



Landesrechnungshof
Schleswig-Holstein



Bemerkungen 2022

mit Bericht zur
Landeshaushaltsrechnung 2020

Kiel, 28. April 2022



Bemerkungen 2022

des

Landesrechnungshofs
Schleswig-Holstein

mit Bericht zur
Landeshaushaltsrechnung 2020

Kiel, 28. April 2022

Impressum

Herausgeber:

Landesrechnungshof Schleswig-Holstein
Berliner Platz 2, 24103 Kiel
Pressestelle: Tel.: 0431 988-8905
Fax: 0431 988-8686
Internet: www.lrh.schleswig-holstein.de
E-Mail: poststelle@lrh.landsh.de

Druck:

Firma
Hansadruck und Verlags-GmbH & Co KG
Hansastraße 48
24118 Kiel

Inhaltsverzeichnis

Einleitung

1.	Allgemeines	11
2.	Entlastung des Landesrechnungshofs	12
3.	Besondere Prüfungsfälle	13

Bericht zur Landeshaushaltsrechnung und Vermögensübersicht

4.	Entlastung der Landesregierung für das Haushaltsjahr 2019 und 2018	16
5.	Abschluss der Haushaltsrechnung 2020	16
6.	Feststellungen zur Haushaltsrechnung und Vermögensübersicht 2020	28

Finanzministerium

7.	Übergeordnetes Zuwendungscontrolling aufbauen - Informationsdefizite abbauen	56
8.	Repräsentative Immobilie im Niemansweg - Nutzung ist weiter offen	64

Staatskanzlei

9.	Ausgaben für Personal - im Landeshaushalt nicht transparent abgebildet	73
----	--	----

Landtag

10.	Beauftragtenwesen: Beauftragter für politische Bildung	82
-----	--	----

Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur

11.	Bonus für PerspektivSchulen	87
12.	Unterrichtsversorgung, Schulentwicklung und Schulreformen - was hat sich seit dem Schulbericht des Landesrechnungshofs 2009 verändert?	93
13.	Kiel Institut für Weltwirtschaft	108
14.	Freistellungssemester an den Fachhochschulen und den künstlerischen Hochschulen: Grundsätzliche Probleme und einige Mängel	114
15.	Mehr Lehrermäßigungen für Fachhochschulprofessoren zulasten der Studierenden?	121
16.	Zahlt das Land einen zu hohen Extremkostenzuschuss an das UKSH?	130

Ministerium für Energiewende, Landwirtschaft, Umwelt, Natur und Digitalisierung

- | | | |
|-----|---|-----|
| 17. | Schleswig-Holstein ist keine digitale Vorzeigeregion | 136 |
| 18. | Fischotter-Ausstellung im Multimar Wattforum ist zu teuer | 145 |
| 19. | Land verzichtet auf Überschüsse aus Sonderabfallgebühren | 150 |

Ministerium für Inneres, ländliche Räume, Integration und Gleichstellung

- | | | |
|-----|---|-----|
| 20. | Soziale Wohnraumförderung: Förderungen klar an Zielen und Bedarf ausrichten | 154 |
|-----|---|-----|

Ministerium für Wirtschaft, Verkehr, Arbeit, Technologie und Tourismus

- | | | |
|-----|---|-----|
| 21. | AKN Eisenbahn GmbH vor wichtigen Weichenstellungen - Land muss tragfähige Zukunftsstrategie einfordern | 162 |
| 22. | Zuschüsse für schleswig-holsteinische Maskenproduktion in der Corona-Pandemie - Kein Förderbedarf vorhanden | 173 |
| 23. | Der Schilderwald wächst | 179 |

Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren

- | | | |
|-----|--|-----|
| 24. | Jugendministerium muss die Kostenerstattung an die Jugendämter für unbegleitete minderjährige Ausländer einheitlich, ordnungsgemäß und effizient durchführen | 186 |
| 25. | Verwaltet statt geplant - Ist die Krankenhauslandschaft bedarfsgerecht? | 194 |
| 26. | Chance vertan - keine Personalrichtwerte für die Betreuung von Menschen mit Behinderung in Wohneinrichtungen | 205 |

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
AKN	AKN Eisenbahn GmbH
Amtsbl. Schl.-H.	Amtsblatt Schleswig-Holstein
AöR	Anstalt öffentlichen Rechts
ARD	Arbeitsgemeinschaft der öffentlich-rechtlichen Rundfunkanstalten der Bundesrepublik Deutschland
Art.	Artikel
a. F.	alte Fassung
ber.	berichtigt
BGBI.	Bundesgesetzblatt
Bildungsministerium	Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur
BMI	Bundesministerium des Innern und für Heimat
BNK	Baunebenkosten
BOB-SH	Digitalisierungsprojekt zur online Behörden- und Öffentlichkeitsbeteiligung im Bauwesen
bspw.	beispielsweise
BTHG	Bundesteilhabegesetz
bzw.	beziehungsweise
CIO	Chief Information Officer
Dataport	Dataport AöR
dgl.	dergleichen
d. h.	das heißt
DLZP	Dienstleistungszentrum Personal Schleswig-Holstein
EIU	Eisenbahninfrastrukturunternehmen
etc.	et cetera
EU	Europäische Union
EVU	Eisenbahnverkehrsunternehmen
€	Euro
f., ff.	folgende, fortfolgende
FH	Fachhochschule
FHH	Freie und Hansestadt Hamburg
FU -Bau-	Finanzplanungsunterlage -Bau-
Gesundheitsministerium	Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren
ggf.	gegebenenfalls

GMSH	Gebäudemanagement Schleswig-Holstein
GoBD	Grundsätze zur ordnungsgemäßen Führung und Aufbewahrung von Büchern, Aufzeichnungen und Unterlagen in elektronischer Form sowie zum Datenzugriff
GOES	Gesellschaft für die Organisation der Entsorgung von Sonderabfällen in Schleswig-Holstein
Go-Live-Phase	Phase zum Start des Produktionsbetriebs
GVoBl.	Gesetz- und Verordnungsblatt Schleswig-Holstein
HG	Haushaltsgesetz
HGr	Hauptgruppe
HS	Hochschule
HSG	Gesetz über die Hochschulen und das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (Hochschulgesetz)
IB	Investitionsbank Schleswig-Holstein AöR
IfW	Institut für Weltwirtschaft
IMAG Digitalisierung	Interministerielle Arbeitsgruppe Digitalisierung
IMPULS 2030	InfrastrukturModernisierungsProgramm für unser Land Schleswig-Holstein
IPN	Leibniz-Institut für die Pädagogik der Naturwissenschaften und Mathematik
Innenministerium	Ministerium für Inneres, ländliche Räume, Integration und Gleichstellung
IT	Informationstechnik
Jugendministerium	Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz)
KLR	Kosten- und Leistungsrechnung
km	Kilometer
KMK	Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder der Bundesrepublik Deutschland
KOSOZ AöR	Koordinierungsstelle soziale Hilfen der schleswig-holsteinischen Kreise, Anstalt des öffentlichen Rechts

LAsD	Landesamt für soziale Dienste
LAbfWG	Landesabfallwirtschaftsgesetz
LAbfWGGZustVO	Landesverordnung über die zuständigen Behörden nach abfallrechtlichen Vorschriften
LBV.SH	Landesbetrieb Straßenbau und Verkehr Schleswig-Holstein
Leibniz-Gemeinschaft	Wissenschaftsgemeinschaft Gottfried Wilhelm Leibniz e. V.
LfbA	Lehrkräfte für besondere Aufgaben
LHO	Landeshaushaltsordnung
LKHG	Krankenhausgesetz für das Land Schleswig-Holstein
LKN.SH	Landesbetrieb für Küstenschutz, Nationalpark und Meeresschutz Schleswig-Holstein
LpB	Landeszentrale für politische Bildung
LRH	Landesrechnungshof
LSH	Landesbetrieb Landeslabor Schleswig-Holstein
LV	Landesverfassung
LVS	Lehrveranstaltungsstunden
LVVO	Lehrverpflichtungsverordnung
Mio.	Millionen
Mrd.	Milliarden
Multimar	Multimar Wattforum
NAH.SH	NAH.SH GmbH
NDR	Norddeutscher Rundfunk
NDR-StV	NDR-Staatsvertrag
NKR	Nationaler Normenkontrollrat
NPS	Nationalpark Service gGmbH
Nr.	Nummer
o. g.	oben genannt
OFD	Oberfinanzdirektion
OZG	Onlinezugangsgesetz
PEG	Projektentwicklungsgruppe
PLAKODA	Planungs- und Kostendaten Module
PRINCE2 [®]	Projektmanagementmethode
PSA	Persönliche Schutzausrüstung
PSMB	Personalstruktur- und Personalmanagementberichte
RBK	Richtlinien für die Baukostenplanung Module

Rn.	Randnummer
SGB VIII	Sozialgesetzbuch Achstes Buch - Kinder- und Jugendhilfe
SGB IX	Sozialgesetzbuch Neuntes Buch - Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen
SGB X	Sozialgesetzbuch Zehntes Buch - Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz
SGB XII	Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch - Sozialhilfe
Sozialministerium	Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren
SPNV	Schienenpersonennahverkehr
StVO	Straßenverkehrsordnung
TH	Technische Hochschule
Tz.	Textziffer
UKSH	Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
UMA	Unbegleitete minderjährige Ausländer
u. a.	unter anderem
VE	Verpflichtungsermächtigungen
Verkehrsministerium	Ministerium für Wirtschaft, Verkehr, Arbeit, Technologie und Tourismus
vgl.	vergleiche
VUD	Verband der Universitätsklinika Deutschlands e. V.
VV	Verwaltungsvorschrift
VZ	Verkehrszeichen
VZÄ	Vollzeitäquivalente
Wirtschaftsministerium	Ministerium für Wirtschaft, Verkehr, Arbeit, Technologie und Tourismus
Wissenschaftsministerium	Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur
Ziff.	Ziffer
ZIT SH	Zentrales IT-Management Schleswig-Holstein
z. B.	zum Beispiel

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Entwicklung des Haushaltssolls 2020	17
Tabelle 2:	Soll-/Ist-Einnahmen 2020	19
Tabelle 3:	Soll-/Ist-Ausgaben 2020	20
Tabelle 4:	Rechnungsmäßiges Jahresergebnis 2020	22
Tabelle 5:	Ermittlung des Finanzierungssaldos	23
Tabelle 6:	Kreditermächtigungen und ihre Inanspruchnahme im Haushaltsvollzug	25
Tabelle 7:	Obergrenze der zulässigen Nettokreditaufnahme 2020	27
Tabelle 8:	Schulden der Extrahaushalte zum 31.12.2020 und im Vergleich zum Vorjahr	34
Tabelle 9:	Übersicht über den Bestand an Rücklagen	51
Tabelle 10:	Gesamtkosten Niemannsweg 220 seit 2015	71
Tabelle 11:	Personalausgaben in Mio. €	76
Tabelle 12:	Personalausgaben (aktives Personal) in Mio. €	78
Tabelle 13:	Haushaltsmittel des Beauftragten für politische Bildung	83
Tabelle 14:	Nutzer Soziale Medien	86
Tabelle 15:	Programmmittel PerspektivSchul-Programm	89
Tabelle 16:	Klassengrößen an den Grundschulen und in der Sekundarstufe	96
Tabelle 17:	Erteilte Unterrichtsstunden je Klasse an den Grundschulen und in der Sekundarstufe	96
Tabelle 18:	Schülerprognose des Bildungsministeriums	98
Tabelle 19:	Durchschnittliche Klassengrößen an Gemeinschaftsschulen 2020/2021 (Sekundarstufe I)	103
Tabelle 20:	Freistellungsemester der Hochschulen	118
Tabelle 21:	Professuren an den Hochschulen	125
Tabelle 22:	Entwicklung der UMA-Bestandszahlen 2012 bis 2021	187

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Entwicklung der Landesschulden 1970 - 2020, jeweils zum 31.12.	33
Abbildung 2:	Pro-Kopf-Verschuldung der Flächenländer inklusive der Extrahaushalte 2020	35
Abbildung 3:	Entwicklung Schuldenstand und Zinsausgaben 2001 bis 2020	37
Abbildung 4:	Zinsausgaben je Einwohner 2011 bis 2020	39
Abbildung 5:	Durchschnittliche Verzinsung im Vergleich	40
Abbildung 6:	Empfänger der Corona-Billigkeitsleistungen	44
Abbildung 7:	Zahlungen an die Empfänger der Corona-Billigkeitsleistungen	44
Abbildung 8:	Entwicklung der Einnahmereste	53
Abbildung 9:	Entwicklung der Ausgaberrreste	53
Abbildung 10:	Quote der in Anspruch genommenen Verpflichtungs- ermächtigungen	55
Abbildung 11:	Höhe der gewährten Zuwendungen in Mio. €	58
Abbildung 12:	Anteil der Programme mit Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen	61
Abbildung 13:	Eingangsbereich Niemannsweg 220	64
Abbildung 14:	Außenansicht Niemannsweg 220	65
Abbildung 15:	Entwicklung von Stellen und VZÄ ab 2010 (Kernverwaltung)	75
Abbildung 16:	Entwicklung von Stellen und VZÄ ab 2010 (außerhalb Kernverwaltung)	77
Abbildung 17:	Finanzierung von Personal - haushaltssystematische Darstellung	79
Abbildung 18:	Entwicklung des Lehrkräftebedarfs bis 2035/36	98
Abbildung 19:	Anteil der Schülerinnen und Schüler im Ganztagschulbetrieb	102
Abbildung 20:	Professuren (VZÄ) an Fachhochschulen	122
Abbildung 21:	Betreuungsrelation an Fachhochschulen	123
Abbildung 22:	Art der Fördermaßnahme 2015 bis 2018	156
Abbildung 23:	Beschilderung Beispiele	183

25. **Verwaltet statt geplant - Ist die Krankenhauslandschaft bedarfsgerecht?**

Schleswig-Holstein kann sich die derzeitige Anzahl an Krankenhäusern auf Dauer nicht leisten. Investitionsbedarfe in Milliardenhöhe werden den Landeshaushalt überfordern.

Fehlender politischer Wille verhinderte jahrzehntelang die für eine zukunftsorientierte Krankenhausplanung notwendige Gesetzesänderung. Die bisherige Krankenhausplanung hat zu Fehlentwicklungen geführt. Sie muss durch eine leistungsorientierte Planung abgelöst werden.

Auch nach Inkrafttreten des Landeskrankenhausgesetzes 2021 fehlt es an konkreten gesetzlichen Zielen. Diese sind aber erforderlich, damit das zuständige Gesundheitsministerium handlungsfähig ist.

Das Land darf die Krankenhausplanung nicht länger den Krankenhäusern überlassen. Bis die leistungsorientierte Planung eingeführt ist, fordert der LRH das Gesundheitsministerium auf, den Krankenhausplan jährlich fortzuschreiben. Zudem sind alle Änderungen am Krankenhausplan zeitnah zu veröffentlichen.

Das Land kennt derzeit weder den tatsächlichen Versorgungsbedarf noch den tatsächlichen Investitionsbedarf. Die Landesregierung sollte zeitnah die Voraussetzungen dafür schaffen, dass die zur Beurteilung erforderlichen Informationen in den Krankenhäusern erhoben und ausgewertet werden. Beides ist Grundlage für eine zukunftsorientierte Krankenhausplanung.

25.1 **Einleitung**

Das Land, die Kreise und die kreisfreien Städte haben die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern sicherzustellen. Dafür steht dem Land das Instrument der Krankenhausplanung zur Verfügung. Krankenhausplanung ist originäre Ländersache.¹ Zuständig ist das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren (Gesundheitsministerium). Der Bund hat die Gesetzgebungskompetenz für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser,² geregelt im Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz -

¹ Vgl. Artikel 70 Abs. 1 Grundgesetz.

² Vgl. Artikel 74 Abs. 1 Nr. 19a Grundgesetz.

KHG)¹ und im Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz - KHEntgG)².

In seiner Prüfung befasste sich der LRH mit dem 2015 begonnenen Verfahren zur Aufstellung des Landeskrankenhausplans 2017, dessen Fortschreibung 2019 und den fortlaufenden Änderungen.

Stand 2019 gab es in Schleswig-Holstein 108 Krankenhäuser, davon waren 92 in den Krankenhausplan aufgenommen. Diese werden als Plankrankenhäuser bezeichnet.

Die Krankenhausplanung hat unmittelbare Auswirkung auf den Haushalt des Landes und der Kommunen. Jedes Plankrankenhaus hat einen Anspruch auf Investitionsfinanzierung nach dem KHG. Im Durchschnitt haben das Land Schleswig-Holstein und die Kommunen in den letzten 3 Jahren jährlich knapp 116 Mio. € als Investitionsförderung bereitgestellt.³ 86 Mio. € wurden je hälftig getragen. Den darüberhinausgehenden Betrag entnahm das Land dem Sondervermögen IMPULS. Im Durchschnitt wurden etwa 43 Mio. € als pauschale Fördermittel an die Plankrankenhäuser ausgezahlt. Sie sollen u. a. die Finanzierung kleinerer Investitionen abdecken.⁴ Der Rest steht für Einzelfördermaßnahmen zur Verfügung.

Bundesweit wird seit Jahren moniert, dass die Länder ihrer Investitionsverpflichtung nicht ausreichend nachkommen.⁵ Der LRH hat bereits 2005 darauf hingewiesen, dass die Investitionsfinanzierung unzureichend ist und sich der Investitionsstau von Jahr zu Jahr vergrößert.⁶

Zwar hat das Land zuletzt die Mittel deutlich erhöht. Für jedes im Krankenhausplan aufgenommene Bett (Planbett) stellte es 2019 rechnerisch 10.519 € bereit - nach Hamburg der zweithöchste Wert im Bundesver-

¹ Vgl. §§ 4 Nr. 1, 8 Abs. 1 des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG) vom 10.04.1991, BGBl. I S. 886, zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 18.03.2022, BGBl. I S. 473.

² Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz - KHEntgG) vom 23.04.2002, BGBl. I S. 1412, 1422; zuletzt geändert durch Artikel 6 des Gesetzes vom 11.07.2021, BGBl. I S. 2754.

³ Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V., Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern 2021 - Stand: Dezember 2021 -, S. 82.

⁴ Landesverordnung über die Bemessung der pauschalen Förderung nach § 20 Abs. 3 des Landeskrankenhausgesetzes vom 24.12.1998, GVOBl. Schl.-H. S. 513; zuletzt geändert durch Landesverordnung vom 15.06.2021, GVOBl. Schl.-H. S. 840.

⁵ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit) 2018, S. 229, Rn. 328; Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V., Pressemitteilung vom 17.01.2022: <https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/investitionsfinanzierung-durch-die-laender-bleibt-ein-trauerspiel/>.

⁶ Vgl. Bemerkungen 2005 des LRH, Nr. 28.3.

gleich.¹ Der vorhandene Investitionsstau konnte dadurch jedoch nicht abgebaut werden.

Der von den Plankrankenhäusern an das Gesundheitsministerium herangetragene Investitionsbedarf für Einzelfördermaßnahmen liegt bei über 2 Mrd. €. Davon sind knapp 1 Mrd. € vom Gesundheitsministerium als Investitionsbedarf anerkannt und bis 2030 im Finanzplan berücksichtigt. Der weitere Bedarf von 1 Mrd. € ist noch nicht (abschließend) geprüft und wird auf einer Warteliste geführt.² Allein 2018/2019 wuchs der vom Gesundheitsministerium anerkannte Mehrbedarf um 300 Mio. €.³ Investitionsbedarfe des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein sind darin noch nicht enthalten, da sie nicht der KHG-Finanzierung unterliegen.

Das **Gesundheitsministerium** weist in seiner Stellungnahme darauf hin, dass mittlerweile 1,3 Mrd. € in der Finanzplanung berücksichtigt seien.

Angesichts begrenzter finanzieller Mittel und des rasanten Anstiegs der angemeldeten Investitionsbedarfe kommt der Krankenhausplanung bei der Verteilung der Mittel eine wesentliche Bedeutung zu. Der wirtschaftliche Einsatz von Investitionsmitteln setzt u. a. eine an dem tatsächlichen Bedarf der Bevölkerung ausgerichtete Krankenhausplanung voraus. Diesem Anspruch wurde das Land bei der Erstellung des Krankenhausplans 2017 und den anschließenden Änderungen nicht gerecht.

25.2 Krankenhausplanung auf Basis von Planbetten schafft Fehlanreize

Basis für die Krankenhausplanung sind die Planbetten. 2019 waren von den knapp 16.000 in Schleswig-Holstein aufgestellten Krankenhausbetten knapp 15.000 geförderte Planbetten. Die Anzahl der Planbetten eines Krankenhauses bestimmt sich durch dessen Fallzahlen und die Auslastung der jeweiligen Fachrichtung. Sie ist jedoch als Planungsgröße zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung ungeeignet, denn sie sagt

- weder etwas darüber aus, ob der Versorgungsbedarf landesweit, regional oder örtlich gedeckt, untergedeckt oder übergedeckt ist,
- noch, wie viele Betten tatsächlich betrieben werden bzw. angesichts der gesetzlich vorgegebenen Personalmindestmengen überhaupt betrieben werden können.⁴

¹ Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V., Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern 2021 - Stand: Dezember 2021 -, S. 92.

² Landtagsdrucksache 19/3333, S. 5.

³ Landtagsdrucksache 19/2313, S. 35.

⁴ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit) 2018, S. 167, Rn. 211 ff.

Für das einzelne Krankenhaus ist sie jedoch von Bedeutung, da sie eine von mehreren Rechengrößen ist, um die Höhe der pauschalen Fördermittel zu berechnen.¹ Die Aufstockung von Planbetten wirkt sich damit unmittelbar auf die staatliche Förderung aus. Dies führt zu Fehlanreizen. Die Verteilung der pauschalen Investitionsförderung sollte daher neu geregelt und von der Planbettenzahl gelöst werden.²

Das **Gesundheitsministerium** führt in seiner Stellungnahme aus, dass die Fallzahlen und die Bettenauslastung den tatsächlichen Bedarf belegen. Sie spiegeln wider, welche Leistungen in Schleswig-Holstein tatsächlich in Anspruch genommen würden.

Der **LRH** bleibt bei seiner Auffassung und verweist darauf, dass eine retrospektive Sichtweise weder den tatsächlichen noch den zukünftigen Bedarf wiedergibt.

25.3 Umstellung auf leistungsorientierte Planung erfolgte nicht

2004 wurde die Krankenhausvergütung verpflichtend auf leistungsorientierte Fallpauschalen umgestellt.³ Die damit verbundenen Auswirkungen auf die Krankenhausplanung hat das Land sehr frühzeitig gutachterlich untersuchen lassen. Ergebnis war, dass eine kapazitätsorientierte Planung anhand von Planbetten und eine leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung im Gegensatz zueinander stehen.⁴ Das Missverhältnis gefährde die zeitgemäße medizinische Versorgung der Patienten und verschlinge unnötig Ressourcen.⁵

Der LRH hat daher bereits 2005 die „*Umstellung der Krankenhausplanung auf eine regionale, nicht an Kreisgrenzen orientierte oder landesweite Rahmenplanung*“ gefordert. Innerhalb dieser Rahmenplanung sollten die Kostenträger und Krankenhäuser eigenverantwortlich die Leistungsverteilung regeln. Das Gesundheitsministerium wollte die Überlegungen aufnehmen und diskutieren.⁶

¹ Landesverordnung über die Bemessung der pauschalen Förderung nach § 20 Abs. 3 des Landeskrankenhausgesetzes vom 24.12.1998, GVOBl. Schl.-H. S. 513; zuletzt geändert durch Landesverordnung vom 15.06.2021, GVOBl. Schl.-H. S. 840.

² Vgl. auch Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit) 2018, S. 166, Rn. 210.

³ Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz - FPG) vom 23.04.2002, BGBl. I S. 1412.

⁴ *Rüschmann, Schmolling, Krauss, Roth*, Krankenhausplanung für Wettbewerbssysteme, Leistungssicherstellung statt Kapazitätsplanung.

⁵ *Rüschmann, Schmolling, Krauss, Roth*, Krankenhausplanung für Wettbewerbssysteme, Leistungssicherstellung statt Kapazitätsplanung, Vorwort.

⁶ Vgl. Bemerkungen 2005 des LRH, Nr. 28.4.

Obwohl mittlerweile einhellige Meinung ist, dass eine Beibehaltung der kapazitätsorientierten Krankenhausplanung unter den geänderten Vergütungsbedingungen weder sinnvoll noch möglich sei,¹ blieb die Krankenhausplanung in Schleswig-Holstein unverändert. Eine Krankenhausplanung im Sinne einer Steuerung des Leistungsangebots findet bis heute nicht statt. Dem im Krankenhausplan formulierten Auftrag, dass sich die „*richtigen Krankenhäuser am richtigen Platz befinden*“,² kommt das Land nicht nach. Dies hat neben weiteren Faktoren dazu beigetragen, dass

- Krankenhäuser in wirtschaftliche Schwierigkeiten geraten,
- vor allem im Pflegebereich ein Personalmangel herrscht und
- das Land den angemeldeten Investitionsbedarf nicht decken kann.

25.4 **Veraltete gesetzliche Grundlage verhinderte jahrzehntelang die Umstellung der Krankenhausplanung**

Dass die Krankenhausplanung nicht an die geänderten Umstände angepasst wurde, liegt vor allem an der jahrzehntelang unveränderten landesgesetzlichen Ausgangslage. Das Gesetz zur Ausführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (AG-KHG)³ stammt aus 1986. Erst mit dem 2021 in Kraft getretenen Krankenhausgesetz für das Land Schleswig-Holstein (Landeskrankenhausgesetz - LKHG)⁴ wurde die rechtliche Grundlage angepasst - 17 Jahre nach Umstellung des Vergütungssystems.

Bis 2021 waren für die Krankenhausplanung lediglich 2 Ziele landesgesetzlich vorgegeben, nämlich die Trägervielfalt und die Berücksichtigung der Ziele der Landesplanung und Raumordnung. Die Trägervielfalt ist in Schleswig-Holstein auch ohne krankenhauserische Eingriffe gegeben. Die Landesplanung hat weder bei der Erstellung des Krankenhausplans 2017 noch bei dessen Fortschreibung 2019 eine Rolle gespielt. Ein Zusammenspiel zwischen der Landesplanungsbehörde und der Krankenhausplanung fand, vor allem wegen der fehlenden Aktualität der Landesplanung, nicht statt.

¹ Kortevoß, Krankenhausplanung unter Bedingungen der German-Diagnosis Related Groups, 2005, S. 61.

² Krankenhausplan 2017 des Landes Schleswig-Holstein, S. 17.

³ Gesetz zur Ausführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (AG-KHG) vom 12.12.1986, GVOBl. Schl.-H. S. 302; zum 01.01.2021 außer Kraft getreten durch § 45 des Gesetzes vom 10.12.2020, GVOBl. Schl.-H. S. 1004, 1.016.

⁴ Krankenhausgesetz für das Land Schleswig-Holstein (Landeskrankenhausgesetz - LKHG) vom 10.12.2020, GVOBl. Schl.-H. S. 1004, zuletzt geändert durch Artikel 6 des Gesetzes vom 27.05.2021, GVOBl. Schl.-H. S. 567.

25.5 **Landeskrankenhausgesetz verbessert die Situation, aber die Ziele sind weiter unklar**

Mit dem Inkrafttreten des LKHG hat sich die Gesetzesgrundlage verbessert. Doch auch nach Inkrafttreten des LKHG fehlt es an einer konkreten Zielsetzung. Zwar ermöglicht das LKHG jetzt eine leistungsorientierte Krankenhausplanung anhand von Leistungsgruppen (vgl. § 8 Abs. 2 Satz 3 LKHG). Anders als Nordrhein-Westfalen, das als erstes Bundesland ab 2022 eine leistungsorientierte Planung umsetzen will,¹ ist der Begriff Leistungsgruppe in Schleswig-Holstein allerdings nicht gesetzlich definiert.² Wie eine Differenzierung nach Leistungsgruppen in Schleswig-Holstein erfolgen soll, bleibt gesetzlich unklar. Offen ist auch, ob und wenn ja in welchem Umfang das Land künftig von dieser Möglichkeit Gebrauch machen will.

Die Äußerungen aus dem Gesundheitsministerium lassen Zweifel daran aufkommen, dass das Land insgesamt von einer kapazitätsorientierten Krankenhausplanung mit Planbetten abrücken will. Die Ankündigung, sich bei der anstehenden Fortschreibung des Krankenhausplans auf Teilaspekte wie die Schlaganfallversorgung und die Geburtshilfe zu beschränken,³ kann nur ein Anfang sein. Der LRH regt an, einen Plan zu entwickeln, wie stufenweise alle Bereiche in eine Leistungsplanung überführt werden können.

Das **Gesundheitsministerium** zitiert in seiner Stellungnahme die in den bundes- und landesgesetzlichen Regelungen normierten Ziele in § 1 KHG und § 1 LKHG.

Der **LRH** betont, dass es an konkreten Vorgaben fehlt. Gerade angesichts des Spannungsfeldes zwischen wohnortnaher Versorgung auf der einen und einer - sowohl gewünschten als auch aufgrund des Fachkräftemangels unumgänglichen - Zentralisierung und Spezialisierung auf der anderen Seite bedarf es einer deutlichen politischen Positionierung.

25.6 **Aktive Krankenhausplanung erfordert eine aktive Gesetzgebung**

Krankenhäuser in privater und kirchlicher bzw. freigemeinnütziger Trägerschaft können sich auf den grundrechtlichen Schutz ihrer Tätigkeit und

¹ <https://www.mags.nrw/krankenhausplanung>.

² Vgl. § 12 Abs. 3 des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW) vom 11.12.2007, GV. NRW. S. 702, 2008 S. 157, zuletzt geändert durch Gesetz vom 13.04.2022, GV. NRW. S. 506.

³ Plenarprotokoll 19/130, S. 9897.

ihrer Beteiligungschancen an der staatlichen Förderung stützen.¹ Kommunale öffentlich-rechtliche Krankenhausträger sind zwar keine Grundrechtsträger, können sich aber auf das grundgesetzlich verankerte Recht der Gemeinden auf Selbstverwaltung berufen.² Änderungen an der Krankenhausstruktur und damit verbundene Eingriffe in die grundrechtlich geschützten Interessen der Krankenhausträger sind daher nur zu rechtfertigen, wenn sie auf einer gesetzlichen Grundlage beruhen.

Die Planungsvorgaben müssen daher künftig konkret vom Landesgesetzgeber definiert werden. Denn der Krankenhausplan selbst ermöglicht keine gestaltende Krankenhausplanung. Es handelt sich um reines Verwaltungsbinnenrecht.³ Nach außen kommt dem Krankenhausplan keine Bedeutung zu. Im Krankenhausplan konnten daher in der Vergangenheit öffentlichkeitswirksam politisch gewünschte Ziele untergebracht werden. Es fehlte jedoch die Möglichkeit, diese gegen den Willen der Krankenhausträger auch tatsächlich umzusetzen.

In den letzten Jahren hat der Bundesgesetzgeber vermehrt das Gesetzesvakuum auf Länderebene gefüllt. Dabei wurde die Möglichkeit genutzt, u. a. über Entgeltregelungen Einfluss auf die Krankenhauslandschaft in den Ländern zu nehmen. Meist wurde der Gemeinsame Bundesausschuss⁴ mit der Erstellung von qualitätssichernden Vorgaben beauftragt, die die Krankenhausstruktur in den Ländern maßgeblich beeinflussten. Den Vorteil dieses Vorgehens sah der Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses darin, dass die politisch Verantwortlichen „*sich selbst nicht die Hände schmutzig (machten), ... den G-BA (Gemeinsamen Bundesausschuss) aber nach einer Entscheidung zum Buhmann machen*“ könnten.⁵

In der Vergangenheit hat das Gesundheitsministerium die verbindlichen bundesgesetzlichen Vorgaben für die Krankenhausplanung zeitgerecht umgesetzt. Der LRH fordert den Landesgesetzgeber und das Gesundheitsministerium auf, künftig auch eigene Qualitätsanforderungen oder Mindestmengenvorgaben bei der Krankenhausplanung zu berücksichti-

¹ BVerfG, Beschluss vom 14.01.2004 - 1 BvR 506/03, Rn. 19 ff.; BVerwG, Urteil vom 25.09.2008 - 3 C 35.07, Rn. 19.

² Vgl. Deutscher Bundestag 2017, WD 9 - 3000 - 031/17, S. 9; Kluth, Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit, in Krankenhaus-Report 2018, S. 39 (46).

³ BVerwG, Urteil vom 18.12.1986 - 3 C 67/85, Rn. 59 und Urteil vom 14.04.2011 - 3 C 17/10, Rn. 13; BVerfG, Beschluss vom 12.06.1990 - 1 BvR 355/86, Rn. 76 f.

⁴ Der Gemeinsame Bundesausschuss ist das höchste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen. Er bestimmt in Form von Richtlinien, welche medizinischen Leistungen die ca. 73 Millionen gesetzlich Versicherten beanspruchen können. Darüber hinaus beschließt er Maßnahmen der Qualitätssicherung für Praxen und Krankenhäuser.

⁵ Ärztezeitung vom 10.09.2021, Gesundheitskongress des Westens.

gen. So dürfen beispielsweise gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilungen im Saarland nur betrieben werden, wenn sie regelmäßig mehr als 300 Geburten jährlich haben.¹ Gerade bei der Einführung und Umsetzung qualitativer Aspekte kann der Gesetzgeber mit Artikel 2 Abs. 2 Grundgesetz, der das Recht der Patienten auf Leben und körperliche Unversehrtheit schützt, einen Gemeinwohlbelang heranziehen, der die schützenswerten Interessen der Krankenhäuser im Regelfall überwiegt.²

Das **Gesundheitsministerium** weist in seiner Stellungnahme auf die Schwierigkeiten hin, rechtssichere Kriterien zu entwickeln. Der Zusammenhang zwischen Versorgungsqualität und festzulegenden Strukturkriterien beruhe auf einem wissenschaftlichen Zusammenhang, der nicht einfach zu erbringen sei. Ebenso gelte Qualität im Gesundheitswesen als schwer quantifizier- und messbar. Man habe im LKHG die Möglichkeit zur differenzierten Planung nach Leistungsbereichen verankert. Damit sei die Grundlage für eine gezielte Vergabe von Versorgungsaufträgen anhand von Strukturvorgaben geschaffen.

Der **LRH** verweist zusätzlich auf die Möglichkeit, die auf Bundesebene zum Vergütungsrecht entwickelten Kriterien auch bei der Krankenhausplanung anzuwenden.

25.7 Krankenhausplanung wird Krankenhäusern überlassen

In Schleswig-Holstein muss der Krankenhausplan mindestens alle 6 Jahre fortgeschrieben werden. Diese Frist musste bei den letzten 2 Fortschreibungen immer um mindestens ein Jahr verlängert werden. Auch die Frist zur Fortschreibung bis 2023 wird absehbar nicht eingehalten werden können.

Dies führt allerdings nicht zu einem Stillstand. Auf Antrag eines Krankenhausträgers können Änderungen am Krankenhausplan vorgenommen werden (vgl. § 9 Abs. 4 LKHG). 2017 bis 2020 hat das Gesundheitsministerium zusammen mit den Krankenhausplanungsbeteiligten jährlich über bis zu 29 solcher Anträge entschieden. In mehr als der Hälfte der Fälle wurde den Anträgen stattgegeben. Dieses Antragsverfahren ist in mehrerlei Hinsicht problematisch:

- Die Krankenhausplanungsbehörde begibt sich ihrer Gestaltungsmöglichkeit. Sie ist an den Antrag gebunden und kann diesen nur ablehnen oder ihm stattgeben.

¹ Vgl. § 22 Abs. 4 Saarländisches Krankenhausgesetz (SKHG) vom 06.11.2015, Amtsblatt I S. 857; zuletzt geändert durch Gesetz vom 16.03.2022, Amtsblatt I S. 629.

² Bundestagsdrucksache 19/26822, S. 93 f.

- Krankenhäuser orientieren sich in der Regel an vergütungsrechtlichen, nicht an Versorgungsaspekten.
- Das Verfahren führt in der Regel zu einem Auf-, nicht zu einem Abbau von Planbetten. Anträge auf Bereinigung nicht genutzter Planbetten wurden bisher nicht gestellt.
- Es findet keine explizite Auswahlentscheidung zwischen mehreren Krankenhäusern statt (vgl. § 8 Abs. 2 Satz 2 KHG). Dies führt ggf. zu einer Überversorgung, die sowohl aus finanziellen als auch aus Versorgungsgründen zu vermeiden ist.
- Die Änderungen werden nicht veröffentlicht. Die vom Gesundheitsministerium öffentlich zur Verfügung gestellten Informationen sind veraltet und bilden nicht den aktuellen Stand der Krankenhausstruktur in Schleswig-Holstein ab.

Um Überversorgung zu vermeiden und die investiven Fördermittel bedarfsgerecht einzusetzen, fordert der LRH das Gesundheitsministerium auf, den Krankenhausplan jährlich von Amts wegen fortzuschreiben - zumindest solange das Land an einer retrospektiven Betrachtung anhand der in der Vergangenheit erbrachten Fallzahlen festhält. Die Änderungen sind zeitnah zu veröffentlichen, so wie es jetzt auch das Gesetz vorschreibt (vgl. § 7 Abs. 3 LKHG).

25.8 **Land muss seine wirtschaftlichen Interessen gegenüber den Krankenhäusern wahrnehmen**

Die Interessen der Krankenhäuser decken sich nicht mit denen des Landes. Das Land ist verpflichtet, die begrenzten Investitionsmittel wirtschaftlich und sparsam einzusetzen (vgl. § 11 Abs. 2 LKHG). Demgegenüber hat das einzelne Krankenhaus - und der dahinterstehende Krankenhausträger, sei es ein Kreis oder ein Privater - ein Interesse daran, mit allen seinen Standorten im Krankenhausplan zu bleiben - zumindest dann, wenn kein zentraler Neubau an einem anderen Ort geplant ist. Denn nur dann greift die Investitionsverpflichtung des Landes nach dem KHG. Verliert ein Standort seine Anerkennung als Plankrankenhaus und werden dort, z. B. über ein klinikeigenes Medizinisches Versorgungszentrum, nur noch ambulante Leistungen erbracht, muss das Krankenhaus bzw. der Krankenhausträger die Investitionskosten für den Erhalt der Gebäude selbst erwirtschaften. Der Kampf um den Erhalt eines Krankenhauses als Plankrankenhaus verhindert somit häufig den wirtschaftlichen und sparsamen Einsatz der Investitionsmittel durch das Land.

Aktuelles Beispiel ist der Klinikstandort Eckernförde der imland gGmbH, die in öffentlich-rechtlicher Trägergesellschaft des Kreises Rendsburg-Eckernförde steht. Aufgrund wirtschaftlicher Schwierigkeiten hatte die Ge-

schäftsführung eine Versorgungsbedarfsanalyse beauftragt. Diese kam u. a. zu dem Ergebnis, dass *„der Klinikstandort Eckernförde ... sowohl in Bezug auf den Versorgungsbedarf insgesamt als auch für die stationäre Notfallversorgung nicht versorgungsrelevant“* sei.¹ Dennoch haben sich die Geschäftsführung und der Kreis für eine Beibehaltung beider Standorte mit neuer Aufstellung ausgesprochen. Das Land unterstützt die Pläne öffentlich und hat eine Beteiligung an der Restrukturierung mit insgesamt rund 50 Mio. € zugesagt.² Das Land investiert damit Gelder in einen laut Gutachten nicht bedarfsnotwendigen Standort, die künftig dort fehlen, wo sie zur Deckung des Bedarfs dringender benötigt werden.

25.9 Kapitulation vor den Investitionskosten?

Dem Land fehlt das Geld, um großzügige Zusagen zu machen. Aktuell ist dem Gesundheitsministerium ein Gesamt-Investitionsbedarf von 2 Mrd. € bekannt - allein für die Plankrankenhäuser. Das entspricht etwa einem Viertel des gesamten Investitionsbedarfs in Schleswig-Holstein.³ Hinzu kommt ein bekannter Investitionsbedarf für die Krankenversorgung im Universitätsklinikum Schleswig-Holstein von weiteren knapp 700 Mio. €.⁴

Das Land kann sich die derzeitige Krankenhauslandschaft nicht leisten. Das scheint auch der Landesregierung bewusst zu sein. Der Ruf nach Bundesmitteln wird immer lauter.⁵

Dabei fehlt bislang eine valide Grundlage, um den Sanierungsstau im Krankenhausbereich zu beurteilen. Das Land sollte sich zunächst selbst ein Bild von den tatsächlichen Investitionsbedarfen verschaffen. Die ebenfalls dem Gesundheitsministerium obliegende Investitionsplanung beschränkt sich derzeit darauf, Anträge der Krankenhausträger zu sortieren und zu bewerten. Dabei handelt es sich um eine Momentaufnahme, die auf den subjektiven Einschätzungen des Krankenhausträgers oder der Geschäftsführung eines Krankenhauses beruht. Einen Überblick über die Strategien der Krankenhäuser und der Maßnahmen, die sie in Eigeninitiative umsetzen bzw. umgesetzt haben, hat das Land nicht.

Eine fundierte, nachhaltige Planung ist auf dieser Grundlage nicht möglich. Erfolgte Priorisierungen sind möglicherweise mit dem nächsten Antrag ob-

¹ Curacon, Versorgungsbedarfsanalyse für den Kreis Rendsburg-Eckernförde vom 03.11.2021, S. 39.

² Kieler Nachrichten vom 24.01.2022, S. 13; <https://www.imland.de/wir-ueberuns/aktuelles/detail/imland-klinik-begruesst-ankuendigung-der-landesregierung-zur-unterstuetzung-der-neuausrichtung-der-imland-klinik-1>.

³ Landtagsdrucksache 19/2313, S. 82.

⁴ Landtagsdrucksache 19/2313, S. 38.

⁵ Landtagsdrucksache 19/3422.

solet. Das Gesundheitsministerium oder ein vom Gesundheitsministerium beauftragter Dritter sollte daher ggf. durch eine Erweiterung der gesetzlichen Befugnisse in § 7 Abs. 4 LKHG befähigt werden, von den Krankenhausträgern die für eine vorausschauende Investitionsplanung erforderlichen Informationen abzufragen.

Erst wenn sowohl eine Bestandserhebung als auch eine Bedarfserhebung stattgefunden haben, kann das Land die Entscheidung treffen, welche Krankenhäuser und welche Krankenhausstandorte bedarfsgerecht und wirtschaftlich sind und wo die Investitionsmittel künftig nachhaltig eingesetzt werden sollen. Ziel muss nicht nur eine Investitionsfinanzierung sein, die die bestehenden Strukturen erneuert, sondern eine Investitionsfinanzierung, die sich am künftigen Bedarf ausrichtet.

Das **Gesundheitsministerium** ist der Auffassung, dass die Anträge der Krankenhäuser den Sanierungsstau aus Sicht der Krankenhausträger sehr gut widerspiegeln. Es habe Zweifel, ob eine objektive Ermittlung des Sanierungsstaus faktisch umsetzbar sei. Diese sei jedenfalls nur sinnvoll, wenn vorher Entscheidungen zur Struktur der Krankenversorgung getroffen würden.

Der **LRH** stimmt dem Gesundheitsministerium zu. Entscheidungen zur Struktur der zukünftigen Krankenversorgung in Schleswig-Holstein würden das finanzielle Risiko für das Land vorhersehbar und damit für den Landeshaushalt berechenbarer machen. Dies erfordert eine vorausschauende Berücksichtigung zukünftiger Investitionsbedarfe.