**Hessisches Ministerium
für Soziales und Integration**

Landtag Rheinland-Pfalz
Parl. Geschäftsstelle
02.11.2017 | 12.44
Datum | Uhrzeit
17/2160

HESSEN

Hessisches Ministerium für Soziales und Integration
Postfach 31 40 · 65021 Wiesbaden

Aktenzeichen V 6

Ausschuss für Gesundheit, Pflege und
Demografie des Landtags Rheinland-Pfalz
Platz der Mainzer Republik 1
55116 Mainz

LANDTAG
Rheinland-Pfalz
17/2160
VORLAGE

Bearbeiter/in: Herr Metzner
Durchwahl: (06 11) 817-3688
Fax: (06 11)
E-Mail: jochen.metzner@hsm.hessen.de

Ihr Zeichen: P 1 -Drs. 173297
Ihre Nachricht:

Datum: November 2017

Anhörverfahren im Ausschuss für Gesundheit, Pflege und Demografie des Landtags Rheinland-Pfalz

hier:

Verantwortung der Landesregierung für die Investitionsförderung der Krankenhäuser in Rheinland-Pfalz; Antrag der Fraktion der CDU - Drucksache 17/3292

Verantwortungsvolle Krankenhaus-Investitionsförderung in Rheinland-Pfalz; Alternativantrag der Fraktionen der SPD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 17/3327

Sehr geehrter Herr Schlenz,

zu o.g. Anträgen gebe ich folgende Stellungnahme ab:

Der Bund besitzt im Rahmen der konkurrierenden Gesetzgebung die Kompetenz für die "wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze“ (Art. 74 Nr. 19a GG). Die Länder bleiben zuständig für die Krankenhausplanung (BVerfGE 83/363). Die Krankenhäuser werden auf dieser Grundlage seit dem Inkrafttreten des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) im Jahr 1972 im Rahmen des "dualen Systems" finanziert. Hiernach zahlen die Krankenkassen die Betriebskosten und die Länder die Investitionskosten. Die Länder müssen die "notwendigen" Investitionskosten (§ 9 Abs. 5 KHG) für die in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser bereitstellen und regeln die Einzelheiten der Investitionsfinanzierung durch Landesrecht in ihren Krankenhausgesetzen. Das einzelne Krankenhaus kann daraus allerdings keinen einklagbaren Anspruch ableiten. Die Investitionen der Unikliniken werden nicht nach KHG, sondern seit Aufhebung des HBFG nach

Landesrecht finanziert.

Über die Höhe der "notwendigen" Fördermittel (vgl. dazu Anl. 1, 2) gibt es kaum Diskrepanzen. Man kann sie auf verschiedene Art und Weise ableiten (vgl. Krankenhaus-Rating-Report 2016, Kapitel 3.5.4) und erhält einen jährlichen Investitionsbedarf von ca. 5,5 Mrd. Euro ohne Unikliniken (diese werden mit einer weiteren Mrd. Euro – ohne Investitionen für Forschung und Lehre – beziffert). Hieraus ergibt sich für Hessen ein Investitionsbedarf von ca. 400 Mio Euro, für Rheinland-Pfalz von 260 Mio Euro jährlich. Sehr differenziert und inklusive der Unikliniken wird der Investitionsbedarf durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) ermittelt, das auch für die jährliche Bewertung der Fallpauschalen (DRGs) für die Betriebskostenfinanzierung verantwortlich ist. Nach § 10 KHG erstellt das Institut jährlich auf Basis der Anlagenbuchhaltung auch sogenannte „Investitionsbewertungsrelationen", d.h. es wird pro DRG ermittelt, welchen Investitionsverbrauch ein jeweiliger Krankenhausfall hat. Der Investitionsbedarf eines durchschnittlichen Krankenhausfalles in Deutschland (ohne Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie, weil hierfür nicht ausreichend Kalkulationskrankenhäuser zur Verfügung stehen) wurde mit dieser Methodik für 2017 auf 322,93 Euro ermittelt. Bei 22 Mio. Krankenhausfällen ergäbe sich inklusive Unikliniken ein Investitionsbedarf von sieben Milliarden Euro, sodass der Bedarf von ca. 5,5 Mrd. Euro für die KHG-Förderung auch hier bestätigt wird.

Gezahlt werden nach KHG (also ohne Unikliniken) allerdings deutschlandweit nur ca. 2,9 Mrd. Euro im Jahr. Dies führt dazu, dass es einen Investitionsstau gibt, der im Lauf der Jahre ansteigt. Die neuen Bundesländer haben insgesamt einen deutlich besseren Zustand der Kliniken, weil es im Rahmen des Art. 14 des Einigungsvertrages nach der Wiedervereinigung eine Sonderfinanzierung der Krankenhäuser gab, die bis 2014 andauerte und aus Steuer- und Kassenmitteln gespeist wurde. Dadurch stehen die neuen Bundesländer auch insgesamt wirtschaftlich besser da als die alten Bundesländer (vgl. hierzu Tabellen aus dem Krankenhaus-Rating-Report 2017 in Anl. 4-6).

Im Katalog des § 9 KHG sind die Fördertatbestände geregelt, Es besteht im Wesentlichen ein Anspruch auf Förderung der Baumaßnahmen sowie der Medizintechnik. Zudem gibt es Sondertatbestände wie Schließungsförderung. Instandhaltungsmaßnahmen sind aus den Betriebskosten zu bestreiten.
Die Förderung kurzfristiger Anlagegüter (im Wesentlichen Medizintechnik) erfolgt auf Basis fester Pauschbeträge. Die Baumaßnahmen werden in den meisten Bundesländern im Rahmen von Einzelfördermaßnahmen finanziert, für die aufwändige und oft jahrelang andauernde Prüfverfahren erforderlich sind. § 10 KHG ermöglicht es seit 2009, die Krankenhausförderung

vollständig pauschaliert durchzuführen.

Diesen Weg geht Hessen seit 2016. Seitdem werden die Fördermittel auf Basis der vom InEK ermittelten Investitionsbewertungsrelationen leistungsgerecht auf die einzelnen Kliniken verteilt (vgl. §§ 23 ff. Hessisches Krankenhausgesetz - HKHG). Es wurden Begleitregelungen geschaffen, um Planungssicherheit zu gewährleisten (die Fördermittel sollen in jedem Jahr anhand der Indexsteigerungen erhöht werden). Die Fördermittel sind abtretbar und können innerhalb von Verbünden „gepoolt" werden. Die Kliniken entscheiden selbständig über die Verwendung der Mittel, lediglich bei beabsichtigten Baumaßnahmen ab 10 Mio. Euro ist eine Vorabgenehmigung des Landes erforderlich, für die eine Zielplanung vorzulegen ist. Krankenhäuser, die an der Notfallversorgung teilnehmen (etwa 2/3 der Kliniken in Hessen) erhalten einen Zuschlag von 15%. Aktuell ist geplant, auch die regionale Verbundbildung zu privilegieren, indem die Anrechnung früher erhaltener Einzelfördermittel auf die Pauschale ab 2019 entfällt.

Begleitend zur Einführung der Pauschalierung wurden in Hessen zwei Sonderprogramme von insgesamt 196 Mio. Euro aufgelegt, um die noch vorhandenen Anmeldelisten zu bereinigen. Zudem wurde begleitend zur Pauschale ein jährliches Darlehensprogramm von 150 Mio. Euro der Wirtschafts- und Investitionsbank Hessen aufgelegt, das mit Landesbürgschaften unterlegt ist, um die Finanzierung geplanter Baumaßnahmen zu erleichtern.

Die Pauschalierung wurde in Hessen von der Hessischen Krankenhausgesellschaft und den Krankenhäusern ausdrücklich begrüßt. Die Kliniken erhalten die Freiheit, ihre Investitionen eigenverantwortlich zu planen und durchzuführen, wenn sie erforderlich sind. und nicht, wenn sie „dran" sind. Man mag beklagen, dass die (politische) Steuerung durch das Verfahren entfällt. Es ist allerdings zu beachten, dass nach § 1 Abs. 2 Satz 3 KHG die Gewährung von Fördermitteln nicht mit Auflagen verbunden werden darf, durch die die Selbständigkeit und Unabhängigkeit von Krankenhäusern über die Erfordernisse der Krankenhausplanung und der wirtschaftlichen Betriebsführung hinaus beeinträchtigt werden. Im HKHG (§ 28) sind Auflagen zu den Fördermitteln vorgesehen, um die krankenhausplanerischen Ziele des Landes durchzusetzen.

Mit dem zum 01.01.2016 in Kraft getretenen Krankenhausstrukturgesetz wurde die durch eine Bund-Länder-Kommission, an der auch Hessen und Rheinland-Pfalz beteiligt waren, vorbereitete Krankenhausreform umgesetzt. Mit dieser Reform wurde es u.a. ermöglicht, künftig bundesweit einheitliche Qualitätsindikatoren zum Maßstab der Krankenhausplanung zu machen, aber auch eigene landeseigene Qualitätsindikatoren verbindlich umzusetzen und Verstöße zu ahnden. Zudem wurde (§ 12 KHG) ein Strukturfonds eingerichtet, um den als notwendig angesehenen Strukturwandel der Krankenhauslandschaft zu befördern. Insgesamt stehen eine Mrd. Euro, hälftig aus Mitteln des Gesundheitsfonds und hälftig aus Landesmitteln

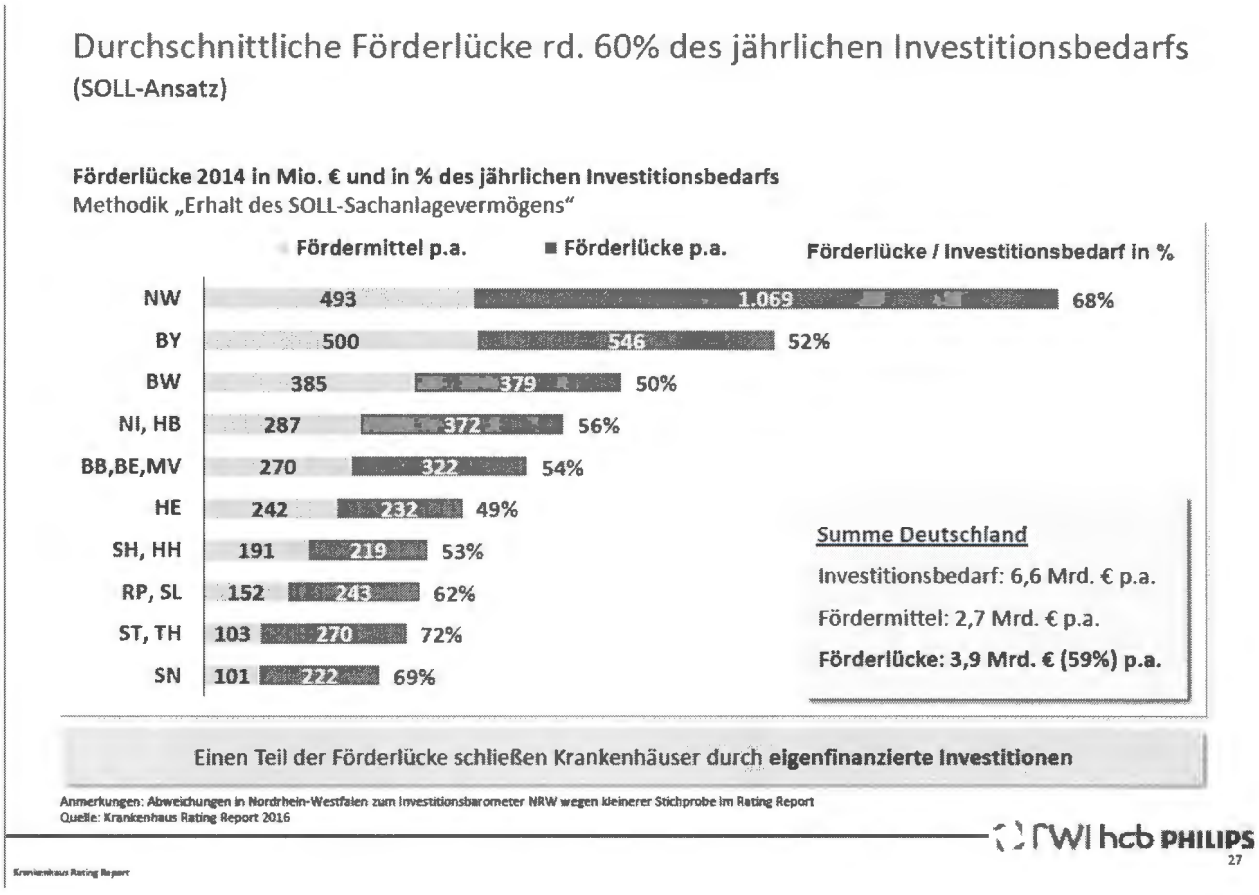
zu finanzieren, zur Verfügung. Damit können Schließungen, Umwandlungen und Konzentrationen von Krankenhäusern gefördert werden. Bis zum Stichtag 31.07.2017 konnten die Länder Anträge an das BVA stellen, durch die die vorgesehenen Mittel nahezu vollständig beantragt wurden. Die Gesundheitsministerkonferenz hat daher in diesem Jahr einstimmig den Bund aufgefordert, den Strukturfonds künftig zu verstetigen, die Zweckbestimmung zu erweitern und sich an der Finanzierung zu beteiligen.

Es ist davon auszugehen, dass das Thema Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser auch bei den aktuell laufenden Sondierungsgesprächen für Koalitionsverhandlungen eine Rolle spielt. Es ist unbedingt erforderlich, die in allen Ländern in unterschiedlicher Ausprägung bestehende Lücke zwischen Investitionsbedarf und Investitionsmitteln zu schließen. Aktuell reagieren die Krankenhäuser dadurch, dass sie ihre als notwendig angesehenen Investitionen Teilweise aus den für die Betriebskosten gezahlten Kassenmitteln bestreiten. Hierdurch stehen nicht genug Mittel für die auskömmliche Finanzierung des Personals, etwa im Pflegebereich, zur Verfügung. Rheinland-Pfalz hat hierbei allerdings eine Sonderstellung, weil der Landesbasisfallwert, also der Durchschnittspreis pro Krankenhausfall, aus historischen Gründen deutlich höher ist als der der übrigen Bundesländer (s. Anlage 3).

Mit freundlichen Grüßen

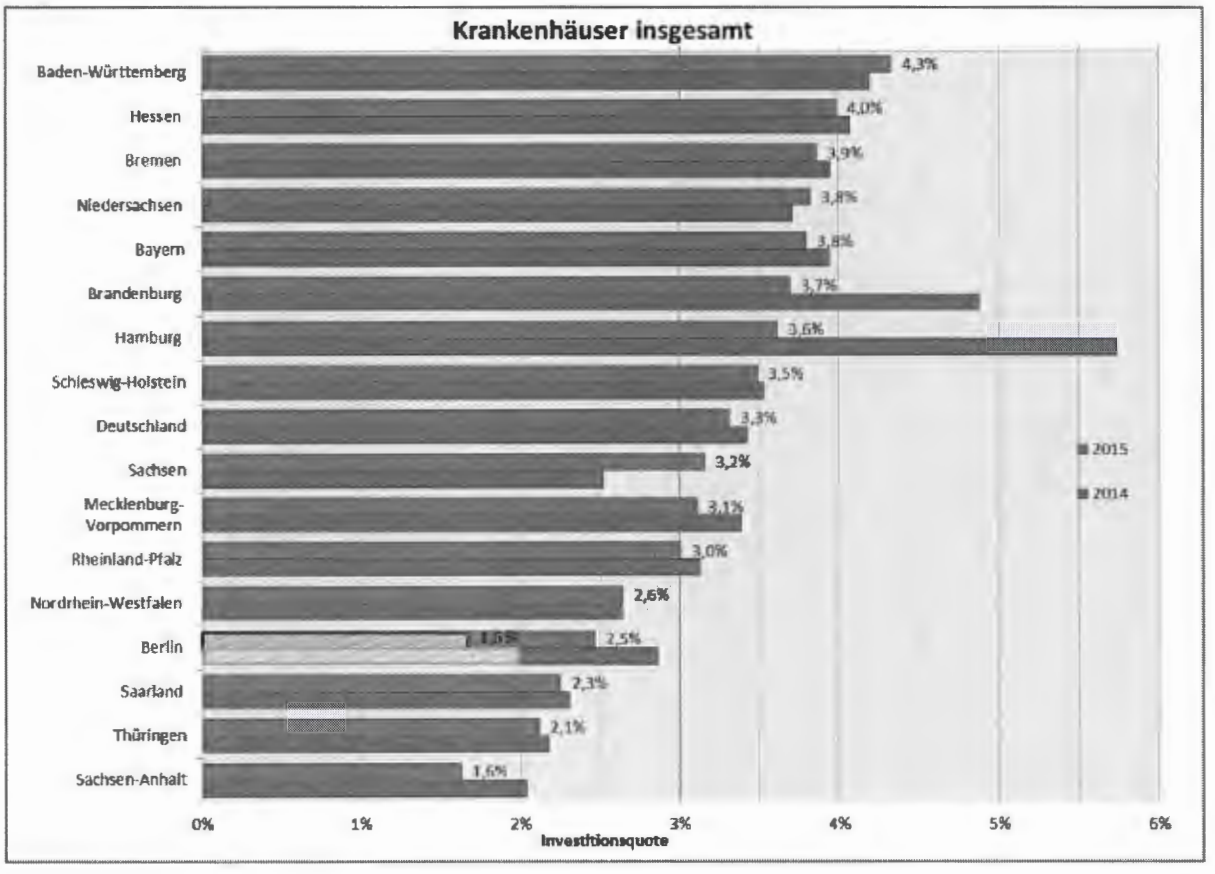
Jochen Metzner
Anl: 6

Anlage 1: Quelle: Foliensatz zum Krankenhaus-Rating-Report 2016, Prof. Augurzky, RWI



Anlage 2: Quelle: Deutsche Krankenhausgesellschaft, Krankenhausplanung und Investitionsfinanzeirung in den Bundesländern, Stand März 2017

Abbildung 4.6: Krankenhaus-Investitionsquote[26] differenziert nach Bundesländern für die Jahre 2014 und 2015[27]



Anlage 3: Liste der Landesbasisfallwerte 2017, Quelle: AOK-Bundesverband

Übersicht über die für 2017 gültigen Landesbasisfallwerte in den einzelnen Bundesländern

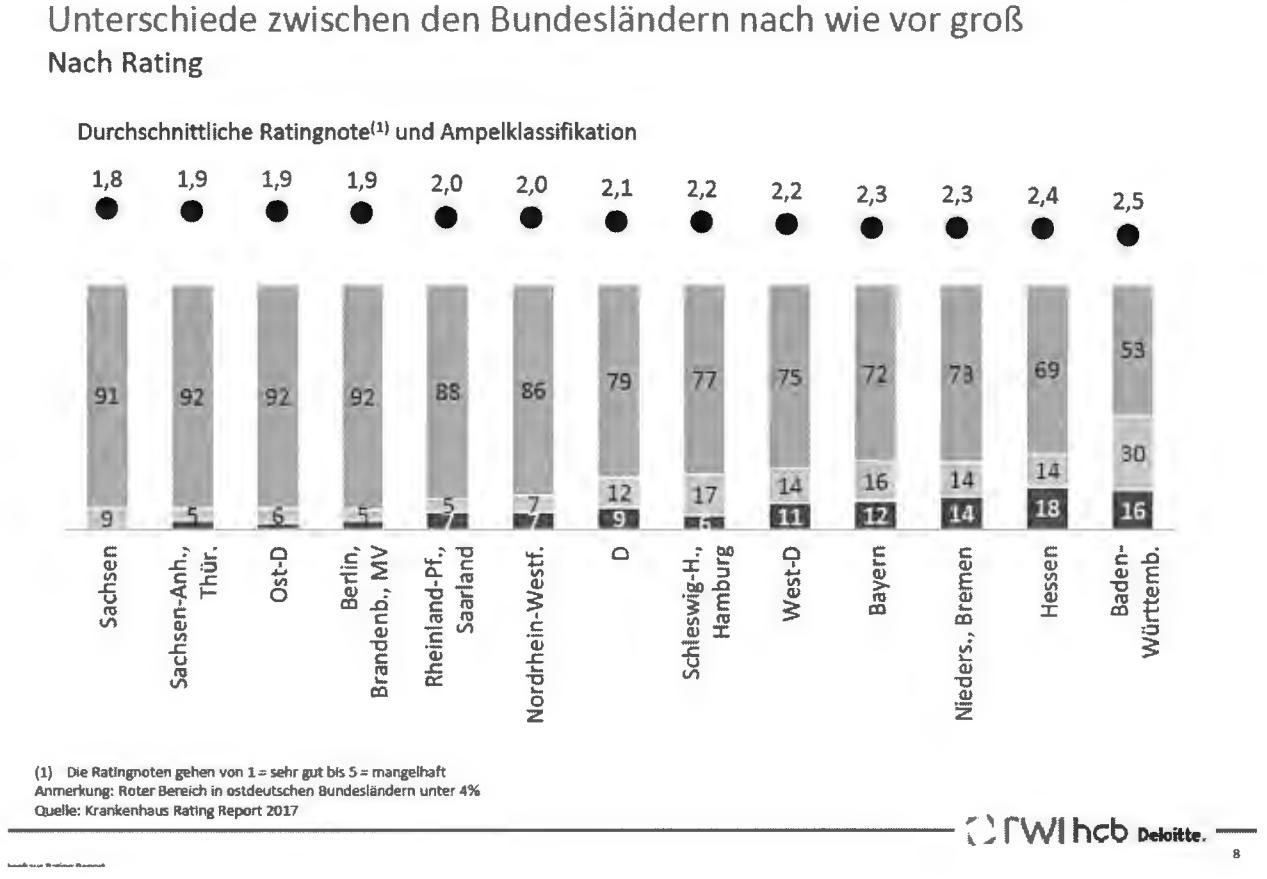
22.08.2017	Landesbasisfallwerte 2017									
Bundesland	LBFW 2017 ohne Ausgleiche	Veränderung des LBFW 2017 zu 2016*	vereinbartes Casemix - Volumen	Veränderung des CM 2017 zu 2016	Erlösvolumen auf Landesebene	Veränderung des Erlösvolumens 2017 zu 2016	Angleichung an BBFW § 10 Abs. 6 KHEntgG	LBFW 2017 mit Ausgleichen	Art LBFW 1)	genehmigt mit Bescheid zum
Baden-Württemberg	3.358,36 €	2,16%	2.386.542	1,90%	8.014.868.393 €	4,10%	k.A.	3.350,01 €	VB	01.02.2017
Bayern	3.365,00 €	1,60%	3.175.040	3,67%	10.684.009.600 €	5,33%	k.A.	3.350,50 €	VB	01.02.2017
Berlin	3.350,91 €	2,22%	1.015.000	2,94%	3.401.173.650 €	5,22%	k.A.	3.350,91 €	VB	01.02.2017
Brandenburg	3.347,67 €	2,12%	593.000	2,07%	1.985.168.310 €	4,23%	k.A.	3.347,67 €	VB	01.02.2017
Bremen	3.378,67 €	2,50%	234.345	1,89%	791.774.421 €	4,44%	k.A.	3.378,67 €	VB	01.01.2017
Hamburg	3.350,00 €	2,19%	628.400	0,87%	2.105.140.000 €	3,08%	k.A.	3.350,00 €	VB	01.03.2017
Hessen	3.352,50 €	2,27%	1.500.000	1,30%	5.028.750.000 €	3,60%	k.A.	3.352,50 €	VB	01.03.2017
Mecklenburg-Vorp.	3.350,85 €	2,22%	435.200	1,49%	1.458.289.920 €	3,74%	k.A.	3.347,85 €	VB	01.09.2017
Niedersachsen	3.343,25 €	1,98%	1.813.891	1,83%	6.064.291.086 €	3,85%	k.A.	3.341,67 €	VB	01.01.2017
Nordrhein-Westfalen	3.355,00 €	2,34%	5.021.666	2,12%	16.847.690.000 €	4,51%	k.A.	3.355,00 €	VB	01.07.2017
Rheinland-Pfalz	3.530,50 €	1,89%	930.000	1,58%	3.283.365.000 €	3,50%	k.A.	3.530,50 €	VB	01.01.2017
Saarland	3.388,00 €	1,18%	306.138	2,19%	1.037.195.066 €	3,40%	k.A.	3.388,00 €	VB	01.03.2017
Sachsen	3.341,67 €	1,94%	1.098.500	0,14%	3.670.824.495 €	2,08%	k.A.	3.341,67 €	VB	01.01.2017
Sachsen-Anhalt	3.344,75 €	2,03%	619.000	0,16%	2.070.400.250 €	2,20%	k.A.	3.344,75 €	VB	01.03.2017
Schleswig-Holstein	3.346,50 €	2,08%	623.980	2,78%	2.088.149.070 €	4,93%	k.A.	3.346,50 €	VB	01.02.2017
Thüringen	3.341,67 €	1,94%	642.000	1,34%	2.145.352.140 €	3,30%	k.A.	3.341,67 €	VB	01.01.2017
Bund (CM-gew.) *	**3.361,91 €**	**2,07%**	**21.022.702**	**2,03%**	**70.676.441.402 €**	**4,14%**				

1) SSt = Schiedsstelle, VB = Vereinbarung
2) Entspricht dem Berechnungsergebnis nach § 10 Abs. 9 Satz 2 KHEntgG (ohne Veränderungsrate)
*) inkl. anteiliger Tariferhöhungsrate nach § 10 Abs. 5 Satz 5 KHEntgG

Bundesbasisfallwert (BBFW) 2017:	**3.376,11 €**
obere Korridorgrenze	**3.460,51 €**
untere Korridorgrenze	**3.341,67 €**

Quelle: AOK-Bundesverband, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin

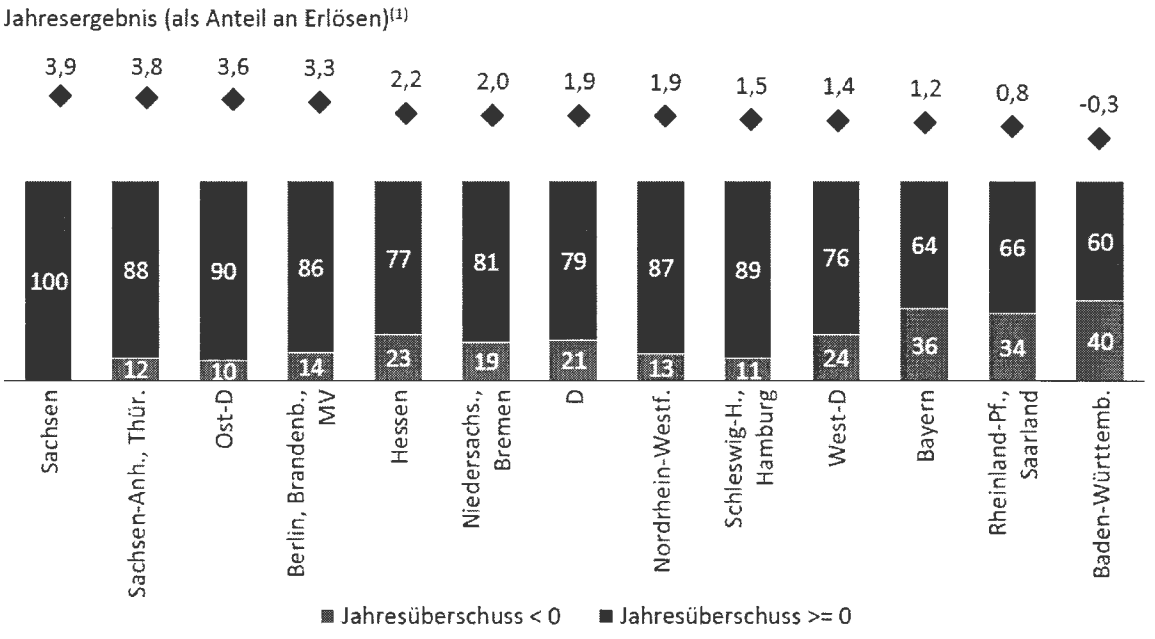
Anlage 4: Quelle: Foliensatz zum Krankenhaus-Rating-Report 2017, Prof. Augurzky, RWI



Anlage 5: Quelle: Foliensatz zum Krankenhaus-Rating-Report 2017, Prof. Augurzky, RWI

Unterschiede zwischen den Bundesländern nach wie vor groß

Nach Ertragslage

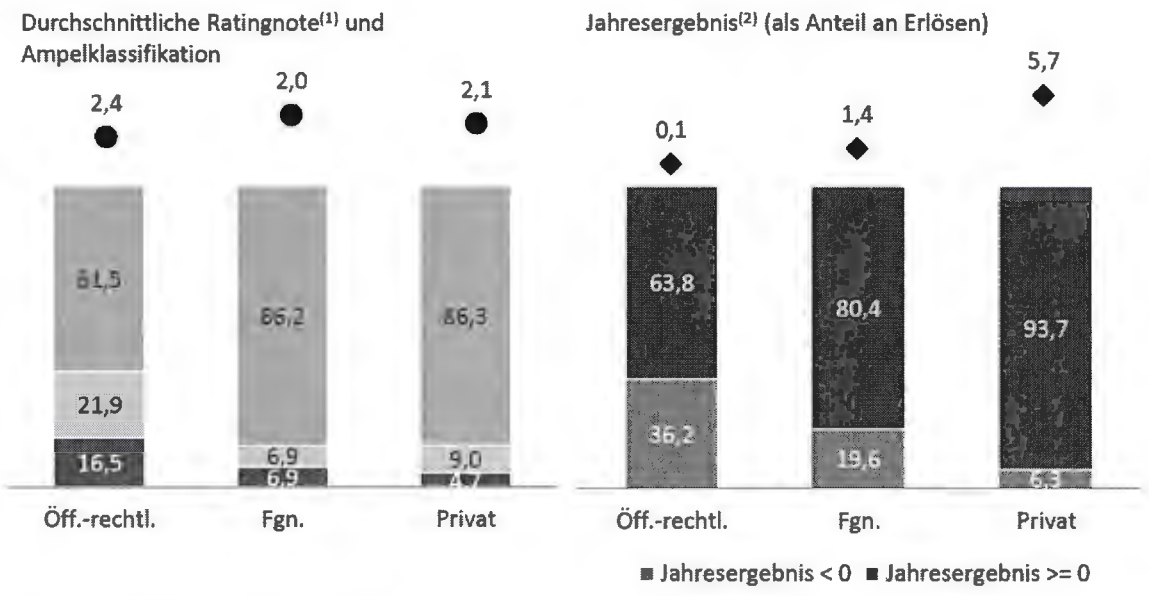


(1) EAT, Earnings after tax
Quelle: Krankenhaus Rating Report 2017

RWI hcb Deloitte

Anlage 6: Quelle: Foliensatz zum Krankenhaus-Rating-Report 2017, Prof. Augurzky, RWI

... ebenso die Unterschiede zwischen den Trägerschaften



(1) Die Ratingnoten gehen von 1 = sehr gut bis 5 = mangelhaft
(2) EAT, Earnings after tax
Quelle: Krankenhaus Rating Report 2017