



Bericht

an den Haushaltsausschuss des
Deutschen Bundestages

nach § 88 Abs. 2 BHO

über die Prüfung der Krankenhausfinanzierung durch
die gesetzliche Krankenversicherung

hier: Finanzierung von Investitionen

Dieser Bericht enthält das vom Bundesrechnungshof abschließend im Sinne
des § 96 Abs. 4 BHO festgestellte Prüfungsergebnis. Er ist auf der
Internetseite des Bundesrechnungshofes veröffentlicht
(www.bundesrechnungshof.de).

Gz.: IX 1 - 2019 - 0919

Potsdam, den 10. September 2020

Inhaltsverzeichnis

0	Zusammenfassung	4
1	Thematische Einführung	10
1.1	Anlass und Inhalt der Prüfung	10
1.2	Krankenhausplanung	11
1.3	Duale Krankenhausfinanzierung und Rückblick	12
2	Merkmale der Krankenhausplanung	13
2.1	Versorgungskapazitäten	13
2.2	Vorgehen der Länder	16
2.3	Einfluss des Bundesgesetzgebers auf die Krankenhausstruktur	19
3	Finanzierung von Investitionen	21
3.1	Investitionsförderung durch die Länder	21
3.2	Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser	24
4	Bemessung der Investitionsbedarfe	26
4.1	Maßnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit	26
4.2	Analyse des InEK	26
4.3	Befunde aus dem Krankenhaus-Barometer	27
5	Krankenhaus-Strukturfonds	28
5.1	Strukturelle Vorgaben	28
5.2	Erzielte Wirkungen	29
6	Maßnahmen im Rahmen der Corona-Pandemie	30
6.1	COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz	30
6.2	Erweiterung der Versorgungskapazitäten	31
7	Krankenhauszukunftsgesetz	32
8	Vorläufige Würdigung und Empfehlung	32
8.1	Unzureichende Finanzierung von Investitionen	32

8.2	Krankenhausstruktur nicht effizient	33
8.3	Krankenhauszukunftsfonds verfestigt gegenwärtige Strukturen	35
8.4	Krankenhausfinanzierung und Planung neu ausrichten	36
9	Stellungnahme des BMG	37
10	Abschließende Würdigung und Empfehlung	40
10.1	Krankenhausstruktur seit Jahren unterfinanziert und ineffizient	40
10.2	Krankenhausplanungs- und Finanzierungsverantwortung zusammenführen	41
10.3	Vorhandene Gestaltungsbefugnisse ausschöpfen	42
10.4	Krankenhaus-Strukturfonds und Krankenhaus-Zukunftsfonds nachhaltig ausgestalten	44
10.5	Krankenhausplanung strikt am Versorgungsbedarf ausrichten	45

0 Zusammenfassung

Jährlich werden über 19 Mio. Patientinnen und Patienten vollstationär im Krankenhaus behandelt. Die Ausgaben für stationäre Krankenhausbehandlungen bilden den höchsten Anteil der Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und lagen im Jahr 2019 bei 80,3 Mrd. Euro. Der Bundeszuschuss aus Steuermitteln in die GKV betrug im selben Jahr 14,5 Mrd. Euro. Die Krankenhausfinanzierung hat damit automatisch Bedeutung für den Bundeshaushalt. Der Bundesrechnungshof hat geprüft, wie Krankenhäuser ihre Investitionen finanzieren und in welchem Umfang hierbei Krankenkassen über die Vergütung von Behandlungsfällen mittelbar herangezogen werden. Zugleich hat er die Krankenhausplanung in den Blick genommen. Er stieß hierbei auf wesentliche Mängel, die eine Weiterentwicklung der Investitionsfinanzierung, der Krankenhausplanung und ihrer rechtlichen Grundlagen nahelegen. Er sieht sich deshalb veranlasst, gemäß § 88 Absatz 2 Bundeshaushaltsordnung dem Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages zu berichten. Der Bundesrechnungshof hat dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und dem Bundesministerium der Finanzen Gelegenheit gegeben, zu einem Entwurf dieses Berichts Stellung zu nehmen. Die Inhalte der Stellungnahmen flossen in den Bericht ein. Im Einzelnen stellte der Bundesrechnungshof fest:

- 0.1 Die gegenwärtigen Krankenhausplanungen der Länder unterscheiden sich maßgeblich in Inhalten und zeitlichen Abfolgen. Standorte, Fachabteilungen, Leistungsschwerpunkte und Gesamtplanbettenzahlen werden nach unterschiedlichen Kriterien ausgewiesen. Eine in die Zukunft ausgerichtete Planung, z. B. unter Berücksichtigung der Demografie, Morbidität und des medizinischen Fortschritts, ist kaum vorhanden. Länderübergreifende Regelungen oder eine gemeinsame Krankenhausplanung fehlen vielfach. Qualitätsaspekte für die Krankenhausplanung wenden Länder nur teilweise an. Bundesweit gibt es keine einheitlichen Maßstäbe, aus denen sich herleiten lässt, inwieweit in der stationären Versorgung eine Über- oder Unterversorgung besteht. Der tatsächliche Versorgungsbedarf ist nicht verlässlich belegt. Mangels einer effektiven Steuerung durch die Länder liegen Investitionsentscheidungen zunehmend bei den Krankenhausträgern. Diese treffen Investitionsentscheidungen aus unternehmerischen Gesichtspunkten. Ob sie versorgungspolitisch sinnvoll sind, tritt in den Hintergrund (Tzn. 2, 8.1).

- 0.2 Die gegenwärtige Krankenhausstruktur ist nicht effizient: Es bestehen Doppelstrukturen, zu wenig Spezialisierung und partiell sind Mengenausweitungen zu beobachten. In Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung finden vielfach komplexe Eingriffe statt, die spezialisierten Einrichtung vorbehalten sein sollten. 40 % der Krankenhäuser verzeichnen Verluste, für über ein Zehntel besteht erhöhte Insolvenzgefahr. Möglichkeiten, die übermäßige Inanspruchnahme teurer stationärer Behandlungen zu reduzieren und die Versorgung stärker in die ambulante Versorgung zu verlagern, wurden bislang nicht ausgeschöpft. Vielerorts bestehen personelle Engpässe bei ärztlichem und pflegerischem Personal, weil Personal auch in unwirtschaftlichen Einrichtungen gebunden wird (Tzn. 2, 8.2, 10.1).
- 0.3 Regelungen des Bundesgesetzgebers und des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zum Entgeltsystem sowie zur Qualität und Quantität der Krankenhausbehandlung beeinflussen die Krankenhausstruktur indirekt und erzeugen Anpassungsdruck bei den Krankenhausbetreibern. Insbesondere Vorgaben zu den Mindestanforderungen der Krankenhausbehandlung stärken grundsätzlich die Versorgungsqualität. Eine gezielte strukturelle Neuausrichtung der Krankenhauslandschaft wird dadurch aber nicht sichergestellt. Aktuelle Anpassungen wie Schließungen von Krankenhäusern und Abteilungen sowie der Ab- und Umbau von Versorgungskapazitäten verlaufen nach Einschätzung des Bundesrechnungshofes weitgehend ungesteuert. Es besteht keine übergreifende Zielsetzung zwischen Bund und Ländern, wie die Versorgungsstrukturen weiterentwickelt werden sollen. Deshalb ist unklar, ob die derzeitigen Umbrüche die richtigen Häuser treffen und versorgungspolitisch sachgerecht sind (Tzn. 2, 8.2, 10.1).
- 0.4 Die Länder kommen ihrer Investitionsverpflichtung bei der Krankenhausfinanzierung seit Jahren nur unzureichend nach. Die Förderung stagniert auf gleichbleibend niedrigem Niveau und bewegt sich zwischen 2,6 und 3 Mrd. Euro. Krankenhäusern fehlt dadurch die für Investitionen notwendige Planungssicherheit. Die Länderförderung gestaltet sich zudem nach unterschiedlichen Maßstäben und stellt keine einheitliche Versorgungsdichte und -qualität sicher (Tzn. 3.1, 8.1, 10.1).

- 0.5 Krankenhäuser müssen investieren, um funktions- und wettbewerbsfähig zu bleiben und den medizinischen Fortschritt nachvollziehen zu können. Insoweit sehen sie sich zunehmend veranlasst, alternative Finanzierungsquellen zu erschließen. In großem Umfang verwenden sie Erlöse aus den von den Krankenkassen geleisteten Fallpauschalen, um Investitionskosten zu decken. Dieses Vorgehen entspricht nicht dem Regelungssystem der dualen Krankenhausfinanzierung. Werden Investitionen über Darlehen oder Leasing finanziert, erhöhen sich zudem die Kosten infolge der Zinslast bzw. Leasingraten (Tzn. 3.2, 8.1, 10.1).
- 0.6 Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat den für die Leistungserbringung im Krankenhaus erforderlichen Investitionsbedarf mit jährlich 7 Mrd. Euro beziffert. Zwischen dem ermittelten Bedarf und der Investitionsförderung der Länder besteht demnach eine Förderlücke von jährlich 4 Mrd. Euro (Tz. 4).
- 0.7 Der bestehende Krankenhaus-Strukturfonds (KH-Strukturfonds) fördert den Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und die Umwandlung von Krankenhäusern in andere Versorgungseinrichtungen. Fördergelder des Bundes von 500 Mio. Euro jährlich werden zusätzlich zur bestehenden Investitionsförderung gewährt. Allerdings sind die erreichten bzw. absehbaren Strukturveränderung gemessen an der gesamten Versorgungsstruktur gering. Bis die Krankenhausstruktur umgebaut ist, würden Jahrzehnte vergehen. Der Veränderungsprozess verläuft zudem weitgehend ungesteuert. Es fehlt an einer übergreifenden Zielsetzung zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen (Tzn. 5, 8.3, 10.4).
- 0.8 Das Bundeskabinett hat zwischenzeitlich den Entwurf eines Krankenhauszukunftsgesetzes beschlossen. Dieser sieht die Einrichtung eines Krankenhauszukunftsfonds (KH-Zukunftsfonds) vor, aus dem notwendige Investitionsvorhaben vor allem im Bereich Digitalisierung gefördert werden sollen. Aus dem Bundeshaushalt sollen dafür 3 Mrd. Euro zur Verfügung gestellt werden. Der Bundesrechnungshof hat das vorgesehene Förderverfahren für nicht geeignet gehalten, die Versorgungsstrukturen grundlegend zu verbessern. Den Fördermitteleinsatz hat er insoweit als nicht wirtschaftlich beurteilt (Tzn. 7, 8.3, 10.4).

0.9 Das BMG hat den Befund des Bundesrechnungshofes hinsichtlich der unzureichenden Krankenhausstruktur und ihrer nicht auskömmlichen Förderung durch die Länder grundsätzlich geteilt. Strukturelle Verbesserungen habe es etwa durch den KH-Strukturfonds eingeleitet, durch Erarbeitung von Eckpunkten einer sektorenübergreifenden Versorgung und durch Vorbereitung eines gemeinsamen fachärztlichen Versorgungsbereichs. Maßstäbe für die Krankenhausplanung dürften indes ausschließlich die Länder festlegen. Der Bund habe insoweit keine Mitentscheidungsrechte. Er könne nur Gesetze erlassen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegegesetze. Bislang seien die Länder nicht bereit gewesen, auch nur auf Teile ihrer Planungshoheit zu verzichten. Eine Neuausrichtung der Strukturen im Krankenhausbereich sei zudem am Maßstab des Grundrechts der Berufswahlfreiheit zu messen. Planerische Entscheidungen zum Abbau von Überkapazitäten und Doppelstrukturen seien gegen das Einverständnis der Krankenhausträger faktisch nicht möglich.

Der KH-Zukunftsfonds solle zur kurzfristigen Stärkung des Gesundheitswesens und zu einem besseren Pandemieschutz beitragen. Dazu sei es notwendig, dass Mittel kurzfristig zur Verfügung gestellt würden. Übergreifende Planungsmaßstäbe bedeuteten einen mehrjährigen Vorlauf. Es sei Aufgabe der Länder, deren Mittel auf bedarfsnotwendige Krankenhäuser zu konzentrieren. Dazu solle die Laufzeit des KH-Strukturfonds verlängert werden (Tz. 9).

0.10 Seit Jahren klaffen planerische Kompetenzen bei den Krankenhäusern einerseits und die Übernahme von Finanzierungsverantwortung andererseits auseinander. Dies schafft Einfallstore für ein unwirtschaftliches Verhalten, führt in der Fläche zu ineffizienten Versorgungsstrukturen und provoziert eine unzulässige Quersubventionierung aus GKV-Beitragsmitteln in Milliardenhöhe. Der Bundesrechnungshof hält es für erforderlich, die Finanzierungs- und Planungsverantwortung wieder zusammenzuführen. Dies schließt eine Änderung grundgesetzlicher Bestimmungen notwendigerweise ein. Durch effiziente Krankenhausstrukturen könnte der regelmäßige Investitionsbedarf dauerhaft gesenkt werden (Tz. 10.2).

0.11 Die gegenwärtigen Gestaltungsbefugnisse des Bundes zu einer strukturellen Neuausrichtung der Krankenhausversorgung hält der Bundesrechnungshof für nicht ausgeschöpft. Zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser empfiehlt er, die Verpflichtung der Länder zur Krankenhausfinanzierung durch Bestimmung einer Mindestinvestitionsquote zu schärfen. Der Gesetzgeber hat mit dem Gesetz für bessere und unabhängige Prüfungen (MDK-Reformgesetz) die Kontrollmöglichkeiten der Krankenkassen gegenüber Krankenhäusern verbessert, diese Regelungen im Zuge der Corona-Pandemie aber vorübergehend außer Kraft gesetzt. Nach Abklingen der Pandemie sollte unverzüglich zu den beschlossenen Schärfungen zurückgekehrt werden. Weitere Gestaltungspotenziale bestehen durch Bestimmung von Mindestmengen sowie Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität bei weiteren Behandlungen.

Anders als das BMG sieht der Bundesrechnungshof in den Rechten der privaten und gemeinnützigen Krankenhausträger aus Artikel 12 Grundgesetz keine unüberwindbaren Hürden für eine Neuausrichtung der Krankenhausversorgungsstruktur. Er räumt ein, dass sich gesetzliche Regelungen hinsichtlich der Aufnahme in einen Krankenhausplan und der Herausnahme an den verfassungsrechtlichen Rahmenbedingungen orientieren müssen. Diese Abwägung mag im Einzelfall schwierig sein, unmöglich ist sie aber nicht (Tz. 10.3).

0.12 Soweit der Bund mit dem KH-Zukunftsfonds und KH-Strukturfonds eigene Mittel zur Verbesserung der Krankenhausstruktur einsetzt, hat er die Befugnis, die Regeln hierfür durch entsprechende Fördervoraussetzungen zu bestimmen. Der Bund sollte die Möglichkeit einer Aufstockung von investiven Maßnahmen nutzen, um Anreize für eine wirksame strukturelle Verbesserung zu setzen. Nicht sachgerecht ist, dass die Förderung maßgeblich von der Initiative der Krankenhausträger bzw. Länder abhängig gemacht wird, die sich erkennbar nicht am tatsächlichen Versorgungsbedarf orientiert. Zielgerichtet können die Fördermittel bei der Fonds nur auf der Grundlage einer bereinigten Krankenhausversorgungsstruktur verausgabt werden. Die zur Analyse des derzeitigen und künftigen Versorgungsbedarfs notwendigen Maßnahmen empfiehlt der Bundesrechnungshof alsbald einzuleiten.

Die Bemessung einer Ko-Finanzierung durch Länder und Krankenhaus-träger beim KH-Zukunftsfonds von lediglich 30 % der förderfähigen Kos-ten hält der Bundesrechnungshof für nicht gerechtfertigt. Die Länder werden hierdurch unverhältnismäßig von ihrer Verantwortung entbun-den (Tzn. 8.3, 10.4).

0.13 Für eine künftige Krankenhausversorgung und -finanzierung hat der Bundesrechnungshof Eckpunkte benannt:

- Die Krankenhausplanung sollte strikt am medizinischen Bedarf der Bevölkerung ausgerichtet sein sowie die demografische Entwicklung und Effekte des medizinischen Fortschritts berücksichtigen.
- Es bedarf flächendeckender regionaler Analysen auf etwaige Überka-pazitäten bzw. Doppelstrukturen einerseits und Unterversorgung andererseits. Bundesweit ist eine ausreichende Versorgungsdichte bei der Grund- und Akutversorgung zu gewährleisten.
- Die sektorenübergreifende Versorgung sollte ausgeweitet werden.
- Flankiert werden könnte ein Strukturwandel durch weitere Qualitäts-vorgaben des G-BA: Es sollten Mindestmengen für neue Bereiche und wirksame Sanktionen bei Nicht-Erfüllung geschaffen werden.
- Für eine übergreifende Reduzierung nicht benötigter Versorgungska-pazitäten müssen Versorgungskapazitäten ab-, um- und neugebaut werden.
- Dauerhaft muss eine auskömmliche Finanzierung von Investitionen der Krankenhäuser sichergestellt werden. Der Investitionsbedarf sollte objektiv und nach einheitlichen Kriterien, etwa durch Kalkula-tion des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus, ermittelt werden.
- Soweit der Bund oder die GKV – anstelle der an sich zuständigen Länder – eine ergänzende Verantwortung bei der Investitionsfinan-zierung übernehmen, sollten ihnen entsprechende Mitsprachemög-lichkeiten bei der Planung eingeräumt werden, um dem fiskalischen Äquivalenzprinzip zu entsprechen (Tz. 10.5).

1 Thematische Einführung

1.1 Anlass und Inhalt der Prüfung

Die Krankenhausversorgung ist ein wesentlicher Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge. Jährlich werden über 19 Mio. Patientinnen und Patienten vollstationär im Krankenhaus behandelt.¹ Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für Krankenhausbehandlungen lagen im Jahr 2017 bei 74,9 Mrd. und 2019 bereits bei 80,3 Mrd. Euro.² Der Bundeszuschuss aus Steuermitteln in die GKV betrug in beiden Jahren – wie auch im Jahr 2020 – jeweils 14,5 Mrd. Euro. Zur Bewältigung der Corona-Pandemie leistete der Bund im Jahr 2020 einen ergänzenden Bundeszuschuss an die GKV von 3,5 Mrd. Euro.³

Die Krankenhausfinanzierung hat damit automatisch auch Bedeutung für den Bundeshaushalt. Strukturelle Mängel in der deutschen Krankenhauslandschaft und bei der Investitionsfinanzierung werden seit vielen Jahren diskutiert. Auch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und das Bundesministerium der Finanzen (BMF) haben sich mit diesen Problemen befasst, allerdings keine grundlegenden Verbesserungen erzielt.

Der Bundesrechnungshof hat geprüft, wie Krankenhäuser ihre Investitionen finanzieren und in welchem Umfang hierbei Krankenkassen über die Vergütung von Behandlungsfällen mittelbar herangezogen werden. Zugleich hat er die Krankenhausplanung in den Blick genommen.⁴ In seiner Prüfung erhob der Bundesrechnungshof beim BMG und GKV-Spitzenverband. Darüber hinaus führte er Gespräche mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK) und wertete Bilanzergebnisse von Krankenhäusern anhand im Bundesanzeiger veröffentlichter Daten und Geschäftsberichte aus. Der Bundesrechnungshof stieß hierbei auf wesentliche Mängel, die eine Weiterentwicklung der Investitionsfinanzierung, der Krankenhausplanung und ihrer rechtlichen Grundlagen nahelegen.

¹ Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser 2017.

² Bundesministerium für Gesundheit (BMG); endgültige Rechnungsergebnisse 2017 und 2019; Krankenhausbehandlung.

³ Gesetz über die Feststellung eines Zweiten Nachtrags zum Bundeshaushaltsplan für das Haushaltsjahr 2020 (Zweites Nachtragshaushaltsgesetz) vom 14. Juli 2020 (BGBl. I S. 1669).

⁴ Die Investitionsfinanzierung der Hochschulkliniken hat der Bundesrechnungshof in seine Erhebungen nicht einbezogen.

Er sieht sich deshalb veranlasst, gemäß § 88 Absatz 2 Bundeshaushaltsordnung dem Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages zu berichten.

Das BMG hat zwischenzeitlich den Entwurf eines Gesetzes für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser (Krankenhauszukunftsgesetz – KHZG) vorgelegt.⁵ Diesem hat das Bundeskabinett am 2. September 2020 zugestimmt. Der Gesetzesentwurf sieht die Einrichtung eines Krankenhauszukunftsfonds (KH-Zukunftsfonds) vor, aus dem notwendige Investitionsvorhaben gefördert werden sollen. Die Inhalte des KHZG fließen in die vorliegende Betrachtung ein.

Der Bundesrechnungshof hat dem BMG Gelegenheit gegeben, zu einem Entwurf dieses Berichts Stellung zu nehmen. Die Inhalte der Stellungnahme fließen in den Bericht ein.

1.2 Krankenhausplanung

Rechtliche Grundlage für die Krankenhausplanung und -finanzierung ist das Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG)⁶ vom 29. Juni 1972.

Danach erstellen die Länder Krankenhauspläne und Investitionsprogramme, um eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, qualitativ hochwertig und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten.⁷ Krankenhäuser haben einen Rechtsanspruch auf staatliche Investitionsförderung, wenn sie in den Krankenhausplan des jeweiligen Landes aufgenommen sind.⁸ Über die Aufnahme oder Nichtaufnahme in den Krankenhausplan entscheidet die zuständige Landesbehörde. Ein Anspruch auf Aufnahme in den Krankenhausplan besteht für die Krankenhäuser nicht. Stehen mehrere Krankenhäuser zur Wahl, entscheidet die Landesbehörde nach pflichtgemäßem Ermessen, welches Krankenhaus den Zielen der Krankenhausplanung des Landes am besten gerecht wird.⁹ Das Bundesverfassungsgericht¹⁰ hat die Planungskompetenz der

⁵ Entwurf einer Formulierungshilfe für die Koalitionsfraktionen für einen aus der Mitte des Deutschen Bundestages einzubringenden Entwurf eines Gesetzes für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser (Krankenhauszukunftsgesetz – KHZG) vom 6. August 2020. BGBl. I 1972 S. 1009.

⁷ §§ 1 Absatz 1, 6 Absatz 1 KHG.

⁸ § 8 Absatz 1 KHG.

⁹ § 8 KHG.

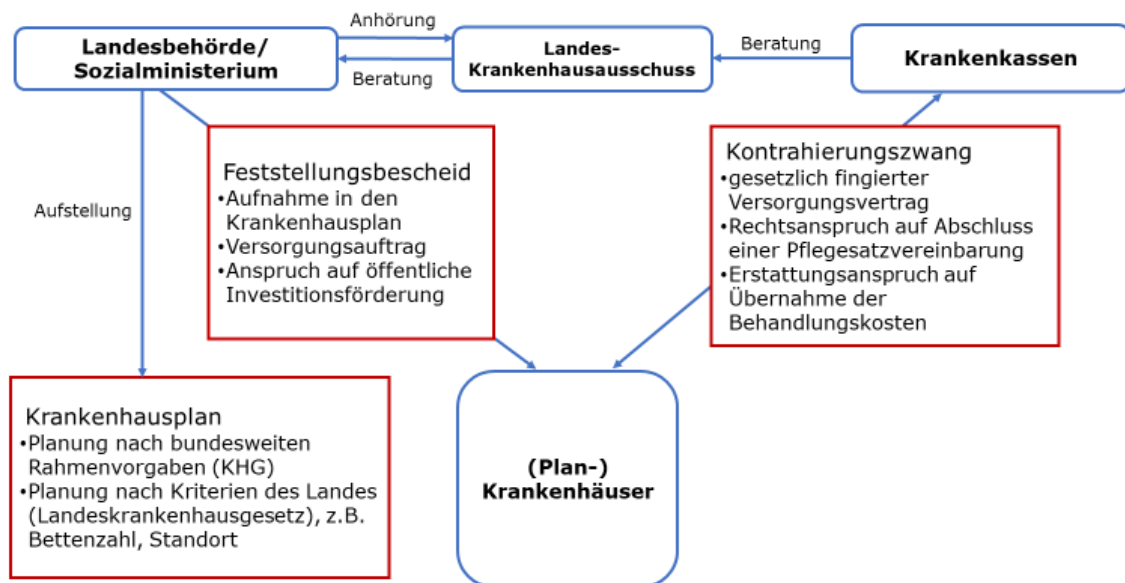
¹⁰ Vgl. etwa Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 4. März 2004, AZ.: 1 BVR 88/00.

Länder hinsichtlich der Entscheidung über die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan eingeschränkt. Es stellte klar, dass ein Krankenhaus in den Krankenhausplan aufzunehmen ist, wenn es „neben oder an Stelle eines anderen Krankenhauses geeignet wäre, den fiktiv vorhandenen Bedarf zu decken“.

Das KHG bildet einen rechtlichen Rahmen für die Krankenhausplanung und -finanzierung. Durch die jeweiligen Landeskrankenhausesetze wird dieser erweitert und konkretisiert. Das Nähere zur Krankenhausplanung und -förderung wird durch Landesrecht bestimmt.¹¹

Krankenkassen sind an der Krankenhausplanung grundsätzlich nur beratend in Landeskrankenhausausschüssen beteiligt.

Übersicht 1: Systematik und Wirkung der Krankenhausplanung¹²



1.3 Duale Krankenhausfinanzierung und Rückblick

Seit dem Inkrafttreten des KHG im Jahr 1972 gilt in Deutschland das Prinzip der dualen Finanzierung von Krankenhäusern. Hierbei teilen sich die Länder und die Krankenkassen die Krankenhausfinanzierung. Die Länder sollen die Investitionen der Krankenhäuser finanzieren. Die Krankenkassen finanzieren

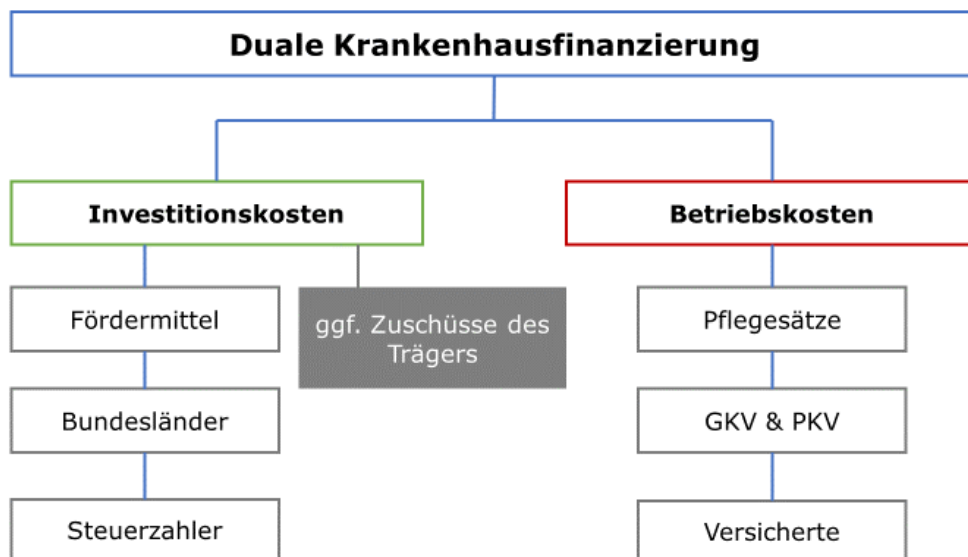
¹¹ § 6 Absatz 4 und § 11 KHG.

¹² Eigene Darstellung.

die laufenden Kosten durch die Vergütung von Behandlungsfällen. Die Investitionsförderung der Länder ist Teil der Daseinsvorsorge und dient der Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung.

Durch das KHG soll außerdem die Vielfalt der Krankenhausträger und damit das Bestehen öffentlicher, freigemeinnütziger und privater Krankenhäuser gefördert werden. Die Rechtsform eines Krankenhauses soll keinen Ausschlag bei der Verteilung von Fördermitteln geben.

Übersicht 2: Systematik der dualen Finanzierung von Krankenhäusern¹³



Ist ein Krankenhaus in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen, fördern die Länder auf Antrag des Krankenhausträgers die Investitionskosten.¹⁴

2 Merkmale der Krankenhausplanung

2.1 Versorgungskapazitäten

In Deutschland gab es im Jahr 2017 1 942¹⁵ Krankenhäuser. Rund ein Drittel hatte weniger als 100 Betten.¹⁶ Die Anzahl der Krankenhäuser hat sich bundesweit seit dem Jahr 1991, als es noch 2 411 Krankenhäuser gab, bis zum Jahr 2017 um rund 20 % reduziert. Die Anzahl der aufgestellten Betten ist im

¹³ Eigene Darstellung.

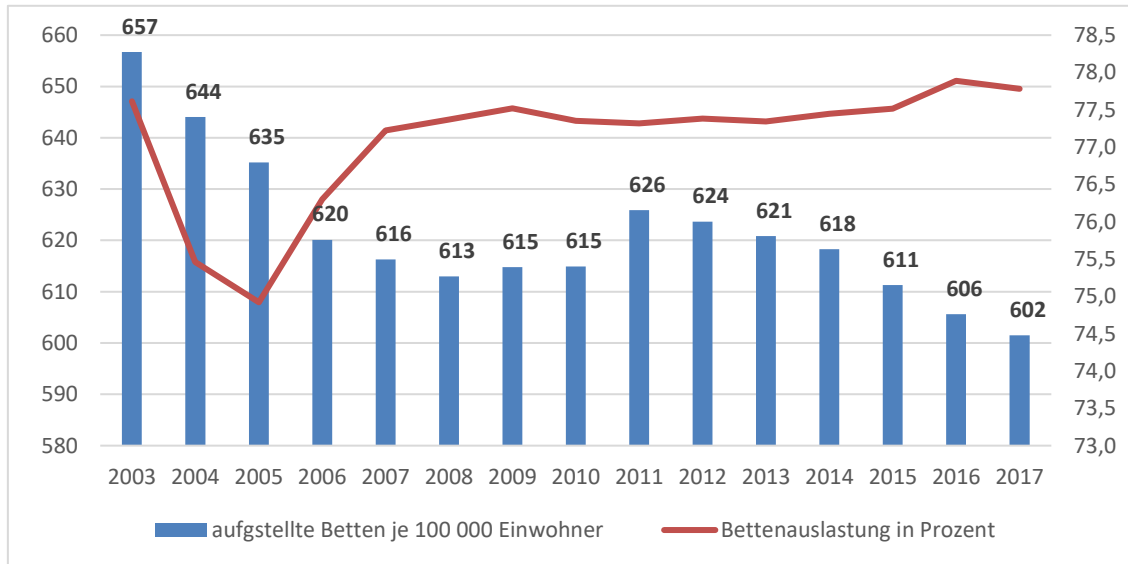
¹⁴ § 9 KHG.

¹⁵ Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser 2017.

¹⁶ Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser 2017.

gleichen Zeitraum von rund 666 000 auf 497 000 gesunken (rund 25 %). Die Bettendichte sank zwischen 1991 und 2017 von 832 auf 602 (Anzahl der aufgestellten Betten je 100 000 Einwohner):

Übersicht 3: Entwicklung der Zahl aufgestellter Betten und Auslastung¹⁷

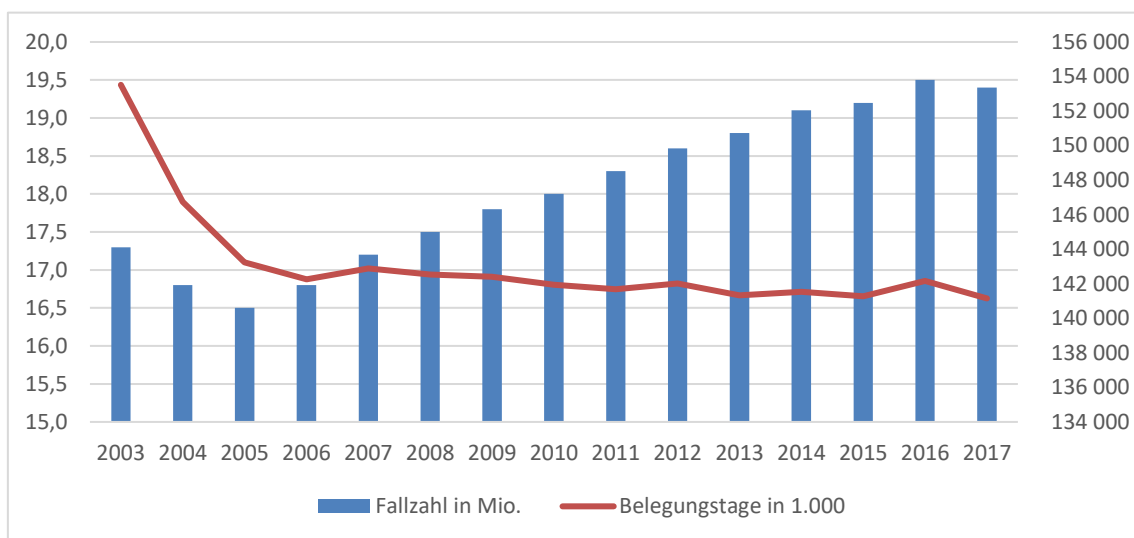


Gleichzeitig stieg die Anzahl der stationären Behandlungsfälle. Im Jahr 1991 gab es 14,6 Mio. Behandlungsfälle; im Jahr 2017 waren es bereits 19,4 Mio. und damit 34 % mehr. Die Anzahl der Behandlungsfälle je 10 000 Einwohner und die Bettendichte ist in den Ländern unterschiedlich. Die Bettendichte reichte von 508 bis 738 Betten je 100 000 Einwohner.¹⁸

¹⁷ Eigene Darstellung; Daten: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser 2017.

¹⁸ Vgl. DKG, Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern, Stand: Dezember 2019.

Übersicht 4: Entwicklung von Fallzahl und Belegungstagen¹⁹



Ein Krankenhausaufenthalt dauerte im Jahr 2017 durchschnittlich 7,3 Tage. Die durchschnittliche Verweildauer hat sich gegenüber dem Jahr 2003 verringert (8,9 Tage), weshalb die Auslastung der aufgestellten Betten trotz steigender Fallzahlen und sinkender Bettendichte nahezu unverändert geblieben ist (77,8 % Bettenauslastung).

Die OECD zeigte im Jahr 2019 auf, dass die Kosten der stationären Versorgung in Deutschland mit 28 % deutlich über dem EU-Durchschnitt lagen.²⁰ Bei Diagnostik und Behandlung erreichte Deutschland EU-weit überdurchschnittlich hohe Fallzahlen, z. B. bei MRT-Untersuchungen, Hüft- und Knieersatz.²¹ Die Bettendichte im Jahr 2017 war in Deutschland EU-weit am höchsten. Patientinnen und Patienten seien häufiger als in den meisten anderen EU-Staaten aufgrund von ambulant behandelbaren Erkrankungen im Krankenhaus aufgenommen worden. Die durchschnittliche Verweildauer sei zwar zurückgegangen, liege aber noch immer über dem EU-Durchschnitt. Die Zahl der Krankenhausesentlassungen sei entgegen dem europäischen Trend zwischen 2000 und 2016 um 14 % gestiegen und habe 2016 50 % über dem EU-Durchschnitt gelegen, was zu einer stabilen Auslastung von rund 80 % geführt habe. Diese

¹⁹ Eigene Darstellung; Daten: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser 2017.

²⁰ Vgl. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), Deutschland: Länderprofil Gesundheit 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

²¹ OECD, Health at a glance 2019, S. 192, 198.

hohe Inanspruchnahme der stationären Versorgung lasse Zweifel an deren Effizienz aufkommen. Deutschland sei bei der Verlegung von Leistungen für bestimmte Erkrankungen in den ambulanten Bereich oder in eine Tagesklinik weniger erfolgreich als andere Länder.²²

Bundesweit gibt es keine einheitlichen Maßstäbe und Verfahren, aus denen sich herleiten ließe, inwieweit in der stationären Versorgung eine Überversorgung besteht. Gleiches gilt für die Feststellung unterversorgter Bereiche. Der tatsächliche Versorgungsbedarf ist deshalb nicht belegt. Im Gegensatz dazu wird in der ambulanten Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen der Bedarf geplant. Hierzu bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss²³ (G-BA) durch eine Richtlinie Maßstäbe zur Feststellung von Über- und Unterversorgung in allen ärztlichen Fachrichtungen.²⁴

2.2 Vorgehen der Länder

Die Krankenhausplanung gestaltet sich in den Ländern unterschiedlich. Mitunter besteht eine Rahmenplanung, andernorts eine Bettenplanung. Teilweise werden die Krankenhauspläne in unregelmäßigen Zeitabständen neu aufgestellt und/oder jährlich fortgeschrieben.

Bei der *Rahmenplanung* werden je Standort nur die Gesamtbettenzahl sowie die Fachgebiete bzw. teilweise auch die Fachabteilungen vorgegeben. Der Krankenhausträger kann innerhalb seines Versorgungsauftrages und Leistungsspektrums flexibel über die Verteilung der Betten entscheiden. Gibt es zu einzelnen Einrichtungen keine Festlegungen im Krankenhausplan, können die Vertragspartner regionale Planungskonzepte vereinbaren. Dies geschieht z. B. in Nordrhein-Westfalen.²⁵

²² Vgl. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), Deutschland: Länderprofil Gesundheit 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

²³ Der G-BA legt innerhalb des vom Gesetzgeber vorgegebenen Rahmens fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV im Einzelnen übernommen werden. Zudem hat er Aufgaben im Bereich des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen, vertragszahnärztlichen und stationären medizinischen Versorgung. Er erfüllt seine Aufgaben im Wesentlichen durch den Beschluss von Richtlinien. Diese haben den Charakter untergesetzlicher Normen und sind für alle Akteure in der GKV rechtlich bindend. Bei seiner Aufgabenerfüllung steht der G-BA unter der Rechtsaufsicht des BMG.

²⁴ Bedarfsplanungs-Richtlinie des G-BA, BAnz AT 20.12.2019 B9.

²⁵ § 14 KHHG NRW.

Bei der *Bettenplanung* enthält der Krankenhausplan für jede Fachabteilung die hierfür vorzuhaltende Bettenzahl.

Übersicht 5: Betten- und Rahmenplanung²⁶

Bettenplanung	Rahmenplanung
<ul style="list-style-type: none"> • Berlin • Bremen • Hamburg • Niedersachsen • Rheinland-Pfalz • Saarland • Sachsen • Schleswig-Holstein • Thüringen 	<ul style="list-style-type: none"> • Bayern • Baden-Württemberg • Brandenburg • Hessen • Mecklenburg-Vorpommern • Nordrhein-Westfalen • Sachsen-Anhalt

Der Bundesrechnungshof hat festgestellt, dass sich die Kapazitäten der Krankenhäuser mit einer Bettenplanung grundsätzlich an der Zahl der aufgestellten Betten ausrichteten. Für die Krankenhäuser hat dies Vorteile, da auch ungenutzte Betten Berücksichtigung finden (vgl. Tz. 3.1). Erfahrungsgemäß werden Überkapazitäten dazu genutzt, Leistungsmengen auszuweiten, um eine wirtschaftliche Auslastung zu erreichen und Gewinne zu erwirtschaften.

Bei der Bedarfsermittlung und Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan spielten verbindliche Qualitätsindikatoren²⁷ in den Ländern überwiegend nur eine geringe Rolle. Schrieb ein Land Qualitätsindikatoren vor, wurden beim Aufstellen der Krankenhauspläne Daten zur Struktur,- Prozess- und Ergebnisqualität unterschiedlich berücksichtigt. Fast alle Länder gaben Strukturen vor. Die Prozessqualität spielte indes eine weniger große Rolle; die Ergebnisqualität wurde von fast keinem Land berücksichtigt.

Eine gemeinsame länderübergreifende Krankenhausplanung war kaum festzustellen. Die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren des G-BA nutzte kein Land für die Krankenhausplanung. Nur teilweise hatten die Länder eine in die

²⁶ Eigene Darstellung; Daten: Auswertung der Krankenhauspläne der Länder.

²⁷ Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) wurde der G-BA beauftragt, erstmals bis zum 31. Dezember 2016 planungsrelevante Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu beschließen. Diese sollen Grundlage für qualitätsorientierte Entscheidungen in der Krankenhausplanung sein. Das Land kann von diesen Vorgaben abweichen, indem es landesrechtlich gesonderte Qualitätsvorgaben trifft oder durch Landesrecht die Geltung der planungsrelevanten Indikatoren teilweise einschränkt oder ausschließt.

Zukunft ausgerichtete Bedarfsplanung in ihren Krankenhausplänen berücksichtigt. Die dafür angewandten Kriterien waren unterschiedlich. Einige Länder berücksichtigten z. B. die demografische Entwicklung und/oder Morbidität, andere ignorierten dies. Der medizinische Fortschritt wurde von keinem Land in die Krankenhausplanung einbezogen.

In der Fachwelt ist eine an Betten ausgerichtete Krankenhausplanung umstritten: Dabei wird insbesondere der Vorwurf erhoben, sie würde an einer am medizinischen Bedarf der Bevölkerung orientierten Planung vorbeigehen bzw. würde diesen nicht optimal abbilden.²⁸ Diese Auffassung vertrat auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.²⁹ Eine bettenorientierte Krankenhausplanung sollte durch eine leistungsorientierte Planung unter Berücksichtigung unterschiedlicher Versorgungsstufen bzw. -strukturen und anderer wichtiger Zielgrößen, wie Personal- und Geräteausstattung, ersetzt werden: „Zu begrüßen wären ein Monitoring der Zielerreichungsgrade und gegebenenfalls kürzere Planungsintervalle, die sowohl Qualitätskriterien als auch den medizinisch-technischen und pflegerischen Fortschritt in Betracht ziehen. Die Prognose über die Nachfrage sollte nicht primär auf historischen stationären Daten basieren, sondern Daten zur demografischen Entwicklung der Bevölkerung, Mortalität und Morbidität sowie Prognosen über den medizinisch-technischen Fortschritt und die Präferenzentwicklung von Patienten berücksichtigen. Hierzu sollte der Zugang zu und die wissenschaftliche Nutzung von Daten nach § 301 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) in Verbindung mit ambulanten Daten nach § 295 SGB V sichergestellt werden. Die bundesweite Diskrepanz der Bettendichten, die sich zum Teil aus verschiedenen Planungsmethoden ergibt, weist auf die Notwendigkeit einer Vereinheitlichung der Krankenhauspläne hin. Die bislang auf Bundesländergrenzen beschränkte Detailplanung sollte durch eine gemeinsame Rahmenplanung zur Sicherstellung der Versorgung ergänzt werden. Der Bund sollte dabei in die bundeslandübergreifende Planung von Krankenhäusern in Grenzregionen sowie in die Planung hochspezialisierter Zentren eingebunden werden.“

²⁸ Vgl. etwa Wolfgang Greiner, Zeitschrift G+S 4-5/2019.

²⁹ Gutachten 2018: Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung.

2.3 Einfluss des Bundesgesetzgebers auf die Krankenhausstruktur

Die Krankenhausplanung ist grundsätzlich den Ländern gesetzlich übertragen. Der Bundesgesetzgeber nahm aber in der Vergangenheit immer wieder durch gesetzliche Bestimmungen mittelbar Einfluss auf die Krankenhausstruktur bzw. ermächtigte den G-BA zu entsprechenden Festlegungen. Neben vielen anderen betraf dies insbesondere folgende Vorgaben:

- Seit 1. Januar 2019 bestehen Auflagen zur Personalbesetzung in pflegeintensiven Bereichen, sogenannte Pflegepersonaluntergrenzen, z. B. für Leistungen der Intensivmedizin, Geriatrie und Kardiologie.³⁰
- Der G-BA legt für planbare stationäre Leistungen Mindestmengen je Arzt und/oder Standort eines Krankenhauses fest. Ziel ist es, besonders schwierige Eingriffe aus Gründen der Qualitätssicherung nur von solchen Krankenhäusern durchführen zu lassen, deren Ärzteschaft ausreichend Erfahrung hat. In den Mindestmengenregelungen ist näher definiert, in welchem Fall ein Krankenhaus die Leistungen, zu denen Mindestmengen festgelegt sind, erbringen darf. Der G-BA hat bislang Mindestmengen für acht Leistungen festgelegt.³¹ Krankenhäuser, die die Fallzahlen der im Jahr 2004 eingeführten Mindestmengenregelung nicht erreichen, sollen künftig von der Versorgung ausgeschlossen werden.
- Der G-BA beschließt bundeseinheitliche Vorgaben für Sicherstellungszuschläge. Er konkretisiert Regeln für die Erreichbarkeit eines Krankenhauses, wann ein geringer Versorgungsbedarf besteht und für welche Leistungen die Vorhaltung für die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen ist.³²
- Der G-BA legt für bestimmte Behandlungen Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität fest, z. B. bei außergewöhnlich

³⁰ § 137i SGB V; Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz) vom 11. Dezember 2018, BGBl. I S. 2394.

³¹ Dies betrifft Lebertransplantationen, Nierentransplantationen, komplexe Eingriffe an der Speiseröhre, komplexe Eingriffe an der Bauchspeicheldrüse, Stammzelltransplantationen, Kniegelenk-Totalendoprothesen, koronarchirurgische Eingriffe sowie die Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von unter 1250 Gramm; vgl. § 136b Absatz 1 Nummer 2 SGB V, Richtlinie des G-BA.

³² § 136c Absatz 3 SGB V.

schwierigen und gefährlichen Operationen, die besonders qualifiziertes Personal und eine bestimmte Ausstattung erfordern.³³

- Der G-BA gibt unverbindlich planungsrelevante Qualitätsindikatoren für die Krankenhausplanung vor.³⁴
- Der G-BA definiert Qualitätsanforderungen für eine gute und flächendeckende stationäre Notfallversorgung. Krankenhäuser, die diese Anforderungen erfüllen, erhalten finanzielle Zuschläge. Dies soll ein Anreiz für eine hohe Versorgungsqualität sein. Berücksichtigt wird dabei, welche Fachabteilungen in den jeweiligen Krankenhäusern vorhanden sein sollen, wie viel Personal und welche technischen Ausstattungen für den Notfall zur Verfügung stehen. Darüber hinaus ist jedes Krankenhaus auch weiterhin zu ärztlicher Hilfeleistung im Notfall verpflichtet. Die Qualitätsanforderungen führen nicht zu einer Schließung von Notaufnahmen oder Krankenhäusern.³⁵

Die Maßnahmen zeigten nicht flächendeckend die beabsichtigte Wirkung. So wurden die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren für die Krankenhausplanung nicht angewendet. Das Nicht-Erfüllen von Mindestmengen führte zu keinen Konsequenzen oder Sanktionen für die betroffenen Krankenhäuser. Infolge der bestehenden Personaluntergrenzen mussten Krankenhäuser Fachabteilungen schließen, weil Pflegekräfte fehlten. Etwaige Versorgungsengpässe wurden dabei in Kauf genommen. Konzepte für das Schließen von Krankenhäusern oder Fachabteilungen, die über die Anträge auf finanzielle Zuwendungen aus dem Krankenhausstrukturfonds (KH-Strukturfonds) hinausgingen (vgl. dazu vertiefend Tz. 5), wurden bei der Prüfung nicht gefunden.

³³ § 136c Absatz 1 SGB V. Bisläng hat der G-BA Qualitätsvorgaben für folgende Bereiche geregelt: Behandlung des Bauchortenaneurysmas, Kinderherzchirurgie, minimalinvasive Herzklappeninterventionen, Positronenemissionstomographie zur Behandlung des nichtkleinzelligen Lungenkarzinoms, Protonentherapie beim Rektumkarzinom, Versorgung von Früh- und Reifgeborenen, Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten.

³⁴ § 136c Absätze 1 und 2 SGB V.

³⁵ § 136c Absatz 4 SGB V.

3 Finanzierung von Investitionen

3.1 Investitionsförderung durch die Länder

Ist ein Krankenhaus in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen, fördert das Land auf Antrag des Krankenhausträgers die Investitionskosten.³⁶ Die Investitionsförderung der Länder erfolgt grundsätzlich als Einzel- und Pauschalförderung. Als *Einzelförderung*³⁷ erhalten die Krankenhäuser:

- Fördermittel für die Errichtung und Anschaffung von Wirtschaftsgütern; zum Verbrauch bestimmte Güter sowie Kosten des Grundstücks, des Grundstückserwerbs, der Grundstückerschließung und ihre Finanzierung gehören nicht zu den zu fördernden Investitionen;
- Fördermittel für die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als drei Jahren;
- Fördermittel für den Investitionen gleichgestellte Kosten, z. B. Kapitalkosten oder Zinsen und Tilgung von Darlehen (§ 2 KHG).

Ergänzende Voraussetzungen sind in landesrechtlichen Vorschriften geregelt.

Neben der Einzelförderung leisten Länder *Pauschalförderung* für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter³⁸ und kleine bauliche Maßnahmen.³⁹ Mit diesen Fördermitteln können die Krankenhäuser im Rahmen der Zweckbindung frei wirtschaften.⁴⁰

Die Fördermittel sind nach Maßgabe des KHG und der jeweiligen landesrechtlichen Vorschriften so zu bemessen, dass sie die förderungsfähigen und unter Beachtung betriebswirtschaftlicher Grundsätze notwendigen Investitionen decken.⁴¹

Die Finanzierung der Investitionskosten durch die Länder stagniert seit Jahren auf gleichbleibend niedrigem Niveau und bewegt sich zwischen 2,6 und 3 Mrd. Euro. Die bereinigten Krankenhauskosten⁴² stiegen von 55,7 Mrd. Euro im

³⁶ § 9 KHG.

³⁷ § 9 Absatz 1 KHG.

³⁸ Anlagegüter mit einer Nutzungsdauer von 3 bis 15 Jahren.

³⁹ § 9 Absatz 2 KHG.

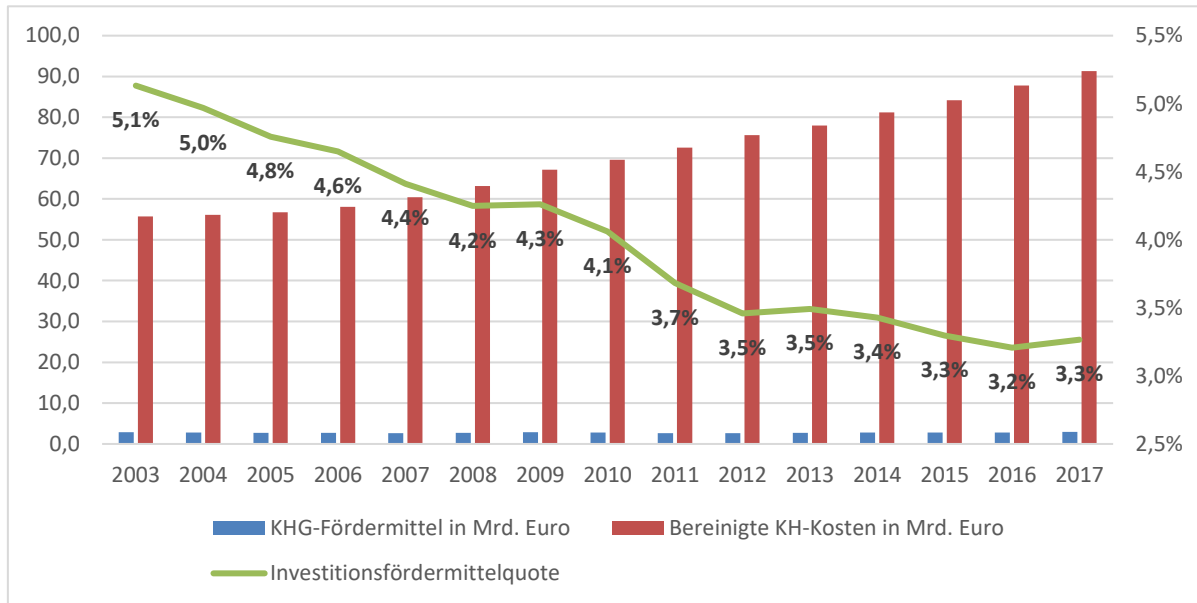
⁴⁰ § 9 Absatz 3 KHG.

⁴¹ § 9 Absatz 5 KHG.

⁴² Brutto-Kosten abzüglich nichtstationärer Kosten (z. B. Ambulanz, wissenschaftliche Forschung und Lehre).

Jahr 2003 auf 91,3 Mrd. Euro im Jahr 2017.⁴³ Die Investitionsfördermittelquote⁴⁴ war stark rückläufig und lag zuletzt bei 3,3 %.

Übersicht 6: Entwicklung von KHG-Fördermitteln der Länder⁴⁵



Zwischen den Ländern gab es deutliche Unterschiede. Im Jahr 2017 variierte die Investitionsfördermittelquote der Länder zwischen 1,6 und 4,2 %:

⁴³ Statistisches Bundesamt, Kostennachweis der Krankenhäuser 2017.

⁴⁴ Anteil der Investitionsfördermittel der Länder an den bereinigten Krankenhauskosten.

⁴⁵ Eigene Darstellung. Daten: Statistisches Bundesamt und AG Krankenhauswesen der Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG).

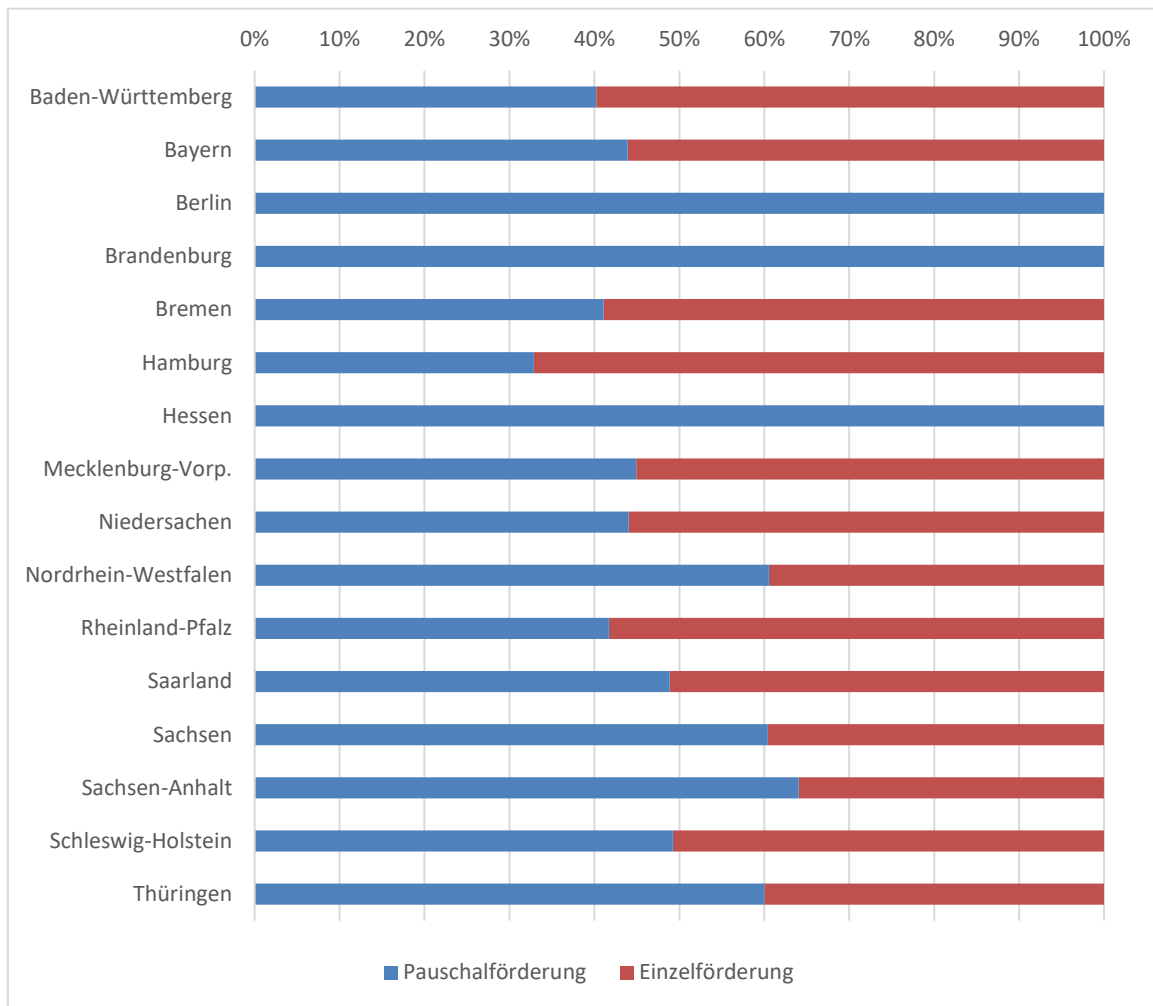
Übersicht 7: KHG-Fördermitteln der Länder im Jahr 2017⁴⁶

Land	KHG-Fördermittel in Mio. Euro	KHG-Fördermittel pro Planbett in Euro	Investitions- fördermittelquote in %
Baden-Württemberg	461,7	10 662	4,2
Bayern	503,4	7 400	3,5
Berlin	90,0	4 093	2,1
Brandenburg	79,5	4 705	3,3
Bremen	38,8	7 863	3,6
Hamburg	k. A.	k. A.	
Hessen	245,0	k. A.	3,7
Mecklenburg-Vorp.	50,8	4 465	2,8
Niedersachsen	249,1	6 567	3,2
Nordrhein-Westfalen	780,0	k. A.	3,7
Rheinland-Pfalz	122,8	4 803	2,8
Saarland	28,6	4 477	2,1
Sachsen	120,5	5 355	2,7
Sachsen-Anhalt	40,9	2 573	1,6
Schleswig-Holstein	119,3	7 939	4,1
Thüringen	52,1	3 883	2,0
Gesamt:	2 982,3		3,3

Die Länder bestimmten die Höhe der Fördermittel meist nicht nach einem objektiv festgestellten Investitionsbedarf, sondern nach ihrer jeweiligen Haushaltslage. Sie nutzten unterschiedliche Fördermechanismen und gewährten Fördermittel in unterschiedlichem Umfang als Pauschal- oder Einzelförderung. Die Zuweisung der Pauschalförderung orientierte sich regelmäßig an den Strukturmerkmalen des Krankenhauses – etwa der Zahl der Planbetten – und/oder der Leistungsmenge. Die Länder Brandenburg, Berlin und Hessen nutzen im Übrigen eine Investitionspauschale, die für alle Fördertatbestände des § 9 KHG genutzt werden kann.

⁴⁶ Vgl. BT-Drs. 19/702 vom 9. Februar 2018.

Übersicht 8: Anteil von Pauschal- und Einzelförderung im Jahr 2017⁴⁷



Vor dem Hintergrund unterschiedlicher und wechselnder Förderpraktiken der Länder beklagten Krankenhäuser in der Vergangenheit immer wieder eine fehlende budgetäre Verlässlichkeit bei der Planung und Finanzierung ihrer Investitionsvorhaben.

3.2 Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser

Der Bundesrechnungshof stellte bei den in die Erhebungen⁴⁸ einbezogenen Krankenhäusern fest, dass diese im Jahr 2018 Investitionen in hohem Maße aus Eigenmitteln finanziert hatten:

⁴⁷ Eigene Darstellung: Daten: DKG, Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern, Stand: Juni 2018.

⁴⁸ Auswertung von veröffentlichten Bilanzen (Bundesanzeiger) und Geschäftsberichten der Krankenhäuser.

Übersicht 9: Investitionsfinanzierung ausgewählter Krankenhäuser⁴⁹

Krankenhaus	Summe der Investitionen in Mio. Euro	Anteil der Fördermittel in %	Anteil der Eigenmittel in %
A	70,0	68,6	31,4
B	14,1	13,5	86,5
C	0,7	80,0	20,0
D	0,4	50,0	50,0
E	8,0	40,0	60,0
F	186,6	9,3	90,7
G	341,9	26,4	73,6
H	102,5	25,8	74,2

Investiert hatten die Krankenhäuser vor allem in Bauprojekte (einschließlich Brandschutz), IT-Maßnahmen, die Einrichtung von OP-Sälen sowie die Beschaffung medizinischer Großgeräte. Großinvestitionen wurden neben den Fördermitteln durch zusätzliche Darlehen finanziert.⁵⁰ Darüber hinaus schlossen Krankenhäuser Leasingverträge für medizinische Geräte und die technische Ausstattung.

Eine Befragung von 249 zugelassenen Allgemeinkrankenhäusern ab 100 Betten in Deutschland (Krankenhaus-Barometer) im Jahr 2018 zeigt auf, aus welchen Finanzierungsquellen die Investitionsmittel stammen. Hiernach tätigten die Krankenhäuser Investitionen – unter Hinzurechnung der Fördermittel aus dem KH-Strukturfonds – zu 45 % aus öffentlichen Fördermitteln. Den nichtgeförderten Anteil der Investitionen brachten Krankenhäuser aus Eigenmitteln, Zuwendungen der privaten Krankenhausträger und über den Kapitalmarkt auf.

⁴⁹ Eigene Darstellung; Daten: Auswertung von veröffentlichten Bilanzen (Bundesanzeiger) und Geschäftsberichten der Krankenhäuser.

⁵⁰ Nach Ergebnissen des Krankenhaus-Barometers, Umfrage 2018 (abrufbar unter www.dki.de), verwendeten die Krankenhäuser ihre Investitionen im Jahr 2017 zu

- 57 % für den Neu- und Umbau von Gebäuden,
- 20 % für Medizintechnik,
- jeweils 7 % für Informationstechnik sowie Zimmer- und Raumausstattung,
- 5 % für technische Betriebsanlagen und
- 4 % für sonstige Verwendungszwecke.

Das Krankenhaus-Barometer umfasst die Ergebnisse einer jährlichen Repräsentativbefragung deutscher Krankenhäuser zu krankenhaushaus- und gesundheitspolitischen Themen und wird im Auftrag der Träger des Deutschen Krankenhaus Institutes erstellt. Träger des DKI sind die DKG, der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands und der Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands.

Bei einem Viertel der Krankenhäuser lag die öffentliche Förderquote nur noch bei 30 % oder weniger. Lediglich ein Viertel der Einrichtungen erreichte eine Förderquote von 72 % oder mehr.

Aufgrund der unzureichenden öffentlichen Förderung sahen sich Krankenhäuser zunehmend veranlasst, Investitionen aus – überwiegend von der GKV geleisteten – Mitteln für Betriebskosten zu finanzieren.

4 Bemessung der Investitionsbedarfe

4.1 Maßnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit

Das BMG verfügt nicht über eigene Zahlen zur Höhe des Investitionsbedarfs der Krankenhäuser. Um Informationen zum bestehenden Investitionsbedarf, zur Höhe der Investitionsfördermittel der Länder und zur Förderlücke zu erlangen, hatte das BMG im Jahr 2016 bei dem RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung e. V. (RWI) ein Gutachten beauftragt. Das RWI kam im Jahr 2017 zu dem Ergebnis, dass der Investitionsbedarf der Krankenhäuser für bestandserhaltende Investitionen rund 5,4 Mrd. Euro jährlich betrage. Die für die Investitionsfinanzierung zuständigen Länder leisteten jedoch nur rund 2,8 Mrd. Euro pro Jahr. Daraus folge eine jährliche Förderlücke von 2,6 Mrd. Euro.⁵¹

4.2 Analyse des InEK

Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz⁵² beauftragte der Gesetzgeber im Jahr 2009 den GKV-Spitzenverband und den Verband der privaten Krankenversicherung, gemeinsam mit der DKG die Investitionskostenfinanzierung der Krankenhäuser zu reformieren. Das Gesetz sah als Alternative zur klassischen Investitionsfinanzierung ab dem Jahr 2012 die Einführung leistungsorientierter Investitionspauschalen vor. Damit sollten die Investitionsförderung pauschaliert und ein Einstieg in ein monistisches Finanzierungsmodell ermöglicht werden. Mit der Kalkulation wurde das InEK beauftragt. Die Länder können entscheiden, ob sie Investitionspauschalen einführen oder am System

⁵¹ RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, „Stand und Weiterentwicklung der Investitionsförderung im Krankenhausbereich“, Gutachten vom 6. Dezember 2017.

⁵² Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG) vom 17. März 2009, BGBl. I S. 534; § 10 KHG.

der Pauschal- und Einzelförderung festhalten wollen. Mittels der Investitionspauschalen wird der Umfang der Investitionsförderung unmittelbar mit dem stationären Leistungsgeschehen im Krankenhaus verknüpft.

Für die Ermittlung der Investitionspauschalen hat das InEK das jährliche Investitionsgeschehen von Krankenhäusern zu erfassen.⁵³ Im Jahr 2019 haben 83 Krankenhäuser Investitionskosten kalkuliert. Dabei werden die Ausstattung des Krankenhauses und die damit verbundenen Investitionskosten in Bezug zu den erbrachten Behandlungsleistungen und Behandlungsfällen gesetzt. Die den Fällen zugeordneten Investitionskosten bilden die Grundlage für die Berechnung der Investitionspauschalen. Die Herkunft der Mittel spielt hierbei keine Rolle. Das InEK kam in seiner Investitionsanalyse des Jahres 2019 zu dem Ergebnis, dass der Investitionsbedarf der Krankenhäuser mit den jetzigen Strukturen bei 7 Mrd. Euro pro Jahr liegt.⁵⁴ Zum Zeitpunkt unserer Erhebungen nutzten nur die Länder Berlin und Hessen die kalkulierten Investitionspauschalen durch das InEK für die Investitionsförderung.

4.3 Befunde aus dem Krankenhaus-Barometer

Im Jahr 2019 beteiligten sich 268 Krankenhäuser an der Befragung des Krankenhaus-Barometers. Dabei ergab sich, dass sich die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser im Vergleich zum Vorjahr verschlechtert hatte. 40 % der Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten verzeichneten Verluste. Im Krankenhaus-Barometer 2018 hatten die beteiligten Krankenhäuser auch ihren Investitionsbedarf für die Jahre 2019 bis 2023 geschätzt. Der Investitionsbedarf für die Jahre 2019 bis 2023 umfasste danach bei Hochrechnung auf die Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten 46,4 Mrd. Euro, der Investitionsbedarf pro Jahr betrug im Prognosezeitraum 9,3 Mrd. Euro.⁵⁵

⁵³ Auf der Grundlage einer Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 17b Absatz 2 Satz 1 KHG vom 5. Februar 2010 hat das InEK Investitionsbewertungsrelationen zu berechnen, die eine zukünftige Investitionsförderung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen ermöglichen sollen.

⁵⁴ GKV-Spitzenverband, Auswertung der vom InEK ermittelten Daten.

⁵⁵ Krankenhaus-Barometer, Umfrage 2018, abrufbar unter www.dki.de.

5 Krankenhaus-Strukturfonds

5.1 Strukturelle Vorgaben

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz⁵⁶ hat der Gesetzgeber die GKV zur Errichtung des KH-Strukturfonds verpflichtet. Ziele des KH-Strukturfonds sind

- der Abbau von Überkapazitäten (Schließung),
- die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und
- die Umwandlung von Krankenhäusern in andere Versorgungseinrichtungen.

Der KH-Strukturfonds wurde zunächst für die Jahre 2016 bis 2018 (1. Förderperiode) mit 500 Mio. Euro aus den Liquiditätsreserven des Gesundheitsfonds ausgestattet. Gefördert wurden damit Projekte, an denen sich die Länder mit 50 % der förderfähigen Kosten beteiligen. Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz⁵⁷ wurde bestimmt, den KH-Strukturfonds für die Jahre 2019 bis 2022 (2. Förderperiode) im Umfang von 500 Mio. Euro jährlich fortzuführen. Die Fördergelder werden Krankenhäusern zusätzlich zur bestehenden Investitionsförderung gewährt. Das Nähere zum Förderverfahren hat das BMG durch Rechtsverordnung geregelt.⁵⁸

Die Fördertatbestände der 1. Förderperiode wurden mit der Fortsetzung des KH-Strukturfonds konkretisiert und für die 2. Förderperiode um zusätzliche Tatbestände erweitert.⁵⁹

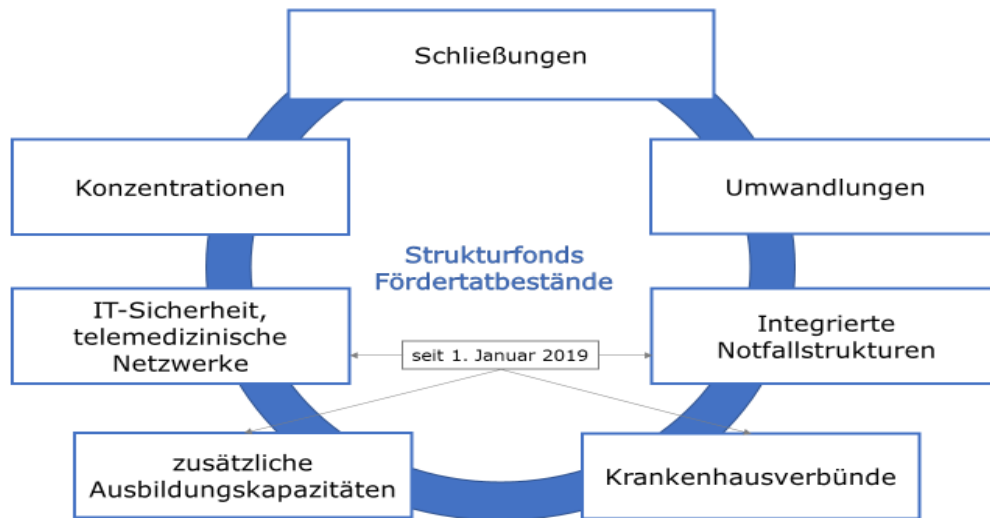
⁵⁶ Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSVG) vom 10. Dezember 2015, BGBl. I S. 2229.

⁵⁷ Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG) vom 11. Dezember 2018, BGBl. I Nummer 45.

⁵⁸ § 12 KHG.

⁵⁹ § 12a KHG und §§ 11 bis 18 KHSFV.

Übersicht 10: Förderungsfähige Vorhaben im KH-Strukturfonds⁶⁰



Das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) verwaltet den KH-Strukturfonds, prüft und entscheidet über die Förderanträge der Länder und zahlt die Mittel an die Länder aus. In Abstimmung mit dem BMG und BMF hat es eine begleitende Auswertung des durch die Förderung nach den §§ 12 und 12a KHG bewirkten Strukturwandels beauftragt.⁶¹

5.2 Erzielte Wirkungen

Zum Zeitpunkt der Erhebungen des Bundesrechnungshofes lagen aufgrund der Evaluation – bezogen auf die 1. Förderperiode – drei Zwischenberichte vor. Demnach sollen mit 65 geförderten Vorhaben im Ergebnis

- 37 Krankenhäuser geschlossen,
- 3 200 Krankenhausbetten abgebaut und
- 3 200 Krankenhausbetten im Zusammenhang mit Konzentrationen verlagert werden.

Die Mittel des KH-Strukturfonds waren zum 30. April 2019 bereits zu 94 % ausgeschöpft. Bis dahin wurden 45 Konzentrationen⁶², zehn Umwandlungen und zehn Schließungen gefördert. Schließungen und Bettenabbau fanden etwas häufiger in Ländern mit hoher Krankenhaus- bzw. Bettendichte statt. Der Zusammenhang sei allerdings statistisch schwach und nicht signifikant.

⁶⁰ Eigene Darstellung.

⁶¹ § 14 KHG.

⁶² Im Rahmen von Konzentrationsmaßnahmen wird es zu weiteren Schließungen kommen, so dass insgesamt 37 Krankenhausstandorte geschlossen werden sollen.

6 Maßnahmen im Rahmen der Corona-Pandemie

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) erklärte am 30. Januar 2020 den Ausbruch des neuartigen Coronavirus zu einer gesundheitlichen Notlage von internationaler Tragweite. Der Deutsche Bundestag stellte am 25. März 2020 eine epidemische Lage von nationaler Bedeutung fest.⁶³ Seit Mitte März erließ der Gesetzgeber eine Vielzahl von Gesetzen und Verordnungen, um der Corona-Pandemie⁶⁴ zu begegnen. Damit soll insbesondere einer drohenden Überforderung des Gesundheitssystems vorgebeugt werden.

6.1 COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz

Zur Sicherstellung der stationären und ambulanten Versorgung beschloss der Gesetzgeber mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz⁶⁵ insbesondere folgende Maßnahmen:

Um freigehaltene Kapazitäten zur Behandlung von Patientinnen und Patienten gegen die Infektionskrankheit COVID-19 zu kompensieren, erhalten die zugelassenen Krankenhäuser Ausgleichszahlungen für verschobene oder ausgesetzte planbare Aufnahmen, Operationen und Eingriffe aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Die Kosten werden durch den Bund refinanziert. Diese betrug zunächst 560 Euro, später – je nach Eingruppierung – 360 bis 760 Euro pro Tag je ausgebliebener Patientin bzw. ausgebliebenem Patienten.⁶⁶ Die Länder übermitteln die Höhe der Ausgleichszahlungen dem BAS, das dem BMF (erstmalig zum 30. April 2020) monatlich die überwiesenen

⁶³ Vgl. Protokoll der 154. Sitzung des Deutschen Bundestages vom 25. März 2020, S. 19169C.

⁶⁴ Das neuartige Coronavirus (SARS-CoV-2-Virus) kann bei einer Infektion die Erkrankung COVID-19 (Corona Virus Disease 2019) auslösen. Diese kann zu schweren Verläufen mit Atemwegsproblemen und Lungenentzündungen führen. Aktuelle Informationen zur Entwicklung des neuartigen Coronavirus finden sich u. a. auf der Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit und des Robert-Koch-Instituts (vgl. BMG, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/coronavirus.html>, Zugriff vom 8. Mai 2020; Robert-Koch-Institut, https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/nCoV.html, Zugriff vom 8. Mai 2020.).

⁶⁵ COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz (COVKHEntlG), Gesetz zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen vom 27. März 2020, BGBl. I S. 580.

⁶⁶ Mit dem Zweiten Bevölkerungsschutzgesetz wurde die Möglichkeit geschaffen, von der 560 Euro-Pauschale für bestimmte Gruppen von Krankenhäusern nach krankenhausbefugten Kriterien durch Rechtsverordnung abzuweichen. Das BMG machte davon durch die Covid-19-Ausgleichszahlungs-Anpassungs-Verordnung vom 18. Juni 2020 Gebrauch.

Beträge mitteilt. Gemäß § 21 Absatz 8 KHG erstattet der Bund den Betrag an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Bei einer angenommenen Unterschreitung der Patientenzahl von 10 % für 100 Tage waren die Ausgaben für die ersten drei Monate im Gesetzentwurf auf 2,8 Mrd. Euro geschätzt worden.⁶⁷ Tatsächlich waren bis Ende August 7,9 Mrd. Euro an die Krankenhäuser ausgezahlt worden.⁶⁸

Zugelassene Krankenhäuser erhalten gemäß § 21 Absatz 5 KHG für den Aufbau von zusätzlichen intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten mit maschineller Beatmungsmöglichkeit bis 30. September 2020 einmalig 50 000 Euro je Intensivbett. Es würden Mehrausgaben von rund 1,5 Mrd. Euro entstehen. Diese werden aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert.⁶⁹

6.2 Erweiterung der Versorgungskapazitäten

In Deutschland gab es im Jahr 2017 rund 6 Krankenhausbetten auf 1 000 Einwohnerinnen und Einwohner. Die Versorgungsdichte mit Intensivbetten in Krankenhäusern lag bei 33,9 Intensivbetten auf 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner.⁷⁰

Nach Angaben der DKG gab es vor der Corona-Krise in Deutschland bundesweit 28 000 Intensivbetten, davon 20 000 mit Beatmungsmöglichkeit. Diese waren durchschnittlich zu 70 bis 80 % belegt.

Mit der Entscheidung, planbare Operationen zu verschieben, wurden kurzfristig weitere Kapazitäten auch auf Intensivstationen freigemacht. Zusätzlich haben die Krankenhäuser in den vergangenen Monaten weitere Beatmungsplätze geschaffen. Die Zahl der Intensivbetten konnte auf 40 000 und die der Beatmungsplätze auf 30 000 gesteigert werden.⁷¹ Um einen Überblick über freie Beatmungsplätze zu erlangen, wurde im Frühjahr das DIVI-Intensivregister⁷²

⁶⁷ Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/CSU und SPD zum Entwurf des COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz, BT-Drs. 19/18112, S. 4.

⁶⁸ BAS, <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/covid-19-krankenhausentlastungsgesetz/auszahlungsbetraege/>, Zugriff vom 7. September 2020.

⁶⁹ BT-Drs. 19/18112, S. 4.

⁷⁰ DESTATIS, Pressemitteilung Nr. 119 vom 2. April 2020.

⁷¹ Vgl. <https://www.dkgev.de/dkg/coronavirus-fakten-und-infos/>.

⁷² Echtzeit-Datenerfassungs- und Analyseumgebung für Intensivbettenkapazitäten und aggregierte Fallzahlen für Deutschland. Es wird in Zusammenarbeit des DIVI e. V. (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin) mit dem Robert Koch-Institut als gemeinwohlorientiertes Projekt betrieben.

geschaffen. Die stationären Kapazitäten zur Behandlung von COVID-19-Patientinnen und -patienten erwiesen sich bislang als ausreichend. Überlastungen blieben aus.

7 Krankenhauszukunftsgesetz

Mit Datum vom 6. August 2020 legte das BMG eine Formulierungshilfe für die Koalitionsfraktionen für einen aus der Mitte des Deutschen Bundestages einzubringenden Entwurf eines Gesetzes für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser (Krankenhauszukunftsgesetz – KHZG) vor. Darin ist vorgesehen, beim BAS einen KH-Zukunftsfonds zu errichten. Damit sollen Investitionen in moderne Notfallkapazitäten, eine bessere digitale Infrastruktur und Informationssicherheit sowie in die Entwicklung regionaler Versorgungsstrukturen gefördert werden.⁷³ Dies soll über die gesetzliche Erweiterung des KH-Strukturfonds umgesetzt werden. Aus dem Bundeshaushalt sollen 3 Mrd. Euro zur Verfügung gestellt werden.

Für das Antragsverfahren ist vorgesehen, dass die Krankenhausträger ihren Förderbedarf unter Angabe des Förderziels und der Fördersumme bei den Ländern anmelden. Die Länder treffen die Auswahl, welche Vorhaben gefördert werden und für welche ein Antrag beim BAS gestellt werden soll.

Der Entwurf enthält eine Pflicht zur Ko-Finanzierung. Voraussetzung für eine Förderung durch den KH-Zukunftsfonds soll sein, dass Land, Krankenhausträger oder beide gemeinsam mindestens 30 % der förderungsfähigen Kosten des Vorhabens tragen.

Des Weiteren soll der KH-Strukturfonds um zwei Jahre bis 2024 verlängert werden.

8 Vorläufige Würdigung und Empfehlung

8.1 Unzureichende Finanzierung von Investitionen

Der Bundesrechnungshof hat herausgestellt, dass die Länder ihrer Investitionsverpflichtung bei der Krankenhausfinanzierung seit Jahren nur unzureichend nachkommen. Die Förderung verharrt auf niedrigem Niveau oder ist sogar rückläufig. Dabei ist die Höhe des Investitionsbedarfes bekannt: Das InEK hat den für die Leistungserbringung im Krankenhaus erforderlichen

⁷³ Vgl. § 14a Krankenhausfinanzierungsgesetz (Entwurf).

Investitionsbedarf mit jährlich 7 Mrd. Euro beziffert. Demnach besteht eine Förderlücke von jährlich 4 Mrd. Euro. Krankenhäusern fehlt dadurch die für Investitionen notwendige Planungssicherheit. Die Länderförderung gestaltet sich zudem nach unterschiedlichen Maßstäben und stellt keine einheitliche Versorgungsdichte und -qualität sicher. Zunehmend setzen Länder auf eine pauschale Förderung. Dies stärkt zwar die Handlungsautonomie der Krankenhäuser und baut Bürokratie ab. Allerdings werden die Einflussmöglichkeiten der Länder geschwächt. Zudem benachteiligen pauschale Fördermittel, die anhand von Bettenzahl oder Leistungsmengen vergeben werden, insbesondere kleine Krankenhäuser im ländlichen Raum, die für die Sicherstellung der Versorgung notwendig sind.

Krankenhäuser müssen indes investieren, um funktions- und wettbewerbsfähig zu bleiben und den medizinischen Fortschritt nachvollziehen zu können. Insofern sehen sie sich zunehmend veranlasst, anderweitige Finanzierungsquellen zu erschließen und Gewinne zu erwirtschaften. In großem Umfang verwenden sie Erlöse aus den von den Krankenkassen geleisteten Fallpauschalen, um Investitionskosten zu decken. Dieses Vorgehen entspricht nicht dem Regelungssystem der dualen Krankenhausfinanzierung. Zwar können Krankenhäuser über erwirtschaftete Überschüsse und deren Verwendung frei entscheiden. Werden Investitionen aber über Darlehen oder Leasing finanziert, erhöhen sich die Kosten infolge der Zinslast bzw. Leasingraten.

8.2 Krankenhausstruktur nicht effizient

Der Bundesrechnungshof hat auf die Herausforderungen hingewiesen, vor denen die Krankenhausplanung der Länder steht. Die gegenwärtigen Planungen unterscheiden sich maßgeblich in Inhalten und zeitlichen Abfolgen. Standorte, Fachabteilungen, Leistungsschwerpunkte und Gesamtplanbettenzahlen werden nach unterschiedlichen Kriterien ausgewiesen. Eine in die Zukunft ausgerichtete Planung z. B. unter Berücksichtigung der Demografie, Morbidität und des medizinischen Fortschritts ist kaum vorhanden. Länderübergreifende Regelungen oder gar eine gemeinsame Krankenhausplanung fehlen vielfach. Qualitätsaspekte für die Krankenhausplanung wenden Länder nur teilweise an: Während die Strukturqualität noch von allen Ländern gefordert wird, spielen die Prozessqualität nur vereinzelt und die Ergebnisqualität kaum eine Rolle.

Bundesweit gibt es keine einheitlichen Maßstäbe, aus denen sich herleiten ließe, inwieweit in der stationären Versorgung eine Über- oder Unterversorgung besteht. Der tatsächliche Versorgungsbedarf ist nicht verlässlich belegt. Die Krankenhausleistung muss als wesentlicher Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge staatlichen Lenkungs- und steuerlichen Förderungsmaßnahmen unterstehen. Allerdings versäumt der Staat seit Jahren, dieser Verpflichtung wirksam nachzukommen. In Ermangelung einer effektiven Steuerung durch die Länder liegen Investitionsentscheidungen zunehmend bei den Krankenhausträgern. Diese treffen Investitionsentscheidungen aus unternehmerischen Gesichtspunkten. Ob sie versorgungspolitisch sinnvoll sind, tritt in den Hintergrund.

Deutschland verfügt über eine im internationalen Vergleich hohe Dichte an Krankenhaus- und Intensivbetten. Einer in der Corona-Pandemie drohenden Überforderung des Gesundheitswesens konnte bislang wirksam begegnet werden. Fehlentwicklungen in den vergangenen Jahren deuten aber darauf hin, dass die gegenwärtige Krankenhausstruktur nicht effizient ist: Durch Doppelstrukturen machen sich Krankenhäuser gegenseitig Konkurrenz um Personal sowie Patientinnen und Patienten. Es besteht zu wenig Spezialisierung, um notwendige Qualitätsanforderungen zu erfüllen. Partiiell sind Mengenausweitungen zu beobachten. Mit kleinen Fallzahlen haben vor allem kleinere Krankenhäuser Probleme, ihre Fixkosten zu decken. In vielen Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung finden erfahrungsgemäß komplexe Eingriffe statt, für die eine Behandlung in einer spezialisierten Einrichtung angezeigt wäre. Dennoch verzeichneten 40 % der Krankenhäuser Verluste, für 13 % der Kliniken besteht erhöhte Insolvenzgefahr.⁷⁴ Gerade kleinen Häusern fehlen oft die Mittel für kostspielige Investitionen. Möglichkeiten, die übermäßige Inanspruchnahme teurer stationärer Behandlungen zu reduzieren und die Versorgung stärker in die ambulante Versorgung zu verlagern, wurden bislang nicht ausgeschöpft. Vielerorts bestehen personelle Engpässe bei ärztlichem und pflegerischem Personal. Offene Stellen können nicht besetzt werden. Bei einer zu hohen Krankenhausdichte verschärft sich dieses Problem, weil Personal auch in unwirtschaftlichen Einrichtungen gebunden wird.

⁷⁴ Vgl. zuletzt Krankenhaus Rating Report 2020, <https://www.rwi-essen.de/presse/mitteilung/400/>, Zugriff vom 8. September 2020.

Die Regelungen des Bundesgesetzgebers und des G-BA zum Entgeltsystem sowie zur Qualität und Quantität der Krankenhausbehandlung üben indirekt Einfluss auf die Krankenhausstruktur aus und erzeugen Anpassungsdruck bei den Krankenhausbetreibern. Der Bundesrechnungshof hat diese Entwicklung begrüßt. Insbesondere Vorgaben zu den Mindestanforderungen der Krankenhausbehandlung stärken grundsätzlich die Versorgungsqualität. Eine gezielte strukturelle Neuausrichtung der Krankenhauslandschaft wird dadurch aber nicht sichergestellt.

Dieser Befund gilt auch für die Förderung des KH-Strukturfonds. Die zur Verfügung gestellten Mittel schaffen zwar einen Anreiz zu einer Ko-Finanzierung durch die Länder. Allerdings sind die erreichten bzw. absehbaren Strukturveränderung gemessen an der gesamten Versorgungsstruktur unzureichend. Würde die Strukturveränderung in diesem Tempo fortgesetzt, würden Jahrzehnte vergehen, bis die Krankenhausstruktur umgebaut ist.

Strukturelle Anpassungen wie Schließungen von Abteilungen (Pflegepersonaluntergrenzen) und Krankenhäusern sowie der Ab- und Umbau von Versorgungskapazitäten (KH-Strukturfonds) verlaufen nach Einschätzung des Bundesrechnungshofes weitgehend ungesteuert. Es besteht keine übergreifende Zielsetzung zwischen Bund und Ländern, wie die Versorgungsstrukturen weiterentwickelt werden sollen. Deshalb ist unklar, ob die derzeitigen Umbrüche – und dies schließt Insolvenzen ein – die richtigen Häuser treffen und versorgungspolitisch sachgerecht sind.

8.3 Krankenhauszukunftsfonds verfestigt gegenwärtige Strukturen

Der Bundesrechnungshof hat die Errichtung eines KH-Zukunftsfonds für grundsätzlich geeignet gehalten, die Situation der Investitionsfinanzierung für Krankenhäuser spürbar zu verbessern. Er ist aber weder dem Grunde noch der Höhe nach geeignet, die Länder von ihren Investitionsverpflichtungen zu entbinden.

Unklar bleibt in diesem Zusammenhang, warum beim KH-Zukunftsfonds die Höhe der von den Ländern bzw. Krankenhausträger aufzubringende Ko-Finanzierung – abweichend vom KH-Strukturfonds – auf 30 % der förderungsfähigen Kosten eines Vorhabens festgelegt werden soll. Dass ein Krankenhausträger die Ko-Finanzierung gegebenenfalls allein und durch Aufnahme von Krediten bewältigen darf, hat der Bundesrechnungshof kritisch gesehen. Schon jetzt

gleichen Krankenhäuser die Lücke, die durch fehlende Investitionen der Länder entstanden ist, in erheblichem Umfang aus Eigen- und Fremdmitteln aus. Die von den Krankenkassen der GKV finanzierten Betriebskosten würden weiterhin zur Quersubventionierung von Investitionen herangezogen. Der Bundesrechnungshof hat insoweit die Verantwortung der Länder betont. Der Anteil der Ko-Finanzierung sollte bei mindestens 50 % liegen.

Das vorgesehene Antragsverfahren für den KH-Zukunftsfonds überlässt es im Übrigen den Krankenhausträgern, einen Förderbedarf aufzuzeigen und beim Land zu beantragen. Diesen Ansatz hat der Bundesrechnungshof nicht für geeignet gehalten, die Versorgungsstrukturen grundlegend zu verbessern. Vielmehr besteht die Gefahr, dass durch ungezielte Förderungen wesentliche Ziele verfehlt werden. Schon der bestehende KH-Strukturfonds ermöglicht die Förderung von Einzelmaßnahmen ohne konkrete Festlegungen zur notwendigen Versorgungsstruktur. Der geplante KH-Zukunftsfonds knüpft an diese Entwicklung an: Auch hier sollen Vorhaben gefördert werden, ohne dass die aktuelle Versorgungsstruktur überprüft wurde. Zweckmäßige Anpassungen wie notwendige Spezialisierungen, etwaige Schließungen von Kliniken im Falle festgestellter Überkapazitäten (etwa im städtischen Ballungsraum) und sonstige strukturelle Verbesserungen wie die Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung (insbesondere bei einer Unterversorgung im ländlichen Raum) werden dadurch nicht zielgerichtet unterstützt. Der Bundesrechnungshof hat den Fördermitteleinsatz insoweit als nicht wirtschaftlich beurteilt.

8.4 Krankenhausfinanzierung und Planung neu ausrichten

Der Bundesrechnungshof hat darauf hingewiesen, dass die Steuerung der Mittelverwendung eines KH-Zukunftsfonds – wie auch des KH-Strukturfonds – eine am Versorgungsbedarf ausgerichtete Krankenhausstruktur verfolgen muss und nicht maßgeblich von betriebswirtschaftlich motivierten Antragstellungen durch regionale Krankenhausträger abhängen darf. Dazu hat er es in einem ersten – einer weiteren Förderung aus Bundesmitteln vorgelagerten – Schritt für notwendig gehalten, den tatsächlichen Krankenhaus-Versorgungsbedarf nach bundeseinheitlichen Maßstäben zu ermitteln. Die über Jahre unzureichende Investitionsfinanzierung liegt auch in der aktuellen Versorgungsstruktur begründet. Dieser Konflikt kann nicht ohne eine neue Krankenhausplanung aufgelöst werden: Es gibt zu wenig Investitionsfördermittel für zu

viele Krankenhäuser. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass auch der geplante KH-Zukunftsfonds die von Fachseite ermittelten jährlichen Finanzbedarfe bei Weitem nicht sicherstellt. In wesentlichen Versorgungsbereichen besteht ein massiver Fachkräftemangel, da das verfügbare pflegerische und ärztliche Personal den Bedarf aller Versorgungseinrichtungen nicht abdeckt. Zudem können Vorgaben des G-BA wegen fehlender Kapazitäten nicht umgesetzt werden. All dies erzwingt eine Strukturreform.

Als maßgebliche Merkmale einer künftigen Krankenhausplanung hat der Bundesrechnungshof den medizinischen Bedarf der Bevölkerung, die demografische Entwicklung und die Effekte des medizinischen Fortschritts betrachtet. Über- wie Unterkapazitäten in der Versorgungsstruktur ist entgegenzutreten. Die Möglichkeiten einer weiteren Spezialisierung und Konzentration sowie einer sektorenübergreifenden Versorgung sollten dabei ausgeschöpft werden.

Der Bundesrechnungshof hat es für notwendig gehalten, die Krankenhaus-Versorgung mittels eines von Bund und Ländern getragenen Struktur-Konzeptes weiterzuentwickeln. Hiervon umfasst sein sollten eine Analyse des derzeitigen und künftigen Versorgungsbedarfs, die Gegenüberstellung von vorhandenen und benötigten Versorgungskapazitäten sowie die daraus abgeleitete Anpassung der Versorgungsstruktur und -kapazitäten.

9 Stellungnahme des BMG

Das BMG hat die Auffassung des Bundesrechnungshofes geteilt, dass die Länder ihrer Finanzierungsverantwortung seit längerer Zeit nicht nachgekommen seien. Krankenhäuser seien deshalb gezwungen gewesen, in erheblichem Umfang Investitionen aus der Vergütung für Krankenhausbehandlung zweckwidrig zu finanzieren. Dies ergebe sich aus zahlreichen Untersuchungen.

Die derzeitige Krankenhausstruktur müsse – auch im internationalen Vergleich – verbessert werden. Die Betten- und Standortdichte sowie die Zahl kleiner Krankenhäuser mit geringem Spezialisierungsgrad seien überdurchschnittlich hoch. Der Grad der Ambulantisierung sei unterdurchschnittlich. Eine große Zahl stationärer Behandlungen könnte ambulant erfolgen. Die Ausführungen zu einer künftigen Krankenhausplanung und zur Ausgestaltung einer effizienten Krankenhauslandschaft würden grundsätzlich geteilt.

Das BMG habe zur Umsetzung dieser Ziele eine Vielzahl von Maßnahmen ergriffen. Dazu zählten die Einführung des KH-Strukturfonds, mit dem Überkapazitäten abgebaut und Konzentrationen akutstationärer Versorgung gefördert würden. Der KH-Strukturfonds sei verlängert und aufgestockt worden. Eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe habe Eckpunkte für eine sektorenübergreifende Versorgung erarbeitet. Zur Einführung eines gemeinsamen fachärztlichen Versorgungsbereichs habe das BMG eine wissenschaftliche Analyse beauftragt, um weitere Festlegungen treffen zu können. Die Arbeiten ruhten momentan aufgrund der Corona-Pandemie. Die Stärkung ambulant durchzuführender Operationen und Behandlungen entspreche auch einem Ziel des MDK-Reformgesetzes.⁷⁵ Darin werde die Selbstverwaltung beauftragt, den Katalog der ambulant durchzuführenden Operationen und Behandlungen an den wissenschaftlichen Erkenntnisstand anzupassen und regelmäßig zu aktualisieren.

Maßstäbe für die Krankenhausplanung könnten aber ausschließlich die Länder festlegen. Der Bund habe keine Mitentscheidungsrechte. Er könne nach Artikel 19a Grundgesetz nur Gesetze erlassen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze. Verbindliche Planungskonzepte und -vorgaben gehörten nicht dazu. Dazu müsste das Grundgesetz geändert werden. Dies müsste von zwei Dritteln des Bundesrates mitgetragen werden. Ein von Bund und Ländern befürwortetes Planungskonzept könnte nur empfehlenden Charakter haben. Bislang seien die Länder nicht bereit gewesen, auch nur auf Teile ihrer Planungshoheit zu verzichten. Die mit dem Krankenhausstrukturgesetz eingeführten planungsrelevanten Qualitätsindikatoren seien hierfür ein Beispiel. Als Ergebnis einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe seien sie zwar von allen Ländern getragen worden, den Ländern habe aber das Recht eingeräumt werden müssen, die Geltung der Qualitätsindikatoren einzuschränken oder auszuschließen. Eine Vereinheitlichung sei nicht eingetreten.

Selbst wenn die Länder bewegt werden könnten, sich zur Einhaltung eines gemeinsamen Strukturkonzeptes zu verpflichten, wäre eine hieraus abgeleitete Anpassung der Versorgungsstrukturen nicht ohne weiteres möglich. Eine Neuausrichtung der planungs- und finanzierungsrechtlichen Strukturen im Krankenhausbereich sei nach der Rechtsprechung des

⁷⁵ Gesetz für bessere und unabhängiger Prüfungen (MDK-Reformgesetz) vom 14. Dezember 2019, BGBl. I S. 2789.

Bundesverfassungsgerichts und Bundesverwaltungsgerichts relevant für die Berufsausübung der privaten und freigemeinnützigen Krankenhausträger und am Maßstab des Artikels 12 Grundgesetz zu messen. Die wirtschaftlichen Folgen einer Nichtaufnahme in den Krankenhausplan könnten für Krankenhausträger einschneidend sein und zur Schließung des Krankenhauses führen. Dies käme einer Beschränkung der Berufswahl gleich. An die Festlegung der Kriterien für die Aufnahme in den Krankenhausplan und für die Herausnahme bestünden strenge Anforderungen. Planerische Entscheidungen zum Abbau von Überkapazitäten und Doppelstrukturen seien ohne oder gegen das Einverständnis der Krankenhausträger faktisch nicht möglich. Diesen verfassungsrechtlichen Rahmenbedingungen trage der Vorschlag des Bundesrechnungshofes nicht Rechnung.

Der KH-Zukunftsfonds solle einen Beitrag zur kurzfristigen Stärkung des Gesundheitswesens und zur Verbesserung des Schutzes vor Pandemien leisten. Dazu sei es notwendig, dass Mittel kurzfristig zur Verfügung gestellt würden. Übergreifende Planungsmaßstäbe müssten erst entwickelt werden und bedeuteten einen mehrjährigen Vorlauf. Dies schließe nicht aus, dass auch strukturverbessernde Maßnahmen gefördert würden. Im Rahmen des KH-Zukunftsfonds seien auch Vorhaben zur Stärkung regionaler Versorgungsstrukturen förderungsfähig, um diese in Normal- und Krisenzeiten aufeinander abzustimmen. Die Förderung strukturverbessernder Vorhaben wie die Schließung nicht bedarfsgerechter Kliniken sei aber nicht die primäre Zielsetzung des KH-Zukunftsfonds.

Es sei Aufgabe der Länder, deren Mittel auf bedarfsnotwendige Krankenhäuser zu konzentrieren. Einer Verfestigung der derzeitigen Krankenhausstrukturen würde dadurch entgegengewirkt. Die Laufzeit des KH-Strukturfonds solle verlängert werden. Die Länder würden so über längere Zeit bei der Anpassung der Krankenhausstrukturen unterstützt. Unabhängig davon werde das BMG auch künftig bei Vorbereitung gesetzlicher Maßnahmen im Bereich Krankenhausplanung und -finanzierung die vom Bundesrechnungshof genannten Eckpunkte zugrunde legen. Dies gelte auch für die Schaffung von Anreizen für die Länder, die Bedarfsgerechtigkeit akutstationärer Versorgungskapazitäten zu verbessern und Investitionsmittel in ausreichender Höhe für bedarfsgerechte Krankenhäuser bereitzustellen.

10 Abschließende Würdigung und Empfehlung

10.1 Krankenhausstruktur seit Jahren unterfinanziert und ineffizient

Das BMG hat den Befund des Bundesrechnungshofes in allen wesentlichen Punkten bestätigt:

- Seit Jahren kommen die Länder ihrer Verantwortung für die Investitionsfinanzierung bei Krankenhäusern immer weniger nach. Zwischen dem vom InEK ermittelten Bedarf und der Investitionsförderung der Länder besteht eine Förderlücke von jährlich 4 Mrd. Euro.
- Fallpauschalen der GKV werden unzulässig und in wachsendem Maße zur Finanzierung von Investitionen herangezogen. Partiiell finden auf Kosten der GKV Mengenausweitungen statt.
- Die Länderförderung stellt keine einheitliche Versorgungsdichte sicher. Eine zunehmende Pauschalförderung schwächt Einflussmöglichkeiten der Länder und benachteiligt kleine versorgungsnotwendige Häuser.
- Qualitätsaspekte spielen in der Krankenhausplanung eine untergeordnete Rolle. Dies gilt insbesondere für die Prozess- und Ergebnisqualität. Investitionsentscheidungen werden aus unternehmerischen Gesichtspunkten getroffen.
- Vor allem aufgrund ihrer chronischen Unterfinanzierung ist die deutsche Krankenhausstruktur in weiten Teilen ineffizient:
 - 40 % der Krankenhäuser verzeichneten Verluste, für über ein Zehntel besteht erhöhte Insolvenzgefahr.
 - Es bestehen Doppelstrukturen und es gibt zu wenig Spezialisierung.
 - Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung nehmen komplexe Eingriffe wahr, die spezialisierten Einrichtungen vorbehalten sein sollten.
 - Ambulantisierungspotenziale werden nicht ausgeschöpft.
 - Offene Stellen für ärztliches und pflegerisches Personal bleiben vielfach unbesetzt. Dazu trägt bei, dass Personal auch in nicht bedarfsnotwendigen Einrichtungen gebunden wird. Notwendige Personaluntergrenzen konnten in der Folge vielfach nicht eingehalten werden. Dies kann die Schließung von bedarfsnotwendigen Einrichtungen nach sich ziehen.

- Mithilfe des KH-Strukturfonds wird es in absehbarer Zeit nicht gelingen, in notwendigem Maße zur Bereinigung der Versorgungsstrukturen beizutragen.

10.2 Krankenhausplanungs- und Finanzierungsverantwortung zusammenführen

Der Bundesrechnungshof sieht den Bund in der Pflicht, diesen Feststellungen wirksam entgegenzutreten. Er räumt ein, dass die Krankenhausorganisation und die Krankenhausplanung grundsätzlich in den Kompetenzbereich der Länder gemäß Artikel 70 Absatz 1 Grundgesetz fällt. Das seit Jahren zu beklagende Aufweichen des dualen Finanzierungssystems stellt die Legitimität der alleinigen Planungshoheit der Länder aber zunehmend infrage: Die Länder entscheiden nach der gesetzlichen Systematik alleinverantwortlich über Standorte und Schwerpunkte der Versorgung. Ihrer Finanzierungsverantwortung kommen sie indes nicht nach, große Teile der investiven Kosten werden zweckwidrig aus Mitteln der GKV-Beitragsgemeinschaft bestritten. Verstärkt wird dieser für die GKV nachteilige Effekt durch den Zusammenhang von Investitions- und Betriebskosten: Betriebskosten könnten durch langfristige Investitionen gesenkt werden. Überdimensionierte oder verschleppte Investitionen treiben Betriebskosten erfahrungsgemäß in die Höhe.

Dieser Befund legt eine Änderung der Planungsbefugnisse nahe, durch welche die Finanzierungsverantwortung und die Planungsverantwortung wieder zusammengeführt werden. Dies schließt eine Änderung grundgesetzlicher Bestimmungen notwendigerweise ein. Das seit Jahren zu beobachtende Auseinanderklaffen von planerischen Kompetenzen einerseits und Kostentragung andererseits schafft Einfallstore für unwirtschaftliches Verhalten. Dies führt in der Fläche zu ineffizienten Versorgungsstrukturen und provoziert eine unzulässige Quersubventionierung aus GKV-Beitragsmitteln in Milliardenhöhe. Durch effiziente Krankenhausstrukturen könnte der regelmäßige Investitionsbedarf dauerhaft gesenkt werden. Neben einer Verbesserung der Versorgungsstruktur und einer Verringerung der Betriebskosten könnte ein Beitrag zur Verkleinerung der Förderlücke geleistet werden.

Der Bundesrechnungshof weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass im Rahmen des gegenwärtigen Kompetenzgefüges zwischen Bund und Ländern bei der Krankenhausversorgung bislang kaum grundlegende Verbesserungen

zu erzielen waren. Er stimmt dem BMG zu, dass die Länder meist nicht bereit waren, auf ihre Planungshoheit auch nur teilweise zu verzichten. Neben den vom BMG beispielhaft erwähnten Qualitätsindikatoren, die vielfach eingeschränkt oder ausgeschlossen werden, zeigt sich dies auch bei der Investitionspauschale, die von den Ländern überwiegend nicht genutzt wird.

10.3 Vorhandene Gestaltungsbefugnisse ausschöpfen

Die rechtlichen Gestaltungsbefugnisse des Bundes zu einer strukturellen Neuausrichtung der Krankenhausversorgung sieht der Bundesrechnungshof nicht ausgeschöpft. Der Bund hat auf den Gebieten der Sozialversicherung⁷⁶ sowie der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und der Regelung der Krankenhauspflegesätze⁷⁷ die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz. Wenn und soweit die Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet oder die Wahrung der Rechts- oder Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse eine bundesgesetzliche Regelung erforderlich machen, hat der Bund das alleinige Gesetzgebungsrecht.⁷⁸ Diese Befugnisse sollte er intensiver als bislang nutzen, soweit es nicht gelingt, die Krankenhausplanungs- und Finanzierungsverantwortung zusammenzuführen (vgl. dazu Tz. 10.2).

Die im KHG⁷⁹ bestimmte Verpflichtung der Länder, Fördermittel so zu bemessen, dass sie die betriebswirtschaftlich notwendigen Investitionskosten decken, läuft seit Jahren erkennbar leer. Zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser sollte sie so präzisiert werden, dass die Länder wirksam zur Investitionsfinanzierung herangezogen werden. Notwendige Investitionen dürfen nicht an fehlenden Fördermitteln durch die Länder scheitern. Nach Einschätzung des Bundesrechnungshofes könnten sich dafür verbindliche Vorgaben für eine Mindestinvestitionsquote eignen. Die Einführung einer am Investitionsbedarf ausgerichteten Mindestinvestitionsquote⁸⁰ könnte die Höhe der von den Ländern bereitgestellten Fördermittel erhöhen. Wenngleich eine direkte Zwangswirkung damit mutmaßlich nicht verbunden wäre, könnten für eine Umsetzung finanzielle Anreize – etwa aus Mitteln des KH-Strukturfonds oder des geplanten KH-Zukunftsfonds – gesetzt werden.

⁷⁶ Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 Grundgesetz.

⁷⁷ Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19a Grundgesetz.

⁷⁸ Artikel 72 Absatz 2 i. V. m. Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19a Grundgesetz.

⁷⁹ § 9 Absatz 5 KHG.

⁸⁰ Verhältnis von Investitionsausgaben zu bereinigten Krankenhauskosten.

Ebenfalls seit Jahren werden Beitragsmittel der GKV zweckwidrig durch Krankenhausträger für die Finanzierung ihrer Investitionen verwendet. Der Gesetzgeber hat mit dem MDK-Reformgesetz die Kontrollmöglichkeiten der Krankenkassen gegenüber Krankenhäusern geschärft, diese Regelungen im Zuge der Corona-Pandemie aber vorübergehend außer Kraft gesetzt. Die Zahl der Abrechnungsprüfungen ist deshalb erheblich zurückgegangen. Im Jahr 2020 dürfen nur 5 % der je Quartal eingegangenen Schlussrechnungen auf Veranlassung der Krankenkassen durch den Medizinischen Dienst geprüft werden.⁸¹ Ursprünglich beschlossen war eine von der Abrechnungsqualität der Krankenhäuser abhängige Prüfquote, die bis zu 15 % der eingegangenen Schlussrechnungen umfasst. Diese Regelung sollte nach Abklingen der Pandemie unverzüglich wieder in Kraft gesetzt werden, weitere Beschränkungen der Abrechnungsprüfung müssen unterbleiben.

Der Bund hat durch Bestimmung von Personaluntergrenzen in pflegeintensiven Bereichen, Mindestmengen bei ausgewählten Eingriffen, Vorgaben für Sicherstellungszuschläge sowie Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität bei bestimmten Behandlungen mittelbar Einfluss auf die Krankenhausstruktur ausgeübt. Er sollte diesen Weg konsequent weiter beschreiten und Handlungsoptionen ausloten. Gestaltungspotenziale bestehen insbesondere bei den Mindestmengen, die derzeit nur für acht Behandlungsbereiche bestimmt wurden.

Anders als das BMG sieht der Bundesrechnungshof in den Rechten der privaten und gemeinnützigen Krankenhausträger aus Artikel 12 Grundgesetz keine unüberwindbaren Hürden für eine strukturelle Neuausrichtung der Krankenhausversorgungsstruktur. Er räumt ein, dass sich gesetzliche Regelungen hinsichtlich der Aufnahme in einen Krankenhausplan und der Herausnahme an den verfassungsrechtlichen Rahmenbedingungen orientieren müssen. Eingriffe in die Freiheit der Berufsausübung müssen dazu durch hinreichende Gründe des Gemeinwohls gerechtfertigt und das Ergebnis einer Abwägung der widerstreitenden Interessen sein.⁸² Diese Abwägung mag im Einzelfall schwierig sein, unmöglich ist sie aber nicht. Je präziser die Merkmale einer künftigen

⁸¹ § 275c Absatz 2 SGB V.

⁸² Vgl. eingehend Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 16. Januar 2002 – 1 BvR 1236/99 (BVerfGE 104, 357, Randnummer 34 f.) sowie grundlegend Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 11. Juni 1958 – 1 BvR 596/56 (BVerfGE 7, 377 sog. „Apotheken-Urteil“).

Neuausrichtung als Ergebnis der verfassungsrechtlich gebotenen Interessenabwägung gesetzlich normiert werden, desto besser könnten auch die daraus folgenden Einschränkungen oder Nachteile einzelner Krankenhausträger gerichtlich nachvollzogen werden. Auch aus Sicht der Krankenhausträger schaffen eine chronisch unterfinanzierte Versorgungslandschaft und nicht kalkulierbare Förderleistungen durch die Länder auf Dauer nicht die Voraussetzungen für einen reibungslosen Klinikbetrieb. Bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen können unter diesen Bedingungen nur unzureichend unterhalten bzw. aufgebaut werden. Ein neues Strukturkonzept könnte Krankenhausträgern dagegen alternative und tragfähige Perspektiven eröffnen, etwa durch Umwandlung in eine andere Versorgungseinrichtung.

10.4 Krankenhaus-Strukturfonds und Krankenhaus-Zukunftsfonds nachhaltig ausgestalten

Soweit der Bund mit dem KH-Strukturfonds und KH-Zukunftsfonds eigene Mittel zur Verbesserung der Krankenhausstruktur einsetzt bzw. einzusetzen beabsichtigt, hat er die Befugnis, die Regeln hierfür durch entsprechende Fördervoraussetzungen zu bestimmen. Ein Hinweis auf die alleinige Kompetenz der Länder bei der Krankenhausplanung geht insoweit fehl. Der Bund sollte die Möglichkeit einer Aufstockung von investiven Maßnahmen nutzen, um Anreize für eine wirksame strukturelle Verbesserung zu setzen.

Der Bundesrechnungshof nimmt in diesem Zusammenhang zur Kenntnis, dass der KH-Zukunftsfonds vor allem eine kurzfristige Stärkung des Gesundheitswesens und einen verbesserten Schutz vor Pandemien anstrebe. Er wiederholt deshalb seinen Hinweis, dass es nicht wirtschaftlich sein kann, Fördermittel in Milliardenhöhe in die gegenwärtige Krankenhausversorgungsstruktur zu investieren. Nicht sachgerecht ist zudem, dass die Förderung durch beide Fonds maßgeblich von der Initiative der Krankenhausträger bzw. Länder abhängig gemacht wird, die sich erkennbar nicht am tatsächlichen Versorgungsbedarf orientiert. Dieser Vorwurf wiegt umso schwerer, als der KH-Strukturfonds nunmehr bis zum Jahr 2024 verlängert werden soll. Wirtschaftlich können die Fördermittel beider Fonds nur auf der Grundlage einer bereinigten Krankenhausversorgungsstruktur verausgabt werden. Schon mit den Ausgleichszahlungen für freigehaltene Kapazitäten nach dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz subventionierte der Bund den Leerstand einer in der Fläche ineffizienten Krankenhausversorgung. Die Kosten hierfür beliefen sich bis Ende August

auf 7,9 Mrd. Euro. Dieser Zustand sollte mit der Förderung aus dem KH-Strukturfonds und KH-Zukunftsfonds nicht fortgesetzt werden. Nachdem der Reformbedarf in der Krankenhausversorgung seit Jahren bekannt ist, empfiehlt der Bundesrechnungshof, die zur Analyse des derzeitigen und künftigen Versorgungsbedarfs notwendigen Maßnahmen alsbald einzuleiten. Die Vergabe von Fördermitteln sollte an übergreifende Planungsvorgaben anknüpfen. Zudem könnte von den Ländern in diesem Zusammenhang das Erreichen einer Mindestinvestitionsquote eingefordert werden (vgl. auch Tz. 10.3).

In Hinblick auf den beabsichtigten KH-Zukunftsfonds hält es der Bundesrechnungshof für nicht gerechtfertigt, die Ko-Finanzierung auf 30 % der förderfähigen Kosten zu begrenzen und den Ländern hierbei nachzulassen, dass dieser Anteil gegebenenfalls allein vom Krankenhausträger erbracht wird. Die Länder werden hierdurch unverhältnismäßig von ihrer Verantwortung entbunden. Auch dies setzt keinen Anreiz für nachhaltige Strukturverbesserungen.

10.5 Krankenhausplanung strikt am Versorgungsbedarf ausrichten

Für eine künftige Krankenhausversorgung und -finanzierung hält der Bundesrechnungshof folgende Eckpunkte für notwendig:

1. Das seit Jahren zu beklagende Aufweichen des dualen Finanzierungssystems bei Krankenhäusern legt es nahe, die Finanzierungsverantwortung und die Planungsverantwortung wieder zusammenzuführen. Dies schließt eine Änderung grundgesetzlicher Bestimmungen notwendigerweise ein.
2. Die Krankenhausplanung sollte strikt am medizinischen Bedarf der Bevölkerung ausgerichtet sein. Dabei sollten die demografische Entwicklung und Effekte des medizinischen Fortschritts berücksichtigt werden. Kürzere Planungsintervalle erscheinen sinnvoll, um der aktuellen Entwicklung Rechnung zu tragen. Die Fortschreibung der Krankenhausplanung sollte objektive Parameter wie Alter und Geschlecht der Bevölkerung, Wegezeiten, Wartezeiten und spezifische regionale Morbidität berücksichtigen.
3. Es bedarf flächendeckender regionaler Analysen auf etwaige Überkapazitäten bzw. Doppelstrukturen einerseits und Unterversorgung andererseits. Überkapazitäten, etwa in Ballungsgebieten, und Unterkapazitäten, z. B. im ländlichen Raum, müssen abgebaut werden. Krankenhäuser auf dem Land dürfen dazu nicht nur streng nach ihrer Rentabilität bewertet werden.

Bundesweit ist eine ausreichende Versorgungsdichte bei der Grund- und Akutversorgung zu gewährleisten, die auch einem etwaigen pandemischen Geschehen Rechnung trägt. Zugleich bedarf es im elektiven Bereich einer Spezialisierung und Konzentration. Das Krankentransport- und Rettungswesen muss flankierend verbessert werden.

4. Es erscheint sachgerecht, die sektorenübergreifende Versorgung auszuweiten. Krankenhäuser könnten für ambulante Leistungen geöffnet werden. Gerade kleinere Krankenhäuser der Grundversorgung könnten als interdisziplinäre (ambulant/stationäre) Gesundheitszentren Teil der Versorgung bleiben.
5. Flankiert werden könnte der Strukturwandel durch eine Ausweitung der Qualitätsvorgaben des G-BA: Es sollten Mindestmengen für neue Bereiche und wirksame Sanktionen bei Nicht-Erfüllung geschaffen werden, um den Umsetzungsdruck zu stärken.
6. Für eine übergreifende Reduzierung der Versorgungskapazitäten müssen Versorgungskapazitäten ab-, um- und neugebaut werden. Langfristig werden so Effizienzrenditen erzielt und die zur Verfügung stehenden Investitionsmittel auf weniger Versorgungseinrichtungen verteilt.
7. Krankenhausfinanzierung und -planung müssen als notwendige Einheit betrachtet werden. Eine auskömmliche Finanzierung von Investitionen der Krankenhäuser muss dauerhaft sichergestellt werden. Der tatsächliche Investitionsbedarf sollte objektiv und nach einheitlichen Kriterien, etwa durch Kalkulation des InEK, ermittelt werden. Die Verpflichtung der Länder zur Finanzierung von Investitionen in Krankenhäusern würde durch eine Einbeziehung des geplanten KH-Zukunftsfonds unterstützt. Die Vergabe von Fördermitteln aus dem KH-Strukturfonds und KH-Zukunftsfonds sollte an übergreifende Planungsvorgaben anknüpfen. Mittel dürfen nur gewährt werden, wenn diese Vorgaben angewendet werden. Darüber hinaus erscheinen weitere Anreizsysteme notwendig, damit die Länder ihrer Finanzierungsverantwortung künftig in ausreichendem Maße nachkommen. Soweit der Bund oder die GKV – anstelle der an sich zuständigen Länder – eine ergänzende Verantwortung bei der Investitionsfinanzierung übernehmen, sollten ihnen entsprechende Mitsprachemöglichkeiten bei der

Planung eingeräumt werden, um dem fiskalischen Äquivalenzprinzip zu entsprechen.

Dr. Weber

Sievers