



Fördermittel aus dem Krankenhausstrukturfonds – Anstoß zur dauerhaften Strukturveränderung?

Boris Augurzky, Dörte Heger, Anne Mensen und Adam Pilny

- 17.1 Einleitung – 316**
- 17.2 Bestandsaufnahme – 317**
 - 17.2.1 Mangelnde Investitionsförderung und ungünstige Krankenhausstrukturen – 317
 - 17.2.2 Investitionsförderung durch den Krankenhausstrukturfonds – 318
- 17.3 Strukturfondsmittel als KHG-Substitut? – 321**
- 17.4 Fazit und Ausblick – 324**
 - Literatur – 325**

■ Zusammenfassung

Um auf die anstehenden Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung vorbereitet zu sein, setzt der Gesetzgeber mit Hilfe des Strukturfonds gezielt Anreize zu dauerhaften Verbesserungen der Krankenhausstruktur in Deutschland, insbesondere durch den Abbau von Überkapazitäten sowie die Konzentration von Kapazitäten. Dieser Beitrag liefert länderspezifische Angaben zur Aufteilung der bisher bewilligten Fördermittel zum 31. Dezember 2018 und deren Verteilung auf die einzelnen Förderarten. Ferner wird kritisch beleuchtet, ob und inwieweit die Länder ihre Investitionsfinanzierung infolge des Strukturfonds anpassen. Auf Basis von Soll- und Ist-Zahlen der Landeshaushalte wird die Höhe der Krankenhausinvestitionsausgaben ab 2016 mit den durchschnittlichen Fördervolumina von 2012 bis 2014 sowie dem Volumen von 2015 verglichen.

To be prepared for forthcoming challenges in health care provision, the German legislature has set specific incentives with the structure fund ("Strukturfonds") to promote long-lasting improvements in the German hospital market. The aim of the fund is to reduce overcapacities via reduction or concentration and to optimize the hospital market structure. This article provides information for the German federal states about funds granted up to December 31st 2018 and their allocation among the different kinds of funding. Furthermore, this article shows to what extent the federal states adapt their public investment expenditures as a result of the structure fund. Based on target and actual figures of the state budget plans, the amount of hospital investment expenditure for the years 2016 onwards is compared with the average funding volumes from 2012 to 2014 and the 2015 volume.

genstand gesundheitsökonomischer und politischer Debatten. Ebenfalls diskutiert wird die zum Teil ungünstige Krankenhausstruktur, die nachteilig für die Betriebskosten und die medizinische Qualität sein kann. Eine Optimierung der Strukturen erfordert aber zusätzlich umfangreiche Investitionsmittel. Hier setzt das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) an. Ziel des zum 1. Januar 2016 in Kraft getretenen KHSG ist es, die Qualität der Krankenhausversorgung zu steigern, Versorgungsstrukturen zu optimieren, Leistungszuwachs zu begrenzen und die Pflege am Bett zu stärken. Der Krankenhausstrukturfonds ist eine der im Gesetz vorgesehenen Maßnahmen und zielt durch den Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von Kapazitäten und die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht-akutstationäre Versorgungseinrichtungen oder bedarfsnotwendige andere Fachrichtungen darauf, die Versorgungsstruktur zu optimieren. Dazu wurden gemäß § 12 Abs. 1 KHG zunächst einmalig Mittel in Höhe von 500 Mio. € aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds (99 %) und des anteiligen Betrags der landwirtschaftlichen Krankenkasse (1 %) zur Verfügung gestellt. Diese Mittel werden nach dem Königsteiner Schlüssel auf die einzelnen Bundesländer verteilt (BMJV 2016).

Eine Voraussetzung für die Zuteilung der Fördermittel des Strukturfonds ist, dass das antragstellende Land, allein oder gemeinsam mit dem Träger des zu fördernden Krankenhauses, mindestens 50 % der förderfähigen Kosten des Vorhabens trägt (§ 12 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 KHG). Insgesamt steht für die Fördervorhaben somit ein Volumen von mindestens einer Milliarde Euro bereit.¹ Zusätzlich müssen sich die Länder verpflichten, für die Jahre 2016 bis 2018 mindestens jährlich Haushaltsmittel für die Investitionsförderung der Krankenhäuser in Höhe des

17.1 Einleitung

Eine über Jahre unzureichende Investitionsfinanzierung der Bundesländer im Krankenhaussektor und die daraus resultierende Investitionslücke sind bereits seit geraumer Zeit Ge-

¹ Aus den 500 Mio. € des Strukturfonds sind auch Verwaltungs- und Auswertungsausgaben zu leisten, wodurch sich der Gesamtbetrag um 4,7 Mio. € reduziert. Gleichzeitig zeigen erste Zahlen jedoch, dass die Förderung der Länder einschließlich der Krankenhausträger in manchen Fällen 50 % der förderfähigen Kosten eines Vorhabens übersteigt.

Durchschnitts der Jahre 2012 bis 2014 abzüglich der durchschnittlichen Zuweisungen nach Artikel 14 des Gesundheitsstrukturgesetzes in diesem Zeitraum oder in Höhe des Jahres 2015 bereitzustellen (§ 12 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 KHG). Damit soll verhindert werden, dass die Förderung des Strukturfonds die Krankenhausfinanzierung aus Landesmitteln ersetzt und so keine zusätzlichen Mittel bereitgestellt werden. Eine Fortsetzung des Strukturfonds um weitere vier Jahre mit einem Volumen von 500 Mio. € pro Jahr hat der Gesetzgeber bereits beschlossen, wobei nun explizit auch andere Bereiche wie Informationstechnik, integrierte Notfallzentren oder die Ausweitung von Ausbildungskapazitäten gefördert werden können.

Dieses Kapitel gibt zunächst eine Übersicht über den benötigten Investitionsbedarf der Krankenhäuser und die erfolgte Förderung durch den Strukturfonds. Anschließend wird die Investitionsförderung der Länder im Zeitverlauf für die Jahre 2012 bis 2017 detailliert untersucht, um potenzielle Verdrängungseffekte durch Strukturfondsmittel zu beurteilen. Abschließend werden die Ergebnisse in einem Fazit zusammengefasst und mögliche Konsequenzen aufgezeigt.

17.2 Bestandsaufnahme

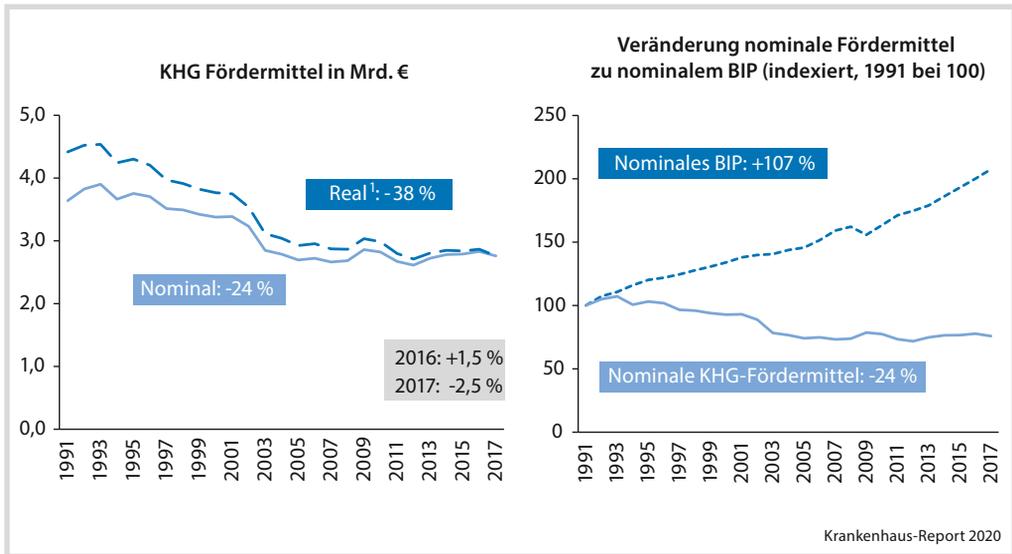
17.2.1 Mangelnde Investitionsförderung und ungünstige Krankenhausstrukturen

Es erfordert regelmäßige Investitionen, um die Unternehmenssubstanz der Krankenhäuser zu erhalten. Um diesen Investitionsbedarf zu decken und die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser zu verbessern, trat 1972 das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) in Kraft. Seitdem obliegt die Krankenhaus- und Investitionsplanung den Ländern – von 1972 bis 1984 wurde die Investitionsförderung noch zwischen Bund und Ländern kofinanziert (RWI 2017). Betrachtet man das Gesamt-

volumen der Investitionsfördermittel der Länder auf Basis der Statistik der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG), zeigt sich zwischen den Jahren 1991 und 2017 ein abnehmender Trend bis etwa zum Jahr 2013, gefolgt von einem relativ flachen Verlauf für die folgenden Jahre (Abb. 17.1). Im Jahr 2017 betragen die KHG-Fördermittel weniger als 3 Mrd. €.

Der jährliche Investitionsbedarf, der für den Erhalt der gegenwärtigen Substanz der Plankrankenhäuser benötigt wird, liegt deutlich höher. Auf Basis umfangreicher Analysen beziffern Augurzky et al. (2019) im Krankenhaus Rating Report 2019 den jährlichen Investitionsbedarf zum Erhalt der gegenwärtigen Substanz auf 5,4 Mrd. €. Bei einer Finanzierung durch die Länder in Höhe von rund 2,8 Mrd. € bleibt somit eine Förderlücke von 2,6 Mrd. € pro Jahr. Dieser jährliche Investitionsbedarf ließe sich durch umfangreiche Strukturverbesserungen, die einen Abbau von Überkapazitäten und die Reduktion von Vorhaltekapazitäten zur Folge haben, leicht reduzieren. Insbesondere könnten dadurch auch die Betriebskosten gesenkt werden.

Jedoch sind dazu zunächst zusätzliche Investitionen erforderlich. Nach Analysen des Gutachtens „Stand und Weiterentwicklung der Investitionsförderung im Krankenhausbereich“ im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (RWI 2017) ergibt sich ein Investitionsbedarf von rund 11 Mrd. €, um bundesweit die Krankenhausstruktur von Sachsen zu erreichen, die im bundesweiten Vergleich als relativ günstig angesehen wird. Die Krankenhausedichte ist in Sachsen geringer als in den anderen Bundesländern und es gibt weniger kleine Häuser, die häufiger wirtschaftliche Probleme haben. Mithin ging es den Krankenhäusern in Sachsen in den vergangenen Jahren wirtschaftlich deutlich besser als Kliniken in anderen Teilen Deutschlands, vor allem in West- und Süddeutschland. Im Allgemeinen schneiden größere und/oder spezialisierte Kliniken wirtschaftlich meist besser ab (Augurzky et al. 2019). Mit einem Gesamtvolumen von 1 Mrd. € macht der Kran-



▣ **Abb. 17.1** KHG-Fördermittel im Zeitverlauf 1991 bis 2017; in Mrd. Euro (Quelle: Augurzky et al. 2019) (Anmerkung: Deflationiert mit Investitionsgüterpreisindex)

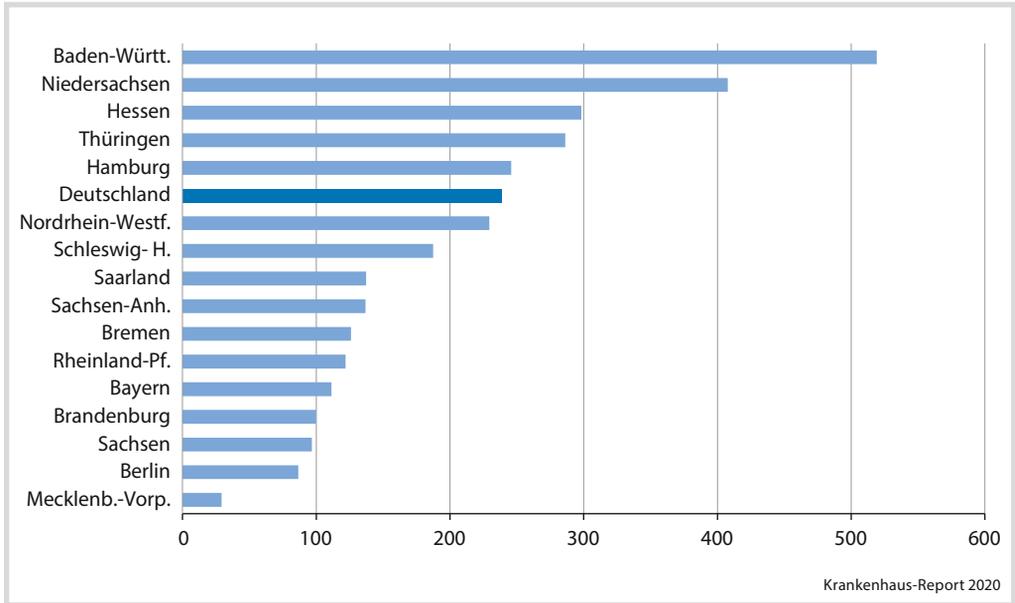
kenhausstrukturfonds einen Anfang. Rechnet man die Fortführung des Strukturfonds mit ein, kommt man insgesamt auf 5 Mrd. € an Fördermitteln, was somit knapp der Hälfte des errechneten Bedarfs entspricht. Jedoch ist die Fortführung des Strukturfonds nicht allein auf die bauliche Optimierung der Krankenhausstrukturen ausgelegt. Es bleibt abzuwarten, wie hoch der Anteil an Fördermitteln ausfällt, der tatsächlich zur Schließung der Investitionslücke beiträgt, und welcher Anteil für ebenfalls notwendige, nicht-bauliche Strukturverbesserungen eingesetzt wird.

17.2.2 Investitionsförderung durch den Krankenhausstrukturfonds

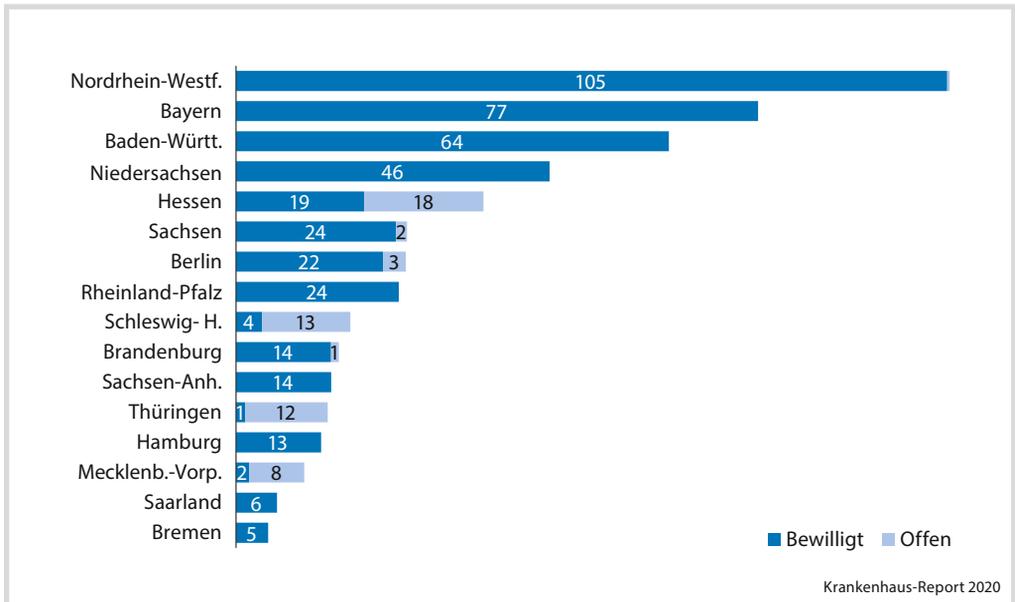
Die nachfolgende Bestandsaufnahme des Strukturfonds beruht auf einer Sonderanalyse des Krankenhaus Rating Reports 2019 (Augurzky et al. 2019) sowie der Mitteilung des Bundesversicherungsamtes zur Verwaltung des Strukturfonds zum Stichtag 31. Dezember 2018

(BVA 2018). Das Interesse der Krankenhäuser an Mitteln des Strukturfonds war groß. Dem Verband der Ersatzkrankenkassen (vdek) lagen zum 4. August 2017 Informationen über beantragte Projekte von Krankenhausträgern bei ihren jeweiligen Bundesländern mit beantragten Mitteln in Höhe von bundesweit insgesamt 2,4 Mrd. € vor (▣ Abb. 17.2). Gemessen an Interessensbekundungen der Krankenhäuser war der erste Strukturfonds somit mehr als zweifach „überzeichnet“. Zwischen den Bundesländern gab es dabei beachtliche Unterschiede. So beantragten Krankenhausträger in Baden-Württemberg rund fünfmal mehr Mittel als dem Land zur Verfügung standen. In Niedersachsen waren es viermal mehr. Im Verhältnis dazu war die Nachfrage in den ostdeutschen Bundesländern und in Bayern gering. In Mecklenburg-Vorpommern lagen sie zu diesem Zeitpunkt nur bei 29 % der zur Verfügung stehenden Mittel.

Die endgültige Antragsstellung für Mittel aus dem Krankenhausstrukturfonds beim Bundesversicherungsamt obliegt jedoch den Ländern. Bis zum 31. Dezember 2018 wurden 438 Mio. € aus dem Strukturfonds bewilligt.



■ **Abb. 17.2** Beantragte Mittel des Strukturfonds in Relation zu verfügbaren Mitteln. Stichtag 04.08.2017; Anteil in Prozent (Quelle: Eigene Darstellung; vdek 2017)



■ **Abb. 17.3** Bewilligte Mittel des Strukturfonds. Stichtag 31.12.2018, bezogen auf die Mittel aus dem Gesundheitsfonds; in Mio. Euro (Quelle: Eigene Darstellung; BVA 2018) (Anmerkung: Die angegebenen Werte beziehen sich auf bereits beschiedene Anträge bis zum 31. Dezember 2018; „offene Anträge“ bedeutet entweder noch nicht bewilligt oder noch verfügbar, weil keine Anträge zum Stichtag vorhanden sind)

Tabelle 17.1 Verteilung der bewilligten Projekte auf Förderarten und nach Bundesländern. Stichtag 31.12.2018 (Quelle: Eigene Darstellung; BVA 2018)

Land	Anzahl geförderter Projekte				Verteilung der geförderten Projekte			
	Gesamt	Schließung	Konzentration	Umbau	Schließung	Konzentration	Umbau	Umbau
Baden-Württemberg	5	0	4	1	0 %	80 %	20 %	20 %
Bayern	6	0	4	2	0 %	67 %	33 %	33 %
Berlin	1	0	1	0	0 %	100 %	0 %	0 %
Brandenburg	3	0	1	2	0 %	33 %	67 %	67 %
Bremen	1	0	1	0	0 %	100 %	0 %	0 %
Hamburg	2	0	2	0	0 %	100 %	0 %	0 %
Hessen	4	2	2	0	50 %	50 %	0 %	0 %
Mecklenburg-Vorp.	1	0	1	0	0 %	100 %	0 %	0 %
Niedersachsen	5	1	3	1	20 %	60 %	20 %	20 %
Nordrhein-Westfalen	17	4	9	4	24 %	53 %	24 %	24 %
Rheinland-Pfalz	3	0	3	0	0 %	100 %	0 %	0 %
Saarland	2	0	2	0	0 %	100 %	0 %	0 %
Sachsen	3	0	3	0	0 %	100 %	0 %	0 %
Sachsen-Anhalt	3	2	1	0	67 %	33 %	0 %	0 %
Schleswig-Holstein	1	0	1	0	0 %	100 %	0 %	0 %
Thüringen	1	0	1	0	0 %	100 %	0 %	0 %
Deutschland	58	9	39	10	16 %	67 %	17 %	17 %

Krankenhaus-Report 2020

■ Abb. 17.3 zeigt die Höhe der bewilligten und noch offenen Mittel je Bundesland. In vielen Ländern waren damit bereits die gesamten zur Verfügung stehenden Mittel verteilt. Einige Länder hatten noch offene Mittel in relevanter Höhe: Hessen, Schleswig-Holstein, Thüringen und Mecklenburg-Vorpommern. Diese enthalten sowohl beantragte, aber noch nicht beschiedene Mittel als auch nicht beantragte Mittel. Insgesamt war der Strukturfonds nahezu vollständig ausgeschöpft. Nach Abzug von Verwaltungskosten standen für das Nachverteilungsverfahren lediglich 11,5 Mio. € zur Verfügung (BVA 2017). Durch Ablehnungen oder Rückzahlungen können sich diese noch zur Verfügung stehenden Mittel allerdings noch erhöhen.

Es gibt drei Arten von Förderungen: Schließung, Konzentration und Umwandlung. Bis zum Stichtag fielen 16 % der bewilligten Projekte in die Rubrik „Schließung“, weitere 17 % in „Umwandlung“ und die restlichen 67 % waren Projekte zur Konzentration der Krankenhauskapazitäten. Letztere können allerdings auch Standort- oder Abteilungsschließungen beinhalten. In Bezug auf das geförderte Volumen entfielen nur 12 % auf reine „Schließungen“, 19 % auf „Umwandlungen“ und 69 % auf „Konzentrationsmaßnahmen“. Zu beachten ist, dass neben den neun Schließungen im Rahmen der Förderrubrik „Schließungen“ auch weitere Standorte im Rahmen von Konzentrationsmaßnahmen geschlossen werden, sodass es insgesamt zu 29 Standortsschließungen kommt (Augurzky et al. 2019). ■ Tab. 17.1 stellt die Verteilung der Projekte nach Bundesländern dar.

Hinsichtlich der Verbesserung der Krankenhausstruktur ist keine der Förderarten klar zu bevorzugen, wenngleich eine Schließung (auch innerhalb einer Konzentration) der stärksten Form des Abbaus von Überkapazitäten entspricht. Vielmehr kommt es darauf an, die eingesetzten Mittel möglichst effizient zu nutzen, d. h. eine möglichst vorteilhafte Strukturverbesserung pro eingesetzten Euro zu erreichen. Darüber hinaus sind die Gegebenheiten der Region zu berücksichtigen, wie zum Beispiel die Erreichbarkeit zu einem Kranken-

haus der Grundversorgung für die umliegende Bevölkerung. Eine Beurteilung der Einzelvorhaben ist daher stets fallspezifisch und nicht Gegenstand dieses Beitrags.

17.3 Strukturfondsmittel als KHG-Substitut?

Der Strukturfonds soll explizit zur Verbesserung der Strukturen in der Krankenhausversorgung beitragen und kein Substitut der gegenwärtigen Investitionsfinanzierung der Länder darstellen. Um solch potenzielle Mitnahmeeffekte der Länder zu verhindern, wurden die Länder mit der Einführung des ersten Strukturfonds verpflichtet, ihre eigene Krankenhausfinanzierung auf einem konstanten Niveau zu halten. Im Detail betrachtet sind die Länder gesetzlich verpflichtet, für die Jahre 2016 bis 2018 jährlich Haushaltsmittel für die Investitionsförderung der Krankenhäuser mindestens in der Höhe bereitzustellen, die (i) dem Durchschnitt der in den Haushaltsplänen der Jahre 2012 bis 2014 hierfür ausgewiesenen Haushaltsmittel abzüglich der auf diesen Zeitraum entfallenden durchschnittlichen Zuweisungen nach Art. 14 des Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz, kurz: GSG) oder (ii) den im Haushaltsplan des Jahres 2015 für die Investitionsförderung der Krankenhäuser ausgewiesenen Haushaltsmitteln entspricht (§ 12 Abs. 2 Nr. 3a KHG). In ihren Haushaltsplänen stellen die Länder prospektiv ihre Soll-Einnahmen und Soll-Ausgaben für die kommenden Jahre dar. Daneben enthalten die Pläne auch Ist-Angaben zu den jeweiligen Haushaltspositionen, die die tatsächlichen Einnahmen und Ausgaben retrospektiv wiedergeben. Neben dem Haushaltsplan stellen die Länder auch Haushaltsrechnungen bereit, die den Haushaltsvollzug (Ist-Werte) mit dem Haushaltsansatz (Soll-Werte) vergleichen. Da der Gesetzgeber in dem oben beschriebenen Paragraphen von „in den Haushaltsplänen [...] ausgewiesenen Haushaltsmittel[n]“ spricht, ist unklar, ob

Tabelle 17.2 KHG-Förderung der Länder im Zeitverlauf. Durchschnitt 2012 bis 2014 sowie 2015 bis 2017, in Mio. Euro (Quelle: Eigene Darstellung; Augurzky und Pilny 2019; DKG 2017)

Land	Durchschnitt 2012–2014		2015		2016		2017	
	Soll	Ist	Soll	Ist	Soll	Ist	Soll	Ist
Baden-Württemberg	388,2	373,3	436,9	447,5	455,1	380,0	461,6	354,9
Bayern	476,7	450,2	500,0	489,2	500,0	488,9	503,4	534,6
Berlin	85,1	k.A.	96,4	k.A.	108,9	108,7	111,3	k.A.
Brandenburg	83,8	81,9	82,5	81,1	82,5	83,2	80,0	79,9
Bremen	29,8	29,6	36,2	35,9	36,2	36,0	44,2	k.A.
Hamburg	119,8	119,8	87,0	87,0	110,5	110,5	89,9	89,9
Hessen	235,8	235,4	242,2	203,1	267,5	265,1	253,5	249,8
Mecklenburg-Vorp.	43,4	41,4	52,8	53,0	48,3	74,8	47,3	k.A.
Niedersachsen	252,8	256,1	272,5	277,5	274,2	273,9	256,0	254,8
Nordrhein-Westfalen	493,9	485,4	515,0	509,4	516,7	515,2	533,5	780,2
Rheinland-Pfalz	118,8	118,8	119,8	119,8	119,8	119,8	122,8	122,8
Saarland	31,9	31,8	28,5	28,0	28,5	28,9	28,5	29,0
Sachsen	58,3	40,3	125,0	120,6	120,0	118,3	99,3	120,9
Sachsen-Anhalt	22,6	19,5	39,2	39,1	35,1	38,8	40,9	38,7
Schleswig-Holstein	86,4	84,0	94,2	93,1	100,5	89,9	103,5	99,8
Thüringen	23,4	25,8	50,0	54,4	50,0	50,7	50,0	52,1

Anmerkung: Werte ohne separat ausgewiesene Verwaltungskosten und sächliche Ausgaben sowie abzüglich GSG-Mittel. Für Berlin, Bremen und Mecklenburg-Vorpommern lagen keine Ist-Werte für die KHG-Investitionsfördermittel 2017 vor.
Krankenhaus-Report 2020

sich die Vorgabe auf die Soll- oder die Ist-Werte bezieht.

Um zu beurteilen, ob die Ausgaben der Länder für 2016 und 2017 diesem Kriterium genügen, wird im Folgenden sowohl auf die Soll- als auch die Ist-Werte der KHG-Fördermittel aus den Landeshaushalten 2012 bis 2017 zurückgegriffen, wie sie in Augurzky und Pilny (2019) zugrunde liegen.² Diese umfassen alle KHG-Fördermittel aus den Landeshaushalten. Lediglich Verwaltungskosten und sächliche Ausgaben, z. B. für Gutachter und Sachverständige, sind nicht berücksichtigt, sofern diese separat ausgewiesen sind (vgl. Augurzky und Pilny 2019). Solange diese Mittel jedoch keinen signifikanten Schwankungen über die Jahre unterliegen, bleibt die nachfolgende Analyse davon weitestgehend unbeeinflusst. Zur Quantifizierung der Fördermittel nach Art. 14 GSG in den neuen Bundesländern werden die Daten der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG 2017) verwendet, die auf Eigenangaben der Länder beruhen. Für die neuen Bundesländer werden von den Soll- und Ist-Werten der KHG-Förderung die Summen der GSG-Förderung subtrahiert. Die Auswertung beschränkt sich auf die Jahre 2016 und 2017, da Ist-Werte für das Jahr 2018 derzeit noch nicht vorliegen.

■ Tab. 17.2 zeigt die so berechneten Ist- und Soll-Werte der Länder aus den Haushaltsplänen bzw. -rechnungen. Die GSG-Mittel sind für die ostdeutschen Länder bereits abgezogen. Es ist zu beachten, dass durch das Fehlen von Ist-Werten der GSG-Förderung sowie den Nichteinbezug separat ausgewiesener Verwaltungskosten und sächlicher Ausgaben die tatsächliche Förderhöhe ggf. geringfügig von den hier dargestellten Werten abweichen kann. Dennoch lässt sich der Verlauf der Investitionsausgaben der Länder detailliert nachvollziehen. Insgesamt erkennt man bei vielen Bundeslän-

dern einen relativ konstanten bis leicht steigenden Verlauf über die Zeit. Bezogen auf die Ist-Werte liegt 2015 das Förderniveau in Brandenburg, Hamburg, Hessen und dem Saarland unter dem durchschnittlichen Niveau der Jahre 2012 bis 2014. In Baden-Württemberg, Brandenburg, Niedersachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen bleiben die Ist-Werte 2017 unter den Ist-Werten von 2015. Eine starke Zunahme über die Zeit verzeichnet indessen Nordrhein-Westfalen: 2017 liegt der Ist-Wert mit rund 780 Mio. € deutlich über dem Wert von 2015 mit nur 485 Mio. €.

■ Tab. 17.3 gibt einen Überblick darüber, in welchen Ländern die KHG-Ausgaben auf Basis der in ■ Tab. 17.2 dargestellten Ist- und Soll-Werten mindestens einem der beiden der oben genannten Kriterien genügen. Für Berlin, Bremen und Mecklenburg-Vorpommern können aufgrund nicht vorliegender Ist-Werte teilweise keine Aussagen gemacht werden. 2016 lagen die KHG-Ausgaben in allen 15 Ländern mit verfügbaren Ist-Werten über dem gesetzlich geforderten Niveau. Auch die Soll-Werte lagen 2016 in allen Ländern höher als 2015 bzw. als im Durchschnitt der Jahre 2012 bis 2014. Die Ist-Werte im Jahr 2017 lagen jedoch in drei Ländern niedriger: in Baden-Württemberg, Brandenburg und Niedersachsen. In Brandenburg lagen 2017 auch die Soll-Werte unterhalb des Soll-Wertes von 2015 bzw. des Durchschnitts der Soll-Werte 2012 bis 2014.

In den meisten Ländern wird somit die gesetzliche Vorgabe eingehalten. Bei den Ländern, für die keine Daten vorliegen oder in denen die KHG-Ausgaben niedriger sind, gilt es zu prüfen, ob ggf. weitere Fördermittel als KHG-Mittel berücksichtigt wurden, die im Haushalt nicht explizit als solche ausgewiesen sind, oder ob tatsächlich ein zu geringes Förderniveau vorliegt. Aggregiert über alle Länder ist das Fördermittelvolumen zwischen 2015 und 2017 geringfügig gestiegen. Im Ergebnis lässt sich nicht sagen, dass die Mittel aus dem Strukturfonds generell als Substitut in der Investitionsförderung nach KHG eingesetzt werden. Zwar liegen in mindestens drei Ländern

² Augurzky und Pilny (2019) enthalten Angaben zu KHG-Mitteln aus den Landeshaushalten 2010 bis 2016. Die Daten für 2017 sind aus Augurzky et al. (2019) entnommen. Für einzelne Länder gibt es für 2017 keine Ist-Werte in den öffentlich verfügbaren Haushaltsrechnungen und -plänen.

■ Tabelle 17.3 KHG-Förderung mindestens im Durchschnitt 2012 bis 2014 oder in Höhe des Jahres 2015, 2016 und 2017 (Quelle: Eigene Darstellung; Augurzyk und Pilny 2019; DKG 2017)

Land	Ist		Soll	
	2016	2017	2016	2017
Baden-Württemberg	ja	nein	ja	ja
Bayern	ja	ja	ja	ja
Berlin	k.A.	k.A.	ja	ja
Brandenburg	ja	nein	ja	nein
Bremen	ja	k.A.	ja	ja
Hamburg	ja	ja	ja	ja
Hessen	ja	ja	ja	ja
Mecklenburg-Vorp.	ja	k.A.	ja	ja
Niedersachsen	ja	nein	ja	ja
Nordrhein-Westfalen	ja	ja	ja	ja
Rheinland-Pfalz	ja	ja	ja	ja
Saarland	ja	ja	ja	ja
Sachsen	ja	ja	ja	ja
Sachsen-Anhalt	ja	ja	ja	ja
Schleswig-Holstein	ja	ja	ja	ja
Thüringen	ja	ja	ja	ja

Anmerkung: Werte ohne separat ausgewiesene Verwaltungskosten und sächliche Ausgaben sowie abzüglich GSG-Mittel. Für Berlin, Bremen und Mecklenburg-Vorpommern lagen keine Ist-Werte für die KHG-Investitionsfördermittel 2017 vor.
Krankenhaus-Report 2020

– nach den uns vorliegenden Daten – die Investitionsausgaben unter der gesetzlich vorgegebenen Mindesthöhe. Der Anstieg der KHG-Förderung nach 2015 für Gesamtdeutschland zeichnet jedoch ein positives Bild. Gleichzeitig ist aber auch kein starker Anstieg der Finanzierungsausgaben der Länder zu beobachten. Die Förderung aus dem Strukturfonds scheint somit nicht in dem Sinne als Anstoßfinanzierung zu dienen, dass von den Ländern zusätzliche strukturverbessernde Investitionen in Angriff genommen werden und die sich über Jahre angestaute Investitionslücke nun zügig abgebaut wird. Lediglich Nordrhein-Westfalen hat einmalig die KHG-Ausgaben im Jahr 2017 um

rund 250 Mio. € im Nachtragshaushalt deutlich erhöht.

17.4 Fazit und Ausblick

Durch den Strukturfonds werden finanzielle Mittel bereitgestellt, die neben der regulären Investitionsförderung durch die Länder zur Optimierung der Krankenhausstruktur beitragen sollen. Die bisher bewilligten Bescheide durch das Bundesversicherungsamt stoßen wichtige Projekte zur Optimierung der Krankenhausstruktur an. Dabei sind insgesamt 29 Standortschließungen vorgesehen. Auch die

reine Konzentration ohne Standortschließung ist ein wichtiger Beitrag zur Strukturoptimierung, wenn dabei Versorgungskapazitäten gebündelt werden und Vorhalteaufwand reduziert werden kann. Allerdings reicht das Volumen von insgesamt rund einer Milliarde Euro nicht aus, um in Deutschland eine optimale Zielstruktur zu erreichen. Wenn man die relativ günstige Krankenhausstruktur Sachsens erreichen möchte, wären allein dafür etwa elf Milliarden Euro nötig, d. h. noch weitere zehn Milliarden Euro (RWI 2017). Bundesweit würden dann rund 280 Standorte geschlossen werden müssen. Tatsächlich erreicht der gegenwärtige Strukturfonds davon bereits etwa ein Zehntel, was näherungsweise der Relation der derzeit eingesetzten Mittel zu den insgesamt nötigen Mittel entspricht. Insofern kann man dem Fonds durchaus einen Erfolg bescheinigen, sodass die beschlossene Fortführung des Strukturfonds sinnvoll erscheint.

Die Fortführung des Strukturfonds umfasst jedoch nicht die benötigten elf Milliarden Euro, sondern stellt lediglich vier Milliarden Euro zusätzlich zur Verfügung. Deshalb ist es wichtig, dass die Länder ihre bisherigen Investitionen weiter tätigen und sich nicht allein auf die bereitgestellten Mittel des Strukturfonds stützen. Im Gesetz ist festgehalten, dass die Länder für die Jahre 2016 bis 2018 verpflichtet sind, jährlich Haushaltsmittel für die Investitionsförderung der Krankenhäuser mindestens in der Höhe bereitzustellen, die (i) dem Durchschnitt der in den Haushaltsplänen der Jahre 2012 bis 2014 hierfür ausgewiesenen Haushaltsmittel abzüglich der auf diesen Zeitraum entfallenden durchschnittlichen Zuweisungen nach Art. 14 GSG oder (ii) den im Haushaltsplan des Jahres 2015 für die Investitionsförderung der Krankenhäuser ausgewiesenen Haushaltsmitteln entspricht. Diese Regelung wird analog auch für die Fortführung des Strukturfonds angewandt (§ 12a Abs. 3 Satz 1 Nr. 3 KHG). Unsere Analysen zeigen, dass auf Basis bisher vorliegender Informationen zwar in den meisten, jedoch nicht in allen Ländern die KHG-Ausgaben diesen Kriterien genügen. Wünschenswert wäre es darüber hinaus, wenn

die Länder die bereitgestellten Mittel nicht nur als Ergänzung zu ihrer eigenen Investitionsförderung sehen würden, sondern auch als Anstoß, selbst verstärkt in ihre Krankenhausstrukturen zu investieren. Während dieser Beitrag allein die potenzielle Substitution von KHG-Mitteln durch Strukturfondsmittel betrachtet, bedarf es für eine umfassende Evaluation des Strukturfonds zusätzlich einer Bewertung der Maßnahmen hinsichtlich Versorgungsqualität und Leistungsgeschehen. Valide Daten dazu werden jedoch frühestens in einigen Jahren vorliegen.

Literatur

- Augurzky B, Kropol S, Mensen A, Pilny A, Schmidt CM, Wuckel C (2019) Krankenhaus Rating Report 2019: Das Ende des Wachstums? medhochzwei, Heidelberg
- Augurzky B, Pilny A (2019) Wer und wie wird gefördert? Eine kritische Analyse der KHG-Investitionsdaten. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg) Krankenhaus-Report 2019 – Schwerpunkt: Das digitale Krankenhaus. Springer, Berlin, S 185–197
- BMJV – Bundesministerium der Justiz und Verbraucherschutz (Hrsg) (2016) Bekanntmachung des Königsteiner Schlüssels für das Jahr 2016. https://www.bundesanzeiger.de/ebanzwww/wexsservlet?page.navid=to_bookmark_official&bookmark_id=4w8EP2yfqqrbu4KbmTb. Zugegriffen: 15. Apr. 2019
- BVA – Bundesversicherungsamt (Hrsg) (2017) Mitteilung gem. § 5 Abs. 1 Satz 4 Krankenhausstrukturfonds-Verordnung (KHSFV) über die Höhe des Nachverteilungsbetrages. https://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Strukturfonds/Mitteilung_Bundeslaender_Nachverteilungsbetrag.pdf. Zugegriffen: 11. Juli 2019
- BVA – Bundesversicherungsamt (2018) Mitteilung gemäß § 3 Abs. 3 KHSFV an das Bundesministerium für Gesundheit sowie an die Landesverbände der Krankenkassen und an die Ersatzkassen über die Verwaltung des Strukturfonds (Stichtag 31. Dezember 2018). Internet. https://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Strukturfonds/20190402Mitteilung___3_Abs.3_KHSFV_-_VerwStand_Ende_2018.pdf. Zugegriffen: 11. Juli 2019
- DKG (2017) Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern

(Stand: März 2017). Deutsche Krankenhausgesellschaft, Berlin

RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung (2017) Stand und Weiterentwicklung der Investitionsförderung im Krankenhausbereich, Gutachten im Auftrag

des Bundesministeriums für Gesundheit. RWI Projektberichte. RWI, Essen

vdek – Verband der Ersatzkassen e. V. (2017) Stand der Anträge zum Strukturfonds zum 10.04.2017

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

