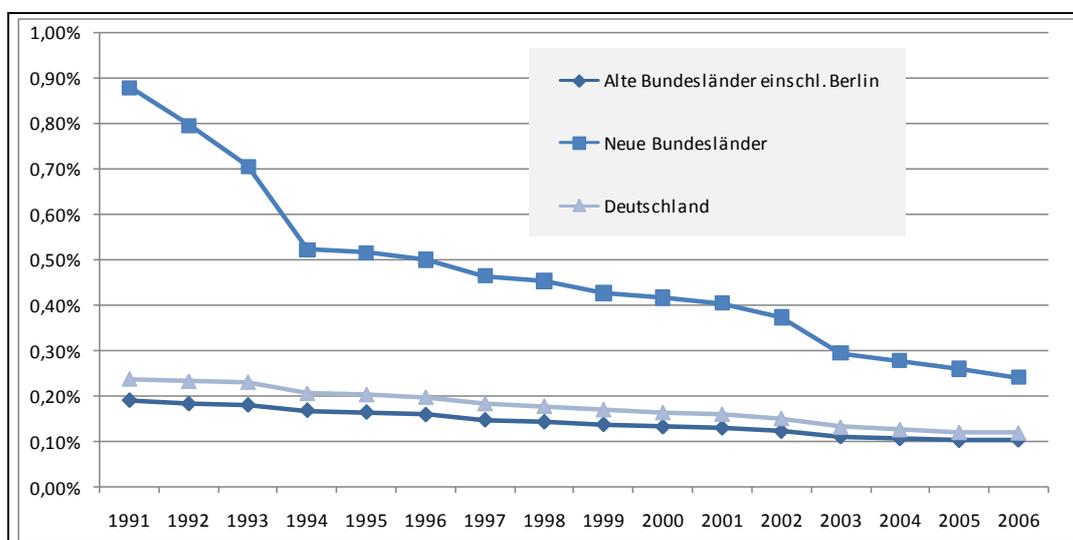


Quelle: Statistisches Bundesamt 1992-2007, eigene Berechnungen.

Trotz beschriebener Konstanz der Krankenhausausgaben zum BIP erodiert die Quote der KHG-Investitionen, also der im Rahmen der dualen Finanzierung zur Verfügung gestellten Mittel, zum BIP seit 1991 (Abbildung 3). In der Betrachtung der alten Bundesländer hat sich der Mittelzufluss für Investitionen von 0,19 % des BIP im Jahre 1991 auf 0,10 % des BIP im Jahre 2006 nahezu halbiert. Dieser Befund gilt auch für die Analyse des gesamten Bundesgebietes und unter Berücksichtigung besagter Verzerrungen durch Anschubfinanzierungen in den neuen Bundesländern. Hier sinkt die Quote der Investitionsmittel nach KHG von gut 0,24 % des BIP auf 0,12 % im Zeitraum 1991 bis 2006.

Während also die Krankenhausausgaben im Verhältnis zum BIP weitgehend konstant geblieben sind, kam es zu einem deutlichen Rückgang der Investitionsmittel nach dem KHG im Verhältnis zum BIP.

Abbildung 3: Anteil der KHG-Investitionen am BIP, 1991-2006



Quelle: Arbeitskreis Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen der Länder 2008, Arbeitsgruppe für Krankenhauswesen 2007, eigene Berechnungen.

Vergleicht man die Quote der KHG-Fördermittel zu den Gesamtausgaben der Krankenhäuser, zeigt sich auch hier die besagte Erosion der staatlichen Mittelzuweisung deutlich. Ausgehend vom Jahr 1991 sank in den alten Bundesländern ebenso wie in der Gesamtbetrachtung Deutschlands die Quote von gut 8 % bzw. 10 % bis zum Jahr 2006 auf etwa 4,3 % bzw. 4,7 %.

Basierend auf den vorliegenden Auswertungen wird deutlich, dass trotz einer weitgehenden Konstanz der Krankenhausaussgaben gemessen am BIP – und damit gleicher Wertschätzung dieses Bereiches im Kontext der gesamtwirtschaftlichen Produktion – die Investitionsmittel nach KHG sowohl absolut betrachtet als auch im Verhältnis zum BIP und im Verhältnis zu den Krankenhauskosten deutlich reduziert wurden.

2.2 Grundsätze einer monistischen Krankenhausfinanzierung

Aus den eben aufgeführten Gründen besteht in der Gesundheitspolitik auf Bundesebene sowie unter Gesundheitsökonominnen weitgehend Konsens darüber, dass ein offener (und eben nicht schleichender) Übergang zu einer monistischen Krankenhausfinanzierung erstrebenswert ist.

Einige wesentliche Grundsätze einer monistischen Finanzierung werden für die folgenden Ausführungen als gegeben unterstellt, weil sie nicht Gegenstand der vorliegenden Expertise sind. Hierzu zählen:

- Die monistische Finanzierung "aus einer Hand" bedeutet, dass die Krankenhäuser sowohl Betriebsausgaben als auch Investitionsaufwendungen allein aus der Vergütung ihrer erbrachten Behandlungsleistungen durch die Krankenversicherungen finanzieren.³ Ziel der Monistik ist es, dass sich die Investitionsmittel leistungsorientiert auf die Krankenhäuser verteilen.
- Im Hinblick auf die Mittelaufbringung wird Monistik hier so definiert, dass die Krankenversicherungen (stellvertretend für die Patienten als Nutzer von Krankenhausleistungen) sowohl für die Betriebs- als auch für die Investitionsaufwendungen der Krankenhäuser Zahlungen tätigen – entsprechend den in Anspruch genommenen Leistungen.
- Die Finanzausstattung der Krankenversicherungen wiederum kann durch Steuerzuschüsse (z. B. in den Gesundheitsfonds) erhöht werden, die dem Zweck einer Förderung von Krankenhausinvestitionen dienen. Um das Prinzip der Monistik nicht auszuhöhlen, darf in diesem Fall zwischen den Steuerzuschüssen und den tatsächlichen Zahlungen der Krankenversicherungen an die Krankenhäuser jedoch keine direkte Bindung bestehen. Die Höhe des Steuerzuschusses könnte mit Umstellung auf die Monistik einmalig im Hinblick auf einen Förderbedarf bestimmt werden – evtl. versehen mit einer Dynamisierungsregel – dann aber müsste sie von den tatsächlichen Krankenhausinvestitionen abgekoppelt werden (keine Nachschusspflicht).
- Eine explizite Investitionsförderung durch die Krankenversicherungen wird ausgeschlossen, weil es damit faktisch bei einer Dualität der Krankenhausfinanzierung bliebe und die Investitionsentscheidungen weiterhin Gegenstand bürokratisierter Prozesse wären.⁴
- Technisch umgesetzt wird die Monistik durch Investitionszuschläge auf die diagnosebezogenen Fallpauschalen. Je nach Ausgestaltung der Aufschläge ergeben sich unterschiedliche Allokationswirkungen.⁵ Da der

³ Zur Vereinfachung bleibt hier das Marktsegment der selbstzahlenden Patienten unberücksichtigt.

⁴ Vgl. SVR-G 2007, S. 401.

⁵ Wird z. B. auf alle DRGs einheitlich ein identischer absoluter Geldbetrag aufgeschlagen, richtet sich die Höhe der Investitionsmittel allein nach der Fallzahl. Wird der Investitionsaufschlag hingegen als identischer prozentualer Aufschlag auf die

Zusammenhang zwischen der Höhe der diagnosebezogenen Fallpauschale und dem diagnosebezogenen Investitionsbedarf nicht immer linear ist, empfiehlt sich ein differenziertes System von Investitionsaufschlägen.⁶ Die technische Lösung der Kopplung an DRG-Pauschalen bedeutet, dass die Investitionsmittel im Rahmen der GKV (ab dem Jahr 2009) über die Abflüsse aus dem Gesundheitsfonds zur Vergütung stationärer Behandlungsleistungen auf die Krankenhäuser verteilt werden.

- Die konsequente Kopplung der Investitionsmittel an die Leistungsvergütungen bedeutet, dass zukünftig kein „Investitionsstau“ mehr in dem Sinne entstehen kann, dass die Krankenhausinvestitionen der tatsächlichen Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen „hinterherhinken“. Investitionsbudgets können nicht mehr explizit gedeckelt werden, sondern nur noch mittelbar infolge von Einschränkungen in der Vergütung von stationären Behandlungsleistungen. Umgekehrt sind Steigerungen der Investitionsmittel genau so wie die Leistungsvergütungen abhängig von der Finanzausstattung der Krankenversicherungen.
- Die bisherige detaillierte Krankenhausplanung durch die Bundesländer wird aufgegeben. An ihre Stelle tritt eine Aufsichtsfunktion gegenüber den zur Versorgung der Versicherten zugelassenen Krankenhäusern, die sich ausschließlich auf die Qualität und Sicherheit der stationären Leistungen bezieht (Qualitätsmonitoring).⁷ Darüber hinaus überwachen die

diagnosebezogene Fallpauschale bemessen, sind die Investitionsmittel sowohl von der Fallzahl als auch von der Fallschwere abhängig. Vgl. SVR-G 2007, S. 401.

- ⁶ Die Investitionszuschläge sollten so differenziert werden, dass sie die Unterschiede in der tatsächlichen Nutzung verschiedener Anlagegüter (z. B. medizintechnische Großgeräte) zwischen den einzelnen DRG-Pauschalen widerspiegeln (vgl. Wasem/Vincenti 2000, S. 240). Vgl. hierzu den Vorschlag des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken (BDPK) in Zusammenarbeit mit dem RWI Essen ("Modell 21"), gemäß dem die Investitionszuschläge auf der Basis einer aufwandsbezogenen Kalkulation durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) bestimmt werden. Bis die entsprechenden Kalkulationsergebnisse vorlegen, sollen die Investitionszuschläge zunächst pauschal je Fall gezahlt werden (BDPK 2007). Die Bestimmung der Investitionsaufschläge ist nicht Gegenstand der vorliegenden Expertise. Sollen mit der monistischen Krankenhausfinanzierung die Preisverzerrungen zwischen ambulantem und stationären Sektor beendet werden (vgl. Kapitel 2.1), müssten perspektivisch auch entsprechende Investitionszuschläge für diagnosebezogene Fallpauschalen zur Vergütung ambulanter Leistungen bestimmt werden (oder auf sämtliche Steuermittel in der „Gegenfinanzierung“ verzichtet werden).
- ⁷ Vgl. hierzu die Ausführungen des SVR-G 2007, S. 372 ff., gemäß denen die bisherige Erfüllungsverantwortung der Bundesländer durch eine Gewährleistungsverantwortung zu ersetzen sei. Mit dem Vorschlag eines „Infrastrukturfonds“ (siehe Kapitel 3.3.3) weicht die vorliegende Expertise jedoch vom Konzept der Krankenhaus-Rahmenplanung, wie es der Gesundheits-Sachverständigenrat beschreibt (SVR-G 2007, S. 375 ff.), insbesondere im Punkt „Regulation und Sicherung“ ab.

Bundesländer die Entwicklung der Krankenhauskapazitäten im Hinblick auf ihre regionale Verteilung und räumlichen Zugangsmöglichkeiten.⁸ Damit bleiben die Bundesländer weiterhin verantwortlich für die Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen.

Ein weiterer wichtiger Grundsatz, der den folgenden Ausführungen zugrunde liegt, ist, dass die Umstellung auf eine monistische Krankenhausfinanzierung nicht zu einer finanziellen Besserstellung der Bundesländer im Ausmaß der heutigen (und zukünftig entfallenden) KHG-Fördermittel und zu einer entsprechenden Belastung der Beitragszahler in der Krankenversicherung führt. Statt dessen geht es darum, die bislang für Krankenhausinvestitionen verwandten Steuermittel in einen monistischen Finanzierungsrahmen zu überführen.

Der mit dem GKV-WSG beschlossene Gesundheitsfonds ist eine zentrale Sammelstelle für Mitgliederbeiträge, Beitragszuschüsse von Arbeitgebern, Rentenversicherungsträgern etc. sowie die Steuerzuschüsse des Bundes. Daher liegt es nahe, zusätzliche Steuerzuschüsse zur Finanzierung von Krankenhausinvestitionen ebenfalls in diese zentrale Sammelstelle Gesundheitsfonds fließen zu lassen, zumal über ihn auch die Auszahlungen von Investitionsmitteln an die Krankenhäuser abgewickelt werden (s. o.).

Ein bislang nicht gelöstes Problem der Zuführung von Steuermitteln in den Gesundheitsfonds ergibt sich aus der fehlenden Einbindung der Privaten Krankenversicherung (PKV). Sobald eine Zweckbindung der Steuerzuschüsse erkennbar macht, dass sich diese auf die Finanzierung von Tatbeständen mit gleicher Relevanz für alle Krankenversicherten beziehen, ist eine exklusive Beschränkung auf die GKV problematisch. Eine finanztechnische Abwicklung derartiger Steuerzuschüsse über den Gesundheitsfonds wäre jedoch gleichbedeutend damit, dass nur GKV-Versicherte in den Genuss dieser Steuerfinanzierung kämen. Aus diesem Grund wurde beispielsweise eine explizite Bindung der mit dem GKV-WSG beschlossenen Steuerzuschüsse des Bundes an familienpolitische Tatbestände (Krankenversicherung von Kindern) vermieden.

Eine Auszahlung der Investitionszuschläge auf die Vergütungen von Krankenhausleistungen über den Gesundheitsfonds würde bedeuten, dass ihre

⁸ Sollten die Krankenkassen zukünftig infolge der Möglichkeit, selektive Verträge mit Krankenhausträgern abzuschließen, unmittelbar die räumlichen Zugangsmöglichkeiten ihrer Versicherten zu Krankenhausleistungen beeinflussen können, wäre eine zusätzliche Aufsichts- oder Überwachungsfunktion der Bundesländer auch gegenüber den Krankenkassen sinnvoll.

(ganz oder teilweise) „Gegenfinanzierung“ durch Steuermittel ausschließlich GKV-Versicherten zugute käme, während die Versichertengemeinschaft der PKV die Investitionszuschläge vollständig – und im Gegensatz zur bisherigen Situation – aus den Beitragseinnahmen zu bestreiten hätte. Um eine solche Diskriminierung zu vermeiden, müssten der PKV ebenfalls entsprechende Steuermittel zugewiesen werden.⁹

Das skizzierte Problem einer möglichen Diskriminierung ist grundsätzlicher Natur und resultiert letztlich aus der Segmentierung des Krankenversicherungsmarktes in Deutschland. Die Auseinandersetzung mit Möglichkeiten zur Überwindung dieser Segmentierung geht deutlich über den Rahmen der vorliegenden Expertise hinaus.¹⁰ Die ungleiche Behandlung von GKV und PKV im Hinblick auf Steuerzuschüsse in den Gesundheitsfonds wird daher im Folgenden nicht weiter thematisiert.

2.3 Fragestellungen der Expertise

Aus Sicht des Bundesministeriums für Gesundheit stellen sich die Rahmenbedingungen für eine Umstellung auf eine monistische Krankenhausfinanzierung folgendermaßen dar:

Eine unmittelbare Zuführung von Ländersteuern in den Gesundheitsfonds ist nicht realisierbar. Die Umstellung auf eine monistische Krankenhausfinanzierung erfordert im Hinblick darauf, dass die Länder aus ihrer Finanzierungsverantwortung entlassen werden, eine finanzielle Kompensation sowohl im Rahmen des Bund/Länder-Finanzausgleichs als auch – unter Berücksichtigung der bisherigen unterschiedlichen Investitionsleistungen der Länder – im Rahmen des Länderfinanzausgleichs. Über die Gesamthöhe der Zuführung zum Gesundheitsfonds ist in diesem Zusammenhang zu entscheiden.

Vor diesem Hintergrund hat das Bundesministerium für Gesundheit dem Auftragnehmer dieser Expertise im Februar 2008 folgende Fragestellungen vorgelegt:

⁹ Dies wäre gleichermaßen geboten, wenn die mit dem GKV-WSG beschlossenen Steuerzuschüsse tatsächlich zur Finanzierung der Krankenversicherung von Kindern verwendet werden sollen.

¹⁰ Vgl. zu dieser Auseinandersetzung Albrecht/Schräder/Sehlen (2006).

1. Welche Gestaltungsoptionen bestehen für eine Kompensation im Verhältnis zwischen Bund und Ländern im Rahmen der Aufteilung von Gemeinschaftssteuern (Bund/Länder-Ausgleich) bei Zugrundelegung einer am durchschnittlichen Investitionsbedarf der Krankenhäuser orientierten Investitionsquote?
2. In welcher Weise und in welchem Umfang ist das unterschiedliche Niveau der bisherigen Krankenhausinvestitionsförderung der einzelnen Länder zwischen den Ländern auszugleichen?

3 Modellvorschlag für den Übergang zu einer monistischen Krankenhausfinanzierung

3.1 Höhe der Investitionsförderung

Angesichts des kontinuierlichen Rückgangs der KHG-Förderung durch die Bundesländer (vgl. Kapitel 2.1) wird allgemein von einem unzureichenden Volumen der gegenwärtigen Investitionsfinanzierung ausgegangen. Während die Feststellung einer aktuellen Unterfinanzierung der Krankenhäuser mit Blick auf ihre Investitionstätigkeiten weitgehend unumstritten ist, besteht über das konkrete Ausmaß dieser Unterfinanzierung kein Konsens.

Vorliegende Schätzungen zum Ausmaß der Unterfinanzierung weisen eine breite Streuung auf; sie reichen von 12 Mrd. Euro (RWI 2006, S. 6) bis 50 Mrd. Euro (DKG 2007, S. 14). Gemeinsam ist diesen Schätzungen, dass sie das Ausmaß des so genannten Investitionsstaus ausschließlich aus der Entwicklung der Investitionsmittel (bzw. KHG-Fördermittel) in der Vergangenheit herleiten. Dabei wird dann z. B. die Investitionsförderung im Bundesland Bayern als Norm gesetzt, und aus den Abweichungen zu dieser Norm das Ausmaß der Unterfinanzierung ermittelt (vgl. z. B. Augurzky et al. 2004, S. 18).

Auf den baulichen Zustand sowie die Ausstattung der Krankenhäuser, und insbesondere auf die diesbezügliche Heterogenität unter den Krankenhäusern, lässt sich aus der Entwicklung der KHG-Fördermittel allerdings nur sehr begrenzt schließen. Aus ordnungspolitischer Sicht fragwürdig ist die Schätzung der Unterfinanzierung ausschließlich auf der Basis vergangenheitsbezogener Investitionsaufwendungen aber vor allem deshalb, weil da-

mit vorhandene Über-, Unter- und Fehlkapazitäten im Krankenhausbereich ausgeblendet werden.

Zur Ermittlung bzw. Identifikation bestehender Über-, Unter- und Fehlkapazitäten im Krankenhausbereich fehlen jedoch eindeutige objektive Maßstäbe,¹¹ zumal sich die Kapazitätsentwicklung an den medizintechnischen Fortschritt anzupassen hat. Für fundamentale Parameter der Kapazitätsbeurteilung wie das Verhältnis von räumlicher Erreichbarkeit (Wohnortnähe) zu Spezialisierung und Rentabilität von Krankenhäusern lässt sich kein eindeutiger Algorithmus finden. Ihre Festlegung unterliegt damit letztlich stets einer normativen Entscheidung, die politisch nach demokratischen Prinzipien zu treffen ist.¹²

Daher lässt sich auch ein angemessenes, richtiges oder zweckmäßiges Investitionsniveau im Krankensektor wissenschaftlich nicht herleiten. Aus ordnungspolitischer Sicht wird ein unter Effizienzgesichtspunkten optimales Investitionsverhalten um so wahrscheinlicher erreicht, je stärker die Ressourcenallokation marktwirtschaftlich-wettbewerblichen Prinzipien unterliegt – vorausgesetzt, es liegt kein Marktversagen vor, und ein funktionsfähiger Wettbewerb ist realisierbar.

In einem monistischen System konkurrieren die Krankenhäuser durch ihre Behandlungsleistungen gleichzeitig um Leistungsvergütungen und Investitionsmittel. Im Vergleich zur bisherigen dualen Krankenhausfinanzierung wird damit stärker wettbewerblichen Prinzipien der Ressourcenallokation entsprochen, und die Krankenhausinvestitionen sollten durch eine höhere Effizienz gekennzeichnet sein.¹³ Höhe und Struktur der aus diesem Wettbewerb resultierenden Investitionen sind aber a priori unbestimmt.

¹¹ Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen bezeichnet die Ermittlung einer angemessenen Bedarfsdeckung in der Krankenhausplanung als „Mathematik der Ungenauigkeiten“ (vgl. SVR-G 2007, S. 371).

¹² Vgl. auch SVR-G 2007, S. 371 f.

¹³ Eine Erhöhung der Effizienz ist zu erwarten, wenn die steuerfinanzierten Investitionsförderungen gemäß Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser zugeteilt werden und sich die Förderung nicht mehr am Input, sondern am Output orientiert. Weitergehendes Potenzial für eine Effizienzsteigerung bietet eine Orientierung der Förderung an gesundheitsbezogenen Outcomes – vorstellbar etwa im Rahmen selektiver Verträge zwischen Krankenversicherungen und Krankenhausträgern für elektive Leistungen bzw. für Leistungen mit vergleichsweise unproblematischer Outcomemessung. Die Effizienz der Krankenhausinvestitionen wird grundsätzlich dadurch gehemmt, dass die Patienten überwiegend nicht als Nachfrager direkt gegenüber den Anbietern von Krankenhausleistungen auftreten, so dass sie ihre Präferenzen (bzw. ihre Zahlungs-

Zu bestimmen ist hingegen die Höhe der zukünftigen Investitionsförderung in Form von Steuerzuschüssen in den Gesundheitsfonds. Solange zwischen den Steuerzuschüssen und den tatsächlichen Zahlungen der Krankenversicherungen an die Krankenhäuser keine direkte Bindung (und keine Nachschusspflicht) besteht, ist eine steuerfinanzierte Förderung durchaus mit dem Prinzip der Monistik vereinbar (vgl. Kapitel 2.2). Für Steuerzuschüsse zugunsten der Krankenhausinvestitionen sprechen im Wesentlichen zwei Gründe:

- Erstens haben Teile der Krankenhausleistungen und Krankenhausinvestitionen den Charakter öffentlicher Aufgaben. Diese sind dadurch begründet, dass Marktunvollkommenheiten, sei es im Rahmen des Optionsnutzens oder positiver externer Effekte, ausgeglichen werden sollen. Hierzu zählt insbesondere die Finanzierung von Vorhaltekapazitäten im Rahmen der Notfallversorgung. Eine rein marktmäßig-wettbewerbliche Finanzierung scheidet daher aus. Zumindest eine anteilige Finanzierung von Krankenhausinvestitionen aus allgemeinen Steuermitteln erscheint gerechtfertigt.
- Zweitens wurde als ein Grundsatz für die Umstellung auf Monistik unterstellt (vgl. Kapitel 2.2), dass es hierdurch nicht zu Verschiebungen finanzieller Lasten zugunsten der Bundesländer und zu Lasten der Beitragszahler kommen soll. Das bedeutet, dass der Umfang der bisherigen Steuerfinanzierung mindestens aufrecht erhalten wird.

Hinsichtlich einer zumindest mittelbar zweckgebundenen Zuweisung an Steuermitteln für Krankenhausinvestitionen und mit Blick auf die oben ausgeschlossene Nachschusspflicht ist eine (absolute oder relative) Begrenzungsvorgabe erforderlich. Aus den vorigen Ausführungen geht klar hervor, dass sich auch die optimale Höhe eines solchen Steuerzuschusses zur Finanzierung von Krankenhausinvestitionen nicht wissenschaftlich bestimmen lässt.

Ziel dieses Abschnitts soll es daher sein, eine (grobe) Orientierung für die politisch zu bestimmende Größenordnung der Krankenhausinvestitionsförderung sowie die hieraus abzuleitende Höhe von Steuerzuschüssen in den Gesundheitsfonds zu geben. Zu diesem Zweck werden im Folgenden – oh-

bereitschaft) nicht unmittelbar offenbaren. Statt dessen können ihre Präferenzen nur mittelbar im Rahmen des Krankenversicherungswettbewerbs das Leistungs- und Investitionsgeschehen im Krankenhausbereich steuern – und dies zur Zeit auch nur sehr eingeschränkt, denn in der GKV unterliegen die Krankenkassen einem Kontrahierungszwang gegenüber allen zugelassenen Krankenhäusern. Darüber hinaus bezieht sich die Krankenversicherungswahl in der Regel auf umfassende Leistungspakete, klare Präferenzsignale in Bezug ausschließlich auf stationäre Leistungsangebote können so nur begrenzt vermittelt werden.

ne Anspruch auf eine analytische Fundierung – Referenzgrößen als mögliche Orientierungswerte dargestellt.

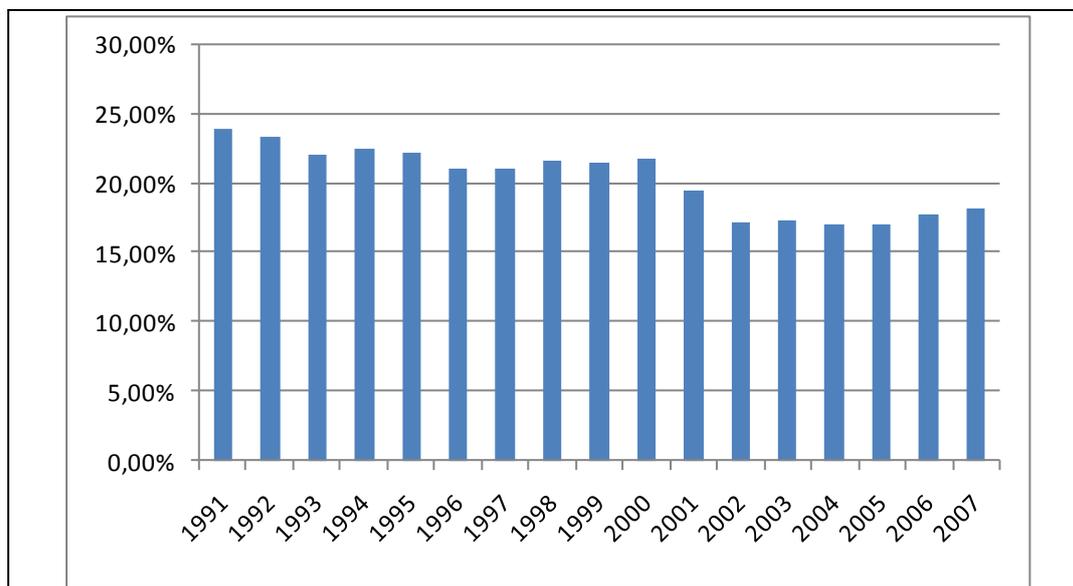
Sollen Aussagen über die Angemessenheit des Niveaus einer Größe getroffen werden, ohne dass hierfür objektive Maßstäbe zur Verfügung stehen, wird eine Beurteilung häufig auf der Basis intertemporaler, internationaler oder intersektoraler Vergleiche vorgenommen. Auch wenn solche Vergleiche für die Krankenhausinvestitionen in Deutschland teilweise auf substantielle methodische und datentechnische Einschränkungen treffen, werden sie nachfolgend zur Ableitung von Orientierungswerten herangezogen.

Für alle nachfolgenden Vergleiche gilt als grundlegende Einschränkung, dass aus Gründen der fehlenden Datenverfügbarkeit nicht die gesamten Krankenhausinvestitionen in Deutschland betrachtet werden, sondern lediglich der Umfang der KHG-Fördermittel. Unberücksichtigt bleiben alle getätigten Krankenhausinvestitionen, die nicht durch KHG-Mittel finanziert wurden, darunter insbesondere Investitionen privater Krankenhausträger sowie sämtliche Investitionen von Krankenhäusern, die nicht nach KHG förderfähig sind. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass infolge der sinkenden KHG-Fördermittel ein Teil der Investitionen auch in Plankrankenhäusern aus den Leistungsvergütungen finanziert wurden.

Ein globaler und alle Bereiche der Volkswirtschaft umfassender erster Vergleichsindikator stellt die volkswirtschaftliche Investitionsquote dar. Diese bemisst sich als Anteil der gesamten Bruttoinvestitionen einer Volkswirtschaft am BIP. Im Zeitraum der Jahre 1991 bis 2003 ist diese Quote gesunken (Abbildung 4). Während die Investitionen des Jahres 1991 – auch bedingt durch Sondermaßnahmen im Rahmen der Wiedervereinigung – noch 24 % betragen, sank ihr Anteil bis zum Jahr 2003 auf gut 17 % ab und stabilisierte sich in den folgenden Jahren auf diesem Niveau bzw. stieg bis zum Jahr 2007, mit etwas über 18 %, sogar leicht an.

Die volkswirtschaftliche Investitionsquote liegt deutlich über der Quote aus KHG-Investitionen zu den gesamten Krankenausgaben in Höhe von zuletzt 4,7 % (2006). Allerdings eignet sich die volkswirtschaftliche Investitionsquote aufgrund der Heterogenität der Gesamtwirtschaft nicht als adäquater Orientierungswert. Im Folgenden werden aus diesem Grund andere Indikatoren betrachtet, die eine höhere Vergleichbarkeit zum Krankenhausbereich aufweisen (Krankenhausinvestitionen in anderen Ländern, andere Dienstleistungsbereiche, Krankenhausinvestitionen in der Vergangenheit).

Abbildung 4: Die volkswirtschaftliche Investitionsquote, 1991-2007



Quelle: Statistisches Bundesamt 2008, eigene Berechnungen.
 Quote = Bruttoinvestitionen / BIP.

3.1.1 Internationaler Vergleich

Ein internationaler Vergleich der Investitionen im Krankensektor wird durch die für Deutschland spezifische duale Finanzierung erschwert, denn für die KHG-Investitionsförderung gibt es im Ausland keine direkte Vergleichsgröße. Dies zeigt sich beispielsweise für die Schweiz, die im Hinblick auf die Zahl der Krankenhausbetten und Krankenhaufälle je Einwohner für einen Vergleich mit Deutschland prinzipiell geeignet wäre. In der Schweiz werden – im Unterschied zu Deutschland – sämtliche Ausgaben für stationäre Behandlungen (inklusive Investitionen) jeweils hälftig durch die obligatorische Krankenversicherung und durch die Kantone finanziert.

Hinzu kommt, dass gerade für den Krankensektor keine international vergleichbare Investitionsrechnung existiert. Nach Datenausweis der OECD (vgl. OECD Health Data 2007) finden sich unter den Gesamtgesundheitsausgaben der Länder zwar auch Investitionen; da sich diese jedoch auf den medizinischen Bereich insgesamt beziehen, eignen sie sich nicht für einen internationalen Vergleich nur der Krankenhausinvestitionen. Die ausgewiesenen Gesamtinvestitionen beziehen sich außerdem auf das "System of

health accounts 2000", das durch eine große Heterogenität der Erhebungsmethoden und statistischen Abgrenzungen gekennzeichnet ist.¹⁴

3.1.2 Intersektoraler Vergleich

Intersektorale Vergleiche, also Vergleiche der Investitionsquoten in anderen Wirtschaftsbereichen, sind generell möglich, erfordern aber die Berücksichtigung der Besonderheiten des Krankenhaussektors, so zum Beispiel ein überproportionaler Anteil von Personalkosten im Vergleich zu anderen Industriezweigen. Leistungen, die im Gesundheitswesen und insbesondere im Krankenhaus erbracht werden, gehören zum Dienstleistungssektor. Eine Querschnittbetrachtung der Investitionsquoten in diesem Bereich soll daher weitere Vergleichsgrößen generieren.

Zum Wirtschaftsabschnitt I (Verkehr und Nachrichtenübermittlung) zählen u. a. die Deutsche Post, die Telekom, aber auch kleine Taxiunternehmen oder die Binnenschifffahrt (Statistisches Bundesamt 2006). Alleine im Verkehrswesen, das zumindest im Rahmen der Sicherstellung der Versorgung ähnlichen Kriterien unterliegt wie der Krankenhausbereich (flächendeckende Versorgung), lag das Investitionsvolumen im Jahre 2003 bei etwa 8 % des Umsatzes. Die Verteilung der Investitionen war in diesem Bereich allerdings recht heterogen. Während die Investitionsquote von Unternehmen, die sonstige Hilfs- und Nebentätigkeiten für die o. a. Branche ausübten, bei etwa 25,6 % lag, betrug sie bei Unternehmen der Schifffahrt nur ca. 6 %. Im Bereich der Nachrichtenübermittlung, zu denen neben Fernmeldediensten auch private Post und Kurierdienste zählen, wurden knapp 8 % des Umsatzes für Investitionen aufgewendet, bei privaten Kurierdiensten alleine lag die Investitionsquote lediglich bei 2,5 %.

Der sehr weit gefasste Wirtschaftsabschnitt K beinhaltet sowohl Unternehmen als auch freiberufliche Tätigkeiten mit Dienstleistungen für Wirtschaft, Staat und private Haushalte. Ähnlichkeiten zum Krankenhausbereich finden sich hier u. a. in der hohen Personalintensität der Arbeitserbringung. Der Schwerpunkt der hier zusammengefassten Bereiche liegt im Grundstücks- und Wohnungswesen, Vermietung beweglicher Sachen ohne Bedienungspersonal, Datenverarbeitung und Datenbanken, Forschung und Entwicklung oder Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen (Unternehmensdienstleister). Der zuletzt genannte Bereich umfasst vor allem frei-

¹⁴ Nach Auskunft des Statistischen Bundesamtes und der OECD wird derzeit an einer Revision der Datenerhebung gearbeitet.

beruflich Tätige, wie zum Beispiel Rechts-, Steuer- und Unternehmensberater, Wirtschaftsprüfer, Architekten und Ingenieure. In diesem Wirtschaftsabschnitt war neben den überdurchschnittlich hohen Personalkosten (ähnlich wie im Krankenhaussektor) vor allem der Investitionsbereich mit 11,9 % des Umsatzes Hauptkostenblock.

Die Unternehmen in den o. a. Wirtschaftsabschnitten I und K investierten gemeinsam und bezogen auf das Jahr 2003 rund 62,4 Mrd. Euro oder knapp 10 % des Umsatzes. Damit lag deren Investitionsquote deutlich höher als die der Unternehmen des verarbeitenden Gewerbes. Bei einem Investitionsvolumen von etwa 48,6 Mrd. Euro (einschl. Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden) betrug die Investitionsquote gemessen am Gesamtumsatz nur 3,5 % (vgl. Statistisches Bundesamt 2006).

Die hier aufgeführten Investitionsquoten eignen sich in dieser Form allenfalls begrenzt als Benchmark für das Krankenhauswesen. Sie messen alle den Anteil der Investitionsmittel am Gesamtumsatz. Im Krankenhausbereich, in dem mit zunehmender Privatisierung zwar Gewinne erwirtschaftet werden, ist der Umsatzbezug aber nicht zielführend. Viele der Häuser werden defizitär betrieben, weiterhin ist durch die duale Finanzierung der Umsatz der Häuser alleine durch die Aufwendungen für den laufenden Betrieb bestimmt. Eine Berücksichtigung des Umsatzes der Krankenhäuser zur Bestimmung von Investitionsquoten, der sich alleine durch Leistungsentgelte zur Deckung der laufenden Betriebsausgaben bestimmt, stellt insofern keine vergleichbare Größe zu Umsatzzahlen eines marktlich handelnden Unternehmens dar. Insofern setzen die vorliegenden Ausführungen die Investitionsmittel nach dem KHG nicht in Beziehung zum Umsatz, sondern zu den Ausgaben der Krankenhäuser. Zugunsten eines längerfristigen Vergleiches und als Referenz zur verfügbaren Datenlage werden die bereinigten Krankenhauskosten verwendet (vgl. Fußnote 2). Vergleicht man die Krankenhauskosten mit den Krankenhausinvestitionen nach KHG, beträgt deren Anteil im Vergleichsjahr 2003 nur rd. 5 % und liegt damit um die Hälfte niedriger als in den o. a. Dienstleistungsbereichen.

3.1.3 Intertemporaler Vergleich

Intertemporale Vergleiche, wie jede Darstellung einer Entwicklung über die Zeit, unterliegen u. U. Verzerrungen durch Basiseffekte, Investitionszyklen oder die Wahl eines (ungeeigneten) Referenzjahres. Bezogen auf die Entwicklung der Krankenhausinvestitionen in der Bundesrepublik können Auswertungen Verzerrungen unterliegen – beispielweise durch besondere

Anschubfinanzierungen in den neuen Bundesländern nach der Wiedervereinigung – und allfällige Entwicklungstrends konterkarieren.

Schon die vorherigen Ausführungen (Kapitel 2.1) haben gezeigt, dass gemessen am Vergleichsindikator BIP der Anteil des Krankenhausbereiches mit der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung Schritt halten konnte und sein Ausgabenanteil trotz vielfältiger Kostendämpfungsmaßnahmen und diskretionärer Eingriffe nahezu unverändert blieb.

Unter der Annahme, dass das Verhältnis von KHG-Fördervolumen für Krankenhausinvestitionen zum BIP im Jahr 1991 bis zum Jahr 2006 konstant geblieben wäre, ergäbe sich ein Investitionsvolumen für die gesamte Bundesrepublik von 5,2 Mrd. € (Abbildung 5). Dieser Wert übersteigt die tatsächliche aktuelle Förderhöhe (2006) um etwa 2,5 Mrd. €.

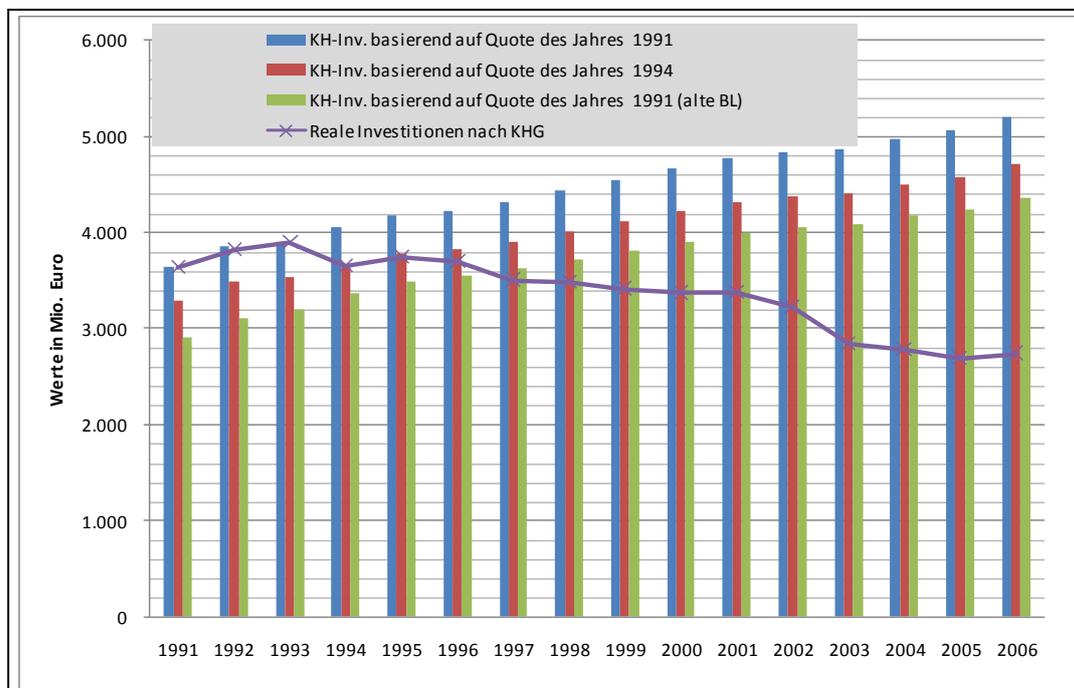
Die Berücksichtigung eventueller Über- bzw. außerplanmäßiger Investitionen, die sich im Zusammenhang mit der Wiedervereinigung und dem erhöhten Mittelbedarf Anfang der 90er Jahre ergaben, legt zum Vergleich die Anwendung eines späteren Referenzjahres nahe. Bei Verwendung der entsprechenden Quote des Jahres 1994 belaufen sich die fortgeschriebenen, fiktiven Investitionsmittel bis zum Jahr 2006 auf ca. 4,7 Mrd. €. Dieser Wert liegt mehr als 71 % über dem tatsächlichen Mittelvolumen des Jahres 2006.

Selbst eine vollständige Ausblendung der neuen Bundesländer und die isolierte Verwendung der Investitionsmittelquote am BIP der alten Bundesländer auf Basis des Jahres 1991 ergäbe ein Mittelvolumen, das mit knapp 4,4 Mrd. € die gegenwärtige Förderhöhe (2006) um knapp 60 % überstiege. Gleichzeitig ist hier zu berücksichtigen, dass ein auf der Basis nur der alten Bundesländer abgeleiteter Orientierungswert tendenziell "zu gering" ausfiele, weil die Bezugsgröße BIP für Gesamtdeutschland auch durch die geringere Produktivität der neuen Bundesländer beeinflusst wird und hierdurch der Verhältniswert verzerrt wäre.

Nahezu identische Ergebnisse erhält man, wenn statt des Indikators KHG-Investitionen zum BIP das Verhältnis von KHG-Investitionen zu den bereinigten Gesamtkosten des Jahres 1991 bzw. 1994 über die Zeit und bis zum Jahr 2006 konstant gehalten wird. Durch die Fortschreibung der Quoten des Jahres 1991 bzw. 1994 steigt das fiktive Fördervolumen gegenüber dem Status quo deutlich. Basierend auf der Relation des Jahres 1991 erhöht sich das fiktive Fördervolumen bis zum Jahr 2006 auf knapp 5,7 Mrd. € oder 106 % über das tatsächliche Niveau. Unterstellt man die Quote des Referenzjahres 1994, erhöht sich das fiktive Fördervolumen immerhin noch auf

4,7 Mrd. € oder 72 % über die tatsächliche Mittelzuweisung des Jahres 2006 mit 2,7 Mrd. €.

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



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

3.1.4 Orientierungswert für den Umfang der Investitionsförderung

Die vorstehenden Überlegungen und Vergleiche zeigen, dass die derzeitige Investitionsquote im Bereich der Krankenhäuser unter den Investitionsquoten liegt, die sich für die gesamte Volkswirtschaft, für andere Sektoren im Dienstleistungsbereich und auch auf der Basis einer Projektion früherer Investitionsvolumina ergeben. Während die volkswirtschaftliche Investitionsquote sich nicht als Vergleichsmaßstab eignet, ergäbe sich bei Übertragung der Verhältnisse anderer Dienstleistungsbereiche sowie aus den Projektionen der KHG-Investitionen der Vergangenheit ein Investitionsvolumen zwischen ca. 4,7 und 5,7 Mrd. € für den Krankenhausbereich.

Auf dieser – nicht analytisch zu fundierenden – Basis wird für die weiteren Überlegungen als Volumen für die Investitionsförderung im Krankenhausbereich ein Orientierungswert von 5 Mrd. € als Zielgröße unter Status-quo-

Bedingungen unterstellt. 5 Mrd. € entsprechen etwa einer Quote von 8,6 % der bereinigten Krankhauskosten.¹⁵

Tabelle 1: Ableitung eines Orientierungswertes für die Investitionsförderung von Krankenhäusern

Indikator	Quote (ca.)	Bezugsgröße
Volkswirtschaftliche Investitionsquote (2007)	18 %	BIP
Wirtschaftsabschnitt I (2003)		Umsatz
Verkehr	8 %	
Unternehmen für sonstige Hilfs- und Nebentätigkeiten	25,6 %	
Schifffahrt	6 %	
Nachrichtenübermittlung	8 %	
Private Kurierdienste	2,5 %	
Wirtschaftsabschnitt K (2003)		Umsatz
Freiberufliche Tätigkeiten	11,9 %	
Wirtschaftsabschnitt I und K zusammen	10 %	Umsatz
Verarbeitendes Gewerbe (2003)	3,5 %	Umsatz
KH-Investitionen (2006)	5 %	KH-Kosten
Vorschlag Expertengutachten Baden-Württemberg (2006)	10 %	Umsatz
Orientierungswert (5 Mrd. €)	8,6 %	KH-Kosten

Quelle: Eigene Darstellung.

3.2 Aufbringung der Investitionsmittel

Ausgehend von einem derzeitigen Orientierungswert von 5 Mrd. € als derzeitige Größenordnung für das Volumen der Investitionsförderung von Krankenhäusern entsteht im Vergleich zum aktuellen KHG-Fördervolumen (2006) ein zusätzlicher Finanzbedarf in Höhe von rd. 2,3 Mrd. €.

¹⁵ Der Bericht der Expertenkommission des Landes Baden-Württemberg nennt eine Investitionsquote von 10 % als angemessen, allerdings gemessen am Umsatz der Krankenhäuser.

Die Generierung der insgesamt erforderlichen Mittel kann sowohl alleine und wie bisher durch die Länder erfolgen, durch eine gemeinsame Finanzierung aus Steuermitteln des Bundes und der Länder oder aber durch eine Dreiteilung der Finanzierungslasten auf Bund, Länder und Krankenkassen bzw. Beitragszahler. Für alle Varianten wird (gemäß Kapitel 2.2) unterstellt, dass die bislang für Krankenhausinvestitionen verwandten Steuermittel der Bundesländer in einen monistischen Finanzierungsrahmen überführt werden. Eine neu entstehende Belastung des Bundes oder der Beitragszahler durch die Förderung der Finanzierung von Krankenhausinvestitionen in Höhe des aktuellen Orientierungswertes von 5 Mrd. € kann sich gemäß diesem Grundsatz nur im Hinblick auf den zusätzlichen Finanzbedarf (2,3 Mrd. €) ergeben.

Keine Form einer Aufteilung der Lasten aus dem zusätzlichen Finanzbedarf auf Bund, Länder und Beitragszahler ist wissenschaftlich ableitbar, sondern nur im Rahmen eines politischen Prozesses zu bestimmen. Für das weitere Vorgehen wird analog der bisherigen Regelung von einer Lastenverteilung auf andere Finanziere Abstand genommen. Die Finanzierungslast aus der Mittelaufbringung sei weiterhin alleine durch die Bundesländer zu tragen.

3.2.1 Modifikation des Länderfinanzausgleichs

Die zur Förderung der Krankenhausinvestitionen eingesetzten Steuermittel der Bundesländer sind in einen monistischen Finanzierungsrahmen zu überführen. Der im Folgenden dargestellte Ansatz orientiert sich an der Maßgabe, diese Umstellung so zu organisieren, dass möglichst nicht in den komplexen horizontalen Finanzausgleich zwischen den Bundesländern eingegriffen wird, sondern durch eine Modifikation im Rahmen des Finanzausgleichsgesetzes umgesetzt werden kann.

Der entwickelte Modellansatz sieht daher vor, dass die Mittel zur Finanzierung der Investitionen im Krankenhausbereich zukünftig nicht mehr aus den Länderhaushalten finanziert werden, sondern im Rahmen eines Vorwegabzuges vom Umsatzsteueraufkommen, das den Ländern zusteht. Damit tragen die Bundesländer weiterhin die Finanzierungslast, allerdings nicht mehr in Form von Investitionsförderungen als Zahlungen aus ihren Haushalten, sondern in Form dauerhaft verminderter Einnahmen aus der Umsatzsteuer.

Anders als die Bundes-, Landes- und Gemeindesteuern, deren Aufkommen überwiegend den jeweiligen Gebietskörperschaften zufließen, werden die sogenannten Gemeinschaftsteuern zwischen Bund und Ländern aufgeteilt (vertikale Steuerverteilung). Zu den Gemeinschaftssteuern gehören die ver-

anlagte Einkommensteuer, die Lohnsteuer, die Körperschaftsteuer, die Kapitalertragsteuer und die Umsatzsteuer.

Nach dem Prinzip des örtlichen Aufkommens stehen den Ländern grundsätzlich die auf ihrem Gebiet vereinnahmten Steueraufkommen zu. Allerdings wird dieses Prinzip bei der Einkommen- und Körperschaftsteuer durch spezielle Regelungen korrigiert.

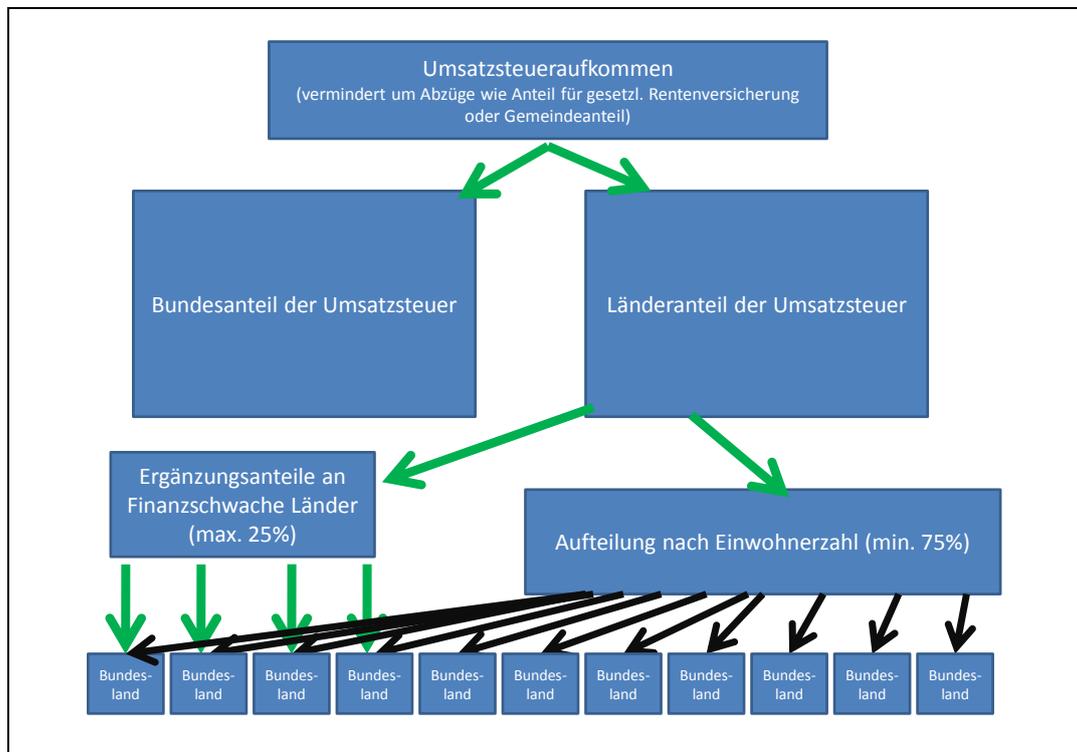
Die Umsatzsteuer unterliegt nicht dem Prinzip des örtlichen Steueraufkommens. Einen Teil des Länderanteils an der Umsatzsteuer, höchstens jedoch 25 %, erhalten diejenigen Länder, deren Einnahmen je Einwohner aus der Einkommensteuer, der Körperschaftsteuer und den Landessteuern unterhalb des Länderdurchschnitts liegen, als so genannte Ergänzungsanteile. Die exakte Höhe der Ergänzungsanteile ist abhängig davon, wie stark die Einnahmen aus den o. a. Steuerarten je Einwohner eines Landes unter den entsprechenden durchschnittlichen Steuereinnahmen je Einwohner aller Länder liegen.

Liegt das landesspezifische Aufkommen aus den o. a. Steuerarten unterhalb von 100 % des bundesdurchschnittlichen Wertes, werden die Fehlbeträge anhand eines speziellen Auffüllungsalgorithmus (zweistufiger Tarif) nach § 2 Finanzausgleichsgesetz aus den Mitteln des Umsatzsteueraufkommens, das den Ländern zusteht, ergänzt. Je stärker ein Land den bundesdurchschnittlichen Wert unterschreitet, desto höher sind seine Ergänzungsanteile. Der für die Ergänzungsanteile über alle Bundesländer verwandte Anteil am Umsatzsteueraufkommen ist jedoch gedeckelt bei 25 % des Länderanteils am gesamten Umsatzsteueraufkommen. Mindestens 75 % des Umsatzsteueraufkommens der Länder müssen dagegen nach der Zahl der Einwohner der Bundesländer verteilt werden.

Die Umsatzsteuerzuordnung hat damit bereits Finanzausgleichswirkungen, weil sie eine Annäherung der Steuereinnahmen der Länder bewirkt. Weiterhin werden die Ergänzungsanteile zwar aus dem Umsatzsteuervolumen der Länder bezahlt, die Höhe der Ergänzungsanteile ist aber – mit Ausnahme einer eventuellen Deckelung bei 25 % – unabhängig vom Umsatzsteueraufkommen. Allfällige Umsatzsteuerkürzungen beeinflussen die Mittel der Länder daher nur über die Mittelzuweisungen nach Einwohnerzahlen, solange die 25 %-Kappungsgrenze nicht greift.

Nach Maßgabe der vorläufigen Abrechnung des Länderfinanzausgleichs für das Ausgleichsjahr 2007 betrug das gesamte Umsatzsteueraufkommen rd. 169,6 Mrd. €. Der Länderanteil des Umsatzsteueraufkommens belief sich unter Berücksichtigung aller Vorwegabzüge auf 43,5 % bzw. 73,8 Mrd. €.

Abbildung 6: Schema der Umsatzsteuerverteilung



Quelle: Eigene Darstellung.

Für die Ergänzungsanteile wurden insgesamt 12,7 Mrd. € aufgewendet (ca. 17 % des Länderanteils des Umsatzsteueraufkommens). Für die weitere Umsatzsteuerverteilung auf die Länder bliebe so ein Volumen von etwa 61,1 Mrd. €.

Der Abzug der Ländermittel aus dem Umsatzsteueraufkommen soll sich genau auf dieser Ebene vollziehen, also nach Zuweisung der Ergänzungsanteile, aber vor der Aufteilung des verbleibenden Umsatzsteueraufkommens nach Einwohnerzahl. Für die folgenden Betrachtungen wird aus Vereinfachungsgründen mit einem pauschalen, d. h. fixen absoluten Abzug vom Umsatzsteueraufkommen in Höhe des derzeitigen Orientierungswertes für die Investitionsförderung von 5 Mrd. € kalkuliert. Bei längerfristiger Betrachtung sollte hingegen in Erwägung gezogen werden, den Abzug als festen prozentualen Anteil vom Umsatzsteueraufkommen zu gestalten. Damit wäre gewährleistet, dass eine automatische Kopplung der Investitionsmittel für Krankenhäuser an die Umsatzsteuerentwicklung und damit an die allgemeine wirtschaftlichen Entwicklung erreicht wird. Zukünftige Veränderungen des Umsatzsteuersatzes würden es dann aber erforderlich machen, die Höhe des prozentualen Anteilswertes für den Abzug entsprechend diskretionär anzupassen. Bei einem pauschalen Abzug hingegen kann die An-

passung an die reale wirtschaftliche Entwicklung bzw. an die Steueraufkommensveränderung über die Zeit von vornherein nur über diskretionäre Anpassungen erreicht werden.

3.2.2 Auswirkungen der Modifikation des Länderfinanzausgleichs

Unter der vorläufigen Annahme einer Kürzung des Umsatzsteueraufkommens der Länder i. H. des Orientierungswertes für die Investitionsförderung von derzeit 5 Mrd. € beliefe sich das Umsatzsteuervolumen zur weiteren Verteilung unter den Ländern auf etwa 56 Mrd. €. Die Ergänzungsanteile hätten in diesem Fall c. p. einen Anteil von rd. 18,4 %. Entsprechend würde die Kappungsgrenze auch in diesem Fall keine Wirkung entfalten. Sinkt das Umsatzsteueraufkommen oder wird ein höherer Orientierungswert für die Investitionsförderung (> 5 Mrd. €) unterstellt, so dass das den Bundesländern zustehende Umsatzsteueraufkommen stärker zu kürzen wäre, könnte die Kappungsgrenze aber Anwendung finden.¹⁶ Bleiben jedoch die Ergänzungsanteile unverändert, schlagen sich die mit der Umstellung auf die Monistik verbundenen Abzüge vom Umsatzsteueraufkommen der Länder allein über die Einwohnerverteilung nieder. Das bedeutet, dass sich die Belastungen aus der Umstellung auf die Monistik, also die Kürzung des Umsatzsteueraufkommens nach Abzug der Ergänzungsanteile, proportional nach Einwohnerzahl auf die Bundesländer verteilen.

Auf Basis der vorläufigen Ergebnisse für die Steuereinnahmen des Jahres 2007 betragen die Länderzuweisungen aus dem Umsatzsteueraufkommen die in Tabelle 2 ausgewiesenen Werte. Nach Abzug von 5 Mrd. € zur Krankenhausinvestitionsfinanzierung ergeben sich analog die ebenfalls in der Tabelle dargestellten "Neuzuweisungen" bzw. Veränderungen.

Nach fiktivem Abzug des hier zugrunde gelegten Orientierungswertes für die Investitionsförderung in Höhe von aktuell 5 Mrd. € und nach Vollzug

¹⁶ Eine Minderung des Umsatzsteueraufkommens der Bundesländer in Höhe des Orientierungswertes für die Investitionsförderung von Krankenhäusern von 5 Mrd. € hätte auch in den weiter zurückliegenden Jahren 2004 und 2005 nicht dazu geführt, dass die 25 %-Kappungsgrenze überschritten worden wäre. Entsprechend wären auch in diesen Jahren die Ergänzungsanteile unverändert geblieben. Da in den Jahren vor 2004 der Länderfinanzausgleich im Hinblick auf die Umsatzsteuerzuweisung anders organisiert war, lässt sich eine entsprechende Betrachtung nicht für noch weiter zurückliegende Zeiträume vornehmen. Für den Zeitraum 1995 bis einschließlich 2003 lässt sich aber feststellen, dass die in diesen Jahren gültige 25 %-Kappungsgrenze keine Anwendung fand (vgl. Bundesfinanzministerium 1995-2008).

der Umsatzsteuerzuordnung für das Jahr 2007 sind alle Länder mit geringeren finanziellen Mitteln ausgestattet als im Status quo. Die Darstellung in Tabelle 2 zeigt, dass durch den erhöhten Abzug die Bundesländer – abhängig von ihrer Einwohnerzahl – unterschiedlich stark belastet werden.

Da die Höhe der ebenfalls aus dem Umsatzsteueraufkommen finanzierten Ergänzungsanteile finanzschwacher Länder unabhängig vom Umsatzsteuervolumen bestimmt wird (vgl. Kapitel 3.2.1), sind eben diese finanzschwachen Länder insgesamt geringer betroffen als finanzstarke Länder. Hierbei handelt es sich um die Auswirkungen des kombinierten Effekts aus unveränderten Ergänzungsanteilen einerseits und Steueraufkommensminderung proportional nach Einwohnerzahl andererseits. In der Folge erhalten die unveränderten Ergänzungsanteile relativ zu den nach Einwohnerzahl zugewiesenen, gekürzten Umsatzsteueranteilen ein höheres Gewicht (vgl. Tabelle 2). Für das Jahr 2007 beträgt der simulierte Mittelrückgang durch den Abzug des Orientierungswertes für finanzstarke Länder jeweils 8,2 %. Für finanzschwache Länder sind die Rückgänge aufgrund der Ergänzungsanteile geringer; sie betragen zwischen 4,0 % und 7,3 %.

Diese Ergebnisse ermöglichen noch keine Aussage über den tatsächlichen Nettoeffekt der Maßnahme, da bisherige KHG-Investitionsmittel der Länder durch den hier vorgeschlagenen Abzug entfallen bzw. den Länderhaushalt nicht mehr belasten.

Da die Investitionsmittel der Länder nach dem KHG derzeit noch nicht für das Jahr 2007 vorliegen, wird der Gesamteffekt unter Einschluss der entfallenden KHG-Förderausgaben der Bundesländer auf der Berechnungsgrundlage des Jahres 2006 ermittelt. Hierzu werden zunächst, analog zu Tabelle 2 für das Jahr 2007, die Veränderungen der Umsatzsteuerzuweisungen infolge des pauschalen Abzugs in Höhe des Orientierungswertes von derzeit 5 Mrd. € für das Jahr 2006 dargestellt (Tabelle 3). Die Ergebnisse unterscheiden sich nur unwesentlich von denen für das Jahr 2007.

Rechnet man (ebenfalls fiktiv) für das Jahr 2006 die entfallenden Länderausgaben für die Investitionsförderung nach dem KHG dagegen, ergibt sich die in Tabelle 4 ausgewiesene Werteveränderung. Entgegen des vorherigen Ausweises sind nun die Nettoeffekte auf die Länder deutlich geringer. Länder, die im Jahr 2006 ein weit überdurchschnittliches Investitionsvolumen pro Kopf hatten, stellen sich nach der neuen Regelung und trotz Erhöhung des durch Steuern zu finanzierenden Gesamtfördervolumens sogar besser als im Status quo.

Tabelle 2: Veränderung der Umsatzsteuerzuweisungen bei 5 Mrd. €-Abzug (2007)

2007	vor Umstellung			nach Umstellung			
	Ergänzungs- anteile nach § 2 Abs. 1 FAG	Verteilung nach § 2 Abs. 2 FAG	Insgesamt	Verteilung nach § 2 Abs. 2 FAG	Insgesamt	Veränderung	
BE	726.668	2.531.682	3.258.350	2.324.697	3.051.365	-206.985	-6,4%
BY	-	9.294.747	9.294.747	8.534.829	8.534.829	-759.918	-8,2%
BB	1.610.387	1.889.798	3.500.185	1.735.292	3.345.679	-154.506	-4,4%
BW	-	7.990.150	7.990.150	7.336.893	7.336.893	-653.257	-8,2%
HB	-	492.859	492.859	452.564	452.564	-40.295	-8,2%
HE	-	4.513.022	4.513.022	4.144.047	4.144.047	-368.975	-8,2%
HH	-	1.308.701	1.308.701	1.201.705	1.201.705	-106.996	-8,2%
MV	1.324.160	1.254.270	2.578.430	1.151.723	2.475.883	-102.547	-4,0%
NI	1.622.680	5.938.008	7.560.688	5.452.529	7.075.209	-485.479	-6,4%
NW	-	13.389.022	13.389.022	12.294.365	12.294.365	-1.094.657	-8,2%
RP	384.029	3.010.150	3.394.179	2.764.047	3.148.076	-246.103	-7,3%
SN	3.017.695	3.147.753	6.165.448	2.890.399	5.908.094	-257.354	-4,2%
ST	1.676.741	1.805.468	3.482.209	1.657.857	3.334.598	-147.611	-4,2%
SL	230.933	772.881	1.003.814	709.692	940.625	-63.189	-6,3%
SH	356.476	2.107.397	2.463.873	1.935.101	2.291.577	-172.296	-7,0%
TH	1.734.520	1.710.321	3.444.841	1.570.489	3.305.009	-139.832	-4,1%
Insgesamt	12.684.289	61.156.229	73.840.518	56.156.229	68.840.518	-5.000.000	-6,8%

(Werte in 1.000 Euro)

Quelle: Bundesministerium der Finanzen 2008, Arbeitsgruppe Krankenhauswesen der AOLG 2007, eigene Berechnungen.

Tabelle 3: Veränderung der Umsatzsteuerzuweisungen bei 5 Mrd. €-Abzug (2006)

2006	vor Umstellung			nach Umstellung			
	Ergänzungs- anteile nach § 2 Abs. 1 FAG	Verteilung nach § 2 Abs. 2 FAG	Insgesamt	Verteilung nach § 2 Abs. 2 FAG	Insgesamt	Veränderung	
BE	523.871	2.229.075	2.752.946	2.022.724	2.546.595	-206.351	-7,50%
BY	-	8.182.190	8.182.190	7.424.744	7.424.744	-757.446	-9,26%
BB	1.593.765	1.673.913	3.267.678	1.518.954	3.112.719	-154.959	-4,74%
BW	-	7.042.490	7.042.490	6.390.548	6.390.548	-651.942	-9,26%
HB	-	435.557	435.557	395.236	395.236	-40.321	-9,26%
HE	-	3.984.914	3.984.914	3.616.020	3.616.020	-368.894	-9,26%
HH	-	1.145.446	1.145.446	1.039.409	1.039.409	-106.037	-9,26%
MV	1.238.939	1.115.347	2.354.286	1.012.096	2.251.035	-103.251	-4,39%
NI	1.544.338	5.243.633	6.787.971	4.758.216	6.302.554	-485.417	-7,15%
NW	-	11.828.813	11.828.813	10.733.789	10.733.789	-1.095.024	-9,26%
RP	288.104	2.658.280	2.946.384	2.412.196	2.700.300	-246.084	-8,35%
SN	2.958.465	2.794.545	5.753.010	2.535.847	5.494.312	-258.698	-4,50%
ST	1.677.175	1.610.861	3.288.036	1.461.740	3.138.915	-149.121	-4,54%
SL	239.484	686.445	925.929	622.899	862.383	-63.546	-6,86%
SH	153.642	1.856.831	2.010.473	1.684.940	1.838.582	-171.891	-8,55%
TH	1.681.530	1.523.340	3.204.870	1.382.320	3.063.850	-141.020	-4,40%
Insgesamt	11.899.313	54.011.680	65.910.993	49.011.680	60.910.993	-5.000.000	-7,59%

(Werte in 1.000 Euro)

Quelle: Bundesministerium der Finanzen 2007, Arbeitsgruppe Krankenhauswesen der AOLG 2007, eigene Berechnungen.

Tabelle 4: Fiktive Nettoveränderung der Steuermittel der Länder (2006)

2006	nach Umstellung			KHG-Invest. bisher (2006)	Differenz Umsatzsteuer und KHG.- Inv.	KHG-Invest. pro Kopf	Nachrichtlich: Einw.
	Verteilung nach § 2 Abs. 2 FAG	Insgesamt	Veränderung				
BE	2.022.724	2.546.595	-206.351	99.600	-106.751	29	3.399.511
BY	7.424.744	7.424.744	-757.446	452.600	-304.846	36	12.478.468
BB	1.518.954	3.112.719	-154.959	113.600	-41.359	44	2.552.845
BW	6.390.548	6.390.548	-651.942	296.700	-355.242	28	10.740.337
HB	395.236	395.236	-40.321	34.300	-6.021	52	664.258
HE	3.616.020	3.616.020	-368.894	285.200	-83.694	47	6.077.299
HH	1.039.409	1.039.409	-106.037	110.000	3.963	63	1.746.893
MV	1.012.096	2.251.035	-103.251	80.600	-22.651	47	1.700.989
NI	4.758.216	6.302.554	-485.417	121.400	-364.017	15	7.996.942
NW	10.733.789	10.733.789	-1.095.024	472.000	-623.024	26	18.039.847
RP	2.412.196	2.700.300	-246.084	118.800	-127.284	29	4.054.081
SN	2.535.847	5.494.312	-258.698	167.400	-91.298	39	4.261.896
ST	1.461.740	3.138.915	-149.121	154.300	5.179	63	2.456.687
SL	622.899	862.383	-63.546	26.200	-37.346	25	1.046.882
SH	1.684.940	1.838.582	-171.891	88.600	-83.291	31	2.831.810
TH	1.382.320	3.063.850	-141.020	127.900	-13.120	55	2.323.210
Insgesamt	49.011.680	60.910.993	-5.000.000	2.749.200	-2.250.800	33	82.371.955

Werte in 1.000 Euro.

Quelle: Bundesministerium der Finanzen 2007, Arbeitsgruppe Krankenhauswesen der AOLG 2007, eigene Berechnungen.

Durch die Erhöhung des steuerfinanzierten Förderungsvolumens auf einen aktuellen Wert von 5 Mrd. € und die Übertragung von Steueranteilen an den Gesundheitsfonds in entsprechender Größenordnung werden fast alle Bundesländer finanziell belastet. Wie Tabelle 4 zeigt, können sich nur die Länder auch absolut besser stellen, deren individuelle KHG-Investitionen pro Kopf im Jahr 2006 den Durchschnittswert über alle Länder von 33 € um knapp das Doppelte überschritten.

Investitionen stellen i. Allg. keine statischen und alljährlich unverändert wiederkehrenden Haushaltspositionen dar. So unterlagen auch die Aufwendungen für KHG-Förderungen der einzelnen Bundesländer von Jahr zu Jahr zum Teil größeren Schwankungen. Ermittelt man einen Gesamteffekt der Belastung infolge der Umstellung auf die Monistik, wie in Tabelle 4 dargestellt, erhält man lediglich eine Momentaufnahme. Sie führt zu inadäquaten Schlussfolgerungen, wenn z. B. die entfallenden KHG-Förderausgaben eines Bundeslandes mehr oder weniger zufällig im betrachteten Jahr deutlich vom längerfristigen Durchschnitt des KHG-Fördervolumens dieses Bundeslandes abweichen. Eine Be- oder Entlastung im Zuge der Umstellung auf die Monistik würde in diesem Fall gemessen an einem repräsentativeren Betrachtungshorizont "zu hoch" oder "zu niedrig" ausgewiesen.

Zu diesem Zweck basiert die folgende Auswertung anstatt auf der Zeitpunktbetrachtung der KHG-Investitionsförderung für das Jahr 2006 auf den durchschnittlichen Fördervolumina der Bundesländer für die gesamte Dekade 1996 bis 2006. Die Mittelwerte der jeweiligen landesspezifischen KHG-Fördermittel für den Zeitraum von 1996 bis 2006 werden den Effekten der vorgeschlagenen Neuordnung der Mittelgenerierung bzw. Umsatzsteuerzuweisung gegenübergestellt (vgl. Tabelle 5).

Die Verlängerung des Betrachtungszeitraumes bewirkt, dass frühere und u. U. höhere Investitionen als im Vergleichsjahr Eingang in die Darstellung der Nettoveränderung finden. Trotz eines auf 5 Mrd. € angehobenen Fördervolumens für Krankenhausinvestitionen werden die Bundesländer im Mittel dann nur um 22 Euro je Einwohner und Jahr belastet (im Vergleich zu durchschnittlich 27 Euro bei Beschränkung auf das Jahr 2006). Länder mit bisher hoher Investitionsförderung wie Bayern, Hamburg, Bremen etc. werden durch die neue Art der Mittelzuweisung entsprechend unterdurchschnittlich stark belastet. Die für die Ausweitung des Fördervolumens erforderliche Mehrbelastung eines Bundeslandes erreicht maximal einen Wert von 37 Euro je Einwohner und Jahr, wenn man die mehrjährigen Durchschnitt der entfallenden KHG-Förderung gegenrechnet.

Ob der Investitionsmittelzufluss zu den Krankenhäusern in einem Bundesland nun in der Totalbetrachtung steigt oder fällt, hängt aber nicht von den

Tabelle 5: Durchschnittliche Veränderung der Ländermittel

	Verteilung nach § 2 Abs. 2 FAG			Durchschnitt KHG-Inv.	Differenz Umsatzsteuer und KHG.- Inv.	Veränderung pro Kopf und Jahr in Euro	Nachrichtlich: Einw.
	Insgesamt	Veränderung	1996 bis 2006				
BE	2.022.724	2.546.595	-206.352	164.609	-41.743	-12	3.399.511
BY	7.424.744	7.424.744	-757.446	561.248	-196.198	-16	12.478.468
BB	1.518.954	3.112.719	-154.958	149.963	-4.995	-2	2.552.845
BW	6.390.548	6.390.548	-651.942	322.383	-329.559	-31	10.740.337
HB	395.236	395.236	-40.321	33.892	-6.429	-10	664.258
HE	3.616.020	3.616.020	-368.894	217.987	-150.907	-25	6.077.299
HH	1.039.409	1.039.409	-106.037	86.620	-19.417	-11	1.746.893
MV	1.012.096	2.251.035	-103.251	122.182	18.931	11	1.700.989
NI	4.758.216	6.302.554	-485.416	187.750	-297.666	-37	7.996.942
NW	10.733.790	10.733.790	-1.095.023	488.689	-606.334	-34	18.039.847
RP	2.412.196	2.700.300	-246.084	134.207	-111.876	-28	4.054.081
SN	2.535.847	5.494.312	-258.698	249.842	-8.856	-2	4.261.896
ST	1.461.740	3.138.915	-149.121	187.115	37.994	15	2.456.687
SL	622.899	862.383	-63.547	37.288	-26.258	-25	1.046.882
SH	1.684.940	1.838.582	-171.892	79.555	-92.338	-33	2.831.810
TH	1.382.320	3.063.850	-141.020	177.824	36.804	16	2.323.210
Insgesamt	49.011.681	60.910.994	-5.000.000	3.201.154	-1.798.846	-22	82.371.955

Werte in 1.000 Euro

Quelle: Bundesministerium der Finanzen 2007, Arbeitsgruppe Krankenhauswesen der AOLG 2007, eigene Berechnungen.

hier beschriebenen Effekten ab. Statt dessen wird der Investitionsmittelzufluss gemäß den Grundsätzen der monistischen Krankenhausfinanzierung bestimmt, d. h., er richtet sich prinzipiell nach dem Ausmaß, in dem die Krankenhäuser für ihre erbrachten Behandlungsleistungen mit DRG-Pauschalen inklusive der daran gekoppelten Investitionsmittel vergütet werden. Eine Ausnahme von diesem Prinzip stellt gemäß dem zweiten Teil des Modellvorschlags lediglich der Teil der Finanzmittel dar, der über den im Folgenden beschriebenen ergänzenden Infrastrukturfonds zugeteilt wird.

3.3 Verteilung der Investitionsmittel

3.3.1 Grundsatz: Unabhängigkeit von Förderhistorie

Gemäß dem vorliegenden Vorschlag bleibt die bundesländerspezifische Historie der Investitionsförderung nach KHG unberücksichtigt, wenn die Steuermittel zur Aufbringung der Investitionsförderung nach Umstellung auf die Monistik von den Bundesländern an den Gesundheitsfonds überführt werden.¹⁷ Statt dessen werden die Länder durch die Steuermittelübertragung proportional nach Einwohnerzahl belastet, wobei die Stützung finanzschwacher Bundesländer in Form von Ergänzungsanteilen nicht berührt wird. Für den finanziellen Gesamteffekt, den ein Bundesland im Zuge der Umstellung auf die Monistik erfährt, spielt dagegen die individuelle KHG-Förderhistorie freilich eine Rolle. Diese Historie bestimmt nämlich das Ausmaß der Entlastung durch wegfallende Förderungspflichten, die der Belastung aus der Abtretung von Umsatzsteueranteilen gegenübersteht (vgl. Tabelle 5).

Auch für die Verteilung der Investitionsfördermittel im hier vorgeschlagenen Monistikmodell ist keine explizite Berücksichtigung der bundesland-spezifischen KHG-Förderhistorie vorgesehen. Damit unterscheidet sich der Modellvorschlag von anderen Modellen für den Übergang zu einer monisti-

¹⁷ Die Gesetzgebung über die Gestaltung des Gesundheitsfonds – und damit auch über die hier vorgeschlagene Zuteilung der Investitionsfördermittel nach Umstellung auf die Monistik – obliegt dem Bund. Nach Artikel 72 Abs. 2 GG hat der Bund das Gesetzgebungsrecht auf dem Gebiet der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser, "wenn und soweit die Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet" dies erfordert. Der Bund hatte sich im Jahr 1984 mit Zustimmung der Bundesländer aus der Finanzierung von Krankenhausinvestitionen und der gemeinsamen Rahmenplanung zurückgezogen.

schen Krankenhausfinanzierung, die sich zum Ziel setzen, unterschiedliche Fördervolumen der Investitionskosten zwischen den einzelnen Bundesländern sowie unterschiedliche Ausgangspositionen der Krankenhäuser auszugleichen (vgl. BDPK 2007, Schmitz/Zimolong/Frische 2007).

Für den Grundsatz, auf eine wie auch immer gestaltete "Vergangenheitsbewältigung" zu verzichten, lassen sich mehrere Gründe angeben:

- In einem System der monistischen Krankenhausfinanzierung entscheiden prinzipiell die von einem Krankenhaus erbrachten und vergüteten Behandlungsleistungen über die zur Verfügung stehenden Investitionsmittel. Ob sich ein Krankenhaus im Hinblick auf seine Investitionsmittelausstattung nach dem Übergang zur Monistik besser oder schlechter stellt, hängt also entscheidend vom Volumen und der Struktur seiner Leistungen sowie von seiner Wirtschaftlichkeit ab. Zwischen diesen und der Höhe der KHG-Investitionsförderung seines Bundeslandes besteht jedoch kein deterministischer Zusammenhang.¹⁸ Dies ist nicht zuletzt auch darauf zurückzuführen, dass identische Investitionsförderbeträge aufgrund regionaler Kosten- und Preisdifferenzen unterschiedlich hohe Investitionen ermöglichen.
- So wie sich für den gesamten Krankenhausbereich keine optimale Investitionsquote wissenschaftlich ableiten lässt (vgl. Kapitel 3.1), so entziehen sich auch die Unterschiede zwischen den Investitionsförderquoten der einzelnen Bundesländer einer klaren Bewertung.
- Unterschiedliche Ausgangsbedingungen zwischen den jeweiligen Krankenhäusern der Bundesländer lassen sich nur im Hinblick auf die KHG-Investitionsförderung eindeutig bestimmen.¹⁹ Für eine Analyse der unterschiedlichen Investitionsbedarfe der Krankenhäuser fehlen erstens objektive Kriterien, zweitens setzt eine solche Analyse eine wesentlich umfangreichere und differenzierte Datengrundlage voraus. Erforderlich wären z. B. Daten zum Modernitätsgrad der Krankenhausausstattung und zum Bauzustand sowie zur Angemessenheit der Krankenhausausstattung im Hinblick auf den landesspezifischen Behandlungsbedarf (Morbidity). Für einen Vergleich der Krankenhäuser auf einer solchen

¹⁸ Das Fehlen eines solchen Zusammenhangs bestätigen auch die Ergebnisse des RWI: "Erstaunlicherweise stellen wir jedenfalls auf Länderebene fest, dass im Durchschnitt die wirtschaftliche Situation von Krankenhäusern jener Bundesländer besser ist, in denen die Förderquoten *gering* sind." (RWI 2006, S. 8).

¹⁹ Dementsprechend beziehen sich auch sämtliche Schätzungen eines "Investitionsstaus" lediglich auf die KHG-Investitionsförderung.

Datengrundlage bilden jedoch die Bundesländer kein sachgerechtes Abgrenzungskriterium. Angesichts der ausgeprägten Heterogenität innerhalb der Bundesländer müsste die Bedarfsseite kleinräumiger bzw. sogar auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses bestimmt werden.

- Eine Orientierung von Finanzierungs- und Vergütungsmaßstäben an Bundesländergrenzen ist in der Sozialversicherung generell fragwürdig. Bei Krankenhausleistungen zeigt sich an der Notfallversorgung, an hoch spezialisierten Behandlungen oder an der Umlandversorgung durch Stadtstaaten, dass bundeslandbezogene Organisationsprinzipien konzeptionelle Schwierigkeiten hervorrufen. Die generelle Möglichkeit der Versicherten zur Nutzung stationärer Einrichtungen ist nicht an regionale Grenzen gebunden. Bundesländer, die die (potentiellen) Vorteile einer gemeinschaftlichen Finanzierung – sei es im Rahmen der Sozialversicherungen oder durch die Verwendung von Steuermitteln – nutzen, haben immer auch regionale Umverteilungen untereinander zu akzeptieren. Bestünde diese Akzeptanz in der Sozialversicherung nicht, müssten auch die Renten- und Arbeitslosenversicherung regionalisiert werden (vgl. Rürup/Wille 2007).

3.3.2 Leistungsorientierte Investitionszuschläge und ergänzender Infrastrukturfonds

Das "Abschneiden der Historie" beim Übergang auf die Monistik bedeutet, dass die Investitionsmittel prinzipiell in Form von leistungsbezogenen Investitionszuschlägen auf die DRG-Fallpauschalen an die Krankenhäuser fließen (vgl. Kapitel 2.2). Damit die Bundesländer ihrer Sicherstellungsverantwortung auch in strukturschwachen Regionen gerecht werden können, wird eine Flankierung dieser prinzipiellen Investitionsmittelzuteilung durch die Einrichtung eines Infrastrukturfonds vorgeschlagen, dessen Finanzausstattung ebenfalls aus den Steuermitteln stammt, die im Zuge der Umstellung auf die Monistik in den Gesundheitsfonds fließen.

- Der Großteil der Investitionsmittel sollte leistungsbezogen in Form von DRG-Zuschlägen ausgezahlt werden. Aufgrund der Ungewissheit über den "tatsächlichen" Investitionsbedarf in den einzelnen Krankenhäusern und der offensichtlich großen Heterogenität gerade innerhalb der Bundesländer ist das Ergebnis einer solchen Umstellung a priori nicht vorhersehbar. Aussagen darüber, ob "ein Bundesland" hierdurch insgesamt verliert oder gewinnt, lassen sich wissenschaftlich nicht fundieren.
- Vom Wettbewerb um die leistungsbezogenen Investitionsmittel ist zu erwarten, dass er zum Abbau von Überkapazitäten beiträgt bzw. diesen beschleunigt. Darüber hinaus würde die steuerfinanzierte Investitions-

förderung nicht mehr eine stärkere Spezialisierung und Arbeitsteilung zwischen den Krankenhäusern hemmen. Unter der Mehrzahl von Wissenschaftlern und Ökonomen besteht Konsens darüber, dass diese Wettbewerbseffekte grundsätzlich positiv zu werten sind.²⁰ Allerdings könnten sie in strukturschwachen Regionen unerwünschte Konsequenzen haben, denn zwischen Spezialisierung und Wirtschaftlichkeit von Krankenhäusern einerseits und der wohnortnahen, flächendeckenden Versorgung andererseits besteht (zumindest für zeitkritische Behandlungsanlässe) ein Zielkonflikt.

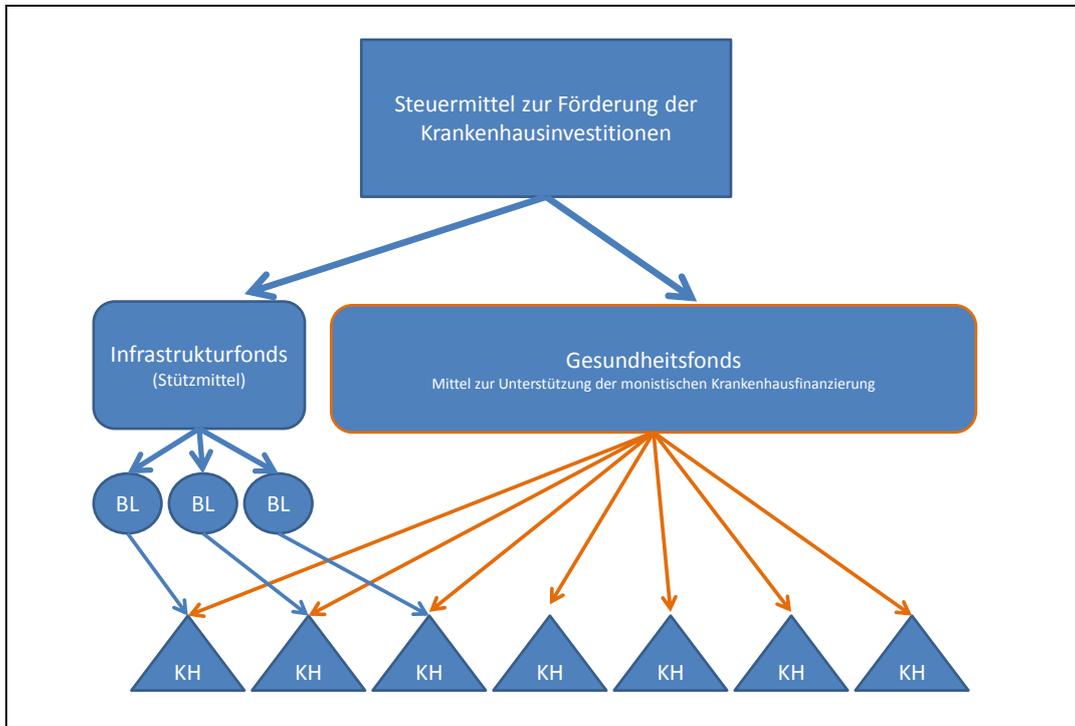
- Um diese unerwünschten Konsequenzen – insbesondere eine regionale Ausdünnung der elementaren Krankenhausversorgung – zu vermeiden, empfiehlt es sich, einen bestimmten Teil der Steuermittel für die Investitionsförderung nicht in Form von DRG-Zuschlägen auszuzahlen, sondern in einen Infrastrukturfonds zu leiten (Abbildung 7). Die Mittel aus diesem Fonds sind dann von den Bundesländern ausschließlich für die Krankenhausversorgung in strukturschwachen Regionen einzusetzen. Für die Zuteilung der Mittel sollten bundeseinheitliche Verfahrensgrundsätze etabliert werden. Im Rahmen dieser Grundsätze sollten die Bundesländer selbständig über den Mitteleinsatz bestimmen können.
- Damit würden die Bundesländer neben einer Aufsichts- und Überwachungsfunktion (Qualitätsmonitoring) auch ein aktives Steuerungsinstrument erhalten, um ihrer Sicherstellungsverantwortung in der Gesundheitsversorgung zu entsprechen. Darüber hinaus soll mit dem vorgeschlagenen Infrastrukturfonds explizit anerkannt werden, dass Krankenhäuser eine zentrale Rolle in der Struktur- und Regionalpolitik der Bundesländer einnehmen können. Für strukturschwache Regionen soll damit die Möglichkeit geschaffen werden, Krankenhausförderung im Zusammenhang mit anderen Maßnahmen der regionalen Infrastrukturpolitik (z. B. Verkehrsinfrastruktur, Bildungseinrichtungen) zu gestalten.

Den Bundesländern (d. h. der Exekutive, nicht den Krankenhäusern) wird mit der Einrichtung des Infrastrukturfonds die Möglichkeit gegeben, einen Teil ihrer "ehemaligen" Steuermittel aus der Gemeinschaftsteuer wieder zu erhalten und diese Mittel – unter Beachtung bundeseinheitlicher Kriterien – selbst an Krankenhäuser zuzuteilen. Konsequenterweise wäre das Ausmaß, in dem die Bundesländer Mittel aus dem Infrastrukturfonds beziehen, ebenfalls unabhängig von der jeweiligen KHG-Förderhistorie. Statt dessen wäre die Aufteilung unter den Bundesländern strikt prospektiv ausgerichtet und

²⁰ Vgl. z. B. SVR-G 2007; Wasem/Vincenti 2000, S. 233 ff.

orientiert an den bundeseinheitlichen Kriterien zur Versorgungs- und Infrastrukturförderung in strukturschwachen Regionen.

Abbildung 7: Verteilungsmodell



Quelle: Eigene Darstellung. BL = Bundesland, KH = Krankenhaus.

3.3.3 Ausgestaltung des Infrastrukturfonds

Genauso wie es nicht möglich ist, eine optimale Investitionsquote für den Krankenhausbereich wissenschaftlich herzuleiten, ist auch die analytische Bestimmung einer angemessenen Mittelausstattung des Infrastrukturfonds nicht möglich. Somit ist die Festlegung des Finanzvolumens des Infrastrukturfonds allein nach politischen Maßstäben vorzunehmen und bleibt somit Ergebnis einer normativen Entscheidung.

Die Bestimmung des Mittelvolumens ist dabei im Hinblick auf zwei Ziel-dimensionen vorzunehmen:

- Vermeidung einer regionalen Unterversorgung mit Krankenhäusern, sowohl im Hinblick auf tatsächliche stationäre Behandlungsleistungen als auch im Hinblick auf Vorhaltekapazitäten;

- Aufrechterhaltung einer funktionierenden Infrastruktur in strukturschwachen Regionen im Hinblick auf elementare Bereiche der Daseinsvorsorge und der verfassungsrechtlich geschützten Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse.²¹

Der Vorschlag des Infrastrukturfonds setzt voraus, dass eindeutige, nachvollziehbare und vor allem hinsichtlich des medizintechnischen Fortschritts anpassungsfähige Kriterien erarbeitet werden, auf deren Grundlage eine bestehende bzw. drohende regionale Unterversorgung festgestellt werden kann.

Um den Anspruch der Monistik als dominierende Form der Finanzierung von Krankenhausinvestitionen nicht in Frage zu stellen, ist eine anfängliche Mittelzuweisung an den Infrastrukturfonds beispielsweise in Höhe von 10 % des gesamten Mittelvolumens zur Investitionsförderung vorstellbar. Gleichwohl ist der o. a. Begründung folgend dieser Wert außerhalb einer theoretischen Fundierung, die tatsächliche Höhe ist nach Maßgabe eines politischen Entscheidungsprozesses festzulegen, an dem Bund und Länder beteiligt sind.

Sowohl die bundeseinheitlich anzuwendenden Förderkriterien als auch die Verteilung der Fördermittel aus dem Infrastrukturfonds sollen die Bundesländer gemeinsam und weitgehend autonom, d. h. unabhängig vom Bund, bestimmen. Zu diesem Zweck können die Länder eine Arbeitsgemeinschaft einrichten, in der sie selbständig in einem konsensorientierten Verfahren die Förderkriterien bestimmen und die Mittelvergabe organisieren. Insbesondere müssen die Bundesländer dabei über den Detaillierungsgrad der Förderkriterien entscheiden. Eine hohe Detailgenauigkeit erhöht zwar die Operationalisierbarkeit der Mittelvergabe und reduziert somit allfällige Konfliktpotenziale zwischen den Ländern, gleichzeitig sinkt aber der fallspezifische Spielraum der Länder, individuelle Akzente in der Förderung zu setzen.

Die Länderhoheit bei Kriterienaufstellung und Mittelvergabe setzt voraus, dass die Mittelausstattung des Fonds – nachdem sie zur Umstellung auf die Monistik durch den politischen Entscheidungsprozess von Bund und Ländern festgelegt wurde – unabhängig von den tatsächlichen Förderaktivitäten bleibt. Das heißt, die Bundesländer können nicht über die Anwendung der bundeseinheitlichen Förderkriterien einen Förderbedarf ableiten, der über die Mittelausstattung des Infrastrukturfonds hinausgeht, und auf dieser Basis eine höhere Mittelausstattung reklamieren. Statt dessen dienen die För-

²¹ Die Gültigkeit des Kartellrechts wird auch im Bereich der Förderung aus dem Infrastrukturfonds nicht in Frage gestellt.

derkriterien, die sich die Bundesländer selbst geben, dazu, die jeweiligen regionalen Fördernotwendigkeiten zu beurteilen, zu priorisieren und entsprechend die begrenzten Mittel des Infrastrukturfonds zuzuteilen.

Andernfalls entstünde ein systematischer Fehlanreiz für die Bundesländer, Krankenhausförderung zu Lasten Dritter, z. B. des Bundes oder der Beitragszahler, zu betreiben. Infolge der fixierten Mittelausstattung des Infrastrukturfonds sind die Bundesländer hingegen dazu angehalten, die notwendige Sortierung potenzieller Förderungsobjekte nach Dringlichkeit und nach Förderungswürdigkeit gemäß den aufgestellten einheitlichen Kriterien vorzunehmen. Die Fixierung der Mittelausstattung des Infrastrukturfonds ist also anreiztheoretisch geboten, angesichts des mangelnden Wissens über den "objektiven" Förderbedarf jedoch auch problematisch. Die Festlegung der Mittelausstattung zum Umstellungszeitpunkt erfordert daher einen tragfähigen politischen Kompromiss. In jedem Fall sollten periodische Neuverhandlungen über die Mittelausstattung des Infrastrukturfonds ausgeschlossen werden. Längerfristige Revisionen hingegen sollten möglich sein, insbesondere wenn die ersten Ergebnisse der Förderaktivitäten auf empirischer Grundlage beschrieben und mit Blick auf die bundeseinheitlichen Förderkriterien wissenschaftlich beurteilt werden können.

Für den Fall, dass die Mittel des Infrastrukturfonds in einem Jahr nicht vollständig für Förderzwecke genutzt werden, gibt es verschiedene Gestaltungsoptionen. Hierzu zählen die generelle Übertragbarkeit der Mittel über mehrere Jahre hinweg, die Zuweisung eines Überschusses in den Gesundheitsfonds (wo sie zur Finanzierung der allgemeinen Leistungen und / oder zur Beitragssatzsenkung eingesetzt werden können) oder die Rückführung in den allgemeinen Staatshaushalt.

Die Anwendung der bundeseinheitlichen Förderkriterien erfordert eine über alle Bundesländer einheitliche Bestandsanalyse. Diese Bestandsanalyse muss sowohl einheitliche Inhalte als auch einheitliche Indikatoren aufweisen, mit denen sich feststellen lässt, ob und welche der Förderkriterien zu Anwendung kommen können. Bisherige Probleme bei der Vergleichbarkeit der Länder gründen z. T. auf uneinheitliche Prozedere und Kriterien der Krankenhausplanung, aber auch auf eine bisweilen nicht ausreichend detaillierte und einheitlich verfügbare Datenlage. Die Erstellung einer der Mittelvergabe zugrunde zu legenden Bestandsanalyse sollte daher neben Indikatoren der direkten Nachfrage nach Krankenhausleistungen, wie die Operationsquote, dem Schweregrad der Fälle, der Verweildauer, der Anteile einer vor-/nachstationären Behandlung, auch indirekte Indikatoren enthalten. Solche indirekten Indikatoren sind Kenngrößen einer potentiellen Leistungsanspruchnahme, die auf der Morbidität der Versicherten, der Altersstruktur und auf besonderen Krankheitsbildern basiert. Hier spielt u. a. und

mit Blick auf die längerfristige Ausrichtung von Investivmitteln die Prognose der zu erwartenden Entwicklung der Morbidität eine entscheidende Rolle.

Ein beispielhafter Bestandteil der erforderlichen einheitlichen Bestandsanalyse, aber auch der Förderkriterien ist – mit Blick auf die Vermeidung von regionaler Unterversorgung – eine geographische Einzugsgebietsanalyse der Krankenhäuser. Ähnlich den landesspezifischen Regelungen zum Rettungsdienst ermöglicht eine Orientierung an Erreichbarkeitszeiten eine mögliche Form der Quantifizierung. Gegenwärtig weichen die länderspezifischen Normen diesbezüglich voneinander ab. So ist beispielsweise in den Rettungsdienstgesetzen der Länder Hessen und Mecklenburg-Vorpommern die Erreichbarkeit im Notfall mit 10 Minuten bzw. in der Spitzenbelastung mit 30 Minuten terminiert. Die Länder Rheinland-Pfalz und Sachsen sehen eine Erreichbarkeit im Normalfall von 15 bzw. 10 Minuten vor, Sachsen-Anhalt betrachtet eine 95 %ige Erreichbarkeit der Notfallorte in 12 Minuten als Norm, bei Versorgung durch den Arzt 15 Minuten. Das Land Thüringen gibt in normal besiedelten Gebieten ein Zeitfenster von 12 Minuten, in dünn besiedelten Gebieten von 15 Minuten. Weiterhin definiert der Thüringer Krankenhausplan auch eine Wohnortnähe zum Krankenhaus mit einer maximalen Entfernung von 15-20 km oder eine maximale Fahrtzeit von 25 Minuten.

Das Beispiel der Erreichbarkeitszeiten verdeutlicht auch, dass einheitliche Förderkriterien und Flexibilität der Wahl einer konkreten Form der Förderung sich nicht gegenseitig ausschließen. Wenn eine regionale Unterversorgung anhand des Kriteriums der zeitlichen Erreichbarkeit festgestellt wird, so dass Fördermittel zum Einsatz kommen können, dann soll es der individuellen Entscheidung des Bundeslandes obliegen, wie diese Mittel zur Beseitigung der Unterversorgung eingesetzt werden. In Frage kommen beispielsweise

- die (teilweise) Defizitübernahme eines von der Schließung bedrohten Krankenhauses in der Region,
- die finanzielle Förderung zusätzlicher Kapazitäten eines Krankenhauses in der Region, die dieses Krankenhauses ohne Förderung nachweislich nicht hätte schaffen können und
- die finanzielle Förderung von zusätzlichen Transportkapazitäten (z. B. Rettungshubschrauber), um von dem Bundesland erwünschte Konzentrationsprozesse im Krankenhausbereich nicht zu hemmen.

Da die Art der Mittelverwendung zur Vermeidung der Unterversorgung der individuellen Entscheidung des Bundeslandes obliegt, wäre als eine Second Best-Option auch denkbar, dass ein Bundesland sich für die Gewährung

eines zusätzlichen Investitionssicherstellungszuschlages auf die krankenhausindividuellen DRGs entscheidet. Diese Form der Infrastrukturförderung würde die monistische und wettbewerbliche Ausrichtung der Krankenhausfinanzierung verstärken. Gleichzeitig muss ein Bundesland dann aber sicherstellen, dass die gewährten Zuschläge insgesamt nicht das abgestimmte und ihm zugestandene Infrastrukturfördervolumen überschreiten. Zur Sicherstellung der Vorgabe, keine zusätzlichen Mittel über das Infrastrukturfördervolumen hinaus zu generieren, ist die Vereinbarung von Deckelungen unumgänglich, beispielsweise im Rahmen von Kappungsgrenzen nach Erreichen gewisser Fallzahlen.

Grundsätzlich soll sich die Mittelvergabe an definierten Minimalvorgaben orientieren, bei denen lediglich die Sicherstellung von Mindeststandards bestimmender Faktor für die Festlegung der Kriterien ist. Unabhängig von dieser politisch bestimmten Wahl der Kriterien folgt die Zuweisung von Geldern aus dem Infrastrukturfonds dann einheitlichen Regelungen, deren Interventionsschwellen über die Grundlagen der Bedarfsanalyse prüfbar sind.

Für die Bundesländer stellt sich die Notwendigkeit, ein transparentes und konzeptionell fundiertes Verfahren für den Umgang mit Verteilungskonflikten untereinander zu finden. Derartige Konflikte entstehen, sobald die finanzielle Gesamtausstattung des Infrastrukturfonds nicht ausreicht, um sämtlichen aus den Bundesländern gestellten Förderungsanträgen im erwünschten Ausmaß zu entsprechen. Für diese Fälle sind klare Verfahrensgrundsätze zu etablieren, nach denen eine Antragspriorisierung vorgenommen wird. Dabei kann die Aufgabe der Konfliktlösung einer unabhängigen Einrichtungen zugewiesen werden (Schiedsstelle).

Andere Infrastrukturbereiche können teilweise Denkanstöße liefern, wie mit derartigen Situationen der Ressourcenkonkurrenz verfahren werden kann. So stellt die Allokation knapper finanzieller Mittel auf konkurrierende Investitionsprojekte auch in der Verkehrspolitik ein zentrales Problem dar. Seit dem Jahr 1980 wird die Investitionsmittelverteilung dort durch die Bundesverkehrswegeplanung (BVWP) vorgenommen. Zentrales Kennzeichen der BVWP ist die Bewertung von Projektvorschlägen anhand eines einheitlichen – aber sehr umfassenden – Zielsystems sowie anhand wissenschaftlicher Methoden (Verkehrsprognose, Kosten-Nutzen- und Kosten-Wirksamkeits-Analyse, Umweltrisikoeinschätzung bzw. demnächst Strategische Umweltprüfung und Raumwirksamkeitsanalyse). Die Methoden erlauben die Ableitung einer Rangfolge der Projekte aus gesamtgesellschaftlicher Sicht. Die Generierung von Projektideen erfolgt dezentral, d. h. die Länder und Kommunen sowie die Deutsche Bahn AG kreieren Investitionsprojekte, die anschließend dem Bewertungsverfahren unterworfen wer-

den. Die endgültige Projektauswahl erfolgt in Anhörungs- und Abstimmungsrunden zwischen Bund und Ländern.

Die BVWP war als ein technisch-wissenschaftliches Planungs- und Koordinationsverfahren konzipiert. Die Vorteile eines solchen Verfahrens liegen in der Transparenz und Einheitlichkeit der Bewertungsmaßstäbe, aber auch in den Impulsen für die Entwicklung von wissenschaftlichen Analyse- und Bewertungsverfahren. In der Praxis hat sich allerdings gezeigt, dass die BVWP nicht allen diesen Erwartungen gerecht wird. Ein zentraler Kritikpunkt ist, dass im Verfahren nicht nur die Plausibilität der Bewertung, die Durchführbarkeit der Projekte u. ä. geprüft wird, sondern zusätzliche Entscheidungskriterien eingeführt wurden. Diese Kriterien heben die Rangfolge der Bewertungsphase partiell auf. So werden z. B. durch a priori bestimmte Länder- und Verkehrsträgerquoten Vorfestlegungen getroffen.

Literaturverzeichnis

- Albrecht M, Schröder WF, Sehlen S (Hg.) (2006): Modelle einer integrierten Krankenversicherung, Finanzierungseffekte, Verteilungswirkungen, Umsetzung, Berlin.
- Arbeitsgruppe für Krankenhauswesen der AOLG (2007), Daten zu den KHG-Mitteln der Länder 1991-2006.
- Arbeitskreis Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung der Länder (2008) Daten zum Bruttoinlandsprodukt und Daten zur Bevölkerung der Länder, www.arbeitskreis-vgr.de
- Augurzky B et al. (2004): Das Krankenhaus, Basel II und der Investitionsstau, RWI-Materialien Heft 13, Essen.
- Bericht der Expertenkommission (2006): Zukunft der Krankenhausstruktur Baden-Württemberg, Stuttgart.
- Bundesministerium der Finanzen (2007-2008), Vorläufige Abrechnung des Länderfinanzausgleichs für das Ausgleichsjahre 2006-2007, www.bundesfinanzministerium.de, Berlin.
- Bundesministerium der Finanzen (1996-2006), Endgültige Abrechnung des Länderfinanzausgleichs für die Ausgleichsjahre 1995-2005, www.bundesfinanzministerium.de, Berlin.
- Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK) in Zusammenarbeit mit dem RWI Essen (2007) "Modell 21", Regionale monetäre Finanzierung.
- Igel, C. (2007) Zur Finanzierung von Kranken- und Pflegeversicherung: Entwicklung, Probleme und Reformmodelle, Frankfurt.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) (2007): Konzept für die Ausgestaltung des ordnungspolitischen Rahmens ab dem Jahr 2009, Berlin.
- Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) (2006): Neuinvestitionen des Landes in Krankenhäusern für eine gute und sichere medizinische Versorgung, Stellungnahme zur Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landtags Nordrhein-Westfalen, RWI-Projektberichte, Essen.
- Rürup B, Wille E (2007): Finanzielle Effekte des vorgesehenen Gesundheitsfonds auf die Bundesländer, Gutachten im Auftrage des Bundesministeriums für Gesundheit, Darmstadt und Mannheim
- Sachverständigenrat zur Beurteilung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-G) (2007), Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Bundestagsdrucksache 16-6339.
- Statistisches Bundesamt (1993-2007) Kostennachweis der Krankenhäuser, Fachserie 12, Reihe 6.3, Wiesbaden, für die Berichtsjahre 1992 bis 2006.

- Statistisches Bundesamt (2006b) Datenreport 2006, Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland, Auszug aus Teil 1, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2008) Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen der Länder 2007, Fachserie 18, Reihe 1.1, Wiesbaden
- Schmitz H, Zimolong A, Frische D (2007) Krankenhausfinanzierung 2009, Beitrag der Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung mbH (GEBERA) zum Award Krankenhausfinanzierung 2009 der B. Braun-Stiftung.
- OECD (2007) OECD Health Data 2007 Stand: Oktober 2007, Daten-CD.
- Wasem J, Vincenti A (2000): Monistische Krankenhausfinanzierung, Vorstellungen des Gesetzgebers, Konsequenzen, in: Arnold M, Litsch, M, Schwartz FW (Hg.), Krankenhaus-Report '99, S. 231-243.
- Wille, E. und Igel, C. (2007) Nachhaltige Finanzierungskonzepte für die GKV in: Glaeske, G., Trittin, C. (Hrsg.) Weichenstellung: Die GKV der Zukunft. Bessere Koordination, mehr Qualität, stabile Finanzierung. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 54. GEK-Edition Asgard. S. 143-175. St. Augustin.