

28. Krankenhausfinanzierung nach dem KHG (Investitionsfinanzierung)

Die Umstellung der Förderung von Einzelmaßnahmen auf Darlehensbasis im Jahr 2002 wird mittelfristig zu deutlich höheren Belastungen für die öffentlichen Haushalte führen. Die bis 2004 bewilligten Investitionsmaßnahmen übersteigen die Haushaltsmittel um 204 Mio. € Diese Investitionen müssen in die Folgejahre verschoben werden.

Ein erheblicher Teil der pauschalen Fördermittel wird nicht im Bewilligungsjahr benötigt. Die Bereitstellung nicht zeitnah erforderlicher Fördermittel ist für das Land unwirtschaftlich.

Die gesetzlichen Regelungen zur Investitionsfinanzierung und Krankenhausplanung widersprechen den mit der Einführung von Fallpauschalen verfolgten Zielen. Der LRH empfiehlt, auf eine Änderung des KHG mit dem Ziel einer monistischen Finanzierung hinzuwirken.

28.1 Gesetzliche Grundlagen

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)¹ soll eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beitragen. Aus diesem Grunde erhalten die Krankenhäuser **Investitionszuschüsse im Wege öffentlicher Förderung** und leistungsgerechte **Erlöse aus Pflegesätzen**, die nach Maßgabe des Gesetzes auch Investitionskosten enthalten können (§ 4 KHG, **duale Finanzierung**).

Krankenhäuser haben nur dann einen Anspruch auf Fördermittel, soweit und solange sie in den Krankenhausplan des Landes und bei Investitionen in das Investitionsprogramm des Landes aufgenommen sind (§ 8 KHG). Ein Anspruch auf die Aufnahme in den Krankenhausplan und das Investitionsprogramm besteht nicht. Die Förderung der Krankenhäuser in Schleswig-Holstein richtet sich nach dem Gesetz zur Ausführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (AG-KHG)².

¹ Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG) i. d. F. d. Bekanntmachung vom 10.04.1991, BGBl. I S. 886, zuletzt geändert durch Art. 2 des Gesetzes vom 15.12.2004, BGBl. I S. 3429.

² Gesetz zur Ausführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (AG-KHG) vom 12.12.1986, GVOBl. Schl.-H. S. 302, zuletzt geändert durch Landesverordnung vom 16.09.2003, GVOBl. S. 503.

Das Land, die Kreise und kreisfreien Städte stellen die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern sicher (§ 1 AG-KHG). Auf der Grundlage des Krankenhausplans stellt das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz (Sozialministerium) für die Einzelförderung (§ 9 Abs. 1 KHG) ein mehrjähriges Investitionsprogramm auf, das regelmäßig der Entwicklung angepasst werden soll. Die Fördertatbestände sind in § 9 KHG beschrieben. Es wird zwischen der Förderung von Einzelmaßnahmen (§ 9 Abs. 1 KHG) und der Pauschalförderung (§ 9 Abs. 3 KHG) unterschieden. Daneben können u. a. Umstellungskosten bei innerbetrieblichen Änderungen und bei Übernahme anderer Aufgaben - z. B. Umwidmung in eine Pflegeeinrichtung (§ 9 Abs. 2 KHG) - gefördert werden.

Die Investitionsmittel werden je zur Hälfte vom Land und den Kreisen/kreisfreien Städten aufgebracht (§ 21 AG-KHG). Der auf die einzelne Kommune entfallende Anteil richtet sich nach der Einwohnerzahl. Als Ausgleich für die aufgrund des Art. 1 Nr. 23 KHNG¹ entfallenen Bundeshilfen stellt das Land **rd. 8 Mio. € jährlich zusätzlich** bereit.

28.2 Haushaltsentwicklung

Die Haushaltsansätze entwickelten sich wie folgt:

Entwicklung der Haushaltsansätze für Investitionsfördermittel

Mittelherkunft	2000 €	2001 €	2002 €	2003 €	2004 €	2005 €
Land	51.923.300	42.464.300	28.212.300	27.604.000	32.801.800	35.401.800
Kreise/Städte	34.575.100	34.575.000	20.323.100	21.764.300	24.912.500	27.512.500
Gesamtansatz	86.498.400	77.039.400	48.535.400	49.368.300	57.714.300	62.914.300

Die deutliche Verringerung des Haushaltsansatzes im Jahr 2002 ist durch eine **Umstellung** der Finanzierung der Einzelförderung **auf Darlehensbasis** verursacht. Seitdem nimmt der Krankenhausträger die vom Land bewilligten Investitionszuschüsse als Darlehen auf; Zinsen und Tilgung trägt das Land. Dieser kurzfristigen Entlastung stehen mittelfristig **erheblich höhere Belastungen** der öffentlichen Haushalte gegenüber. Nach Berechnungen des Sozialministeriums erreicht der Schuldendienst im Jahr 2013 bei gleich bleibenden Zinsen und einer Darlehenslaufzeit von jeweils 15 Jahren und jährlichen Darlehensbeträgen von 48,5 Mio. € die frühere Förderhöhe. Bis zum **Jahr 2017** wird der **Schuldendienst auf 67,3 Mio. €** steigen, ohne

¹ Gesetz zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung (Krankenhausneuordnungsgesetz - KHNG) vom 20.12.1984, BGBl. I S. 1716.

dass mehr Mittel für die Förderung der Krankenhäuser zur Verfügung stehen. Das Sozialministerium ist aufgefordert, die im Haushalt ausgewiesenen Verpflichtungsermächtigungen ständig anzupassen.

Selbst wenn die Investitionskosten künftig von den Nutzern der Krankenhäuser aufzubringen wären, würde der Landeshaushalt bis zur Ablösung der bis dahin aufgelaufenen Darlehen auf Jahre belastet.

28.3 Förderung

Gezahlte¹⁾ und geplante Förderungen (Kapitel 1013)

	2000 €	2001 €	2002 €	2003 €	2004 ²⁾ €	2005 ²⁾ €
Titel 883 02 (KHG Förderung)	76.176.894 ³⁾	77.021.980	42.535.400	40.458.047	43.814.300	43.814.300
Titel 633 01/ 623 02 (Schuldendienst)⁴⁾	5.184.922	5.089.390	5.069.122	7.772.952	13.900.000	19.100.000
Gesamtsumme	81.361.816	82.111.370	47.604.522	48.230.998	57.714.300	62.914.300
Fallzahlen⁵⁾	520.001	525.939	547.400	547.400	547.400	521.420
Pflegetage⁶⁾	5.238.261	5.309.545	5.309.545	5.309.545	5.309.545	5.203.761
Förderung/ Fall	156,46	156,12	86,97	88,11	105,43	120,66
Förderung/ Pflegetag	16,48	16,38	8,97	9,08	10,87	12,09

1) Lt. Haushaltsrechnung

2) Haushaltsansätze

3) Einschl. der Einzelförderungen

4) Bis 2001 ausschließlich Förderung nach § 10 - 13 AG-KHG (z. B. Anlauf- und Umstellungskosten)

5) Statistische Berichte (2000 und 2001) und Krankenhausplan des Landes Schleswig-Holstein (ab 2002)

6) Errechnete Pflegetage aus Planbetten lt. Krankenhausplan und einer durchschnittlichen Belegung von 88 %

Rechnet man den veranschlagten Haushaltsmitteln noch das maximal mögliche Darlehensvolumen zu, ergibt sich 2004 eine durchschnittliche **Förderung pro Fall von 158 €**

Das Gesamtinvestitionsvolumen pro Fall steigt von rd. 146 € im Jahr 2000 auf rd. 166 € im Jahr 2005. Diese Steigerung wird dem Investitionsbedarf der Krankenhäuser nicht gerecht und führt zu einer weiteren Verschärfung des ohnehin vorhandenen Investitionsstaus.

Die Mittel für Einzelfördermaßnahmen werden durch das Sozialministerium im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel bewilligt. Daneben gewähren die Kreise und kreisfreien Städte jährlich pauschale Fördermittel (§ 8 AG-KHG), deren Höhe sich aus der Landesverordnung über die Bemessung der pauschalen Förderung nach § 8 Abs. 2 AG-KHG ergibt.

Die bewilligten Investitionsmaßnahmen (Einzelförderungen nach § 9 Abs. 1 KHG) werden vom Sozialministerium in einen Finanzplan aufgenommen, der laufend aktualisiert wird. Der Finanzplan enthielt im Mai 2004 72 Maßnahmen mit einem Investitionsvolumen von insgesamt 399 Mio. €, von denen wegen fehlender Haushaltsmittel rd. 204 Mio. € in die Folgejahre verschoben werden müssen.

Während im Jahr 2004 Investitionsförderungen von rd. 65 Mio. € beantragt wurden, standen im Haushalt (Titel 1013 - 883 02) nur 43 Mio. € zur Verfügung.

Das **Sozialministerium** weist darauf hin, dass sich die Baumaßnahmen ganz überwiegend über mehrere Jahre erstrecken; entsprechend müssten die Finanzierungsraten über mehrere Jahre zeit- und bedarfsgerecht aufgeteilt werden. Der Betrag von 204 Mio. € könne erst in den Jahren ab 2005 abfließen, da es sich bei den im Finanzplan enthaltenen Maßnahmen zum großen Teil um neue Maßnahmen handele, die erst ab 2005 schrittweise realisiert würden. Es entspreche der Systematik des Finanzplans als mehrjähriges Investitionsprogramm, die Summe der voraussichtlichen Gesamtkosten aller aufgeführten Baumaßnahmen auszuweisen, auch der Maßnahmen, die noch nicht begonnen wurden. Es sei daher nicht gerechtfertigt, von einer Verschiebung von Investitionen in die Folgejahre wegen fehlender Haushaltsmittel zu sprechen. Dies gelte auch für die im Jahr 2004 beantragten Investitionsförderungen von rd. 65 Mio. €.

Die Einlassungen des Sozialministeriums widerlegen nicht die Feststellungen des **LRH**. Schon die Antragshöhe für das Jahr 2004 verdeutlicht, dass das Antragsvolumen die zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel übersteigt. Die Verschiebung in die Folgejahre ist somit zwangsläufig. Da dieser Sachverhalt bisher in jedem Jahr eingetreten ist, vergrößert sich der Investitionsstau von Jahr zu Jahr.

Bei der Bewilligung der Einzelförderungen stellte der LRH fest, dass die wirtschaftliche Situation des Krankenhauses, die Leistungsentwicklung (Belegungsentwicklung), das Krankenhausumfeld (Kooperationsmöglichkeiten) und die Investitionsfolgekosten kaum berücksich-

tigt wurden. Das Sozialministerium verfügte lediglich in Ausnahmefällen über die Unterlagen, die zur Beurteilung dieser Bereiche notwendig gewesen wären. Daher wurden erhebliche Fördermittel für Objekte genehmigt, die bereits nach Abschluss der Baumaßnahmen nicht ausgelastet werden konnten und zu Überkapazitäten an Krankenhausbetten führten. Der LRH hält es für unabdingbar, dass dem Sozialministerium im Antragsverfahren entsprechende Unterlagen (z. B. Jahresabschlüsse, Geschäftsberichte) vorgelegt und diese auch hinsichtlich der zu erwartenden wirtschaftlichen Entwicklung des Krankenhauses in seinem regionalen Umfeld ausgewertet werden.

Das **Sozialministerium** erklärt, dass es ein regelhaftes Verfahren anwende und alle zur Verfügung stehenden Informationen nutze. Hierzu gehörten sowohl Daten über die wirtschaftliche Situation eines Krankenhauses als auch die Leistungszahlen, Kooperationsmöglichkeiten und Investitionsfolgekosten.

Der **LRH** begrüßt, dass das Sozialministerium nunmehr offensichtlich zu einem geänderten Verfahren gekommen ist. Er bleibt bei seiner Feststellung, dass diese Daten bisher vom Sozialministerium nicht ausreichend geprüft wurden. Aus diesem Grunde ist es in der Vergangenheit zu Förderungen gekommen, die aufgrund der wirtschaftlichen Situation der geförderten Krankenhäuser nicht vertretbar gewesen sind.

Die Höhe der **pauschalen Förderung** richtet sich seit 1999 neben der Anzahl der im Krankenhausplan vorgesehenen Planbetten auch nach den Fallzahlen der einzelnen Krankenhäuser.

Das Sozialministerium errechnet die Förderbeträge und Eigenanteile der Kreise und kreisfreien Städte, sowie die Beträge, die die Kommunen im Rahmen der paritätischen Investitionsfinanzierung abzuführen haben bzw. vom Land erhalten.

Planbetten und Fallzahlen sind keine Indikatoren für den tatsächlichen Investitionsbedarf bei den kurz- und mittelfristigen Anlagegütern. Sofern die pauschale Förderung auch künftig erfolgen soll, empfiehlt der LRH, für die Berechnung ausschließlich die Fallzahlen und den durchschnittlichen Schweregrad der behandelten Fälle (Case-Mix-Index - CMI) zu nutzen.

Das **Sozialministerium** hält das in Schleswig-Holstein zz. praktizierte Verfahren im Ländervergleich für leistungsbezogen und sachgerecht. Dennoch strebe es mittelfristig eine Neuordnung der Pauschalmittel-

verteilung an; insbesondere solle dabei die „Restgröße Planbetten“ durch leistungsbezogenere Parameter abgelöst werden.

Die Auszahlung der vom Sozialministerium ermittelten Förderbeträge erfolgt durch die Kommunen (§§ 8 und 22 AG-KHG). Das Auszahlungsverfahren der Förderbeträge durch die Kommunen ist uneffektiv. Der **LRH** empfiehlt, dass die durch das Land berechneten pauschalen Fördermittel durch das Sozialministerium ausgezahlt werden. Die Kommunen würden in diesem Fall nur noch ihre Beträge für die Investitionsförderung an das Land überweisen. Dieses würde zu einer deutlichen Entlastung der Kommunen führen und die Personalressourcen des Sozialministeriums nur unwesentlich in Anspruch nehmen; lediglich die Zahlungsaufträge müssten zusätzlich gefertigt werden. Die Verantwortung der Kommunen für die Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern (§ 1 AG-KHG) wird durch das vom LRH vorgeschlagene Auszahlungsverfahren nicht berührt (zahlungstechnische Ebene).

Das **Sozialministerium** erwidert, dass die Zahlung der pauschalen Förderbeträge nicht von der Bewilligung und der Prüfung der Verwendungsnachweise getrennt werden könne. Damit wäre für das Land ein erheblicher Mehraufwand verbunden. Die Prüfung der Verwendungsnachweise solle als Aufgabe bei den Kreisen und kreisfreien Städten als Sicherstellungsträger verbleiben. Außerdem würden die Kommunen auch die Bewilligungen für Förderungen nach §§ 10, 11 und 13 AG-KHG durchführen.

Der **LRH** teilt die Auffassung des Sozialministeriums, dass Bewilligung, Auszahlung und Prüfung der Verwendungsnachweise in einer Hand sein müssen. Er spricht sich daher dafür aus, dass diese Gesamtaufgabe vom Sozialministerium übernommen wird, damit dort die für den gesamten Krankenhausförderungsbereich notwendigen Informationen künftig gebündelt zur Verfügung stehen.

Die Kommunen prüfen nicht die zweckentsprechende Verwendung der pauschalen Fördermittel. Verwendungsnachweise werden nur im Ausnahmefall angefordert. Selbst in diesen Fällen wurden die eingereichten Verwendungsnachweise nicht geprüft. Eine zweckentsprechende Mittelverwendung kann nur durch die Vorlage und Prüfung geeigneter Verwendungsnachweise festgestellt werden. Mit der Bewilligung der pauschalen Fördermittel ist dem jeweiligen Krankenhaus die Vorlage von geeigneten Verwendungsnachweisen aufzuerlegen. Bei zweckwidriger Verwendung sind die Fördermittel nach § 16 Abs. 3 AG-KHG zurückzuverlangen.

Der LRH stellte bei einer stichtagsbezogenen Prüfung der pauschalen Fördermittel bei 12 Krankenhäusern fest, dass **rd. 11,8 Mio. €** bei einer jährlichen Zuführung von rd. 10,6 Mio. € noch nicht verbraucht worden waren. **Der LRH hält die Bereitstellung nicht zeitnah benötigter Fördermittel für unvertretbar.** Auch wenn den Krankenhäusern bei der Investitionsfinanzierung eine gewisse Dispositionsfreiheit eingeräumt werden muss, ist die vom LRH festgestellte Größenordnung von rd. 11,8 Mio. € nicht verwendeter Pauschalmittel angesichts der Finanznot der öffentlichen Haushalte unangemessen. Die nicht verwendeten Pauschalmittel dürften bei Einbeziehung aller Krankenhäuser noch deutlich höher sein. Die durch die Anlage der noch nicht verwendeten Pauschalmittel erwirtschafteten Zinsen verbessern die Investitionsfähigkeit des Krankenhauses. Gegenüber den anderen im Wettbewerb stehenden Krankenhäusern ist das ein Vorteil. Die Pauschalförderung dient der wirtschaftlichen Sicherstellung aller im Krankenhausplan aufgeführten Krankenhäuser. Der LRH empfiehlt, bei der Festsetzung der Pauschalmittel für das Folgejahr die von den Krankenhäusern erwirtschafteten Zinsen abzuziehen. Sofern die pauschale Investitionsförderung beibehalten wird, empfiehlt der LRH, die Haushaltsansätze deutlich zu verringern und die Berechnungsgrundlage so zu gestalten, dass die Mittel dem tatsächlichen Bedarf entsprechen.

Die pauschalen Fördermittel werden zweckgebunden bewilligt (§ 8 Abs. 1 AG-KHG). Sie dienen der Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer Nutzungsdauer von 3 bis 30 Jahren und der Durchführung kleinerer Baumaßnahmen. Ein Krankenhaus setzte die pauschalen Fördermittel zweckwidrig zur Deckung seiner Betriebskosten ein.

Dem **Sozialministerium** erscheinen die Aussagen des LRH nach gegenwärtigem Erkenntnisstand nicht haltbar. Es hält die Forderung nach einer deutlichen Verringerung der Haushaltsansätze für nicht nachvollziehbar.

Der **LRH** hat seine Feststellungen hinsichtlich der pauschalen Fördermittel noch einmal überprüft und bleibt bei seiner Aussage. Der Vorschlag des LRH zur Kürzung der Haushaltsmittel bezieht sich ausschließlich auf die pauschalen Fördermittel. Diese unterliegen einer Zweckbindung, sodass nicht zeitnah benötigte Pauschalmittel nicht zum Ausgleich für die unzureichenden Einzelfördermittel herangezogen werden dürfen.

28.4 Krankenhausplanung

Bis zum In-Kraft-Treten des Krankenhausplans 2001 bis 2005¹ war die Krankenhausplanung kapazitätsgesteuert, d. h. für die Planung war die Anzahl der Krankenhausbetten pro Fachabteilung entscheidend. Bis 1995 wurde die stationäre Behandlung durch tagesgleiche Pflegesätze abgegolten. Die Kapazität der Krankenhäuser richtete sich nach prognostizierten Pflgetagen. Um die Erlöse zu erhöhen, verlängerten die Krankenhäuser z. T. die Liegezeiten der Patienten. Dieses Verfahren hatte einen erhöhten Bettenbedarf zur Folge. Krankenhäuser, die die Patienten behandlungsorientiert schneller entließen (weniger Pflgetage pro Fall), wurden durch die kapazitätsabhängige Krankenhausplanung benachteiligt.

Im Krankenhausplan 2001 bis 2005 spielt der **prognostizierte Leistungsbedarf** erstmals eine Rolle. Neben den erwarteten Fallzahlen pro Abteilung werden die Verweildauer und die Auslastung mit einbezogen. Die Planbettenzahl für das Jahr 2001 wurde festgeschrieben und das Planbettenziel für das Jahr 2005 vorgegeben.

Mit der Umstellung der Vergütungsberechnung auf Fallpauschalen (DRG-System²) verändert sich die Situation der Krankenhäuser grundlegend. Alle Krankenhäuser müssen sich dem Wettbewerb stellen. Den zu erwartenden Veränderungen muss auch die Krankenhausplanung Rechnung tragen. Stationäre Fallzahlen sind kein angemessener Leistungsindikator der Krankenhäuser. Fest geplante Fallzahlen, deren Nichterreichen oder Überschreiten mit finanziellen Sanktionen belegt ist, sind daher kein geeignetes Instrument für die Krankenhausplanung.

Der LRH empfiehlt die Umstellung der Krankenhausplanung auf eine **regionale**, nicht an Kreisgrenzen orientierte oder landesweite **Rahmenplanung**. Innerhalb dieser Rahmenplanung, die ausschließlich der Erfüllung des gesetzlichen Sicherstellungsauftrags dient, sollten die Kostenträger und die Krankenhäuser eigenverantwortlich die Leistungsverteilung regeln. In den **Wettbewerb der Krankenhäuser** fließen die Entwicklungen des Gesundheitsmarkts (z. B. die Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich, die zunehmende Spezialisierung der Kliniken, die Verringerung der Verweildauer und die Vernetzung mit dem niedergelassenen Bereich) ein. Der Wettbewerb wird - unabhängig von den Interessen einzelner Krankenhausträger - ver-

¹ Krankenhausplan 2001 bis 2005 des Landes Schleswig-Holstein vom 21.05.2001, Amtsbl. Schl.-H. S. 259 ff.

² Diagnosis Related Groups (DRG).

stärkt Kooperations- und Konzentrationsprozesse bewirken. In diesem Zusammenhang muss die **wohnnortnahe Versorgung neu definiert** werden. Bei der vorhandenen Verkehrsinfrastruktur und der ständig steigenden Mobilität der Bevölkerung ist der Begriff der wohnortnahen Versorgung deutlich weiter zu sehen als bisher.

Das **Sozialministerium** erklärt, dass der Vorschlag des LRH zur Weiterentwicklung des Krankenhausplans sich mit den Diskussionen in der Runde der unmittelbar Krankenhausplanungsbeteiligten sowie der eingesetzten Arbeitsgruppe „Krankenhausplanung“ decke. Diese Arbeitsgruppe werde auch die vom LRH empfohlene Umstellung der Krankenhausplanung auf eine regionale, nicht an Kreisgrenzen orientierte oder landesweite Rahmenplanung erörtern. Solange es keine monetarische Finanzierung gäbe, würden die Bemühungen des Sozialministeriums dahin gehen, Verbundstrukturen von Krankenhäusern zu fördern und Vernetzungen auf den Weg zu bringen.

Der **LRH** begrüßt diese Absicht.

28.5 **Auswirkungen des Wettbewerbs von Krankenhäusern**

Der Krankenhausbereich wird zz. von gegensätzlichen Entwicklungen geprägt. Auf der einen Seite stehen die Krankenhausplanung und die Investitionsfinanzierung, die wegen der bestehenden Gesetzeslage (KHG, AG-KHG) weitgehend der staatlichen Planung unterworfen sind. Auf der anderen Seite steht der ebenfalls gesetzlich geregelte Preiswettbewerb (DRG, Krankenhausentgeltgesetz¹), der die Krankenhäuser untereinander und die Kostenträger dem „Marktgeschehen“ aussetzt.

Das **Sozialministerium** stimmt mit dem LRH darin überein, dass sich durch die Einführung des DRG-Systems die Rahmenbedingungen im Krankenhaussektor verändert haben. Es hält es aber nicht für gerechtfertigt, von gegensätzlichen Entwicklungen bei der staatlichen Krankenhausplanung und -finanzierung auf der einen Seite und der DRG-Einführung auf der anderen Seite zu sprechen. Auch wenn die Krankenhaus- und Kostenträger durch die Einführung des DRG-Systems verstärkt dem Marktgeschehen ausgesetzt seien, sehe die bestehende Gesetzeslage vor, dass die Folgekosten (§ 6 KHG, Betriebskosten) im Rahmen der staatlichen Krankenhausplanung und -förderung zu berücksichtigen seien.

¹ Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz - KHEntgG) vom 23.04.2002, BGBl. I S. 1412, zuletzt geändert durch Art. 2 des Gesetzes vom 15.12.2004, BGBl. I S. 3429.

Der **LRH** ist nach wie vor der Auffassung, dass durch die staatliche Krankenhausförderung eine Wettbewerbsverzerrung eintritt, da der von den Krankenhäusern angemeldete Investitionsbedarf seit Jahren nicht in voller Höhe befriedigt werden kann.

Der im KHG und im AG-KHG normierte Anspruch der Krankenhäuser auf Förderung der notwendigen Investitionen wird durch das Land nicht ausreichend erfüllt. Dadurch entstehen den Krankenhäusern, die erst zu einem späteren Zeitpunkt die beantragten Fördermittel erhalten, **erhebliche Wettbewerbsnachteile** gegenüber den Krankenhäusern, die Fördermittel erhalten.

Das **Sozialministerium** hält es für unzutreffend, von einer nicht ausreichenden Förderung der notwendigen Investitionen durch das Land zu sprechen.

Der **LRH** verweist auf die Zahlen des Jahres 2004. Hier wurden Fördermittel von rd. 65 Mio. € beantragt, im Haushalt standen jedoch nur 43 Mio. € zur Verfügung. Damit kann ein Förderbedarf von 22 Mio. € nicht zeitgerecht befriedigt werden. Dies hat zwangsläufig Wettbewerbsnachteile zur Folge.

Mit der Einführung eines Fallpauschalensystems für die Krankenhausleistungen (DRG) soll der **Wettbewerb der Krankenhäuser** als Anbieter von Krankenhausleistungen und der Kostenträger (Krankenkassen) als Nachfrager dieser Leistungen gefördert werden. Der Wettbewerb soll sowohl auf Anbieter- als auch auf Nachfragerseite noch vorhandene Wirtschaftlichkeitspotenziale freisetzen. Um dieses Ziel zu erreichen, müssen **die Krankenhäuser** die Möglichkeit haben, sich dem Markt entsprechend zu verhalten. Dazu gehört u. a. die Entscheidung darüber,

- welche Leistungen angeboten und
- welche Investitionen (wann) durchgeführt werden.

Die **Kostenträger** müssen die Leistungen dort nachfragen können, wo sie bei gleicher Qualität am wirtschaftlichsten angeboten werden.

Der LRH hält sowohl die gesetzlichen Regelungen zur Investitionsfinanzierung als auch deren Umsetzung für unzureichend und im DRG-Zeitalter für ungeeignet. Der in der Vergangenheit aufgebaute Investitionsstau wird die angespannte betriebswirtschaftliche Situation insbesondere der kleineren Krankenhäuser weiter verschärfen und zu Schließungen von Krankenhäusern führen. Auch wenn der LRH die Konzentration auf dem „Krankenhausmarkt“ grundsätzlich für notwen-

dig hält, sollte diese Entwicklung von den Anbietern und Nachfragern von Krankenhausleistungen ausgehen und nicht durch die unzureichende Investitionsförderung des Landes begünstigt werden.

Bei der „dualen Finanzierung“ werden die Betriebskosten der Krankenhäuser von den Nutzern der Krankenhäuser und die Investitionskosten weitgehend von den Ländern/Kommunen aufgebracht. Demgegenüber tragen bei der monistischen Finanzierung sämtliche Kosten der Krankenhäuser die Nutzer der Einrichtungen (Krankenkassen, Privatpatienten).

Der LRH empfiehlt, auf eine Änderung der entsprechenden Regelungen des KHG mit der **Zielsetzung einer monistischen Finanzierung** hinzuwirken. Der Übergang zur monistischen Finanzierung könnte durch die vorübergehende Erhöhung der pauschalen Förderbeträge bei gleichzeitigem Wegfall der Einzelförderung ohne wesentliche Nachteile für die Krankenhäuser eingeleitet werden. Die Belastungen der Kostenträger mit Investitionsanteilen könnten unter dem Aspekt der Beitragsstabilität in der Sozialversicherung dadurch kompensiert werden, dass die Kosten für versicherungsfremde Leistungen, die bisher von den Krankenkassen zu tragen sind, durch die Länder in dem Maße übernommen werden, wie die Investitionsanteile für die Krankenkassen steigen. Die Finanzierung sollte so gestaltet werden, dass den Krankenhäusern mit jeder Fallpauschale zusätzlich ein Investitionskostenbeitrag von den Kostenträgern gezahlt wird.

Das **Sozialministerium** weist darauf hin, dass es schon in der Vergangenheit wiederholt Ansätze gegeben habe, die Monistik einzuführen. Alle Versuche seien gescheitert. Auch nach heutigem Erkenntnisstand erscheine es unrealistisch, alsbald von der Einführung einer monistischen Finanzierung auszugehen. Ein sich im Grundsatz anbietendes DRG-Zuschlagssystem für alle Investitionsarten (also Einzel- und Pauschalförderung) würde aufgrund der äußerst unterschiedlichen Ausgangssituationen vieler Krankenhäuser - insbesondere hinsichtlich des Zustands des vorhandenen Realkapitals - Wettbewerbsverzerrungen eher begünstigen.

Die auch vom Sozialministerium angeführten äußerst unterschiedlichen Ausgangssituationen vieler Krankenhäuser sind nach Auffassung des **LRH** auch eine Folge der unzureichenden staatlichen Krankenhausfinanzierung im Investitionsbereich. Diese Zustände können nur durch ein gänzlich anderes System verändert werden, in dem die Krankenhausträger die Entscheidung über Investitionen eigenverantwortlich treffen und die Investitionsmittel im Rahmen einer monistischen Finanzierung unmittelbar zur Verfügung gestellt werden.