ECONSTOR
Make Your Publications Visible.

A Service of
ZBW
Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft
Leibniz Information Centre for Economics

Rösel, Felix

Article

Kränkelnde Krankenhäuser – Ursachen und Auswirkungen des Rückgangs der Krankenhausinvestitionen der Länder

ifo Dresden berichtet

Provided in Cooperation with:
Ifo Institute – Leibniz Institute for Economic Research at the University of Munich

Suggested Citation: Rösel, Felix (2013) : Kränkelnde Krankenhäuser – Ursachen und Auswirkungen des Rückgangs der Krankenhausinvestitionen der Länder, ifo Dresden berichtet, ISSN 0945-5922, ifo Institut, Niederlassung Dresden, Dresden, Vol. 20, Iss. 5, pp. 3-15

This Version is available at:
https://hdl.handle.net/10419/170047

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

WWW.ECONSTOR.EU

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

Kränkelnde Krankenhäuser – Ursachen und Auswirkungen des Rückgangs der Krankenhausinvestitionen der Länder

*Felix Rösel**

Einführung

„[S]taatlich organisierte Zechprellerei“ wird den Bundesländern sicherlich nicht alle Tage vorgeworfen. Derart drastisch kritisierte im Jahr 2012 der Ehrenpräsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), Rudolf Kösters, die seit Jahren rückläufigen Haushaltsmittel der Länder für Krankenhausinvestitionen [zitiert nach: Wunsch (2012)]. Inhaltlich unterstützt wird er von den Gesetzlichen Krankenkassen und dem Bundesgesundheitsminister, die den Ländern öffentlich vorwerfen, sich aus ihrer Verantwortung zu „schleichen“ [GKV-Spitzenverband (2012)] bzw. zu „stehlen“ [zitiert nach: Stief (2013)]. Und tatsächlich: Die Krankenhausinvestitionen der Länder haben sich zwischen 1991 und 2011 inflationsbereinigt nahezu halbiert [Deutsche Krankenhausgesellschaft (2012)]. Sind die gegen die Länder erhobenen Vorwürfe damit also berechtigt?

Im folgenden Beitrag wird dieser Frage und damit den Hintergründen der harschen Kritik von Krankenkassen, Krankenhausverbänden und Bund nachgegangen. Hierbei werden zunächst die Gesamtentwicklung der Krankenhausinvestitionszahlungen nach Ländern und Fördermittelarten getrennt betrachtet und regionale Unterschiede herausgestellt. Anschließend werden mögliche Ursachen des Investitionsmittelrückgangs diskutiert und erstmals anhand von Regressionsschätzungen empirisch überprüft. Hierbei zeigt sich, dass vor allem die zunehmenden Bemühungen der Länder um eine Haushaltskonsolidierung sowie die Patientenströme zwischen den Ländern den Investitionsmittelrückgang treiben. Direkte Folge der seit Jahren rückläufigen Investitionsmittel ist ein enormer „Investitionsstau“ im deutschen Krankenhauswesen, der auf 14,6 bis 50 Mrd. € veranschlagt wird [vgl. z. B. Augurzky et al. (2013)]. Nach einer Schätzung im Rahmen dieses Beitrags fehlten im Jahr 2011 zur Erhaltung der öffentlich geförderten Krankenhausinfrastruktur insgesamt 723 Mill. € an Investitionsmitteln.

Grundzüge der dualistischen Krankenhausfinanzierung in Deutschland

Die deutliche Kritik am Investitionsverhalten der Länder wird verständlich vor dem Hintergrund der geteilten, dualistischen Finanzierung des deutschen Krankenhauswesens: Während die Personal- und Sachkosten der Krankenhäuser von der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bzw. dem Privatsektor getragen werden, sind für Investitionen in die Krankenhausinfrastruktur (z. B. Gebäude oder Anlagegüter) die Länder zuständig. Diese Finanzierungsverantwortung der Länder erstreckt sich auf den *gesamten* Krankenhaussektor – unabhängig von der Trägerschaft des jeweiligen Krankenhauses (öffentlich, freigemeinnützig oder privat).

Die im Jahr 1972 eingeführte dualistische Finanzierung geht auf die Vorstellung zurück, die Sicherstellung der Krankenhausversorgung als Gut mit doppeltem Charakter zu betrachten: Die *Inanspruchnahme* von Krankenhausleistungen soll als privates Gut von Patienten bzw. Krankenkassen getragen werden; die *Vorhaltung der Infrastruktur* ist aufgrund ihres Optionscharakters dagegen Aufgabe der öffentlichen Hand – präziser: gemäß den §§ 4, 9 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) Aufgabe der Länder. In den Anfangsjahren schien sich diese Kostenteilung zunächst zu bewähren. Nachdem in den Jahren vor 1972 durch die alleinige Zuständigkeit der Krankenkassen für Betriebs- *und* Investitionskosten („Monistik“) ein enormer Investitionsbedarf entstanden war, sorgte erst die dualistische Finanzierung für eine auskömmliche Investitionstätigkeit; der aufgelaufene Investitionsstau im Krankenhauswesen konnte beseitigt werden [vgl. SVR (2007); Wunsch (2012)]. Seit einigen Jahren jedoch – so der Vorwurf von Bund, Krankenkassen und Interessenvertretungen – reduzieren die Länder die in den Landeshaushalten eingestellten Mittel für Krankenhausinvestitionen derart drastisch, dass die Länder ihrerseits nunmehr ihre Finanzierungspflicht für den stationären Sektor vernachlässigen.

Ausmaß des Investitionsmittelrückgangs

Wie Abbildung 1 zeigt, muss die pauschal vorgetragene Kritik regional differenziert werden. Die durchschnittlichen, inflationsbereinigten Krankenhausinvestitionsmittel

* *Felix Rösel ist Doktorand der Niederlassung Dresden des ifo Institut – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung an der Universität München e. V.*

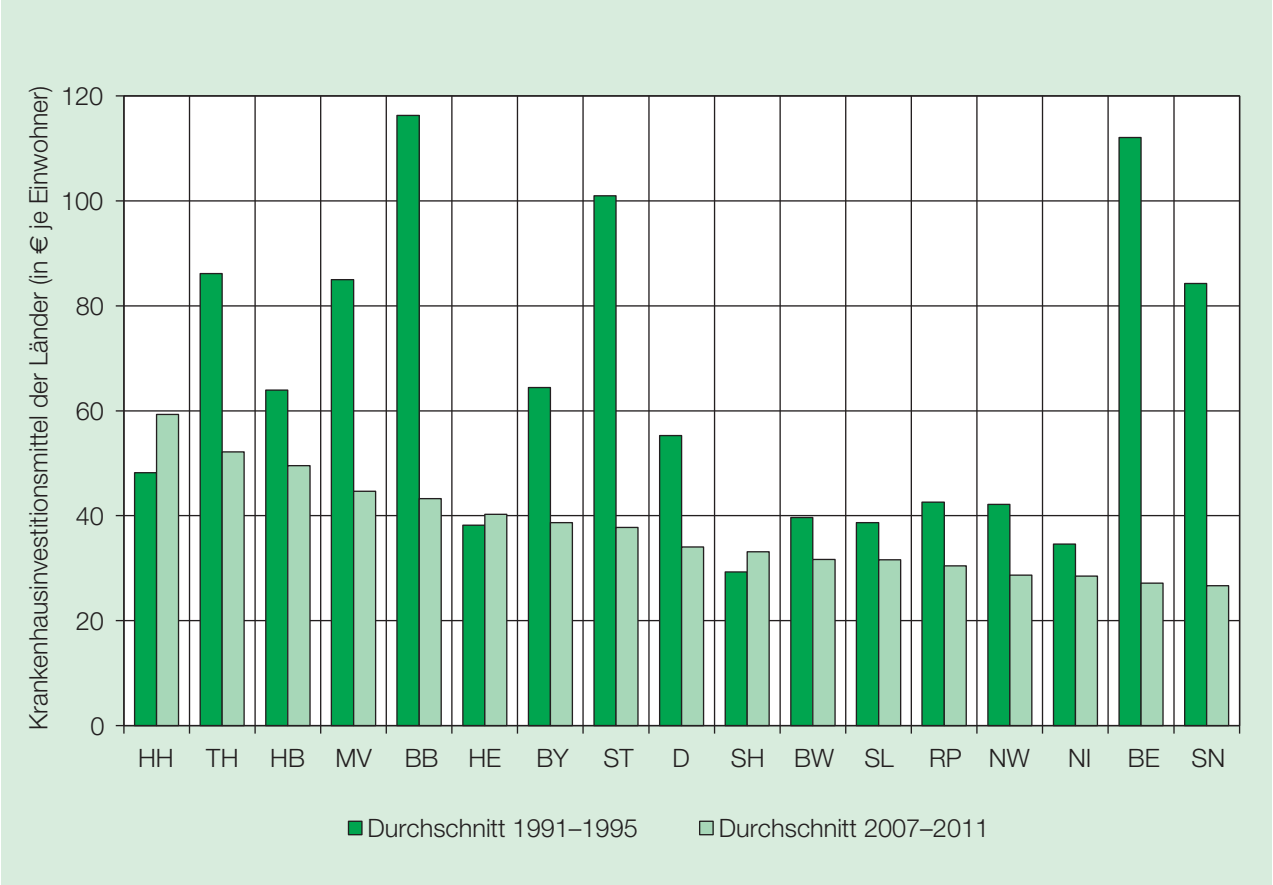
je Einwohner der Jahre 2007 bis 2011 liegen in Hamburg, Hessen und Schleswig-Holstein über dem Durchschnitt der Jahre 1991 bis 1995. Alle anderen Länder, insbesondere die ostdeutschen, reduzierten jedoch die Investitionsmittel je Einwohner zwischen 1991 und 2011 erheblich – im Falle Berlins gar um mehr als 75 %. Zu berücksichtigen sind hierbei allerdings die hohen Nachholinvestitionen in die Krankenhausinfrastruktur nach der deutschen Einheit, die den Rückgang besonders drastisch erscheinen lassen. Diese Investitionen wurden außerdem teilweise von Krankenkassen und Bund übernommen. Ab 2015 entfällt jedoch gemäß Art. 14 Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) der Investitionsanteil der Krankenkassen und die ostdeutschen Länder sind für die Investitionsförderung allein zuständig.

Auch getrennt nach Fördermittelarten stellt sich die Entwicklung differenziert dar. Die Krankenhausinvestitionsmittel der Länder lassen sich aufgliedern in Einzelfördermittel (§ 9 Abs. 1 und 2 KHG) und Pauschalfördermittel (§ 9 Abs. 3 KHG). Erstere werden im Allgemeinen einzeln durch das Land bewilligt und für langfristige Anlagegüter und Bauvorhaben eingesetzt. Über die Pauschalfördermittel können die Krankenhäuser weitgehend frei verfügen. Diese sind insbesondere für kurzfristige Anlagegüter sowie kleine bauliche Maßnahmen einzusetzen.

Wie die Abbildungen 2 und 3 verdeutlichen, geht der Gesamtrückgang der Krankenhausinvestitionsmittel insbesondere auf Kürzungen im Bereich der Einzelfördermittel zurück. Das Volumen der Pauschalfördermittel sank zwischen 1994 und 2011 insgesamt weniger stark ab als die Einzelfördermittel. Infolgedessen steigt der Anteil der Pauschalfördermittel an den Gesamtfördermitteln (Pauschalfördermittelquote) über den betrachteten Zeitraum an. Der Trend sinkender Investitionszahlungen lässt sich in West- und Ostdeutschland gleichermaßen beobachten, wenngleich der Rückgang der Investitionsmittel in den ostdeutschen Ländern aufgrund des hohen Ausgangsniveaus in den Nachwendejahren besonders stark erscheint.

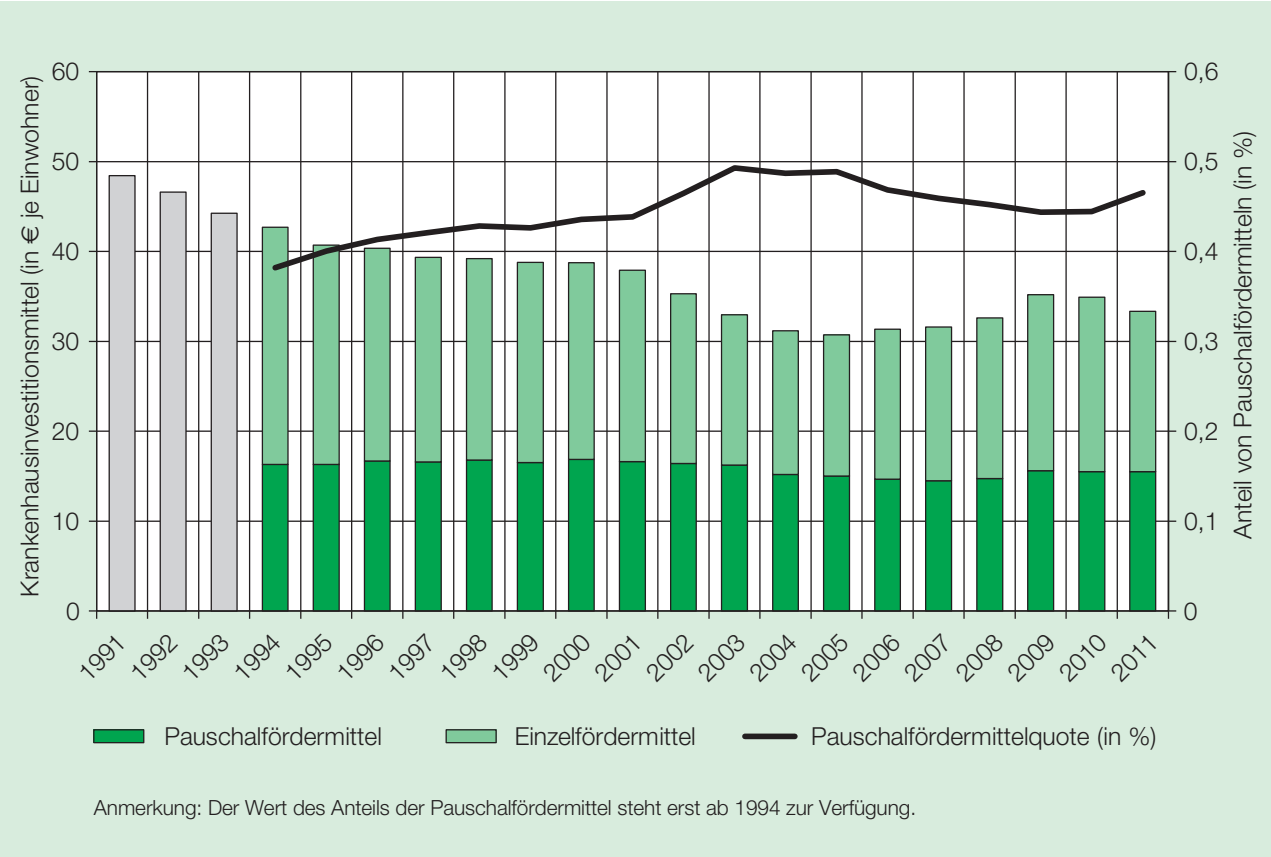
Die aufgezeigte Entwicklung veranlasste auch den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR), auf die eingangs dargestell-

Abbildung 1: Krankenhausinvestitionsmittel der Länder (in € je Einwohner), Durchschnitt 1991 bis 1995 und 2007 bis 2011 (real, Preise von 2011)



Quellen: Deutsche Krankenhausgesellschaft (2012), Arbeitskreis Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen der Länder (2013), Statistisches Bundesamt (2013), Berechnungen und Darstellung des ifo Instituts.

Abbildung 2: Krankenhausinvestitionsmittel der westdeutschen Länder (in € je Einwohner), 1991 bis 2011 (real, Preise von 2011)



Quellen: Deutsche Krankenhausgesellschaft (2012), Arbeitskreis Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen der Länder (2013), Berechnungen und Darstellung des ifo Instituts.

ten Vorwürfe einzugehen: Abgesehen von einzelnen Ausnahmen zögen sich die Länder „immer stärker aus der öffentlichen Investitionskostenförderung zurück“ [SVR (2007); vgl. auch Reiners (2011)]. Dies gilt insbesondere für den Bereich der Einzelfördermittel. Eine Betrachtung der Investitionsmittel in Relation zu den aufgestellten Krankenhausbetten oder zu den Betriebskosten (Investitionsquote) [Steiner und Mörsch (2005); Bruckenberger et al. (2006)] liefert identische Befunde.

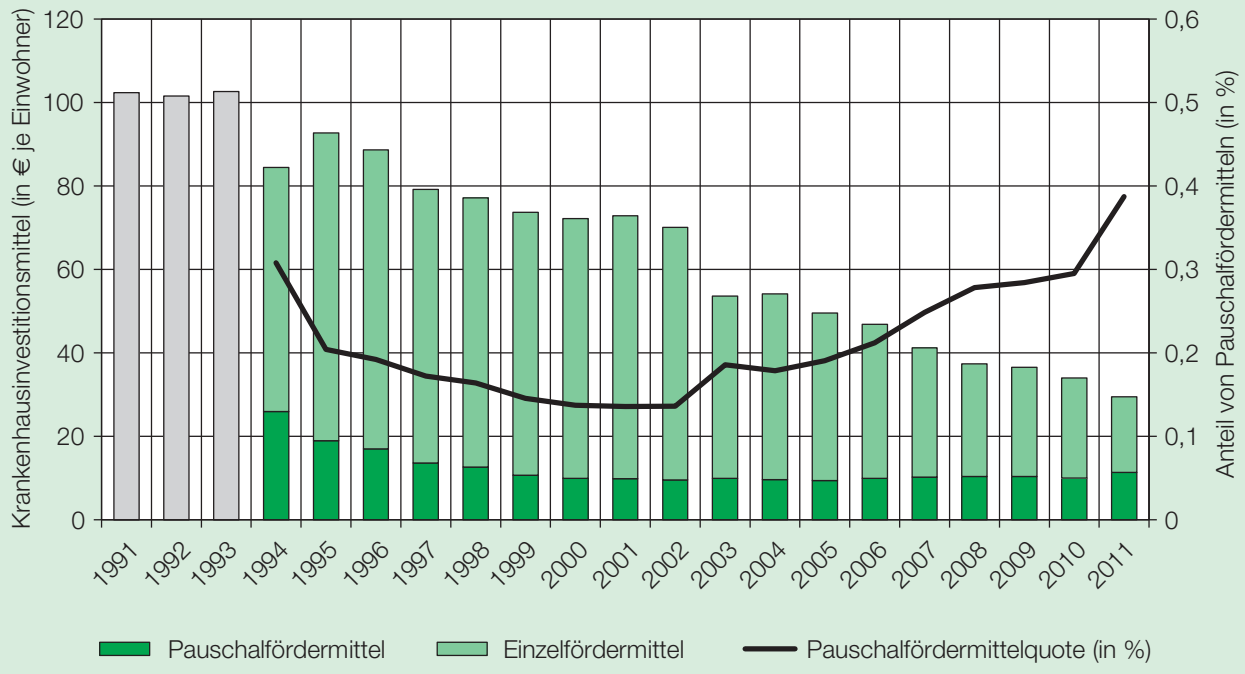
Ursachen des Investitionsrückgangs

Mögliche Ursachen

Als zentrale Ursache der rückläufigen Investitionsmittelentwicklung wird zumeist die allgemeine Geldknappheit der Länder genannt [vgl. Clade (2002); Rehborn und Thomae (2008)]. Zugespitzt resümiert Henke (2002), dass die Länder die Krankenhausinvestitionen „nach Kassenlage“ anstatt nach betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten vornähmen. Auch einzelne Landesregierungen gestehen inzwischen einen Zusammenhang zwischen dem Rückgang der Investitionsmittel und Anstrengungen zur Haushaltskonsolidierung ein.[1] Innerhalb der Investitionsmittel ist wie gezeigt der Rückgang der Einzelfördermittel (Bauinvestitionen, langfristige Anlagegüter) gegenüber den Pauschalfördermitteln zur Finanzierung kurzfristiger Anlagegüter besonders stark. Die Länder versuchen damit, das insgesamt rückläufige Gesamtvolumen durch einen höheren Anteil frei einsetzbarer Mittel zu kompensieren.[2]

Als weiterer Grund für den Rückgang der Investitionsmittel kommen auch die zunehmenden Patientenströme zwischen den Ländern in Betracht. So profitiert beispielsweise ein in Bremen behandelter Patient mit Wohnsitz in Niedersachsen von der in Bremen vorgehaltenen und aus dem dortigen Landeshaushalt finanzierten Krankenhausinfrastruktur, ohne sich jedoch an den Kosten der Bereitstellung beteiligen zu müssen. Mehr als ein Viertel aller Patienten in Bremer Krankenhäusern hatten 1993 ihren Wohnsitz außerhalb Bremens (*„Einpendler“*). Im Jahr 2011 lag der Anteil dieser Patienten bereits bei über einem Drittel (vgl. Tab. 1). Die Senatorin

Abbildung 3: Krankenhausinvestitionsmittel der ostdeutschen Länder (in € je Einwohner), 1991 bis 2011 (real, Preise von 2011)



Anmerkung: Der Wert des Anteils der Pauschalfördermittel steht erst ab 1994 zur Verfügung.

Quellen: Deutsche Krankenhausgesellschaft (2012), Arbeitskreis Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen der Länder (2013), Berechnungen und Darstellung des ifo Instituts.

für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (2008) der Freien Hansestadt Bremen warf in diesem Zusammenhang die Frage auf, „ob Bremen als hoch verschuldetes Bundesland es sich noch ‚leisten' könne, öffentliche Krankenhausfinanzierung und Förderung in dem gegebenen Maße für die Versorgung niedersächsischer Patienten zu betreiben".

Umgekehrt könnte jedoch auch ein steigender Anteil „*auspendelnder*" Patienten (vgl. nochmals Tab. 1) als Rechtfertigung einer Reduktion der eigenen Investitionsanstrengungen dienen, da vermehrt andere Länder die Versorgung der Patienten dieses Landes sicherstellen. Das „Auspendler"-Land könnte sich in diesem Falle als Freifahrer auf Kosten anderer Länder verhalten.

Insgesamt führen die Ströme „ein-" und „auspendelnder" Patienten per Saldo zu Nutzenverschiebungen zwischen den Ländern. Nutzer- und Steuerzahlerkreis des Gutes Krankenhausinfrastruktur sind nicht mehr kongruent und jede Landesregierung sieht sich sowohl bei steigenden „Einpendler"- als auch „Auspendler"-Anteilen dem Anreiz gegenüber, die eigenen Investitionen zu kürzen. Folgen alle Länder diesen individuell rationalen Anreizen aus den Patientenströmen, droht ein Rückgang der Investitionsmittel auf ein ineffizient geringes Niveau [„Race-To-The-Bottom", vgl. Sinn (1994, 2002)]. Angesprochen sind damit die effizienzmindernden Wirkungen der von der ökonomischen Theorie des Föderalismus problematisierten räumlichen externen Effekte [Spillover-Effekte, vgl. z. B. Oates (1972)]. Bisher wurde ein solcher Zusammenhang im deutschen Krankenhauswesen jedoch nicht nachgewiesen.

Nur wenige Studien [z. B. Rothgang und Wessel (2008)] untersuchten bisher zudem, ob politische Einflüsse, z. B. Wahljahre oder die ideologische Ausrichtung der Landesregierung, das jeweilige Krankenhausinvestitionsverhalten des Landes beeinflussen. Gleiches gilt für soziodemographische Einflüsse wie das regionale Wohlstandsniveau, den demographischen Wandel oder soziale Verwerfungen (hohe Arbeitslosenquote), die einen wesentlichen Einfluss auf den Gesundheitszustand und damit Behandlungsbedarf der Bevölkerung haben [vgl.

Tabelle 1: Patientenströme im Krankenhaussektor zwischen den Ländern, 1993 und 2011 (Angaben in %)

	Einpendelnde Patienten[a]			Auspendelnde Patienten[b]		
	1993	2011	Relative Veränderung 1993–2011	1993	2011	Relative Veränderung 1993–2011
Baden-Württemberg	7,81	8,42	7,79	4,38	5,57	27,27
Bayern	6,16	7,05	14,36	3,08	3,46	12,55
Berlin	8,88	13,84	55,93	3,06	5,57	82,15
Brandenburg	9,14	7,57	–17,23	15,70	17,29	10,17
Hansestadt Bremen	28,29	36,55	29,17	11,64	12,19	4,73
Hansestadt Hamburg	23,73	30,38	28,03	13,23	11,21	–15,26
Hessen	9,47	9,02	–4,72	8,97	10,74	19,64
Mecklenburg-Vorpommern	5,31	5,95	12,24	5,48	6,96	27,02
Niedersachsen	8,20	7,55	–7,95	11,17	13,02	16,56
Nordrhein-Westfalen	4,03	3,32	–17,59	3,23	3,75	15,95
Rheinland-Pfalz	11,66	11,48	–1,56	14,10	15,56	10,40
Saarland	12,67	10,38	–18,08	10,37	9,25	–10,76
Sachsen	3,02	5,17	70,96	4,42	4,61	4,27
Sachsen-Anhalt	4,05	5,67	39,81	8,23	9,95	20,85
Schleswig-Holstein	11,77	11,96	1,67	13,44	16,38	21,83
Thüringen	5,61	8,45	50,61	6,16	9,11	48,04
Durchschnitt[c]	7,35	8,02	9,00	7,35	8,02	9,00

a) Anteil der im eigenen Land erbrachten Behandlungstage für Patienten anderer Länder (1993: ohne Stundenfälle). – b) Anteil der in anderen Ländern erbrachten Behandlungstage für Patienten des eigenen Landes (1993: ohne Stundenfälle). – c) Gewichteter Durchschnitt.

Quellen: Statistisches Bundesamt (2012a), Berechnungen des ifo Instituts.

z. B. Jagger et al. (2008)]. Um zu prüfen, ob diese Variablen auch das Investitionsverhalten der Länder beeinflussen, werden diese im Folgenden ebenfalls untersucht.

Methodisches Vorgehen

Um den tatsächlichen Einfluss der möglichen Ursachen auf das Investitionsverhalten der 16 Länder zu testen, wurden Regressionsmodelle für die Jahre 1993 bis 2011 geschätzt.[3] Der Schätzansatz ist eine gepoolte OLS-Regression; zur Kontrolle auf landesspezifische Effekte wurde die Schätzung zudem mit fixen Effekten wiederholt [vgl. zur Methodik die Infobox]. Als abhängige Variable gehen die jährlichen absoluten Investitionsfördermittel in Relation zur Einwohnerzahl (Modell 1 und 2) sowie die Fördermittel in Relation zur Zahl der Krankenhausbetten des Landes (Modell 3 und 4) ein. Beide Kennziffern sind im Krankenhauswesen gebräuchlich [vgl. z. B. Steiner und Mörsch (2005)]. Die verwendeten Regressoren stellt Tabelle 2 dar. Neben krankenhausspezifischen und finanzpolitischen Variablen wird entsprechend der Vorüberlegungen auch auf soziodemographische Einflüsse und politökonomische Variablen sowie auf Jahreseffekte kontrolliert.

Tabelle 2: Deskriptive Statistik, 1993 bis 2011

Set	Variable	Beschreibung	Arithmet. Mittel	Minimum	Maximum	Standard-Abweichung
Abhängige Variablen	Investitionsmittel je Einwohner	Krankenhausinvestitionsmittel (in € je Einwohner[a])	49,05	11,63	127,69	21,68
	Investitionsmittel je Bett	Krankenhausinvestitionsmittel (in 1.000 € je Bett[a])	7,13	2,04	16,84	2,86
Krankenhausspezifische Variablen	Anteil einpendelnder Patienten	Anteil der im eigenen Land erbrachten Behandlungstage für Patienten anderer Länder (in %, bis 1999 ohne Stundenfälle)	10,38	2,95	36,55	8,04
	Anteil auspendelnder Patienten	Anteil der in anderen Ländern erbrachten Behandlungstage für Patienten des eigenen Landes (in %, bis 1999 ohne Stundenfälle)	8,69	2,91	17,29	4,11
	Pauschalfördermittelquote	Anteil der Pauschalfördermittel an allen Krankenhausinvestitionsmitteln (in %[b])	36,38	6,58	79,38	14,73
Sozio-demographische Variablen	Arbeitslosenquote	Arbeitslosenquote (bezogen auf abhängige zivile Erwerbspersonen, in %)	12,56	4,30	22,10	4,56
	Altenquotient	Anteil der Einwohner über 60 Jahre je Einwohner zwischen 20 und 59 Jahre (in %)	43,24	29,36	57,32	5,50
	Bruttoinlandsprodukt (BIP)	BIP (in 1.000 € je Einwohner[a])	27,24	13,16	52,73	8,17
Finanzpolitische Variablen	Gesamtausgaben	Bereinigte Ausgaben des Landeshaushalts (in 1.000 € je Einwohner[a])	4,18	2,72	8,22	1,38
	Zinsausgaben	Zinsausgaben des Landeshaushalts (in 1.000 € je Einwohner[a])	0,34	0,05	1,10	0,22
	Finanzierungssaldo	Saldo aus Bereinigten Einnahmen und Ausgaben des Landeshaushalts (in 1.000 € je Einwohner[a])	–0,32	–1,92	1,43	0,40
Politikbezogene Dummyvariablen	Wahljahr	Wahljahr (ja = 1)	0,23	0,00	1,00	0,42
	Vorwahljahr	Vorwahljahr (nur bei regulärer Legislatur) (ja = 1)	0,21	0,00	1,00	0,41
	SPD	SPD an Landesregierung beteiligt (ja = 1)	0,64	0,00	1,00	0,48
	CDU	CDU an Landesregierung beteiligt (ja = 1)	0,63	0,00	1,00	0,48
	Ost	Ostdeutschland (ja = 1)	0,38	0,00	1,00	0,48

a) Real, Preise von 2011. – b) Der Anteil der Pauschalfördermittel 1993 wurde mit dem Wert von 1994 approximiert.

Quellen: Bundesagentur für Arbeit (2012), Deutsche Krankenhausgesellschaft (2012), Arbeitskreis Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen der Länder (2013), Statistisches Bundesamt (2012a, 2012b, 2012c, 2012d, 2013), Berechnungen des ifo Instituts.

Der zugrunde gelegte Regressionsansatz knüpft an bestehende Schätzungen der Wirkung von Spillover-Effekten auf das Ausgabeverhalten subnationaler Körperschaften an [siehe z. B. Strathman (1994)]. Um einer verzerrenden, zeitlichen Korrelation in den Störtermen (Autokorrelation) zu begegnen, werden für die Schätzung die ersten Differenzen sämtlicher Variablen (mit Ausnahme der Dummyvariablen) verwendet [vgl. Wooldridge (2002)]. Die Schätzung wird als gepoolte OLS-Regression durchgeführt und zur Kontrolle auf landesspezifische Effekte mit Fixed Effects (FE) wiederholt. Hierbei entfällt die zeitkonstante Dummyvariable für Ostdeutschland. In beiden Modellen wird mithilfe von Zeitdummys auf temporale Effekte kontrolliert. Zur verwendeten Methodik vgl. näher Wooldridge (2002).

Regressionsergebnisse

Die Ergebnisse der empirischen Analyse bestätigen die Vorüberlegungen mit Blick auf die Kernursachen des Investitionsmittelrückgangs (vgl. Tab. 3): Ein verstärkter Konsolidierungsdruck, der sich in einem steigenden Finanzierungssaldo aus Einnahmen und Ausgaben abbildet, führt in allen Modellen zu einem signifikanten Rückgang der Investitionsmittel. Einen statistisch signifikanten Einfluss auf die Krankenhausinvestitionsmittel je Einwohner (Modell 1 und 2) üben zudem die zunehmenden Zinszahlungen aus. Die Zinslasten verdrängen offenbar sukzessive die Investitionen aus den Länderhaushalten. Der hochsignifikante Einfluss der Pauschalfördermittelquote bestätigt außerdem die Vermutung, dass eine Verschiebung hin zu einem größeren Anteil von Pauschalfördermitteln, über welche die Krankenhäuser im Vergleich zu Einzelfördermitteln freier verfügen können, mit dem Abschmelzen der Gesamtmittel einhergeht.

Bemerkenswert ist, dass auch ein Anstieg des Anteils der zur Behandlung in ein anderes Land „auspendelnden“ Patienten signifikant zu einem Rückgang der Investitionszahlungen führt. Im Durchschnitt lässt ein Anstieg des „Auspendleranteils“ um einen Prozentpunkt die Investitionsmittel je Einwohner um 2,21 bis 2,29 € (Modelle 1 und 2) bzw. die Investitionsmittel je Bett um 284 € (Modell 3) zurückgehen. Dieses Ergebnis deckt sich mit Befunden von Weisbrod (1965) oder Strathman (1994), die ein solches Freifahrer-Verhalten für amerikanische Gebietskörperschaften im Bildungswesen nachweisen. Damit finden sich Befürchtungen bestätigt, wonach auch die zunehmenden Patientenströme bzw. Spillover-Effekte zwischen den Ländern negative Auswirkungen auf die Bereitstellung der Krankenhausinvestitionsmittel haben. Allerdings ist – wie in den Arbeiten von Weisbrod und Strathman mit Bezug auf das Bildungssystem – kein signifikanter Einfluss „einpendelnder“ Patienten auf das Investitionsverhalten nachzuweisen.

Unter den soziodemographischen Kontrollvariablen zeigt der Anteil der Einwohner über 59 Jahren je Einwohner zwischen 20 und 59 Jahren (Altenquotient) in zwei Modellen (1 und 4) einen signifikant positiven Einfluss auf das Investitionsverhalten. Offenbar reagieren die Länder auf die demographischen Veränderungen, die besonders auch das Gesundheitswesen vor neue Herausforderungen stellt. Ein ebenfalls ausgabenerhöhender Einfluss lässt sich – allerdings nur in einem der vier Modelle – für die Arbeitslosenquote nachweisen. Dies bestätigt die Ergebnisse von Rothgang und Wessel (2008)] und könnte eine Reaktion der Länder auf die Beobachtung darstellen, dass Arbeitslosigkeit tendenziell zu einer höheren Nachfrage nach stationären Einrichtungen und Leistungen führt [vgl. Kieselbach und Beelmann (2006)].

Keinen signifikanten Einfluss haben in den geschätzten Modellen dagegen die politökonomischen Kontrollvariablen. Dies bestätigt wiederum die Befunde von Rothgang und Wessel (2008). Zur Erklärung bemerkt Bruckenberger (2010), dass Krankenhausinvestitionen nur schwer als politischer Erfolg „zu verkaufen“ seien. Einzig die Variable für Ostdeutschland weist auf den dargestellten Sondereffekt einer besonders starken jährlichen Reduktion der Investitionsmittel in den ostdeutschen Ländern hin.

Wie groß ist der „Investitionsstau“ im Krankenhaussektor?

Aufgrund der rückläufigen Investitionsmittel müssen die Krankenhäuser notgedrungen Investitionen immer stärker aus Eigenmitteln bestreiten [„Grauzonenfinanzierung“, vgl. Clade (2002)] oder über Jahre hinweg aufschieben. Hieraus ist inzwischen ein regelrechter „Berg“ aufgeschobener Investitionsvorhaben entstanden, der zumeist als „Investitionsstau“ bezeichnet wird [vgl. z. B. Bruckenberger (2010); Augurzky et al. (2013)]. Obwohl Einigkeit hinsichtlich der Existenz dieses „Staus“ besteht, gehen die Schätzungen des aufgestauten Investitionsvolumens deutlich auseinander. Augurzky et al. (2013) quantifizieren unter der Annahme einer wünschenswerten Investitionsquote in Höhe von 10 % den Investitionsbedarf im deutschen Krankenhaussektor im Jahr 2011 auf 14,6 Mrd. €; allein zwei Drittel entfallen davon auf die drei Länder Baden-Württemberg, Niedersachsen und Nord-

Tabelle 3: Ergebnisse der Regressionsschätzungen (Gepoolte OLS und Fixed Effects, in ersten Differenzen)

Variable		Abhängige Variable: Investitionsmittel je Einwohner				Abhängige Variable: Investitionsmittel je Bett			
Modell		Gepoolte OLS		Fixed Effects		Gepoolte OLS		Fixed Effects	
		(1)		(2)		(3)		(4)	
Konstante		–0,905		–		–0,040		–	
Krankenhaus-spezifische Variablen	Anteil einpendelnder Patienten	1,226		1,316		0,117		0,107	
	Anteil auspendelnder Patienten	–2,209	*	–2,289	*	–0,284	*	–0,293	
	Pauschalfördermittelquote	–0,489	***	–0,507	***	–0,075	***	–0,078	***
Sozio-demo-graphische Variablen	Arbeitslosenquote	0,539		0,733	*	0,063		0,068	
	Altenquotient	1,503	**	1,576		0,145		0,247	*
	Bruttoinlandsprodukt	0,093		0,061		0,008		0,017	
Finanz-politische Variablen	Gesamtausgaben	2,655		2,515		0,123		0,164	
	Zinsausgaben	–32,040	*	–31,500	*	–0,566		–0,779	
	Finanzierungssaldo	–2,837	**	–2,846	**	–0,366	*	–0,347	*
Politik-bezogene Dummy-variablen	Wahljahr (Dummy)	0,397		0,416		0,064		0,059	
	Vorwahljahr (Dummy)	–0,954		–0,945		–0,173		–0,179	
	SPD (Dummy)	0,447		1,477		0,098		0,200	
	CDU (Dummy)	–0,115		–0,236		0,067		0,065	
	Ost (Dummy)	–3,561	***	–		–0,517	***	–	
n		288		288		288		288	
R^2		0,396		0,421		0,395		0,419	
Korrigiertes R^2		0,323		0,314		0,322		0,311	
p-Wert der F-Statistik		<0,001***		<0,001***		<0,001***		<0,001***	

Anmerkungen: Zur Schätzung wurden robuste Standardfehler (HAC) verwendet. Die Schätzungen wurden mit Jahresdummys durchgeführt.
*Signifikanz auf 10-%-Niveau, **Signifikanz auf 5-%-Niveau, ***Signifikanz auf 1-%-Niveau.

Quelle: Berechnungen des ifo Instituts.

rhein-Westfalen. Bruckenberger et al. (2006) normieren den Freistaat Bayern als Benchmark und berechnen aus den Minderinvestitionen der anderen Länder im Vergleich zu Bayern für das Jahr 2005 einen Bedarf für nachzuholende Investitionen in Höhe von 32,5 Mrd. €. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (2007) beziffert den „Investitionsstau“ gar auf 50 Mrd. €.

Die Breite der vorgelegten Schätzungen verdeutlicht, dass der vollständige, tatsächliche Investitionsbedarf im Krankenhaussektor objektiv nur schwer bestimmbar ist

[vgl. auch SVR (2007)]. Insbesondere Kapazitätserweiterungen und -veränderungen aufgrund eines sich ändernden Gesundheitsverhaltens, regionalspezifische Besonderheiten sowie Anpassungsnotwendigkeiten aufgrund des demographischen Wandels können in Schätzungen nur bedingt berücksichtigt werden. Nachfolgend wird daher exemplarisch für das Jahr 2011 ein anderer Ansatz zur Bestimmung des öffentlichen Investitionsbedarfs gewählt. Unterstellt wird im Folgenden, dass – unabhängig von anderweitigen Anpassungen – wenigstens der *Erhalt* des bestehenden, öffentlich geförderten Krankenhauskapitalstocks wünschenswert ist, um einen langfristigen Verfall der Infrastruktur zu vermeiden.[4] Dieser Kapitalstock lässt sich mithilfe der *Perpetual-Inventory-Methodik* [vgl. Berlemann und Wesselhöft (2012)] bestimmen.

Entsprechend dieser Methodik werden zunächst die vergangenen Investitionszahlungen der Länder mit dem jeweiligen Landes-BIP-Deflator zum Basisjahr 2011 preisbereinigt. Anschließend wird für jedes abgelaufene Jahr 5,0 %[5] des realen Anschaffungswertes abgezogen (linearer Abschreibungssatz), um den Kapitalstockverschleiß abzubilden. Die Summe der nunmehr preisbereinigten und nicht abgeschriebenen Investitionsmittel der Vergangenheit entspricht dem heute bestehenden Kapitalstock.

Auf Basis der eingeführten Methodik ergibt sich zu Beginn des Jahres 2011 ein öffentlich finanzierter Krankenhauskapitalstock in Höhe von rund 30,6 Mrd. € in Preisen von 2011 (vgl. Tab. 4). Der Anteil dieses öffentlich geförderten Vermögens am *gesamten* Anlagevermögen des Krankenhaussektors (öffentliche Förderung *und* Eigenmittelfinanzierung) betrug 56 % im Jahr 2011 [Augurzky et al. (2013)]. Wiederholt man die Berechnungen nach der *Perpetual-Inventory-Methode* für 2012, ohne jedoch die tatsächlichen Investitionen des Jahres 2011 zu berücksichtigen, erhält man einen Kapitalstock in Höhe von 27,2 Mrd. €. Aus der Differenz beider Werte berechnen sich die zur Erhaltung des Anfang 2011 bestehenden Kapitalstocks mindestens erforderlichen Investitionsmittel des Haushaltsjahres 2011. Diese können mit den tatsächlichen Investitionen des gleichen Jahres verglichen werden. Liegen hierbei die tatsächlich gezahlten Investitionsmittel unter den zur Kapitalstockerhaltung notwendigen Investitionen, besteht eine öffentliche Finanzierungslücke.

Aus Tabelle 4 ergibt sich, dass allein im Jahr 2011 insgesamt mehr als 723 Mill. € (in Preisen von 2011) bzw. 21 % der notwendigen Zahlungen zu wenig durch die Länder investiert wurden, um den bestehenden, öffentlich geförderten Krankenhauskapitalstock zu erhalten. Damit besteht eine öffentliche Finanzierungslücke. Bereits im Jahr 1989 warnte der damalige Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, dass die Investitionsmittel der Länder zur Erhaltung der Krankenhausinfrastruktur nicht ausreichen [SVR (1989)]. Auch knapp zwanzig Jahre nach dieser Warnung scheint sich hieran nichts geändert zu haben. Die immer fortwährenden Reduktionen der Krankenhausinvestitionsmittel lassen den gesamtdeutschen, öffentlich geförderten Kapitalstock im Krankenhauswesen weiter dahin schmelzen.

Zum Erhalt der öffentlich geförderten Krankenhausinfrastruktur in Berlin wären beispielsweise Investitionen in Höhe von 195 Mill. € notwendig gewesen (vgl. Tab. 4); einen jährlichen Bedarf in ähnlicher Größenordnung (192,6 Mill. €) ermittelten die Berliner Krankenhausgesellschaft und Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz (2011) bei einer Erhebung über den notwendigen Investitionsbedarf in den Berliner Krankenhäusern. Tatsächlich wurden in Berlin jedoch lediglich 83 Mill. € investiert – weniger als 50 % des notwendigen Betrags. In den ostdeutschen Ländern wurde im Durchschnitt der Investitionsbedarf nur zu rund 44 % gedeckt. Zu berücksichtigen ist hierbei jedoch, dass die anfänglich enorm hohen Investitionsausgaben der ostdeutschen Länder nach 1991 entsprechend der eingeführten Methodik (einheitlicher Abschreibungssatz bei unterschiedlicher Investitionsstruktur) zu einer deutlichen Überschätzung des heutigen Bedarfs an Ersatzinvestitionen führen können. Dies erklärt auch, warum es trotz des rechnerischen Bedarfs noch nicht zu einem Investitionsstau in den ostdeutschen Ländern gekommen ist [vgl. Augurzky et al. (2013)]. In der künftigen Forschung sollten insbesondere diese Sondereffekte sowie der Bevölkerungsrückgang in Ostdeutschland stärker berücksichtigt werden.

Für Westdeutschland ergibt sich entsprechend der *Perpetual-Inventory-Methode* eine Unterinvestition in Höhe von 4 % der zur Kapitalstockerhaltung benötigten Mittel. Mit Baden-Württemberg, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Saarland und Schleswig-Holstein zahlten insgesamt sechs westdeutsche Länder im Jahr 2011 jedoch mehr Investitionsmittel als zur Erhaltung des bestehenden, öffentlich geförderten Kapitalstocks notwendig wären. Dies führt aufgrund des teils beträchtlichen Investitionsstaus in diesen Ländern [vgl. Augurzky et al. (2013)], jedoch allenfalls zur Verringerung des aufgestauten Investitionsbedarfs. Eine Trendwende in der Krankenhausinvestitionsfinanzierung ist damit noch nicht erreicht.

Fazit und Handlungsempfehlungen

Seit Jahren reduzieren die meisten Länder kontinuierlich die im Landeshaushalt eingestellten Investitionsmittel. Im Jahr 2011 fehlten im Krankenhaussektor rund 723 Mill. € an Investitionszahlungen (in Preisen von 2011), um die

Tabelle 4: Finanzierungsbedarf zur Infrastrukturerhaltung des Krankenhauswesens (in Mill. €, 2011, real, Preise von 2011)

Land	Öffentl. finanzierter Kranken-haus-kapital-stock, 2011[a]	Öffentl. finanzierter Kranken-haus-kapital-stock, 2012 (ohne Investi-tionen 2011)[a]	Not-wendige Investi-tionen zur Kapital-stock-erhaltung, 2011	Tatsäch-liche Investi-tionen, 2011	Unter- bzw. Mehr-investition	Unter- bzw. Mehr-investition in % der notwendi-gen Investi-tionen
	(1)	(2)	(3)=(1)–(2)	(4)	(5)=(4)-(3)	(6)=(5)/(3)
Baden-Württemberg	3.265	2.924	341	383	42	12
Bayern	5.290	4.709	580	450	–130	–22
Berlin	1.436	1.241	195	83	–112	–57
Brandenburg	1.414	1.241	173	98	–75	–43
Hansestadt Bremen	337	302	35	30	–5	–15
Hansestadt Hamburg	894	807	87	117	31	35
Hessen	2.283	2.059	224	225	1	0
Mecklenburg-Vorp.	1.036	917	119	69	–50	–42
Niedersachsen	1.948	1.739	209	239	29	14
Nordrhein-Westfalen	5.072	4.527	545	497	–48	–9
Rheinland-Pfalz	1.305	1.166	139	117	–22	–16
Saarland	346	309	37	39	2	5
Sachsen	1.982	1.732	250	97	–153	–61
Sachsen-Anhalt	1.582	1.390	192	67	–125	–65
Schleswig-Holstein	847	766	82	85	3	3
Thüringen	1.573	1.394	179	70	–109	–61
Gesamt	**30.611**	**27.222**	**3.388**	**2.665**	**–723**	**–21**
Ostdeutschland	9.024	7.915	1.109	485	–624	–56
Westdeutschland	21.587	19.307	2.280	2.180	–99	–4

a) Summe der mit dem jeweiligen Landes-BIP-Deflator diskontierten Krankenhausinvestitionsmittel, die mit einem linearen Abschreibungssatz in Höhe von 5,0 % abgeschrieben wurden.

Quellen: Deutsche Krankenhausgesellschaft (2012), Arbeitskreis Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen der Länder (2013), Berechnungen des ifo Instituts.

bestehende, öffentlich geförderte Infrastruktur zu erhalten. Die Unterfinanzierung der deutschen Krankenhausinfrastruktur durch die Länder wird inzwischen auch von einzelnen Landesregierungen eingestanden. Als besonders stark erscheint die Finanzierungslücke in den ostdeutschen Ländern; hier müssen jedoch Sondereffekte aufgrund der enormen Nachholinvestitionen zur baulichen Sanierung des maroden DDR-Krankenhaussektors in den ersten Jahren nach der Wiedervereinigung beachtet werden.

Kernursache des Rückgangs der Investitionsmittel ist die hohe Abhängigkeit der Krankenhausfinanzierung von der finanziellen Gesamtlage des jeweiligen Landes. Um die immer stärker drückende Zinslast in den Landeshaushalten bedienen zu können, sind die Krankenhausinvestitionsmittel zum „Steinbruch" [Pitschas (2012)] für die Haushaltskonsolidierung geworden. Auch die zunehmenden Patientenströme zwischen den Ländern beeinflussen das Krankenhausinvestitionsverhalten negativ. Ein Zuwachs der zur Behandlung in andere Länder „auspendelnden" Patienten sendet offenbar ein Signal an die Landesregierung bzw. Landtagsmehrheit des entsprechenden Landes, die eigenen Investitionsanstrengungen zurückfahren zu können. Diese Fehlanreize führen ceteris paribus zu einer nochmaligen Reduktion der Krankenhausinvestitionsmittel.

Als Lösung des Problems werden zumeist eine stärkere Rolle des Bundes oder die Rückkehr zur monistischen Finanzierung (Übernahme der Investitionskosten durch die GKV bzw. Privatsektor) genannt [vgl. Clade (2002); Rürup (2008)]. Die historischen Erfahrungen bis 1972 lehren jedoch, dass auch eine alleinige Zuständigkeit der GKV oder des Bundes keinesfalls eine auskömmliche Finanzierung sichert. Außerdem könnten bei einer Zuständigkeit des Bundes regional differierende Präferenzen schlechter als bisher bedient werden.[6] Als effizientere Lösung kommt daher die Einrichtung eines speziellen horizontalen Ausgleichsmechanismus zwischen den Ländern in Betracht, der an die Patientenströme zwischen den Ländern gekoppelt ist. Dieser ist jedoch seinerseits mit Schwierigkeiten verbunden. So kann beispielsweise der Ausgleichbedarfs ex ante nur grob geschätzt werden. Als zweitbeste Lösung wären daher Zuweisungen des Bundes an die Länder, z. B. im Rahmen eines gemeinsamen Investitionsprogrammes, zu bevorzugen [so auch Deutsche Krankenhausgesellschaft (2007)]. Insbesondere die negativen Anreize der Patientenströme zwischen den Ländern könnten hierdurch internalisiert und ein weiterer „Wettlauf nach unten" verhindert werden.

Wichtig erscheint zudem, das Krankenhauswesen stärker als bisher mit den anderen Sektoren des Gesundheitswesens zu verknüpfen [vgl. Reiners (2011)]. Das 2012 in Kraft getretene GKV-Versorgungsstrukturgesetz böte hierfür neue Chancen: Die Länder könnten mit ihrem auf die ambulante Versorgungsplanung ausgeweiteten Einfluss ihren Planungshorizont auf ganze „‚Versorgungsketten' als Moderatoren, Anschubfinanzierer und Impulsgeber" [Sell (2001)] richten und für eine Vernetzung der Versorgungssysteme sorgen. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass die Länder künftig von ihren Kompetenzen verstärkt Gebrauch machen und ihre Finanzierungsverantwortung für den stationären Sektor ausfüllen.

Referenzen

Arbeitskreis Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen der Länder (Hrsg.) (2013): Bruttoinlandsprodukt – in jeweiligen Preisen – 1991 bis 2012 (WZ 2008); Bruttoinlandsprodukt – preisbereinigt, verkettet – 1991 bis 2012 (Wirtschaftswachstum) (WZ 2008), Berechnungsstand: August 2012/Februar 2013, Stuttgart.

Augurzky, B., Krolop, S., Hentschker, C., Pilny, A. und C. Schmidt (2013): Krankenhaus Rating Report 2013: Krankenhausversorgung zwischen Euro-Krise und Schuldenbremse, medhochzwei Verlag, Heidelberg.

Baltzer, W. (2009): Pauschalförderung angesagt. Interview Christine Clauß, Sächsische Staatsministerin für Soziales, zur Situation der Krankenhäuser. In: WirtschaftsJournal online. http://www.wirtschaftsjournal.de/de/142-mai_2009/365-pauschalfoerderung-angesagt, abgerufen am 08. 08. 2013.

Berlemann, M. und J.-E. Wesselhöft (2012): Estimating Aggregate Capital Stocks Using the Perpetual Inventory Method – New Empirical Evidence for 103 Countries, Helmut Schmidt Universität Hamburg, Fächergruppe Volkswirtschaftslehre, Diskussionspapier Nr. 125, Hamburg.

Berliner Krankenhausgesellschaft/Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2011): Investitionsbedarf der Krankenhäuser in Berlin, Berlin.

Bruckenberger, E. (2010): 40 Jahre Krankenhausfinanzierung – Der Mythos von Sisyphos, Vortrag bei der Tagung „40 Jahre Krankenhausfinanzierung – Der Mythos von Sisyphos", 23. 04. 2010, Hannover.

Bruckenberger, E., Klaue, S. und H.-P. Schwintowski (2006): Krankenhausmärkte zwischen Regulierung und Wettbewerb, Springer, Berlin u. a.

Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) (2012): Arbeitsmarkt in Zahlen. Arbeitslosigkeit im Zeitverlauf, Stand: Dezember 2012, Nürnberg.

Clade, H. (2002): „Grauzonenfinanzierung" verzerrt Wettbewerb. Investitionsstau Störfaktor der Krankenhauswirtschaft. In: Deutsches Ärzteblatt 99, S. A327–A328.

Deutsche Krankenhausgesellschaft (Hrsg.) (2007): Deutschland droht Spitzenplatz in der Medizin zu verlieren – Bundesweites Sonder-Investitionsprogramm gefordert, Pressmitteilung vom 08.04.2007, Berlin.

Deutsche Krankenhausgesellschaft (Hrsg.) (2012): Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern, Stand: Juli 2012, Berlin.

Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (Hrsg.) (2008): Bremer Krankenhäuser im „Dreistromland". Patientenströme aus dem Ems-Weser-Elbe-Gebiet in die Krankenhäuser des Landes Bremen. Daten und Analysen für die Jahre 2004–2006, Bremen.

GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2012): Bundesländer schleichen sich aus ihrer Verantwortung für die Krankenhausfinanzierung, Pressemitteilung vom 02.07.2012, Berlin.

Henke, K.-D. (2002): Kürzer im Krankenhaus – längeres Leid? Was steckt hinter dem Fallpauschalensystem?, Vortrag bei der Reihe Workshop Medizinethik, 09.11.2002, Katholische Akademie in Berlin, Berlin.

Heyder, R. (2009): Zukunft der Investitionsplanung und -finanzierung: Ist die (Hochschul-)Medizin reif für die Monistik?, Vortrag bei der Tagung „Strategische Investitionsplanung. Organisation, Ziele, Instrumente, Risiken – Herausforderung für Universitätsklinika und Krankenhäuser", 26.11.2009, Berlin.

Jagger, C., Gillies, C., Moscone, F., Cambois, E., Van Oyen, H., Nusselder, W., Robine, J.-M. und the EHLEIS team (2008): Inequalities in Healthy Life Years in the 25 Countries of the European Union in 2005: A Cross-National Meta-Regression Analysis, The Lancet 372, S. 2.124–2.131.

Kieselbach, T. und G. Beelmann (2006): Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Stand der Forschung. In: Hollederer, A. und H. Brand (Hrsg.), Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit, Verlag Hans Huber, Bern, S. 13–31.

Oates, W. (1972): Fiscal Federalism, Edward Elgar, Cheltenham, Northampton.

Pitschas, R. (2012): Umbruch der Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen und Grundgesetz. In: ders. (Hrsg.): Versorgungsstrukturen im Umbruch. Die Gesundheitsversorgung zwischen Länderinteressen und finanziellen Zwängen, Peter Lang, Frankfurt am Main u. a., S. 79–101.

Rehborn, M. und H. Thomae. (2008): Krankenhausplanung, Krankenhausfinanzierung, Versorgungsverträge. In: Ratzel, R. und B. Luxenburger (Hrsg.): Handbuch Medizinrecht, Deutscher AnwaltVerlag, Bonn, S. 1.329–1.418.

Reiners, H. (2011): Sicherstellung der medizinischen Versorgung: Aufgaben und Herausforderungen für die Länder, in: Jacobs, K. und S. Schulze (Hrsg.): Sicherstellung der Gesundheitsversorgung. Neue Konzepte für Stadt und Land, KomPart, Berlin, S. 73–95.

Rothgang, H. und A. Wessel (2008): Sozialpolitik in den Bundesländern. In: Hildebrandt, A. und F. Wolf (Hrsg.): Die Politik der Bundesländer. Staatstätigkeit im Vergleich, VS, Wiesbaden, S. 137–172.

Rürup, B. (2008): Umstellung auf eine monistische Finanzierung von Krankenhäusern, Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit vom 12.03.2008, Berlin.

SVR – Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.) (1989): Jahresgutachten 1989 – Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung, Nomos, Baden-Baden.

SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.) (2007): Gutachten 2007 – Kooperation und Verantwortung: Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Nomos, Baden-Baden.

Sell, S. (2001): Gesundheitspolitik im Spannungsfeld von Bundesländern und Krankenkassen. In: Eckart, K. und H. Jenkins (Hrsg.): Föderalismus in Deutschland, Duncker & Humblot, Berlin, S. 255–277.

Sinn, H.-W. (1994): How Much Europe? Subsidiarity, Centralization and Fiscal Competition, Scottish Journal of Political Economy 41, S. 85–107.

Sinn, H.-W. (2002): Der neue Systemwettbewerb, Perspektiven der Wirtschaftspolitik 3, S. 391–407.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2012a): Gesundheit. Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Patienten (einschl. Sterbefälle, ohne Stundenfälle) nach dem Wohnort (Land), Behandlungsort (Land). 1993–2011, [auf Anfrage zur Verfügung gestellt], Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2012b): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerungsfortschreibung, Fachserie 1, Reihe 1.3, erschienen am 13.02.2012, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2012c): Finanzen und Steuern. Rechnungsergebnisse des öffentlichen Gesamthaushalts, Fachserie 14, Reihe 3.1, erschienen am 06.12.2012 sowie Vorgängerveröffentlichungen bis 1993, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2012d): Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12, Reihe 6.1.1, erschienen am 18.10.2012, korrigiert am 12.03.2013 sowie Vorgängerveröffentlichungen bis 1993, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2013): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Vorläufige Ergebnisse der Bevölkerungsfortschreibung auf Grundlage des Zensus 2011, erschienen am 31.05.2013, Wiesbaden.

Steiner, P. und M. Mörsch (2005): Kritische Bestandsaufnahme der Investitionsfinanzierung in den Bundesländern, Das Krankenhaus 97, S. 473–477.

Stief, G. (2013): Klinikfinanzierung: Bahr macht Druck. Interview, Kieler Nachrichten vom 27.02.2013.

Strathman, J. (1994): Migration, Benefit Spillovers and State Support of Higher Education, Urban Studies 31, S. 913–920.

Weisbrod, B. (1965): Geographic Spillover Effects and the Allocation of Resources to Education. In: Margolis, J. (Hrsg.): The Public Economy of Urban Communities, Resources for the Future, Washington, S. 192–206.

Wooldridge, J. (2002): Econometric Analysis of Cross Section and Panel Data, MIT Press, Cambridge, London.

Wunsch, A. (2012): Krankenhausfinanzierung im Wandel: Dr. Rudolf Kösters nach 35 Jahren im Gesundheitswesen als DKG-Präsident verabschiedet, Das Krankenhaus 104, S. 197–200.

1 *Die Landesregierung Brandenburgs räumt in einem Gesetzesentwurf in LT-Drs. 5/5371 mit Bezug auf die Einzelfördermittel offen ein: „Die [...] notwendigen Aufstockungen in den Finanzausstattungen der kommenden Jahre sind angesichts der Erfordernisse zur nachhaltigen Konsolidierung des Landeshaushaltes nicht möglich."*

2 *Heyder (2009) bringt dies mit Bezug auf Nordrhein-Westfalen auf die eingängige Formel „Weniger Geld + mehr Freiheit + mehr Leistungsorientierung = mehr Verantwortung". Einen Zusammenhang zwischen Fördervolumen und -mittelart stellt auch die Sächsische Staatsministerin für Soziales, Christine Clauß, her: „Es versteht sich von selbst, dass sich der finanzielle Kraftakt der letzten 20 Jahre nicht beliebig wiederholen lässt. Von daher wird der Schwerpunkt der Förderung von der bisherigen Einzelförderung großer Baumaßnahmen sich schrittweise mehr auf die Pauschalförderung verlagern." [zitiert nach: Baltzer (2009)].*

3 *Daten zur Patientenwanderung zwischen den Ländern stehen erst ab 1993 zur Verfügung. Die Jahre 1991 und 1992 müssen daher unberücksichtigt bleiben.*

4 *Zu beachten ist bei dieser Annahme, dass im Allgemeinen bereits die bisherigen Investitionen und damit der bestehende Kapitalstock als nicht hinreichend angesehen werden und in den vergangenen Jahren die Krankenhäuser verstärkt aus Eigenmitteln investierten.*

5 *Konservative Schätzungen gehen von einem (linearen) Abschreibungssatz der Krankenhausinfrastruktur von 4,8 % aus; neuere Berechnungen korrigieren diesen Wert nach oben [vgl. Berliner Krankenhausgesellschaft und Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz (2011)]. Um den Abschreibungseffekt nicht zu überschätzen, wird vereinfacht ein Abschreibungssatz von 5,0 % unterstellt. Dies bedeutet, dass im Durchschnitt nach 20 Jahren die Investitionen komplett abgeschrieben wurden.*

6 *Dieser Aspekt wird bei Forderungen nach einer Zuständigkeit des Bundes häufig übersehen. Eine bundeseinheitliche Güterbereitstellung kann bei heterogenen Präferenzen zu teils erheblichen Nutzeneinbußen führen [vgl. Oates (1972)]. Insbesondere an dieser Stelle besteht mit Blick auf Zentralisierungsforderungen im Krankenhauswesen weiterer Forschungsbedarf.*