



Ausarbeitung

**Öffentliche Investitionskostenförderung von Krankenhäusern
in privater Trägerschaft**

in privater Trägerschaft

Aktenzeichen: WD 9 - 3000 - 088/19
Abschluss der Arbeit: Datum: 6. Dezember 2019
Fachbereich: WD 9: Gesundheit, Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Die Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestages unterstützen die Mitglieder des Deutschen Bundestages bei ihrer mandatsbezogenen Tätigkeit. Ihre Arbeiten geben nicht die Auffassung des Deutschen Bundestages, eines seiner Organe oder der Bundestagsverwaltung wieder. Vielmehr liegen sie in der fachlichen Verantwortung der Verfasserinnen und Verfasser sowie der Fachbereichsleitung. Arbeiten der Wissenschaftlichen Dienste geben nur den zum Zeitpunkt der Erstellung des Textes aktuellen Stand wieder und stellen eine individuelle Auftragsarbeit für einen Abgeordneten des Bundestages dar. Die Arbeiten können der Geheimschutzordnung des Bundestages unterliegende, geschützte oder andere nicht zur Veröffentlichung geeignete Informationen enthalten. Eine beabsichtigte Weitergabe oder Veröffentlichung ist vorab dem jeweiligen Fachbereich anzuzeigen und nur mit Angabe der Quelle zulässig. Der Fachbereich berät über die dabei zu berücksichtigenden Fragen.

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	5
2.	Besondere rechtliche Fragestellungen und wirtschaftliche Aspekte beim Betrieb von Krankenhäusern in privater Trägerschaft	6
2.1.	Spezifische rechtliche Fragestellungen	6
2.2.	Wirtschaftliche Aspekte	7
3.	Verfassungsrechtliche Vorgaben für das System der stationären Versorgung	7
3.1.	Gesetzgebungskompetenzen	8
3.2.	Sozialstaatsprinzip und stationärer Sicherstellungsauftrag des Staates	8
3.3.	Der verfassungsrechtlich verankerte Grundsatz der Trägervielfalt	9
3.4.	Grundrechte privater Krankenhausträger	10
3.4.1.	Private Trägerschaft als Ausprägung der Berufsfreiheit (Art. 12 Abs. 1 GG)	11
3.4.2.	Private Trägerschaft als Ausprägung der Wettbewerbsfreiheit (Art. 12 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 2 Abs. 1 GG)	11
3.4.3.	Private Krankenhäuser als Träger des Grundrechtes der Eigentumsfreiheit (Art. 14 Abs. 1 GG)	11
4.	Das Krankenhausfinanzierungsgesetz als bundesrechtliche Grundlage der öffentlichen Investitionskostenförderung	12
4.1.	Allgemeines zur Finanzierung privater Krankenhausträger	12
4.2.	Nach dem KHG nicht förderungsfähige Einrichtungen	12
4.3.	Grundzüge der öffentlichen Investitionskostenförderung	14
4.3.1.	Bundes- und Landesrecht	14
4.3.2.	Begriff der förderfähigen Investitionskosten im Sinne des KHG	14
4.3.3.	Fördertatbestände	15
4.3.3.1.	Einzelförderung (§ 9 Abs. 1 und 2 KHG)	15
4.3.3.2.	Pauschalförderung (§ 9 Abs. 3, 3a und 4 KHG)	16
4.3.4.	Rechtsanspruch auf Förderung (§ 8 KHG)	16
4.3.4.1.	Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan eines Landes als Voraussetzung für den Rechtsanspruch auf Förderung	16
4.3.4.2.	Aufnahme eines Plankrankenhauses in das Investitionsprogramm eines Landes als Voraussetzung für die öffentliche Förderung von Investitionen nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 KHG	17
4.3.5.	Zweckbindung der Fördermittel	18
4.3.6.	Ermöglichung einer Investitionsförderung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen	18
4.3.7.	Sonderförderprogramm zur Verbesserung der Strukturen in der Krankenhausversorgung	19

5.	Statistische und sonstige empirische Daten	20
5.1.	Gutachten 2018 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen	20
5.2.	Bestandsaufnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft 2018	21
5.3.	Krankenhaus Barometer 2018 des Deutschen Krankenhausinstituts	22
5.3.1.	Wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser	22
5.3.2.	Investitionen	23
5.4.	Gutachten des RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung 2017	24
5.5.	Studie der BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft zur Investitionsfähigkeit der deutschen Krankenhäuser 2015	25
6.	Studien zur Bedeutung der privaten Krankenhausträger für die stationäre Versorgung	26
6.1.	Krankenhaus-Benchmark-Studie der Wirtschaftsprüfungs- und Beratungsgesellschaft PwC 2019	26
6.2.	Studien des RWI – Leibniz-Instituts für Wirtschaftsforschung e. V.	26
7.	Vorschläge zur Verbesserung der Investitionsfinanzierung in der Wissenschaft	29
7.1.	Gutachten des RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung 2017	29
7.1.1.	Internationaler Vergleich	29
7.1.2.	Reformoptionen	30
7.2.	Gutachten 2018 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen	32
8.	Literaturverzeichnis	33

1. Einleitung

Die stationäre Krankenhausversorgung wird von öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Trägern wahrgenommen. Aktuell gibt es in Deutschland 1942 Kliniken, davon 560 in öffentlicher Trägerschaft, 662 in freigemeinnütziger und 707 in privater Trägerschaft. Private Krankenhausträger übernehmen damit einen erheblichen Anteil an der stationären Gesundheitsversorgung. Die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser erfolgt nach dem Prinzip der dualen Finanzierung: Die Betriebskosten, die im Zusammenhang mit der Behandlung der Patienten entstehen, werden durch die Krankenkassen finanziert, die notwendigen investiven Kosten werden grundsätzlich von den Bundesländern aufgebracht. Dies gilt auch für privat betriebene Krankenhäuser, soweit sie in den jeweiligen Krankenhausplan aufgenommen worden sind. Zwar sind private Träger darauf ausgerichtet, Gewinne zu erwirtschaften und haben damit mehr Spielräume zu entscheiden, wo die zusätzlichen Mittel eingesetzt werden. Auch sie sind aber in der Regel auf öffentliche Förderung angewiesen, damit die verfassungsrechtlich gebotene Aufgabe des Staates zur Daseinsvorsorge erfüllt werden kann.

Bereits seit etlichen Jahren besteht Einigkeit darüber, dass die finanziellen Mittel, die die Länder den unterschiedlichen Trägern zur Verfügung stellen, offensichtlich nicht ausreichen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) stellten in einer gemeinsamen Pressemitteilung im Frühjahr 2019 fest, dass der aktuell bestandserhaltende Investitionsbedarf der Krankenhäuser bundesweit bei über sechs Milliarden Euro pro Jahr liege. Trotz zahlreicher Krankenhausreformen stünden nach wie vor bei weitem nicht ausreichende Investitionsmittel zur Verfügung.¹ Die Länder übernahmen aktuell weniger als die Hälfte des Investitionsbedarfs. In den Medien wird bis heute davon berichtet, dass es immer wieder zu Schließungen von Kliniken komme, öffentliche Krankenhäuser würden in GmbHs umgewandelt, Länder, Kommunen und die Kliniken selbst klagten über einen erheblichen Investitionsstau.

So wird etwa in Baden-Württemberg nach der Auswertung einer Umfrage bei den Mitgliedseinerichtungen der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft festgestellt, dass sich die finanziellen Probleme von Krankenhäusern, Reha-Kliniken und Pflegeeinrichtungen verschärft hätten und dass Bedarf für eine gesetzliche Regelung bestehe, die sicherstellen würde, dass Kliniken ihre Investitionskosten bei wirtschaftlicher Geschäftsführung finanzieren könnten.²

Im Bayerischen Landtag hatten Abgeordnete der SPD im März 2019 einen Änderungsantrag zum Haushaltsplan 2019/2020 zu dem Thema „Solide Investitionsförderung für Bayerische Krankenhäuser“ mit dem Ziel eingebracht, die Zuschüsse und Zuweisungen an kommunale Krankenhäuser

1 Gemeinsame Pressemitteilung: Investitionsbedarf der Krankenhäuser: aktuelle Auswertung bestätigt Unterfinanzierung durch die Bundesländer, 21. März 2019, abrufbar unter: https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Media/1_DKG/1.7_Presse/1.7.1_Pressemitteilungen/2019/2019-03-21_GemPM_Investitionsbewertungsrelationen_2019.pdf.

2 Fast jede zweite Klinik in Baden-Württemberg schreibt rote Zahlen, ärzteblatt online, 11. Juli 2019, abrufbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/104574/Fast-jede-zweite-Klinik-in-Baden-Wuerttemberg-schreibt-rote-Zahlen>.

ser anzuheben. Begründet worden war der Antrag mit der „unzureichenden und verzögerten öffentlichen Investitionsförderung“, die „eine sich beschleunigende unstrukturierte Privatisierung zur Folge“ habe.³

In Niedersachsen hat die Landesregierung auf den Investitionsbedarf mit dem Beschluss des Krankenhaus-Investitionsprogramms 2017 reagiert, um den Investitionsstau abzubauen und damit die stationäre Versorgung in Niedersachsen deutlich zu verbessern.⁴

Die vorliegende Arbeit nimmt die öffentlichen Investitionskosten insbesondere der privaten Krankenhausträger in den Blick, zeigt die rechtlichen Rahmenbedingungen für die öffentliche Förderung auf und gibt Erläuterungen zu den aktuellen Zahlen. Sie stellt darüber hinaus Studien vor, die sich mit den Krankenhäusern in privater Trägerschaft bzw. dem Umgang mit Investitionskosten befassen.

2. Besondere rechtliche Fragestellungen und wirtschaftliche Aspekte beim Betrieb von Krankenhäusern in privater Trägerschaft

2.1. Spezifische rechtliche Fragestellungen

Dem freien Unternehmertum privater Krankenhausträger sind durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)⁵, mit dem der weitaus größte Teil der Krankenhäuser in der Bundesrepublik in ein staatliches Planungssystem mit öffentlicher Förderung der Investitionskosten und gesetzlich vorgegebener Finanzierung der notwendigen Betriebskosten einbezogen wird, Grenzen gesetzt. So sind etwa Investitionskosten von Krankenhäusern in privater Trägerschaft – vorbehaltlich abweichender landesrechtlicher Bestimmungen – gem. § 5 Abs. 1 Nr. 2 KHG nur dann förderfähig, wenn sie sich an der allgemeinen Versorgung, vor allem sozialversicherter Patienten, in bestimmtem Umfang beteiligen. Eine Gewinnerzielungsabsicht im Sinne einer klassischen Gewinnmaximierung, die alleine darauf abzielt Einnahmen zu generieren, wäre daher für die privaten Krankenhausträger, die sich innerhalb des vom KHG vorgegebenen Systems bewegen wollen, kontraproduktiv. Krankenhäuser in privater Trägerschaft sind im Ergebnis nicht nur im Hinblick auf die dort angebotenen medizinischen Inhalte mit den Krankenhäusern der übrigen Trägergruppen vergleichbar, sie haben auch in rechtlicher Hinsicht dieselben Voraussetzungen zu erfüllen und denselben Regeln zu folgen. Die private Trägerschaft als solche führt aber zu spezifischen

3 Bayerischer Landtag, Änderungsantrag der Abgeordneten Harald Güller, Ruth Waldmann u. a. der Fraktion der SPD, Haushaltsplan 2019/2020, Solide Investitionsförderung für Bayerische Krankenhäuser, Sonstige Leistungen nach dem Krankenhausgesetz, Drs. 18/1365 vom 28. März 2019, S. 1.

4 Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, Sonder-Investitionsprogramm vorgestellt: Rund 1,3 Milliarden Euro für Niedersachsens Krankenhäuser – Kabinett gibt grünes Licht für 38 Klinik-Maßnahmen in ganz Niedersachsen, Pressemitteilung vom 6. Juli 2017, abrufbar unter: https://www.ms.niedersachsen.de/startseite/service_kontakt/presseinformationen/sonder-investitionsprogramm-vorgestellt-rund-13-milliarden-euro-fuer-niedersachsens-krankenhaeuser--kabinett-gibt-gruenes-licht-fuer-38-klinik-manahmen-in-ganz-niedersachsen-155448.html.

5 Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG) vom 29. Juni 1972 in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), zuletzt geändert durch Art. 14 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646).

Fragestellungen beim Betrieb eines Krankenhauses, die diese Trägergruppe in rechtlicher Hinsicht von den übrigen Trägergruppen unterscheidet.⁶

2.2. Wirtschaftliche Aspekte

In wirtschaftlicher Hinsicht unterscheiden sich Krankenhäuser in privater Trägerschaft von kommunalen und freigemeinnützigen Krankenhäusern vor allem durch die Tatsache, dass privates Eigenkapital im Unternehmen eingesetzt wird⁷. Daraus leiten sich die Vor- und Nachteile gegenüber anderen Krankenhäusern ab. Einerseits sind die privaten Mittel nicht kostenlos. Ebenso wie bei Fremdkapital, für das Zinsen anfallen, ist auch die Nutzung von privatem Eigenkapital mit Kapitalkosten verbunden, die sich in Form von jährlichen Ausschüttungen äußern. Dadurch wird dem Krankenhaus einerseits zwar Investitionskraft entzogen. Dem steht aber andererseits der Vorteil gegenüber, Kapital am Kapitalmarkt akquirieren zu können, was die Investitionskraft wiederum deutlich stärkt, weil erst durch die Ausschüttung eines Teils des Gewinns Krankenhäuser für externe Kapitalgeber interessant werden. Volkswirtschaftlich vorteilhaft ist, dass dadurch dem Gesundheitswesen private Mittel zufließen. Bei nicht-gewinnorientierten Krankenhäusern entfällt hingegen diese Möglichkeit. Sie können nur auf knappe öffentliche Fördermittel und auf Fremdkapital zurückgreifen. Ohne ausreichende Investitionen fällt es aber häufig schwer, Betriebsabläufe zu verbessern. Es sind mithin die Kapitalkosten von privatem Eigenkapital, die die Gewinnerzielungsabsicht begründen. Dabei sind Gewinne jedoch nicht gesichert, vielmehr sind auch Verluste möglich. Der Kapitalgeber geht deshalb ein unternehmerisches Risiko ein.⁸

3. Verfassungsrechtliche Vorgaben für das System der stationären Versorgung

Das Grundgesetz (GG)⁹ enthält für das System der stationären Versorgung institutionelle Vorgaben, die entscheidend u. a. durch das System der Aufteilung der Gesetzgebungskompetenzen im Gesundheitsbereich, das Sozialstaatsprinzip und den hieraus abzuleitenden Sicherstellungsauftrag des Staates, die Trägerpluralität von öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Kranken-

6 Einen instruktiven Überblick über die spezifischen Fragestellungen beim Betrieb von Krankenhäusern in privater Trägerschaft findet sich bei Wernick, in: Huster/Kaltenborn (Hrsg.), Krankenhausrecht, § 20. Zum Krankenhausbegriff und zur Einteilung der Krankenhäuser nach Trägerschaft und Betriebsformen vgl. eingehend die Ausarbeitung „Krankenhäuser in privater Trägerschaft – Rechtsgrundlagen, verfassungsrechtliche Vorgaben und Finanzierung“, Deutscher Bundestag, Wissenschaftliche Dienste, WD 9 – 3000 – 095/13, S. 19 ff.; abrufbar unter: <https://www.bundestag.de/resource/blob/410456/4e05aed207135be735046e76f13a107b/wd-9-095-13-pdf-data.pdf>.

7 Privates Fremdkapital nutzen dagegen Krankenhäuser in jeglicher Trägerschaft.

8 Zu den vorgenannten und weiteren ökonomischen Besonderheiten von Krankenhäusern in privater Trägerschaft im Vergleich zu kommunalen und freigemeinnützigen Krankenhäusern vgl. näher Augurzky/Beivers/Gülker, Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft, hrsg. vom Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung, RWI Materialien, Heft 72, 2012, S. 11 ff; abrufbar unter: http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-materialien/M_72_Faktenbuch-priv-KH.pdf.

9 Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland (GG) in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 100-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Art. 1 des Gesetzes vom 15. November 2019 (BGBl. I S. 1546).

häusern sowie die Grundrechte der freigemeinnützigen und privaten Krankenhausträger als Leistungserbringer geprägt sind. Das verfassungsrechtliche Normengefüge gestaltet unmittelbar die Strukturen des Krankenhauswesens und der stationären Versorgung.¹⁰

3.1. Gesetzgebungskompetenzen

Eine (umfassende) Gesetzgebungszuständigkeit für das Krankenhausrecht oder das Krankenhauswesen gibt es nicht. Die Gesetzgebungskompetenzen für das Gesundheitsrecht sind zwischen Bund und Ländern aufgeteilt. Für den öffentlichen Gesundheitsdienst und dessen Aufgaben liegen sie weitgehend bei den Ländern. Der Bund hat dagegen die konkurrierende Gesetzgebung (Art. 72 GG) für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG), das Sozialversicherungsrecht (Art. 74 Abs. 1 Nr. 2 GG) sowie das Recht der Zulassung zu den ärztlichen und anderen Heilberufen (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG). Die Rechtsmaterie Gesundheitsrecht ist deshalb verschiedenen Aufgabenträgern zugewiesen. Auf der Grundlage des Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG hat der Bund 1972 das KHG erlassen, der für den Bereich der Krankenhausrechts zentralen Rechtsquelle auf Bundesebene. Nach § 1 Abs. 1 KHG ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser erklärter Gesetzeszweck. Durch sie soll eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, qualitativ hochwertig und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern gewährleistet und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beigetragen werden. Der in Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG angedeuteten Erkenntnis folgend, dass allein die Krankenhauspflegesätze für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser nicht ausreichen, statuiert § 4 KHG den Grundsatz der „dualen Krankenhausfinanzierung“, mit dem die Finanzierung der Krankenhäuser auf zwei Säulen gestellt wird. Das bedeutet, dass die Investitionskosten eines Krankenhauses im Wege der öffentlichen Förderung übernommen werden (§ 4 Nr. 1 KHG), während die laufenden Betriebskosten durch die von den Krankenkassen zu bezahlenden Pflegesätze finanziert werden (§ 4 Nr. 2 KHG). Die Grundsätze zur Investitionsfinanzierung sind in den §§ 8 ff. KHG geregelt.¹¹

3.2. Sozialstaatsprinzip und stationärer Sicherstellungsauftrag des Staates

Aus dem in Art. 20 Abs. 1 GG verankerten Sozialstaatsprinzip leitet sich der allgemeine stationäre Sicherstellungsauftrag des Staates ab. Die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern ist eine verfassungsrechtlich vorgegebene Aufgabe im Rahmen der **öffentlichen Daseinsvorsorge**. Für deren Erfüllung steht dem Gesetzgeber allerdings ein weiter Gestaltungsspielraum zu. Leitlinien für das gesetzgeberische Ermessen haben dabei die von

10 Zu den verfassungsrechtlichen Vorgaben für das Krankenhausrecht vgl. die instruktiven Überblicksdarstellungen bei Kaltenborn, in: Huster/Kaltenborn (Hrsg.), Krankenhausrecht, § 2; Stollmann/Wollschläger, in: Laufs/Kern/Rehborn (Hrsg.), Handbuch des Arztrechts, § 79 Rn. 1 ff. und § 80 Rn. 1 ff.; Quaas, in: Quaas/Zuck/Clemens/Gokel, Medizinrecht, § 25 Rn. 19 ff. sowie die Ausarbeitung „Krankenhäuser in privater Trägerschaft – Rechtsgrundlagen, verfassungsrechtliche Vorgaben und Finanzierung“, Deutscher Bundestag, Wissenschaftliche Dienste, WD 9 – 3000 – 095/13, S. 32-43.

11 Zur Aufteilung der Gesetzgebungszuständigkeit zwischen Bund und Ländern im Gesundheitsrecht sowie insbesondere zur konkurrierenden Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze gem. Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG vgl. eingehend die Ausarbeitung „Krankenhäuser in privater Trägerschaft – Rechtsgrundlagen, verfassungsrechtliche Vorgaben und Finanzierung“, Deutscher Bundestag, Wissenschaftliche Dienste, WD 9 – 3000 – 095/13, S. 32-36.

der höchstrichterlichen Rechtsprechung und Literatur entwickelten entsprechenden verfassungsrechtlichen Vorgaben zu sein, d. h. im Bereich der stationären Versorgung insbesondere die Anerkennung der bestehenden Vielfalt und Vielgestaltigkeit der Leistungsträger in einem pluralistisch ausgerichteten Gemeinwesen (Trägervielfalt), die Gewährleistung der Autonomie der Träger im Rahmen der Funktionsfähigkeit des Versorgungssystems, die Anwendung des Grundsatzes der Subsidiarität bei der Leistungserfüllung und die Beachtung der Grundrechte der Krankenhausträger und sonstiger Einrichtungen der stationären Versorgung.¹²

3.3. Der verfassungsrechtlich verankerte Grundsatz der Trägervielfalt

Die Vielfalt und Vielgestaltigkeit der Krankenhäuser ist ein tragendes Merkmal der stationären Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Die **Trägerpluralität** von öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern ist ein Spiegelbild der freiheitlichen und pluralistischen Gesellschaftsordnung. Aus dem Zusammenspiel der grundrechtlichen Freiheitsgarantien mit dem Sozialstaatsprinzip folgt die Existenz- und Funktionsgarantie für die nicht-staatliche Krankenhausversorgung. Dem Grundsatz der Trägerpluralität kommt daher Verfassungsrang zu. Seine Begrenzung erfährt der Grundsatz der Trägerpluralität durch die sozialstaatlichen Gemeinwohlverpflichtungen, insbesondere der bedarfsgerechten Versorgung und der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung. An der institutionellen Garantie freier Krankenhausversorgung scheitert jeder staatliche Monopolanspruch. Aber auch staatliche Planungs-, Finanzierungs- und Steuerungsmaßnahmen auf den Ebenen der Gesetzgebung und des Gesetzesvollzuges werden durch den Grundsatz der Trägerpluralität begrenzt.¹³

Der verfassungsrechtlich verankerte Grundsatz der Trägerpluralität wird einfachgesetzlich konkretisiert durch § 1 Abs. 2 Satz 1 und 2 KHG.¹⁴ Danach ist bei der Durchführung des KHG die Vielfalt der Krankenhausträger zu beachten (§ 1 Abs. 2 Satz 1 KHG). Die Krankenhausreformgesetzgebung des Jahres 1984 in der Fassung des Krankenhaus-Neuordnungsgesetzes (KHNG) vom 20. Dezember 1984¹⁵ ging noch einen Schritt weiter: Sie ergänzte die Grundsätze der Krankenhausfinanzierung um die in § 1 Abs. 2 Satz 2 KHG enthaltene Bestimmung, wonach „nach Maß-

12 Zum aus dem Sozialstaatsprinzip abgeleiteten allgemein stationären Sicherstellungsauftrag des Staates vgl. näher Stollmann/Wollschläger, in: Laufs/Kern/Rehborn (Hrsg.), Handbuch des Arztrechts, § 79 Rn. 4 ff.; Quaas, in: Quaas/Zuck/Clemens/Gokel, Medizinrecht, § 25 Rn. 23 ff. sowie die Ausarbeitung „Krankenhäuser in privater Trägerschaft – Rechtsgrundlagen, verfassungsrechtliche Vorgaben und Finanzierung“, Deutscher Bundestag, Wissenschaftliche Dienste, WD 9 – 3000 – 095/13, S. 36-37 jeweils mit weiteren Nachweisen aus der Rechtsprechung und Literatur.

13 Zum verfassungsrechtlich verankerten Grundsatz der Trägerpluralität vgl. näher Stollmann/Wollschläger, in: Laufs/Kern/Rehborn (Hrsg.), Handbuch des Arztrechts, § 80 Rn. 1 ff., Quaas, in: Quaas/Zuck/Clemens//Gokel, Medizinrecht, § 25 Rn. 78 ff sowie die Ausarbeitung „Krankenhäuser in privater Trägerschaft – Rechtsgrundlagen, verfassungsrechtliche Vorgaben und Finanzierung“, Deutscher Bundestag, Wissenschaftliche Dienste, WD 9 – 3000 – 015/13, S. 37-39 mit weiteren Nachweisen aus der Rechtsprechung und Literatur.

14 Vgl. hierzu Dettling/Würtenberger, in: Dettling/Gerlach (Hrsg.), Krankenhausrecht, Kommentar, § 1 KHG, Rn. 240 ff.

15 Gesetz zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung (Krankenhaus-Neuordnungsgesetz – KHNG) vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1716).

gabe des Landesrechts insbesondere die wirtschaftliche Sicherung freigemeinnütziger und privater Krankenhausträger zu gewährleisten“ ist. Hintergrund der gesetzlichen Entscheidung für eine Privilegierung der freigemeinnützigen und privaten Träger ist insbesondere deren strukturell unterschiedliche Ausgangslage im Vergleich zu öffentlichen Krankenhäusern, wie dies im Ausschussbericht des Bundestags-Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung anlässlich der Beschlussfassung zu § 1 Abs. 2 Satz 2 KHG durch KHNG zum Ausdruck gekommen ist¹⁶. Danach hebt die Einfügung des § 1 Abs. 2 KHG in der Fassung des KHNG den bisher in § 1 Satz 1 KHG alter Fassung enthaltenen Grundsatz, die Trägervielfalt im Krankenhausbereich zu „wahren“, deutlicher hervor. Die Regelung des § 1 Abs. 2 Satz 2 KHG neuer Fassung unterstreiche die besondere Bedeutung freigemeinnütziger und privater Krankenhäuser für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten und bürgernahen Krankenhausversorgung. Diese könnten im Gegensatz zu Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft, insbesondere zu kommunalen Krankenhäusern, in aller Regel nicht auf zusätzliche Betriebs- und Investitionszuschüsse ihrer Träger zurückgreifen. Die Gesetzesänderung solle deshalb vor allem sicherstellen, dass dieser grundsätzlich gegebene strukturelle Wettbewerbsnachteil bei der Durchführung des Gesetzes Berücksichtigung finde. Auch die Krankenhausgesetze der Länder bekennen sich zur verfassungsrechtlichen Garantie der Trägervielfalt.¹⁷

In der Fachliteratur wird im Übrigen die Auffassung vertreten, die Trägervielfalt habe zu einem wohltuenden Gleichgewicht divergierender Ziele und damit zu einem Ausgleich von Zielkonflikten geführt. Zu beachten sei allerdings immer die Gefahr, dass das Gleichgewicht „ins Wanken“ kommen könne, wenn wirtschaftliche Ziele durch eine „ungebremste Privatisierung“ überbetont würden.¹⁸

3.4. Grundrechte privater Krankenhausträger

Für das System der stationären Versorgung und seine gesetzlichen Grundlagen sind auch die Grundrechte der Leistungserbringer, insbesondere der privaten Krankenhausträger, von erheblicher Bedeutung. Gemäß Art. 19 Abs. 3 GG gelten die Grundrechte nicht nur für natürliche Personen, sondern gleichermaßen auch für inländische juristische Personen, soweit sie ihrem Wesen nach auf diese anwendbar sind. Danach können sich die Krankenhausträger auf Grundrechte berufen, soweit es sich um juristische Personen oder Personenvereinigungen des Privatrechts handelt. Die erwerbswirtschaftlichen Krankenhäuser in privater Trägerschaft sind damit grundrechtlich genauso geschützt wie jedes andere Privatunternehmen auch. Als maßgebliche Grundrechte

16 Vgl. BT-Drs. 10/2565 S. 27 sowie Faltin, Freigemeinnützige Krankenhäuser im System staatlicher Krankenhausfinanzierung, S. 148 f.

17 Zur Privilegierung der freigemeinnützigen und privaten Träger durch § 1 Abs. 2 Satz 2 KHG vgl. eingehend Quaas, in: Quaas/Zuck/Clemens/Gokel, Medizinrecht, § 25 Rn. 82 ff. und die Ausarbeitung „Krankenhäuser in privater Trägerschaft – Rechtsgrundlagen, verfassungsrechtliche Vorgaben und Finanzierung“, Deutscher Bundestag, Wissenschaftliche Dienste, WD 9 – 3000 – 095/13, S. 39-40 mit weiteren Nachweisen aus der Rechtsprechung und Literatur.

18 Obst, Öffentliche Krankenhäuser: Die Grenzen der Privatisierung, in: ärzteblatt.de, 8. Mai 2009, abrufbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/64543/Oeffentliche-Krankenhaeuser-Die-Grenzen-der-Privatisierung>.

privater Krankenhausträger spielen insbesondere die in Art. 12 Abs. 1 GG gewährleistete Berufsfreiheit sowie der Eigentumsschutz gem. Art. 14 Abs. 1 GG eine erhebliche Rolle.¹⁹ Die Frage einer Grundrechtsverletzung kann sich für Krankenhausträger insbesondere dann stellen, wenn sie nicht in den jeweiligen Krankenhausplan aufgenommen werden, ihnen deshalb keine öffentliche Investitionskostenförderung zusteht und sie damit in Gefahr geraten, Krankenhäuser schließen zu müssen.

3.4.1. Private Trägerschaft als Ausprägung der Berufsfreiheit (Art. 12 Abs. 1 GG)

Das Betreiben eines Krankenhauses als Ausprägung unternehmerischen Handelns ist nach ständiger Rechtsprechung als berufliche Tätigkeit im Sinne des Art. 12 Abs. 1 GG anzusehen und geschützt. Regelungen der Berufsausübung sind mit Art. 12 Abs. 1 GG vereinbar, wenn ihnen schutzwürdige Erwägungen des Gemeinwohls zugrunde liegen, die nach Art und Ausmaß geeignet und erforderlich sind, den vom Gesetzgeber verfolgten Zweck zu erreichen und wenn eine Gesamtabwägung zwischen der Schwere des Eingriffs und dem Gewicht der ihn tragenden Gründe ergibt, dass die Grenze der Zumutbarkeit gewahrt ist. Eingriffe in die Berufsfreiheit dürfen deshalb nicht weiter gehen, als es die sie rechtfertigenden Gemeinwohlbelange erfordern.

3.4.2. Private Trägerschaft als Ausprägung der Wettbewerbsfreiheit (Art. 12 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 2 Abs. 1 GG)

Die in Art. 12 Abs. 1 GG geschützte freie Wahl und Ausübung des Berufs führt zu einem Wettbewerb zwischen den Berufsangehörigen. Art. 12 Abs. 1 GG sichert damit auch die Teilnahme am Wettbewerb nach Maßgabe seiner Funktionsbedingungen. Die Wettbewerbsfreiheit selbst folgt aus dem in Art. 2 Abs. 1 GG geschützten Grundrecht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit, welches auch die Freiheit zur Teilnahme am Wettbewerb umfasst. Die Krankenhausgesetzgebung hat aus Sicht des privaten Krankenhausträgers insbesondere auch sicherzustellen, dass durch sie nicht in die Funktionsfähigkeit des Wettbewerbs zwischen den Krankenhausträgern eingegriffen wird, der stattfindende Wettbewerb also nicht verzerrt wird und die privaten Krankenhausträger insofern in ihrer beruflichen Tätigkeit nicht behindert werden.

3.4.3. Private Krankenhäuser als Träger des Grundrechtes der Eigentumsfreiheit (Art. 14 Abs. 1 GG)

Neben dem Schutz der Betätigung der Krankenhausträger aus Art. 12 Abs. 1 und 2 Abs. 1 GG greift für die privaten Einrichtungen auch das Grundrecht der Eigentumsfreiheit des Art. 14 Abs. 1 GG. Es erstreckt sich auf das Sacheigentum sowie die sonstigen vermögenswerten Rechtspositionen, wozu insbesondere das Recht am eingerichteten und ausgeübten Gewerbebetrieb zählt. Allerdings schützt Art. 14 Abs. 1 GG nur Rechtspositionen, die einem Rechtssubjekt bereits zustehen. Er schützt nicht in der Zukunft liegende Erwerbs- und Verdienstmöglichkeiten. Die Ei-

19 Zur Bedeutung der Grundrechte für Krankenhäuser in privater Trägerschaft vgl. die zusammenfassenden Überblicksdarstellungen bei Wernick, in: Huster/Kaltenborn (Hrsg.), Krankenhausrecht, § 20 Rn. 8 ff., Quaas, in: Quaas/Zuck/Clemens/Gokel, Medizinrecht, § 25 Rn. 26 ff. sowie die Ausarbeitung „Krankenhäuser in privater Trägerschaft – Rechtsgrundlagen, verfassungsrechtliche Vorgaben und Finanzierung“, Deutscher Bundestag, Wissenschaftliche Dienste, WD 9 – 3000 – 095/13, S. 40-43 jeweils mit weiteren Nachweisen aus der Rechtsprechung und Literatur.

gentumsgarantie erfasst das Erworbene im Sinne des vorhandenen Bestandes an vermögenswerten Gütern, während allein die Berufsfreiheit die Chance zum Erwerb schützt. Vor diesem Hintergrund erweist sich die Berufung eines Krankenhausträgers auf die Eigentumsgarantie gegenüber staatlichen Eingriffen, auch wenn sie eine Wettbewerbsverzerrung zur Folge haben, regelmäßig als wenig erfolgversprechend.

4. Das Krankenhausfinanzierungsgesetz als bundesrechtliche Grundlage der öffentlichen Investitionskostenförderung

4.1. Allgemeines zur Finanzierung privater Krankenhausträger

Unmittelbarer Zweck des KHG ist – wie bereits erwähnt – die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser (§ 1 Abs. 1 KHG). Die Mittel zur Erreichung dieses Gesetzeszwecks sind die staatliche Krankenhausplanung (§ 6 KHG), die Investitionskostenförderung (§§ 8, 9 KHG) unter Mitwirkung der an der Krankenhausversorgung im Land Beteiligten (§ 7 KHG) und die staatlich zu genehmigenden, von den Krankenkassen und Krankenhausträgern vereinbarten oder durch eine Schiedsstelle festgesetzten Pflegesätze (§§ 17, 18, 18a, 20 KHG).

Das KHG regelt die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Finanzierung der Krankenhäuser unabhängig davon, welcher Trägergruppe sie angehören mögen. Eine unterschiedliche Ausgestaltung dieser gesetzlichen Bestimmungen für die verschiedenen Trägergruppen findet grundsätzlich nicht statt. Die privaten Krankenhausträger erfahren im KHG aber – wie oben erwähnt – gemeinsam mit den freigemeinnützigen Trägern eine besondere Hervorhebung: Bei der Durchführung des Gesetzes ist die Vielfalt der Krankenhausträger zu beachten und dabei nach Maßgabe des Landesrechts insbesondere die wirtschaftliche Sicherung freigemeinnütziger und privater Krankenhausträger zu gewährleisten (§ 1 Abs. 2 Satz 1 und 2 KHG). Dadurch sollen Wettbewerbsnachteile der privaten und freigemeinnützigen Krankenhäuser gegenüber den öffentlich-rechtlichen Krankenhäusern vermieden werden, die darin lägen, dass private und freigemeinnützige Krankenhäuser im Gegensatz zu Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft in aller Regel nicht auf zusätzliche Betriebs- und Investitionszuschüsse ihrer Träger zurückgreifen könnten.

Das KHG enthält allerdings keine alle Krankenhäuser umfassende Finanzierungsregelung; es nennt in § 3 KHG vielmehr abschließend die Krankenhäuser, auf die es keine Anwendung findet. Sie werden weder nach dem KHG gefördert (§ 9 KHG) noch gelten für sie die Vorschriften über die Krankenhauspfllegesätze nach den §§ 16 ff KHG. Es handelt sich um Krankenhäuser, die nicht der allgemeinen Versorgung, sondern nur einem bestimmten Patientenkreis zur Verfügung stehen oder bei denen durch eine bestimmte Trägerschaft die wirtschaftliche Sicherung gewährleistet ist. Krankenhäuser in privater Trägerschaft fallen nicht unter die Regelung des § 3 KHG.

4.2. Nach dem KHG nicht förderungsfähige Einrichtungen

Zu unterscheiden von den Krankenhäusern, auf die das KHG keine Anwendung findet, sind die Einrichtungen, auf die das Gesetz grundsätzlich anwendbar ist, die aber nach § 5 Abs. 1 KHG keine KHG-Investitionsförderung durch das Land erhalten. Allerdings kann durch Landesrecht bestimmt werden, dass die Förderung nach dem KHG auch den in § 5 Abs. 1 Nr. 2 bis 8 KHG bezeichneten Krankenhäusern und Einrichtungen gewährt wird.

Die erwerbswirtschaftliche Ausrichtung privater Krankenhausträger, deren primäres Ziel die Erwirtschaftung von Gewinnen ist, wird vor allem durch § 5 Abs. 1 Nr. 2 KHG faktisch eingegrenzt. Nach dieser für die Krankenhäuser in privater Trägerschaft zentralen Bestimmung sind von der öffentlichen Investitionskostenförderung nach dem KHG diejenigen Krankenhäuser ausgenommen, die nicht die in § 67 der Abgabenordnung (AO)²⁰ bezeichneten Voraussetzungen erfüllen. Die Vorschrift des § 67 AO bestimmt die Voraussetzungen, unter denen ein Krankenhaus, das unter das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG)²¹ bzw. unter die Bundespflegesatzverordnung (BPflV)²² fällt, als Zweckbetrieb und damit als „gemeinnützig“ im Sinne der Abgabenordnung anzusehen ist. Nach § 67 Abs. 1 AO ist ein Krankenhaus, das in den Anwendungsbereich des KHEntgG oder der BPflV fällt, dann ein steuerbegünstigter Zweckbetrieb, wenn mindestens 40 Prozent der jährlichen Belegungstage oder Berechnungstage auf Patienten entfallen, bei denen nur Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen (§ 7 KHEntgG, § 10 BPflV) berechnet werden. Höchstens 60 Prozent der jährlichen Tage dürfen mithin Wahlleistungstage sein. Ein Krankenhaus, das nicht in den Anwendungsbereich des KHEntgG oder der BPflV fällt, ist ein Zweckbetrieb, wenn mindestens 40 Prozent der jährlichen Belegungstage oder Berechnungstage auf Patienten entfallen, bei denen für die Krankenhausleistungen kein höheres Entgelt als nach § 67 Abs. 1 AO berechnet wird (§ 67 Abs. 2 AO)²³. Private Krankenhäuser müssen sich also an der allgemeinen Versorgung, vor allem sozialversicherter Patienten, in entsprechendem Umfang beteiligen, wenn sie eine öffentliche Investitionskostenförderung nach dem KHG in Anspruch nehmen wollen. Eine Gewinnerzielungsabsicht im Sinne einer klassischen Maximierung, die alleine darauf abzielt, Einnahmen zu generieren, wäre daher – wie bereits erwähnt – für die privaten Krankenhausträger, die sich innerhalb des vom KHG vorgegebenen Systems betätigen wollen, kontraproduktiv.

Das bedeutet jedoch nicht, dass die Krankenhäuser in privater Trägerschaft als Zweckbetriebe im Sinne von § 67 AO anerkannt sein müssen und gem. § 55 Abs. 1 Nr. 1 AO keine Gewinnanteile an Gesellschafter ausschütten dürfen. Damit wäre eine sinnvolle Differenzierung zwischen freigemeinnützigen und privaten Krankenhausträgern nicht mehr möglich. Die Vorschrift des § 5 Abs. 1 Nr. 2 KHG zielt vielmehr darauf ab, solche Krankenhäuser, die in dem Sinne auf Gewinnerzielung gerichtet sind, dass sie über die Pflegesätze hinausgehende Vergütungen erheben²⁴, von der

20 Abgabenordnung (AO) in der Fassung der Bekanntmachung vom 1. Oktober 2002 (BGBl. I S. 3866; 2003 I S. 61), zuletzt geändert durch Art. 26 Abs. 8 des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1724).

21 Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG) vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), zuletzt geändert durch Art. 124 des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626).

22 Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespflegesatzverordnung – BPflV) vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), zuletzt geändert durch Art. 11b des Gesetzes vom 15. November 2019 (BGBl. I S. 1604).

23 Krankenhäuser, die nicht in den Anwendungsbereich des KHEntgG oder der BPflV fallen, sind im vorliegenden Zusammenhang allerdings bedeutungslos, da nach dem KHG nur Plankrankenhäuser gefördert werden. Diese werden vollständig durch § 67 Abs. 1 AO erfasst. Unter § 67 Abs. 2 AO fallen also andere Krankenhäuser. Diese sind aber schon deswegen aus der Förderung ausgeschlossen, weil sie nicht in den Krankenhausplan aufgenommen sind (§ 8 Abs. 1 KHG).

24 Sog. „Luxuskliniken“.

Förderung auszuschließen. Die Gewinnerzielung ist damit aber nicht ausgeschlossen. Die erwerbswirtschaftliche Betätigung muss nicht das einzige Motiv der Krankenhausträger sein, jedoch wird es schon deshalb ein stärkeres Gewicht gegenüber möglichen anderen Motiven haben, weil die privaten Krankenhausträger – wie bereits erwähnt – in der Regel nicht auf öffentliche Haushalte oder andere Mittel zurückgreifen können und somit der Aspekt der Wirtschaftlichkeit von Hause aus einen höheren Stellenwert hat als mögliche andere Motive.

4.3. Grundzüge der öffentlichen Investitionskostenförderung

4.3.1. Bundes- und Landesrecht

Seit der Änderung des KHG durch das Krankenhaus-Neuordnungsgesetz ab dem Jahr 1985 ist die Krankenhausförderung bundesrechtlich nur noch in den Grundzügen geregelt²⁵. Der Bundesgesetzgeber hat sich darauf beschränkt, den Ländern zur Verwirklichung der in § 1 KHG genannten Ziele die Aufstellung von Krankenhausplänen und Investitionsprogrammen aufzuerlegen (§ 6 Abs. 1 KHG). Im Übrigen hat er die Grundsätze der Investitionsförderung (§§ 8 ff KHG) definiert. Die Regelungsdichte des bisherigen Bundesrechts für die einzelnen Fördertatbestände wurde dementsprechend stark zurückgefahren, zum Teil bis hin zu der bloßen Aussage, dass etwas zu fördern sei, ohne festzulegen, unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang zu fördern ist. Schließlich enthält die Neufassung des Gesetzes in wesentlichen Punkten ausdrückliche Vorbehalte zugunsten der Landesgesetzgebung dahingehend, dass etwas „nach Maßgabe des Landesrechts“ gilt (§ 1 Abs. 2 Satz 2 und § 9 Abs. 5 KHG) und dass das „Nähere durch Landesrecht bestimmt wird“ (§ 6 Abs. 4, § 7 Abs. 2 und § 11 KHG). Das ist in den einzelnen Bundesländern durch Landeskrankenhausgesetze geschehen. Die Krankenhausgesetze der Länder regeln – ausgehend von den bundesgesetzlichen Vorgaben – die näheren Einzelheiten der Fördertatbestände, die Aufstellung von Investitionsprogrammen sowie das Förder- und Prüfverfahren (u. a. Sicherung der Zweckbindung, Überwachung der Verwendung)²⁶. Die Mittel für die staatliche Investitionsförderung werden in den Ländern über den Haushalt aufgebracht. Nach Landesrecht sind die Kommunen zum Teil in erheblichem Umfang an der Mittelaufbringung beteiligt. Die Finanzierungsbeteiligung der Kommunen entspricht dem im Landeskrankenhausrecht oder im Kommunalrecht verankerten ergänzenden Sicherstellungsauftrag.²⁷

4.3.2. Begriff der förderfähigen Investitionskosten im Sinne des KHG

Die förderfähigen Investitionskosten und ihnen gleichgestellte Kosten sind in § 2 Nr. 2 und 3 KHG abschließend geregelt. Nach § 2 Nr. 2 Halbsatz 1 KHG sind Investitionskosten insbesondere

25 Eine instruktive Darstellung der Grundzüge der Krankenhausförderung findet sich bei Quaas, in: Quaas/Zuck/Clemens/Gokel, Medizinrecht, § 26 Rn. 37 ff.

26 Zur Krankenhausförderung nach Landesrecht vgl. eingehend Quaas, in: Quaas/Zuck/Clemens/Gokel, Medizinrecht, § 26 Rn. 157 ff.

27 Zum Bundes- und Landesrecht bei der öffentlichen Investitionsförderung vgl. näher die Ausarbeitung „Krankenhäuser in privater Trägerschaft – Rechtsgrundlagen, verfassungsrechtliche Vorgaben und Finanzierung“, Deutscher Bundestag, Wissenschaftliche Dienste, WD 9 -3000 – 095/13, S. 52 ff. und Quaas, in: Quaas/Zuck/Clemens, Medizinrecht, § 26 Rn. 37 ff. jeweils mit weiteren Nachweisen aus der Literatur.

die Kosten der Errichtung (Neubau, Umbau, Erweiterungsbau) von Krankenhäusern und der Anschaffung der zum Krankenhaus gehörenden Wirtschaftsgüter, ausgenommen der zum Verbrauch bestimmten Güter (Verbrauchsgüter) sowie die Kosten der Wiederbeschaffung der Güter des zum Krankenhaus gehörenden Anlagevermögens (Anlagegüter). Ausdrücklich ausgenommen von den Investitionskosten hat der Gesetzgeber insbesondere die Kosten des Grundstücks, des Grundstückserwerbs, der Grundstückerschließung sowie ihrer Finanzierung (§ 2 Nr. 2 Halbsatz 2 KHG). Im Übrigen werden durch § 2 Nr. 3 KHG für die Zwecke dieses Gesetzes bestimmte Kosten den Investitionskosten gleichgestellt, insbesondere Abschreibungen, Zinsen, Tilgung und Verwaltungskosten für Verbrauchs- und Anlagegüter. Einzelheiten richten sich nach der Abgrenzungsverordnung (AbgrV)²⁸.

4.3.3. Fördertatbestände

Das KHG sieht für bestimmte Investitionen vor, dass sie durch feste jährliche Pauschalbeträge gefördert werden (§ 9 Abs. 3 KHG). In der Förderpraxis und teilweise in der Terminologie der Landeskrankengesetze hat sich eingebürgert, im Gegensatz dazu in anderen Fällen von einer Einzelförderung zu sprechen. Die Einzelförderung ist dadurch bestimmt, dass das Krankenhaus für konkrete einzelne Investitionen Förderanträge stellt und für diese nach Prüfung eine konkrete Bewilligung von Fördermitteln in bestimmter Höhe erteilt wird. Hier ist die einzelne Investition Gegenstand des Förderverfahrens. Bei der Pauschalförderung dagegen wird dem Krankenhaus ein nach bestimmten Kriterien bemessener jährlicher Gesamtbetrag zur Verfügung gestellt. Die vom einzelnen Krankenhaus vorgesehenen Investitionen unterliegen keinem Antrags- und Prüfungsverfahren. Das Krankenhaus kann über die Pauschalmittel im Rahmen der Zweckbindung frei verfügen.

4.3.3.1. Einzelförderung (§ 9 Abs. 1 und 2 KHG)

Nach § 9 Abs. 1 KHG fördern die Länder auf Antrag des Krankenhausträgers Investitionskosten für die Errichtung von Krankenhäusern einschließlich der Erstausrüstung mit den für den Krankenhausbetrieb notwendigen Anlagegütern (Nr. 1) sowie für die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als drei Jahren (Nr. 2); Kosten der Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer bis zu drei Jahren sind pflegesatzfähig (§ 17 Abs. 4 Nr. 1 KHG). Insgesamt sechs weitere Fördertatbestände werden in § 9 Abs. 2 KHG aufgeführt, u. a. zur Erleichterung der Schließung von Krankenhäusern (Nr. 5) und zur Umstellung von Krankenhäusern oder Krankenhausabteilungen auf andere Aufgaben, insbesondere zu ihrer Umwidmung in Pflegeeinrichtungen oder selbstständige, organisatorisch und wirtschaftlich vom Krankenhaus getrennte Pflegeabteilungen (Nr. 6).

Die Einzelheiten der Investitionsförderung richten sich nach Landesrecht, das eine Einzelförderung nach verschiedenen Methoden vorsieht. Im Vordergrund steht nach wie vor die sog. Festsetzungsförderung, wonach die Fördermittel so zu bemessen sind, dass sie die notwendigen Investitionskosten decken. Daneben hat sich die sog. Festbetragsförderung etabliert, die dadurch ge-

28 Verordnung über die Abgrenzung der im Pflegesatz nicht zu berücksichtigenden Investitionskosten von den pflegesatzfähigen Kosten der Krankenhäuser (Abgrenzungsverordnung – AbgrV) vom 12. Dezember 1985 (BGBl. I S. 2255), zuletzt geändert durch Art. 6 des Gesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1613).

kennzeichnet ist, dass dem Krankenhausträger projektbezogen von der zuständigen Landesbehörde ein Festbetrag gewährt wird. Darüber hinausgehende Aufwendungen sind vom Krankenhausträger selbst zu tragen, während eingesparte Beträge ihm im Allgemeinen verbleiben.

4.3.3.2. Pauschalförderung (§ 9 Abs. 3, 3a und 4 KHG)

Die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter sowie kleine bauliche Maßnahmen werden nach § 9 Abs. 3 KHG durch feste jährliche Pauschalbeträge gefördert. Mit diesen Pauschalbeträgen kann das Krankenhaus im Rahmen der Zweckbindung der Fördermittel frei wirtschaften (§ 9 Abs. 3 Satz 1 Halbsatz 2 KHG). Demzufolge dürfen vom Gesetz her mit der Jahrespauschale keine Investitionen finanziert werden, die der Einzelförderung unterliegen. Das Bundesrecht sieht in den Regelungen des § 9 Abs. 3, 3a und 4 KHG nur allgemeine Vorgaben für die Pauschalförderung der Länder vor. Die Bemessungsgrundlagen (z. B. Versorgungsstufe des Krankenhauses, Anfall der Betten, Abteilungen) sowie die Höhe der auf Basis der Bemessungsgrundlagen im Einzelfall zu verteilenden Beträge bleiben gem. § 11 KHG der Regelung durch den Landesgesetzgeber überlassen. Dementsprechend haben die Länder die Einzelheiten zur Pauschalförderung im jeweiligen Landeskrankenhausesgesetz geregelt und die Bemessungsmaßstäbe für die Höhe der Jahrespauschalen in gesonderten Rechtsverordnungen über die Pauschalförderung.

In einigen Bundesländern werden Förderungen von Neu-, Um- oder Erweiterungsbauten über die sog. Baupauschalen vorgenommen.²⁹ Die Pauschalförderung wird als gute Möglichkeit gesehen, die Mittel unbürokratischer zu gewähren. Die Gesundheitsministerin von Rheinland-Pfalz, Sabine Bätzing-Lichtenthäler, erklärte hierzu: „So können die Krankenhäuser in eigener Verantwortung entscheiden, wofür sie diese Mittel einsetzen... (Es) ist beispielhaft für ein einfaches, transparentes und unbürokratisches Verwaltungsverfahren.“³⁰

4.3.4. Rechtsanspruch auf Förderung (§ 8 KHG)

4.3.4.1. Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan eines Landes als Voraussetzung für den Rechtsanspruch auf Förderung

Die Krankenhäuser haben nach Maßgabe des KHG gem. § 8 Abs. 1 Satz 1 KHG Anspruch auf Förderung, soweit und solange sie in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind.³¹ Zu den Voraussetzungen zählt unter anderem auch, dass die Krankenhäuser gemäß § 8 Abs. 1a KHG die dort geforderten Qualitätsindikatoren aufweisen.

29 Erstes Bundesland, das die Baupauschale eingeführt hat, war Nordrhein-Westfalen im Jahr 2007, dem folgten Bremen, Brandenburg, Hessen und das Saarland, vgl. hierzu: Niehues/Winkelhaus, Krankenhausfinanzierung: Besonderheiten der Investitionsfinanzierung, in: Oberarzt heute, 28. Juni 2017, abrufbar unter: <https://oberarzt-heute.de/krankenhausfinanzierung-besonderheiten-der-investitionsfinanzierung>.

30 Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz, Krankenhäuser in Rheinland-Pfalz erhalten 51,2 Millionen Euro, in: kma Online, 8. September 2017, abrufbar unter: <https://www.kma-online.de/aktuelles/politik/detail/krankenhaeuser-in-rheinland-pfalz-erhalten-512-millionen-euro-a-35714>.

31 Vgl. hierzu im Einzelnen Kuhla/Bedau, in: Sodan (Hrsg.), Handbuch des Krankenversicherungsrechts, § 25 Rn. 17 ff.

Mit der Aufnahme in den Krankenhausplan und der Feststellung hierüber erlangt das Krankenhaus den Rechtsstatus eines förderfähigen und zu fördernden Krankenhauses. Daraus erwächst jedoch noch kein Anspruch auf sofortige Bewilligung und Auszahlung von Fördermitteln für Investitionen, die das Krankenhaus als notwendig ansieht und durchführen möchte. Der Status des förderfähigen Krankenhauses begründet zunächst vielmehr nur eine Art „Anwartschaft auf Förderung“, die sich, wenn sämtliche Voraussetzungen einer Förderung erfüllt sind, zu einem konkreten Rechtsanspruch verdichtet. Dieser Anspruch auf Förderung entspricht dem Gesetzeszweck des § 1 KHG und dem dualen Finanzierungssystem (§ 4 KHG). Dieses duale Finanzierungssystem verwehrt dem Krankenhausträger die Möglichkeit der Refinanzierung seiner Investitionskosten über die Pflegesätze. Der verfassungsrechtlich gebotene Ausgleich besteht in der Förderung der über Pflegesätze nicht finanzierbaren Kosten. In der Investitionsförderung ist deshalb keine freiwillige Leistung der öffentlichen Hand und keine Zuwendung im Sinne des Haushaltsrechts zu sehen. Die umfassenden und einengenden landesrechtlichen Vorgaben für Zuwendungen nach der jeweiligen Landeshaushaltsordnung sind deshalb hier nicht anwendbar. Dass nicht jede vom Krankenhaus für notwendig gehaltene Investition umgehend zur Bewilligung und Zahlung von Fördermitteln führen muss, ergibt sich aus § 8 Abs. 1 Satz 1 KHG. Danach hat der Krankenhausträger nur Anspruch auf Förderung „nach Maßgabe“ des KHG. Es müssen also nicht nur förderfähige Investitionen und die Voraussetzungen der einzelnen Fördertatbestände nach § 9 KHG vorliegen. Es sind auch die Maßgaben des KHG zu beachten. Dieses wiederum verweist auf eine Förderung nach Maßgabe des Landesrechts (§ 9 Abs. 5 in Verbindung mit § 11 KHG).³²

4.3.4.2. Aufnahme eines Plankrankenhauses in das Investitionsprogramm eines Landes als Voraussetzung für die öffentliche Förderung von Investitionen nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 KHG

Die wichtigste Einschränkung des Rechtsanspruchs auf (sofortige) Förderung enthält die Grundsatznorm des § 8 Abs. 1 Satz 1 KHG selbst. Für Investitionen im Sinne von § 9 Abs. 1 Nr. 1 KHG – also die Errichtung von Krankenhäusern – besteht ein Rechtsanspruch auf Förderung nur, wenn die Krankenhäuser in ein Investitionsprogramm des Landes aufgenommen worden sind. Solange das nicht geschehen ist, hat das Krankenhaus keinen Anspruch auf Förderung von Errichtungskosten. Hinter dieser strikten Einschränkung stehen haushaltspolitische Gründe. Ein uneingeschränkter Rechtsanspruch auf sofortige Förderung von Errichtungskosten würde die Landeshaushalte überfordern. Jedes Krankenhaus könnte sofort die Förderung notwendiger Errichtungsmaßnahmen verlangen. Das Regulativ der vorherigen Aufnahme in ein Investitionsprogramm erlaubt dem Land jedoch eine Steuerung des Fördervolumens. Investitionsprogramme können nach Haushaltsrecht nur im Rahmen verfügbarer Haushaltsmittel (Mittel- und Verpflichtungsermächtigungen) erstellt werden. Der Umfang eines Investitionsprogramms wird also durch den Landeshaushalt bestimmt. Die bundesrechtliche Einschränkung, dass ein Rechtsanspruch auf Förderung erst nach Aufnahme des Vorhabens in ein solches Investitionsprogramm besteht, enthält also versteckt einen Haushaltsvorbehalt: Förderung vorbehaltlich zur Verfügung stehender Haushaltsmittel.

32 Zur Aufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan eines Landes als Voraussetzung des Rechtsanspruchs auf Förderung vgl. Quaas, in: Quaas/Zuck/Clemens/Gokel, Medizinrecht, § 26 Rn. 140 f. mit weiteren Nachweisen aus der Literatur.

Gemäß § 8 Abs. 2 Satz 1 KHG besteht kein Rechtsanspruch auf Aufnahme von Errichtungsmaßnahmen in das Investitionsprogramm eines Landes. Das wird allgemein so verstanden, dass der Träger des Plankrankenhauses mit der Aufnahme einer Investitionsmaßnahme in ein Programm zur Herbeiführung einer gewissen Planungssicherheit ein „Anwartschaftsrecht auf öffentliche Förderung“ erhält. Der Ausschluss des Rechtsanspruchs im Sinne des § 8 Abs. 2 Satz 1 KHG ist im Zusammenhang mit der Regelung des § 8 Abs. 2 Satz 2 KHG zu lesen, wonach die zuständige Landesbehörde bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen und der Vielfalt der Krankenhausträger nach pflichtgemäßem Ermessen zu entscheiden hat, welches Krankenhaus den Zielen der Krankenhausplanung des Landes am besten gerecht wird. Die rechtlich gesicherte Anwartschaft des Trägers eines Plankrankenhauses verdichtet sich zu einem subjektiv-öffentlichen Recht auf Förderung einer Errichtungsmaßnahme in einer bestimmten Betragshöhe erst mit Bescheid auf Bewilligung von Fördermitteln. Die Aufnahme in das Investitionsförderungsprogramm eines Landes stellt lediglich eine verwaltungsinterne Maßnahme dar.³³

4.3.5. Zweckbindung der Fördermittel

Alle Landeskrankenhausgesetze legen fest, dass die Fördermittel zweckgebunden gewährt werden. Sie dürfen also nicht für andere Zwecke verwendet werden. Dazu gehört nicht nur, dass die Fördermittel für die jeweilige gebilligte Investitionsmaßnahme eingesetzt werden, sondern auch, dass das dadurch geschaffene Anlagegut für den vorgesehenen Zweck und nur für diesen Zweck – die stationäre Krankenhausversorgung und Ausbildung in geförderten Ausbildungsstätten – genutzt wird.

4.3.6. Ermöglichung einer Investitionsförderung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen

Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG)³⁴ aus dem Jahr 2009 ist die Möglichkeit geschaffen worden, dass die Länder eine Investitionsförderung über leistungsorientierte, fallbezogene Investitionspauschalen vornehmen. Dieses System verfolgt das Ziel, eine höhere Zielgenauigkeit in der Investitionsförderung und eine bessere Planbarkeit für einzelne Krankenhäuser zu erreichen. Zudem ist eine Annäherung an das DRG-System beabsichtigt, da die staatliche Investitionsfinanzierung der Wettbewerbsförderung zwischen den Krankenhäusern und der Kapazitätssteuerung über die preisliche Steuerung im DRG-System entgegensteht³⁵.

Um die Umstellung auf eine leistungsorientierte Investitionsförderung zu ermöglichen, wurde durch das KHRG die Entwicklung bundeseinheitlicher Investitionsbewertungsrelationen (IBR) in § 10 KHG aufgenommen. Die Systematik ist hierbei analog zum DRG-Abrechnungssystem ausge-

33 Zur Aufnahme eines Plankrankenhauses in das Investitionsprogramm des Landes als Voraussetzung für die öffentliche Förderung von Investitionen nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 KHG vgl. eingehend Quaas, in: Quaas/Zuck/Clemens/Gokel, Medizinrecht, § 26 Rn. 142 ff. mit Nachweisen aus der höchstrichterlichen Rechtsprechung.

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

35 Vgl. hierzu Rosenbrock/Gerlinger, Gesundheitspolitik: Eine systematische Einführung, 2014.

staltet, indem Fällen ein Relativgewicht zugeordnet wird. Durch Multiplikation des Relativgewichts mit dem ermittelten Investitionsfallwert, der den Investitionsbedarf für einen durchschnittlichen Fall abbildet, wird der für die Behandlung nötige Kapitaleinsatz berechnet. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) wurde mit der Berechnung der IBR beauftragt. Der erste Katalog wurde für das Jahr 2014 vorgelegt und wird seitdem jährlich angepasst. Das Recht der Länder, eigenständig zwischen der Förderung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen und der Einzelförderung von Investitionen einschließlich der Pauschalförderung kurzfristiger Anlagegüter zu entscheiden, bleibt allerdings unberührt (§ 10 Abs. 1 Satz 5 KHG). Die Länder können sich also dafür entscheiden, das alte System beizubehalten.

4.3.7. Sonderförderprogramm zur Verbesserung der Strukturen in der Krankenhausversorgung

Die durch Art. 1 Nr. 5 des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) vom 10. Dezember 2015³⁶ neu gefassten §§ 12 bis 15 KHG sehen ein Sonderförderprogramm zur Verbesserung der Strukturen in der Krankenhausversorgung vor. Die Vorschrift des § 12 Abs. 1 Satz 1 KHG liegt hierzu fest, dass zur Förderung entsprechender Vorhaben der Länder beim Bundesversicherungsamt aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds³⁷ ein Fonds in Höhe von insgesamt 500 Millionen Euro errichtet wird (Strukturfonds). Insoweit werden Krankenhausinvestitionen also nicht mit Landesmitteln, sondern aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert. Die Länder bleiben dennoch insoweit in der Pflicht, als die Inanspruchnahme des Fonds voraussetzt, dass das jeweilige Land mindestens 50 Prozent der förderungsfähigen Kosten des Vorhabens trägt, gegebenenfalls gemeinsam mit den Krankenhausträgern (§ 12 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 KHG). Durch dieses Sonderprogramm wird also mindestens 1 Milliarde Euro finanziert. Die Mittel werden vom Bundesversicherungsamt verwaltet und den Ländern auf Antrag nach dem Königsteiner Schlüssel mit Stand vom 1. Januar 2016 zugeteilt (§ 12 Abs. 1 Satz 4 KHG).

Zweck des Strukturfonds ist insbesondere der Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und Standorten sowie die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre örtliche Versorgungseinrichtungen (§ 12 Abs. 1 Satz 3 Halbsatz 1 KHG). Die durch Art. 2 Nr. 1 des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes (PpSG) vom 11. Dezember 2018³⁸ mit Wirkung vom 1. Januar 2019 eingefügte Vorschrift des § 12a KHG sieht eine Fortführung der Förderung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen ab dem Jahr 2019 vor.

36 Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229).

37 Der Gesundheitsfonds besteht insbesondere aus Beiträgen der Arbeitgeber, anderer Sozialversicherungsträger und Beiträgen der Mitglieder der Krankenkassen.

38 Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG) vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394).

5. Statistische und sonstige empirische Daten

5.1. Gutachten 2018 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

Unterrichtung durch die Bundesregierung, Gutachten 2018 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, in: BT-Drs. 19/3180 vom 4. Juli 2018.

In dem Gutachten 2018 beschäftigt sich der Sachverständigenrat auch mit der Entwicklung der stationären Angebotskapazitäten.³⁹ Im Jahr 2016 befanden sich danach 570 (29,2 Prozent) Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft, während weitere 674 (34,5 Prozent) von freigemeinnützigen Trägern und 707 (36,2 Prozent) in privater Trägerschaft betrieben wurden. In Bezug auf die Trägerschaft der Krankenhäuser sei somit nahezu eine gleichmäßige Verteilung zu erkennen. Allerdings würden von privaten Betreibern tendenziell kleinere Krankenhäuser mit weniger Betten unterhalten, sodass, gemessen an Bettenkapazitäten, öffentliche Einrichtungen mit 47,9 Prozent den größten Anteil vor den freigemeinnützigen (33,5 Prozent) und den privaten Trägern (18,7 Prozent) stellten. In Bezug auf die Trägerschaft habe sich die Struktur seit dem Jahr 2007 verändert. Während die Anzahl der öffentlich und freigemeinnützig betriebenen Krankenhäuser seit dem Jahr 2007 zurückgegangen sei, habe sich die Anzahl der privaten Krankenhäuser erhöht: Gemessen an der Bettenkapazität sei der Marktanteil öffentlicher Krankenhäuser im Zeitraum zwischen 2007 und 2016 um 1,5 Prozentpunkte und der Marktanteil freigemeinnütziger Krankenhäuser um 1,6 Prozentpunkte gesunken, während der Marktanteil privater Krankenhäuser um 1,3 Prozentpunkte gestiegen sei.

Im Hinblick auf die Entwicklung der Verteilung der vollstationären Behandlungsfälle im Zeitraum von 2007 bis 2016 sei der Anteil der Fälle bei öffentlichen Einrichtungen von 51 Prozent auf 49 Prozent und bei freigemeinnützigen Einrichtungen von 35 Prozent auf 34 Prozent gesunken, der Anteil der vollstationären Behandlungsfälle in den privaten Einrichtungen dagegen von 15 Prozent auf 17 Prozent gewachsen⁴⁰. Die Inanspruchnahme von vollstationären Leistungen nach Trägerschaft der Einrichtungen unterscheide sich regional. In Bayern seien im Jahr 2016 die meisten vollstationären Patienten in öffentlichen Krankenhäusern behandelt worden. In Hamburg seien dagegen bundesweit die wenigsten Patienten in öffentlichen Krankenhäusern und die meisten Patienten in privaten Einrichtungen behandelt worden. In Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen seien jeweils mehr als 50 Prozent der Patienten in freigemeinnützigen Krankenhäusern behandelt worden⁴¹. Deutliche Unterschiede der Inanspruchnahme nach der Art der Trägerschaft seien auch innerhalb der Bundesländer zu verzeichnen. Im Durchschnitt habe der Marktanteil öffentlicher Krankenhäuser im Jahr 2016 bei 46,8 Prozent gelegen. Der Marktanteil

39 Vgl. das Gutachten 2018 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, in: BT-Drs. 19/3180, S. 156 f.

40 Vgl. hierzu näher das Gutachten 2018 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, in: BT-Drs. 19/3180, S. 183.

41 Vgl. hierzu näher das Gutachten 2018 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, in: BT-Drs. 19/3180, S. 184.

öffentlicher Krankenhäuser falle in Süddeutschland und in Teilen Niedersachsens, Sachsens, Sachsen-Anhalts und Schleswig-Holsteins besonders hoch aus⁴². Über alle Raumordnungsregionen hinweg habe der Marktanteil privater Krankenhäuser im Jahr 2016 bei 22,4 Prozent gelegen. Ein überdurchschnittlicher Marktanteil privater Krankenhäuser bestehe in den neuen Bundesländern, Hamburg und in Teilen Niedersachsens, Schleswig-Holsteins, Hessens, Bayerns und Baden-Württembergs⁴³.

5.2. Bestandsaufnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft 2018

Deutsche Krankenhausgesellschaft (Hrsg.), Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern, Stand: Juli 2018, abrufbar unter: https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.3_Versorgung-Struktur/2.3.1_Planung/DKG_Bestandsaufnahme_KH-Planung_Investitionsfinanzierung_2018_final.pdf.

Die Bestandsaufnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) vom Juli 2018 gibt einen umfassenden Überblick über den derzeitigen Stand der Investitionsfinanzierung in den Bundesländern. Dargestellt werden neben den Rechtsgrundlagen der Investitionsfinanzierung (vgl. hierzu S. 3 ff.) insbesondere die unterschiedlichen Entwicklungen der Investitionsförderung in den Bundesländern seit Anfang der 1990er Jahre bis zum Jahr 2017 (vgl. hierzu S. 73 ff. und 109 ff.). In die Bestandsaufnahme sind – mit Stand vom März 2018 – auch die aktuellen Verordnungen der Bundesländer zur Pauschalförderung nach § 9 Abs. 3 KHG bzw. zur Investitionspauschale eingeflossen (vgl. hierzu S. 92 ff.). Darüber hinaus wurden die aktuellen Zahlen zur Entwicklung der KHG-Investitionsfördermittel bis einschließlich 2017 und die im April 2018 zur Verfügung stehenden Daten des Statistischen Bundesamtes berücksichtigt, die insbesondere eine vertiefende Betrachtung des Jahres 2016 erlauben. Die Angaben zu den KHG-Investitionsfördermitteln beruhen auf den Ergebnissen einer Umfrage, die das niedersächsische Sozialministerium im Auftrag der Arbeitsgruppe Krankenhauswesen der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) durchgeführt hat. Ergänzt wurden die Daten der AOLG um erläuternde Hinweise der Landeskrankenhausgesellschaften.

Nach der Bestandsaufnahme der DKG stellten die Bundesländer im Jahr 2017 – genau wie im Vorjahr – rund 2,8 Milliarden Euro zur Investitionsförderung nach § 9 KHG zur Verfügung. Damit habe das Gesamtvolumen der KHG-Investitionsfördermittel erneut unterhalb des durchschnittlichen Investitionsvolumens der Jahre 1991 bis 2017 gelegen. Demgegenüber bestehe jedoch ein bestandserhaltender Investitionsbedarf von mindestens sechs Milliarden Euro, sodass die schon im Vorjahr diagnostizierte Investitionslücke unverändert fortbestehe. Dem Bericht zufolge unterliegt der Krankenhausbereich einem tiefgreifenden Wandel. So sei die Anzahl der Krankenhäuser von 1991 bis 2016 um knapp 20 Prozent von 2.411 auf 1.951 Häuser gesunken. Im gleichen Zeitraum sei die Zahl der Betten um rund 25 Prozent auf 498.718 reduziert worden. Dem Rückgang

42 Vgl. hierzu näher das Gutachten 2018 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, in: BT-Drs. 19/3180, S. 185.

43 Vgl. hierzu näher das Gutachten 2018 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, in: BT-Drs. 19/3180, S. 187.

der Krankenhaus- und Bettenzahlen stehe jedoch ein erheblicher Anstieg stationärer Behandlungsfälle gegenüber. So sei die Fallzahl von 14,6 Millionen (1991) auf über 19,5 Millionen (2016) angestiegen. Alleine im Vergleich zum Vorjahr bedeute dies einen Anstieg um 1,5 Prozent.

In den Bundesländern seien bei den Fördermitteln teils erhebliche Unterschiede zu verzeichnen. So bilde Sachsen-Anhalt sowohl hinsichtlich der Fördermittel pro Fall (71,35 Euro im Jahr 2016) als auch im Hinblick auf die Fördermittel je Bett (3184,99 Euro im Jahr 2016) das Schlusslicht. Auch weitere Übersichten, beispielsweise zur kommunalen Beteiligung an der Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser sowie zum Kommunalinvestitionsförderungsfonds zur Unterstützung von Investitionen finanzschwacher Gemeinden und Gemeindeverbände, zeigten die unterschiedlichen Entwicklungen in den Bundesländern.

5.3. Krankenhaus Barometer 2018 des Deutschen Krankenhausinstituts

Blum/Löffert/Offermanns/Steffen, Krankenhaus Barometer, Umfrage 2018, herausgegeben vom Deutschen Krankenhaus Institut, Düsseldorf, Dezember 2018; abrufbar unter: https://www.dki.de/sites/default/files/2019-01/2018_11_kh_barometer_final.pdf.

Beim Krankenhaus Barometer handelt es sich um eine jährlich durchgeführte Repräsentativbefragung deutscher Krankenhäuser zu aktuellen gesundheits- und krankenhauspolitischen Themen, die im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD) und des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands (VLK) als Trägern des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) erstellt wird. Ziel des Krankenhaus Barometers ist es, den Krankenhäusern und den Krankenhausverbänden zeitnahe Informationen zum aktuellen Krankengeschehen zur Verfügung zu stellen. Die Ergebnisse des Krankenhaus Barometers 2018 beruhen auf der schriftlichen Befragung einer repräsentativen Stichprobe von zugelassenen Allgemeinkrankenhäusern ab 100 Betten in Deutschland, die von April bis Mitte Juli 2018 durchgeführt worden ist und an der sich insgesamt 249 Krankenhäuser beteiligt haben. Die Krankenhäuser unter 100 Betten wurden nicht in die Erhebung einbezogen, da es sich bei ihnen vielfach um Kliniken mit einem besonderen Leistungsspektrum und einer besonderen Struktur handelt (z. B. zahlreiche Privatkliniken ohne Versorgungsauftrag). Mit dem Krankenhaus Barometer 2018 stehen unter anderem auch aktuelle Daten zur wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser und zur Höhe, Herkunft und Verwendung der von ihnen getätigten Investitionen sowie zum Investitionsbedarf in den nächsten Jahren zur Verfügung, die nachfolgend zusammenfassend dargestellt werden sollen. Wegen der Einzelheiten wird ergänzend auf den Bericht des DKI verwiesen⁴⁴.

5.3.1. Wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser

Mit Blick auf ihre wirtschaftliche Situation sollten die Krankenhäuser angeben, ob sie in der **Gewinn- und Verlustrechnung** für das Jahr 2017 ein positives, negatives oder ausgeglichenes Jahresergebnis erzielt haben. Danach hat fast jedes dritte Allgemeinkrankenhaus in Deutschland (30 Prozent) im Jahr 2017 Verluste geschrieben. Der Anteil der Krankenhäuser mit einem Jahresüberschuss lag bei 60 Prozent und der Anteil der Häuser mit einem ausgeglichenen Jahresergebnis bei

44 Zur wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser vgl. näher S. 6-11 und zum Themenkomplex der Investitionen der Krankenhäuser vgl. eingehend S. 12-23 des Krankenhaus Barometers 2018.

11 Prozent. Im Vergleich zum Vorjahr seien die Ergebnisse damit nahezu unverändert geblieben. Insgesamt war die wirtschaftliche Situation der deutschen Krankenhäuser dem Krankenhaus Barometer 2018 zufolge damit auch im Jahr 2017 nach wie vor schwierig.

Über die bloße Angabe von positiven, negativen oder ausgeglichenen Jahresergebnissen hinaus, sollten die Krankenhäuser außerdem über die konkrete Entwicklung der Jahresergebnisse laut Gewinn- und Verlustrechnung in den Jahren 2016 und 2017 informieren. Dem Krankenhaus Barometer 2018 zufolge ist das Jahresergebnis im Jahr 2017 im Vergleich zu 2016 in 49 Prozent der Krankenhäuser gesunken und bei 31 Prozent der Häuser gestiegen. Bei den übrigen sei es konstant geblieben.

Über das Jahresergebnis 2017 hinaus sollten die Krankenhäuser auch ihre wirtschaftliche Situation zum Erhebungszeitpunkt im Frühjahr 2018 beurteilen. Danach stufte nur ein Viertel der Krankenhäuser ihre wirtschaftliche Lage als eher gut ein. Ein Drittel der Krankenhäuser schätzten ihre wirtschaftliche Lage dagegen als eher unbefriedigend ein, während 42 Prozent in dieser Hinsicht unentschieden waren. Im Vergleich zum Vorjahr habe der Anteil der Häuser mit guter wirtschaftlicher Lage (27 Prozent) damit leicht abgenommen und der Anteil der Häuser mit unbefriedigender Lage (29 Prozent) etwas zugenommen.

Abschließend sollten sich die Krankenhäuser auch zu ihren **Erwartungen für das kommende Jahr 2019** äußern. Nur gut ein Sechstel der befragten Häuser (18 Prozent) erwartete danach eine Verbesserung und 37 Prozent der Krankenhäuser eine Verschlechterung ihrer wirtschaftlichen Situation, während die übrigen in dieser Hinsicht unentschieden waren. Die Zukunftserwartungen der Krankenhäuser seien also insgesamt ambivalent ausgefallen.

Diese Ergebnisse machen deutlich, dass nach wie vor ein großer Handlungsbedarf besteht, um langfristig eine gute wirtschaftliche Basis für eine qualitativ hochwertige und flächendeckende stationäre Versorgung sicherzustellen.

5.3.2. Investitionen

In der Befragung sollten sich die Krankenhäuser auch zur Höhe der Investitionen für das Jahr 2017 äußern und zusätzlich angeben, aus welchen **Finanzquellen** ihre Investitionsmittel stammen. Danach lag die Investitionssumme der Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten im Jahr 2017 bei 6,8 Milliarden Euro, was einem mittleren Investitionsvolumen von rund 5,8 Millionen Euro je Krankenhaus der Grundgesamtheit entspreche. Der Befragung zufolge stammten 44 Prozent der investiven Mittel der Krankenhäuser aus öffentlichen Fördermitteln. Hierzu zählten die Einzel- und Pauschalförderung, die in einigen Bundesländern verwendete Baupauschale sowie die Mittel für die Universitätskliniken. Nehme man – so das Krankenhaus Barometer 2018 – die Fördermittel aus dem Strukturfonds gemäß den §§ 12 bis 14 des KHG hinzu, so habe der Anteil der aus öffentlichen Mitteln stammenden Investitionen der Krankenhäuser bei 45 Prozent gelegen. Dies bedeute im Umkehrschluss, dass über die Hälfte der von den Krankenhäusern eingesetzten investiven Mittel nicht aus öffentlichen Fördermitteln gestammt habe. Den nicht geförderten Anteil der Investitionen hätten die Krankenhäuser anderweitig aufbringen müssen. Dabei hätten 28 Prozent direkt aus Eigenmitteln des Krankenhauses (z. B. Wahlleistungserlöse und Überschüsse aus den Leistungsentgelten) bestanden, während 9 Prozent der Investitionen von den Trägern der

Krankenhäuser zur Verfügung gestellt worden seien und weitere 17 Prozent über den Kapitalmarkt finanziert worden wären. Der Rest sei auf andere Finanzierungsquellen (z. B. Spenden, Fördervereine) entfallen.

Der Befragung zufolge verwendeten die Krankenhäuser 2017 ihre Investitionen zum überwiegenden Teil (57 Prozent) für den **Neu- und Umbau von Gebäuden**. In die Medizintechnik seien 20 Prozent der investierten Mittel geflossen und der Anteil für IT (Hard- und Software) habe bei 7 Prozent gelegen. Auf die technischen Betriebsanlagen seien 5 Prozent entfallen, während weitere 7 Prozent für die Zimmer- und Raumausstattung eingesetzt worden seien. Auf sonstige Verwendungszwecke seien 4 Prozent der Investitionen entfallen. Rechnet man – so das Krankenhaus Barometer – die Angaben der Krankenhäuser in Eurobeträge um, so hätten die Krankenhäuser 2017 im Mittel 3,9 Milliarden Euro in Gebäude investiert, für Medizintechnik durchschnittlich 1,4 Milliarden Euro ausgegeben und für IT-Investitionen 0,5 Milliarden Euro aufgewendet.

Die Krankenhäuser sollten darüber hinaus den **Investitionsbedarf** für ihr Krankenhaus für die nächsten fünf Jahre (2019 bis 2023) schätzen. Hochgerechnet auf die Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten in Deutschland liegt der Investitionsbedarf für die Jahre 2019 bis 2023 danach bei insgesamt 46,4 Milliarden Euro. Der Investitionsbedarf der Krankenhäuser pro Jahr des Prognosezeitraums betrage somit 9,3 Milliarden Euro. Dem Krankenhaus Barometer 2018 zufolge liegt der prognostizierte Investitionsbedarf damit um mehr als ein Drittel über den im Jahr 2017 vorgenommenen Investitionen in Höhe von 6,8 Milliarden Euro. Berücksichtigt man, dass die Förderung aus öffentlichen Mitteln nur 44 Prozent aller Investitionen ausmache, so setze sich die Unterfinanzierung der Krankenhäuser durch die Länder weiter fort. Der Investitionsstau werde folglich noch weiter zunehmen. Die Hälfte der in Zukunft benötigten investiven Mittel entfalle auf die Krankenhäuser ab 600 Betten. Rechnet man den investiven Bedarf auf das einzelne Krankenhaus herunter, so liege der durchschnittliche Investitionsbedarf für den Prognosezeitraum 2019 bis 2023 je Krankenhaus bei 8,2 Millionen Euro pro Jahr.

5.4. Gutachten des RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung 2017

RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg.), Stand und Weiterentwicklung der Investitionsförderung im Krankenhausbereich, Endbericht, Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, RWI Projektbericht, Essen, 6. Dezember 2017, abrufbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Ministerium/Berichte/Gutachten_Investitionsfoerderung_Krankenhausbereich.pdf.

Das im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) erstellte Gutachten des RWI vom 6. Dezember 2017 enthält – im Anschluss an eine Darstellung der historischen Entwicklung der Investitionsförderung im Krankenhausbereich und einen Überblick über die Krankenhausplanung in den Bundesländern – eine aktuelle Bestandsaufnahme zur Höhe der Investitionsfördermittel der Bundesländer nach dem KHG, zum bestehenden Investitionsbedarf sowie zu der sich daraus ergebenden Förderlücke (vgl. S. 21 ff.).

Danach belief sich das Gesamtvolumen der Investitionsfördermittel nach dem KHG im Jahr 2015 auf insgesamt 2,79 Milliarden Euro. Im Vergleich zu 1991 sei das Fördervolumen damit nominal um 23 Prozent zurückgegangen. Werden die Preisinflation von Investitionsgütern herausgerechnet, so seien die Investitionsfördermittel 2015 sogar um 36 Prozent geringer als 1991. Im direkten Ver-

gleich zur Entwicklung des Bruttoinlandsprodukts (BIP) zeige sich im Zeitverlauf ein zunehmendes Auseinanderklaffen von BIP zu KHG-Fördermitteln. Während die (nominalen) KHG-Mittel von 1991 bis 2015 um 23 Prozent gesunken seien, habe sich das BIP im gleichen Zeitraum nahezu verdoppelt (+92 Prozent). Mithin zeichne sich mit dem fortwährenden Rückgang des Fördervolumens eine „schleichende Monistik“ ab. Die Krankenhäuser versuchten, die wachsende Förderlücke durch eigenfinanzierte Investitionen zu schließen. Da ihnen dies aber nicht vollständig gelinge, sei mit einem schleichenden Substanzverzehr zu rechnen.

Das Gutachten des RWI geht darüber hinaus der Frage nach, wie hoch die Investitionsfördermittel sein müssten, um den jährlichen Investitionsbedarf vollständig decken zu können. Der Investitionsbedarf der Plankrankenhäuser zum Erhalt des Status quo werde – so wird in dem Gutachten ausgeführt – von mehreren Quellen auf ein Volumen zwischen 4,7 bis 6,0 Milliarden Euro pro Jahr beziffert. Eine fundierte Grundlage zur Herleitung des jährlichen Investitionsbedarfs böten die Bilanzdaten und Gewinn- und Verlustrechnungen der Krankenhäuser, da sie neben der wirtschaftlichen Lage auch Auskunft über die Vermögensstruktur gäben. Aufbauend auf dieser umfangreichen Datengrundlage beziffert das Gutachten den jährlichen Investitionsbedarf zum Erhalt der gegenwärtigen Substanz der Plankrankenhäuser auf 5,4 Milliarden Euro. Da die Bundesländer jährlich rund 2,8 Milliarden Euro an Fördermitteln zur Verfügung stellten, bleibe somit eine Förderlücke von 2,6 Milliarden Euro (zur Bestimmung der Förderlücke vgl. näher S. 34 ff. des Gutachtens).⁴⁵

5.5. Studie der BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft zur Investitionsfähigkeit der deutschen Krankenhäuser 2015

BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft (Hrsg.), Investitionsfähigkeit der deutschen Krankenhäuser, Köln 2015; abrufbar unter: https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/2015-11_investitionsfaehigkeit_der_deutschen_krankenhaeuser_-_finale_fassung.pdf.

Die Studie kommt zum Ergebnis, dass erhebliche Defizite bei den Investitionsmöglichkeiten vieler Häuser festzustellen seien. Das Problem seien die fehlenden Finanzierungsmöglichkeiten bei den Bundesländern. Die Gewinnmargen der Krankenhäuser reichten nicht aus, deshalb müsse eine grundlegende und nachhaltige Lösung der Investitionsfinanzierung geschaffen werden (S. 8). Drei von vier Krankenhäusern seien nicht ausreichend investitionsfähig (S. 20). Der tatsächliche Investitionsbedarf liege bei etwa sieben Milliarden Euro im Jahr, das seien 2,5 mal so viel wie die aktuelle öffentliche Förderung (S. 33). Die Abfrage habe im Übrigen gezeigt, dass überwiegend der Wunsch nach Beibehaltung der Krankenhausplanung auf Landesebene bestehe, nur neun Prozent wünschten sich eine Federführung des Bundes (S. 29).

45 Vgl. hierzu auch die Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Kirsten Kapert-Gonther, Maria Klein-Schmeink, Kordula Schulz-Asche, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, „Stand und Reform der Investitionsfinanzierung für Krankenhäuser“, in: BT-Drs. 19/2271 vom 23. Mai 2018, in der sich die Bundesregierung unter anderem auch auf das vorgenannte Gutachten des RWI vom 6. Dezember 2017 bezieht.

6. Studien zur Bedeutung der privaten Krankenhausträger für die stationäre Versorgung

6.1. Krankenhaus-Benchmark-Studie der Wirtschaftsprüfungs- und Beratungsgesellschaft PwC 2019

Wirtschaftsprüfungs- und Beratungsgesellschaft PricewaterhouseCoopers (PwC), Krankenhäuser im Vergleich, Finanzkennzahlen September 2019, Krankenhaus-Benchmark-Analyse; abrufbar unter: <https://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/pwc-studie-krankenhaeuser-im-vergleich-september-2019.pdf>.

Für die Krankenhaus-Benchmark-Analyse hat die Wirtschaftsprüfungs- und Beratungsgesellschaft PricewaterhouseCoopers (PwC) die Jahresabschlüsse des Jahres 2018 von mehr als 100 Kliniken in Deutschland analysiert und die wichtigsten Kennzahlen miteinander verglichen. Die Studie gelangt zu dem Ergebnis, dass der **wirtschaftliche Druck** auf die Kliniken in Deutschland im Vergleich zum Vorjahr sowohl bei öffentlichen, also bei freigemeinnützigen und privaten Einrichtungen gleichermaßen weiter gestiegen sei. Die Rentabilität der Kliniken aller Trägerschaften (öffentlich, freigemeinnützig, privat) sei auch im Jahr 2018 insgesamt sehr niedrig gewesen. In dieser angespannten Situation gelinge es den Kliniken in privater Trägerschaft noch am besten, rentable Strukturen aufrechtzuerhalten, obwohl sie relativ wenige Fördermittel in Anspruch nähmen. Unter den Krankenhäusern aller Trägerschaften erhielten – so lautet ein weiterer Befund der Studie – öffentliche Einrichtungen mit Abstand die meisten Investitionsfördermittel. Ihre Fördermittelquote, also das Verhältnis der fördermittelfinanzierten Abschreibungen zu den gesamten Abschreibungen, habe 2018 bei 68 Prozent gelegen. Demgegenüber hätten private und freigemeinnützige Einrichtungen deutlich weniger Fördermittelzuwendungen (49 bzw. 52 Prozent) erhalten. Private Kliniken wollten – so heißt es in der Studie – bei Investitionen häufig nicht auf Fördermittel warten und setzten daher stärker auf eine Finanzierung mit Eigenmitteln. Die Vergabevorschriften verursachten einen nicht unerheblichen zusätzlichen Arbeitsaufwand. Die Eigenmittelfinanzierung sei demgegenüber flexibler und biete Kliniken größere Freiheiten beim Einsatz der Mittel.⁴⁶

6.2. Studien des RWI – Leibniz-Instituts für Wirtschaftsforschung e. V.

Augurszky/Beivers/Pilny, Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018, herausgegeben vom RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung e. V., RWI Materialien, Heft 122, Essen 2018, abrufbar unter: http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationn/rwi-materialien/rwi-materialien_122.pdf.

46 Ein Überblick über die wesentlichen Ergebnissen der PwC-Studie ist abrufbar unter: <https://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/krankenhaeuser/pwc-studie-krankenhaus-vergleich-2019.html>. Ergänzend wird auf eine kurzgefasste Zusammenfassung der Studienergebnisse verwiesen, die sich in einem Beitrag des Ärzteblatts vom 1. Oktober 2019 mit dem Titel: „Krankenhäuser weiter unter hohem Kostendruck“ findet; abrufbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/106381/Krankenhaeuser-weiter-unter-hohem-Kostendruck>.

Das vom RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung e. V. herausgegebene Faktenbuch zur Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft aus dem Jahr 2018 verfolgt – im Anschluss an entsprechende Veröffentlichungen in den Jahren 2009⁴⁷, 2012⁴⁸ und 2015⁴⁹ – das Ziel, differenziert nach Trägerschaft eine wissenschaftlich fundierte Bewertung der Krankenhausprivatisierung in Deutschland, also des Trägerwechsels von kommunalen und privat-freigemeinnützigen hin zu privat-gewinnorientierten Trägern, durch Darstellung und Auswertung relevanter Kennziffern zum Krankenhausmarkt vorzunehmen und die bisher durchgeführten Analysen auf die aktuelle Datenbasis aus dem Jahr 2015/2016 zu stellen. Die seit Anfang der 1990iger Jahre zu beobachtende Entwicklung eines vermehrten Trägerwechsels von Krankenhäusern hin zu privaten, gewinnorientierten Unternehmen werde von den einzelnen Akteuren des Gesundheitswesens unterschiedlich beurteilt. Immer wieder komme es zu der Befürchtung, dass es zwischen der Gewinnerzielungsabsicht privater Krankenhausträger einerseits und der Bereitstellung einer bedarfsgerechten, qualitativ hochwertigen und flächendeckenden Krankenhausversorgung andererseits zu Zielkonflikten kommen könne. Zentrale Aufgabe des Faktenbuches sei es, mit detaillierten Analysen zu überprüfen, ob diese Befürchtung zutreffe.

Mit dem nunmehr in der vierten Auflage vorliegenden Faktenbuch werden erstmals Daten der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) verwendet, um den Zusammenhang zwischen eingesetztem Personal und der medizinischen Qualität im Krankenhaus zu analysieren. Datengrundlage des Faktenbuchs bilden Krankenhäuser, die nach DRGs abrechnen und einen Versorgungsauftrag für gesetzlich Versicherte besitzen, da Krankenhäuser in privater Trägerschaft ohne einen solchen Versorgungsvertrag – wie viele kleine Krankenhäuser – für die breite Gesundheitsversorgung keine Rolle spielen. In dem Faktenbuch aus dem Jahr 2018 gelangt das RWI unter anderem zu folgenden Ergebnissen:

Die privaten Krankenhäuser hätten von 2006 bis 2015 ihren **Marktanteil** erhöht. Bezogen auf die Anzahl der Versorgungskrankenhäuser sei er um 6,7 Prozentpunkte, bezogen auf die Zahl der Betten um 4,7 Prozentpunkte und bezogen auf die Zahl der Fälle um 4,1 Prozentpunkte gestiegen. Die privaten Krankenhausträger beteiligten sich zudem überdurchschnittlich häufig an der intensivmedizinischen Versorgung.

Im Hinblick auf die **Wirtschaftlichkeit** gelangt die Analyse des RWI zu dem Ergebnis, dass private Träger eine höhere Leistungsmenge als andere Träger erreichten. So hätten die privaten

47 Augurzky/Beivers/Neubauer/Schwierz, Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft, herausgegeben vom Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung, RWI Materialien, Heft 52, Essen 2009, abrufbar unter: http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-materialien/M_52_Private-Krankenhaeuser.pdf

48 Augurzky/Beivers/Gülker, Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2012, herausgegeben vom Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung, RWI Materialien, Heft 72, Essen 2012, abrufbar unter: http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-materialien/M_72_Faktenbuch-priv-KH.pdf.

49 Augurzky/Pilny/Wübker, Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2015, herausgegeben vom Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung, RWI Materialien, Heft 89, Essen 2015, abrufbar unter: http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-materialien/rwi-materialien_89.pdf.

Krankenhäuser die geringsten Kosten aufgewiesen. Dabei falle ihr Sachkostenanteil im Vergleich zu den anderen Trägern höher aus, während ihr Personalkostenanteil geringer sei. Die Privaten gliederten bestimmte Leistungen in Krankenhäusern (wie beispielsweise Catering, Reinigung und Labor) häufiger an externe Dienstleister aus. Im Jahr 2016 habe ihre Outsourcing-Quote bei 6,6 Prozent der Personal- und Sachkosten gelegen, während kommunale (5,3 Prozent) und freigemeinnützige Kliniken (4,3 Prozent) deutlich geringere Werte aufgewiesen hätten. Aufgrund der höheren Inanspruchnahme von Outsourcing verteile sich bei den privaten Trägern das gesamte Leistungsvolumen auf weniger internes Personal. Folglich hätten sie die höchste Arbeitsproduktivität unter allen Trägern aufgewiesen. Eine höhere Produktivität müsse dabei nicht zwangsläufig mit einer höheren Arbeitsbelastung einhergehen. Eine große Rolle spiele hier eine effektive Arbeitsorganisation. Die Zahl der zu betreuenden Patienten je Vollkraft sei bei privaten Krankenhausträgern kaum höher als bei den anderen Trägern.

Bezogen auf das **Pflegepersonal im Krankenhaus** wiesen private und freigemeinnützige Träger die geringste Zahl an Pflegekräften je erbrachter Leistungsmenge auf, die sich als gewichtetes Mittel aus Fallzahl und Behandlungstagen definiere. Unter Berücksichtigung der Unterschiede in der Altersstruktur der Patienten zeige sich, dass private und freigemeinnützige Träger weniger Pflegevollkräfte einsetzten als kommunale Träger. Die Privaten wiesen indessen den höchsten Anteil an Vollkräften im Pflegedienst an allen Vollkräften auf. Eine Aussage, ob es bei der „Pflege am Bett“ deutliche Unterschiede zwischen den Trägern gebe, lasse sich aus diesen Kennzahlen nicht ableiten.

Private Krankenhäuser hätten im Jahr 2016 unter allen Trägern die höchste **Ertragskraft** aufgewiesen. Der Großteil der Privaten sei 2016 **investitionsfähig** (94 Prozent) gewesen, d. h. in der Lage, ihre Unternehmenssubstanz nachhaltig zu halten, während es bei den kommunalen Trägern nur 66 Prozent und bei den freigemeinnützigen Einrichtungen 79 Prozent gewesen seien. Private Krankenhäuser hätten 7,4 Prozent ihrer Erlöse für Investitionen aufgewendet, freigemeinnützige 5,8 Prozent und kommunale 5,4 Prozent. Die Privaten hätten deutlich weniger öffentliche **Ressourcen in Form von Fördermitteln** in Anspruch genommen und den Steuerzahler somit entlastet. Darüber hinaus hätten sie durch Steuerzahlungen auf ihre Gewinne umgekehrt sogar einen Beitrag zur Finanzierung der gesellschaftlichen Aufgaben des Staates geleistet. So hätten sie im Jahr 2016 rund 182 Millionen Euro **Gewinnsteuern** (rund 2.900 Euro pro Bett) und damit deutlich mehr als die anderen Träger gezahlt.

Im Hinblick auf die **Beteiligung an der medizinischen Versorgung** gelangt die Analyse des RWI zu dem Ergebnis, dass die behandelten Patienten in privaten Krankenhäusern im Durchschnitt um mehr als zwei Jahre älter seien als bei anderen Trägern, was sich auch in einem höheren Casemix Index (CMI) bei den Privaten niederschläge. Die Kosten pro Casemix-Punkt für den medizinischen Bedarf und die Arzneimittel seien bei privaten Krankenhäusern 2015 niedriger als bei anderen Trägern gewesen. Eine Erklärung dafür könnten – so das RWI – bessere Einkaufskonditionen und ein höherer Grad an Standardisierung in größeren Verbänden sein. Bei der Vorhaltung der medizinisch-technischen Infrastruktur, gemessen an der Zahl der medizinischen Großgeräte, ließen sich kaum trägerspezifische Unterschiede feststellen. Die Anzahl ländlicher Krankenhäuser sei bei privaten Trägern gestiegen, während die anderen Trägerschaften einen Rückgang zu verzeichnen hätten. Im Jahr 2015 hätten sich 38 Prozent der privaten Krankenhäuser im ländlichen Raum befunden, während es bei den kommunalen Einrichtungen 40 Prozent und bei den freigemeinnützigen Krankenhäusern 19 Prozent gewesen seien.

Bezogen auf die Allgemeinkrankenhäuser nähmen private Kliniken zwar weniger häufig an der **Notfallversorgung** teil als andere Trägerschaften. Dieser Befund werde jedoch von den Spezialversorgern bestimmt, die häufiger in privater Trägerschaft betrieben würden. Bei den Grundversorgern zeigten sich hinsichtlich der Beteiligung an der Notfallversorgung indessen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Trägerschaften.

7. Vorschläge zur Verbesserung der Investitionsfinanzierung in der Wissenschaft

7.1. Gutachten des RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung 2017

RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg.), Stand und Weiterentwicklung der Investitionsförderung im Krankenhausbereich, Endbericht, Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Essen, 6. Dezember 2017; abrufbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Ministerium/Berichte/Gutachten_Investitionsfoerderung_Krankenhausbereich.pdf.

Das im Auftrag des BMG erstellte Gutachten des RWI vom 6. Dezember 2017 erarbeitet verschiedene Vorschläge, um die bestehende Förderlücke bei der Investitionskostenförderung von Krankenhäusern zu beheben.

7.1.1. Internationaler Vergleich

Verglichen wurde die Investitionsfinanzierung von Krankenhäusern in Dänemark, Österreich, der Schweiz, Frankreich, den Niederlanden, Japan und Australien, um dort vorhandene positive Lösungsansätze auf ihre Übertragbarkeit für die deutsche Situation zu prüfen⁵⁰. Trotz der unterschiedlichen Rahmenbedingungen ließen sich – so wird in dem Gutachten ausgeführt – wichtige Erkenntnisse aus anderen Ländern ableiten. Es zeige sich, dass die Krankenhausinvestitionen in Deutschland deutlich niedriger ausfielen als in den untersuchten Ländern. Je nach Finanzierungssystematik würden die Investitionsmittel entweder als öffentliche Fördermittel oder über entsprechende Zuschläge auf die Leistungsvergütung den Krankenhäusern zur Verfügung gestellt. Aus ordnungspolitischer Sicht zeigten Länder, in denen die Investitionskosten in der Fallpauschalenvergütung berücksichtigt seien, wie beispielsweise in den Niederlanden und der Schweiz, Vorteile durch eine wettbewerbliche und leistungsbezogene Steuerung der Investitionen. Diese Beispiele machten deutlich, dass sich eine derartige **monistische Lösung** sowohl bei zentraler politischer Zuständigkeit und sehr geringer staatlicher Planung (Niederlande) als auch bei stark föderalen Kompetenzen und sehr detaillierter Planung (Schweiz) umsetzen lasse. Auf der anderen Seite zeige das Beispiel Dänemark, dass durch eine gezielte staatliche Investitionsmittelbereitstellung in erheblichem Umfang weitreichende Anpassungen der Krankenhausstrukturen und -ausstattung erreicht werden könnten. Für die Entwicklung neuer Konzepte zur Investitionsfinanzierung in Deutschland lasse sich aus der internationalen Analyse folgern, dass eine **Aufstockung der Investitionsförderung** dringend erforderlich sei, die gezielt strukturverändernd eingesetzt werden müsse. Hierfür seien Programme mit einer klaren längerfristigen Zielvorstellung und geeignete Auswahlkriterien für eine Finanzierung nach einheitlichen Vergabekriterien von entscheidender Bedeutung. Neben der reinen Aufstockung der Investitionsförderung zur Schließung der Förderlücke mit Mitteln des Bundes bzw. durch die Beitragszahler komme es

50 Vgl. hierzu die Ausführungen im Gutachten des RWI, S. 37 ff.

auch darauf an, die akutstationären Versorgungsstrukturen an den tatsächlichen Versorgungsbedarf anzupassen.

7.1.2. Reformoptionen

Das Gutachten beschäftigt sich sodann eingehend mit den verschiedenen in Betracht kommenden Reformoptionen⁵¹.

Hierzu gibt das Gutachten zunächst einen Überblick über die bestehenden Vorschläge zur Umstellung vom dualistischen Finanzierungssystem auf ein **monistisches System**⁵², legt die Erfahrungen aus früheren Gesetzgebungsverfahren dar⁵³ und erörtert ausführlich die Sonderförderung der neuen Bundesländer von 1995 bis 2004 nach Art. 14 des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG)⁵⁴, bei der es aufgrund der historischen Sondersituation eine breite politische Bereitschaft für eine zeitlich befristete gemeinschaftliche Bereitstellung von Fördermitteln durch Bund, Länder und Krankenversicherungen gegeben habe⁵⁵. Im Rahmen dieses Sonderprogramms für die neuen Bundesländer seien die als Ko-Finanzierung bereitgestellten Bundesmittel vollständig durch die Länder abgerufen worden, wobei sich allerdings auch ein Mitnahmeeffekt der Länder durch Verdrängung der KHG-Fördermittel feststellen lasse. Auch hätten fehlende einheitliche Zielvorgaben oder Auswahlkriterien für Investitionsprojekte zu unterschiedlichen strukturellen Ergebnissen in den einzelnen Ländern geführt. Für eine erneute Beteiligung des Bundes an der Investitionsförderung lasse sich daher schlussfolgern, dass eine reine Aufstockung der Fördermittel ohne einheitliche Zielvorgaben nur begrenzt hilfreich sei und die Gefahr von Mitnahmeeffekten berücksichtigt werden müsse.

Gleichwohl könnten die neuen Bundesländer heute als „Blaupause“ für eine Krankenhaus-Sollstruktur dienen. Als Benchmark gut geeignet dafür sei das Land Sachsen, in dem die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser bundesweit am besten sei. Sowohl die Kapitalausstattung als auch die Krankenhausstrukturen seien im innerdeutschen Vergleich dort als gut zu bezeichnen, auch wenn es im internationalen Vergleich noch Verbesserungspotenziale gäbe. Mit der Sollstruktur könne sowohl eine Reduktion der Betriebskosten als auch eine Verbesserung der Versorgungsqualität durch Schwerpunktbildung erreicht werden. Wenn man – so wird in dem Gutachten ausgeführt – bundesweit die Krankenhausstruktur von Sachsen erreichen wolle, ergebe sich ein Investitionsbedarf von rund 11 Milliarden Euro. Darunter fielen Kosten für die Aufgabe von kleineren, nicht versorgungsnotwendigen Standorten sowie für Verlagerungen von Kapazitäten zum

51 Vgl. hierzu die Ausführungen im Gutachten S. 60 ff.

52 Vgl. hierzu die Ausführungen im Gutachten S. 60 ff.

53 Vgl. hierzu die Ausführungen im Gutachten S. 63 ff.

54 Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz – GSG) vom 21. Dezember 1992, BGBl. I S. 2266.

55 Zu dieser Sonderförderung vgl. die Ausführungen im Gutachten S. 64 ff.

Zweck der Schwerpunktbildung, zu denen der Strukturfonds nach dem KHG bereits mit 1 Milliarde Euro beitrage.

Im Ergebnis sollten die Mittel – so das Gutachten – eine effiziente, qualitativ hochwertige und bedarfsgerechte Leistungserbringung fördern und die Steuerung langfristig ausgerichtet sein⁵⁶. Vor diesem Hintergrund untersucht das Gutachten folgende Vorschläge zur Schließung oder Reduktion der Förderlücke und wägt deren Vor- und Nachteile ab⁵⁷:

- Aufstockung von Landesmitteln mit Bundesmitteln über eine Investitionspauschale.
- Bedingte Aufstockung von Landesmitteln mit Bundesmitteln: Für 1 Euro Aufstockung der Ländermittel gibt der Bund 2 Euro als Investitionspauschale hinzu.
- Bedingte Aufstockung von Krankenhausmitteln mit Bundesmitteln: Für 1 Euro eigenfinanzierte förderfähige Investitionen eines Krankenhauses gibt der Bund 1 Euro hinzu.
- (Ausfinanzierte) Monistik: Die Länder bringen alle ihre Fördermittel ein und der Bund stockt auf 2,6 Milliarden Euro auf. Diese gesamten Mittel werden anschließend nach InEK-Investitionspauschalen an alle Krankenhäuser verteilt.
- Zinslose Investitionskredite: Der Bund trägt die Zinsaufwendungen bei eigenfinanzierten Investitionen der Krankenhäuser.
- Vorsteuerabzugsvoucher: Keine Mehrwertsteuer auf Investitionsgüter, die Krankenhäuser erwerben.
- Investitionsmittel bei guter Qualität: Der Bund stellt einem Krankenhaus mit überdurchschnittlich guter Qualität (50 Prozent der Krankenhäuser) zusätzliche Investitionsmittel von 290 Euro je Casemixpunkt zur Verfügung.
- Strukturfonds 2.0: Fortführung des bestehenden Strukturfonds mit Anpassungen der Vergabekriterien.
- Ergänzender Strukturfonds bei Umstellung auf Investitionspauschalen: Länder, die auf Investitionspauschalen umstellen, erhalten einen ergänzenden Strukturfonds aus Bundesmitteln in Höhe von 45 Prozent der Summe der Investitionspauschalen.
- Digital Boost: Investitionsprogramm zum Ausbau der Digitalisierung der Krankenhäuser aus Bundesmitteln und Ko-Finanzierung der Länder.
- Ausbau sektorenübergreifender Versorgung: Investitionsprogramm für den Auf- und Ausbau sektorenübergreifender Versorgungsangebote aus Bundesmitteln und Ko-Finanzierung der Länder.
- Ausbau sektorenübergreifender Notfallversorgung: Investitionsprogramm für den Auf- und Ausbau sektorenübergreifender Notfallzentren aus Bundesmitteln und Ko-Finanzierung der Länder.

Das Gutachten führt im Einzelnen aus, mit welchen **unerwünschten Nebeneffekten** die vorgenannten Vorschläge verbunden sein können. So führe beispielsweise eine pauschale Aufstockung der Fördermittel zu „Windfall Profits“ für Krankenhäuser, die bislang einen Teil der Investitionen aus eigener Kraft finanziert hätten. Maßnahmen, die darauf abzielten, Kapazitäten zu bün-

56 Zu den Zielen von Maßnahmen zur Verbesserung der Investitionsfinanzierung vgl. S. 80 ff.

57 Vgl. hierzu eingehend S. 84 ff; Tabelle 24 (S. 125) fasst alle Vorschläge und ihre Bewertungen überblicksartig zusammen und stellt außerdem die Mittelherkunft je Vorschlag dar.

deln, könnten dazu führen, dass sich regionale Monopole herausbilden, was mittelfristig Qualitätseinbußen nach sich ziehen könne. Grundsätzlich seien alle Maßnahmen der Investitionsförderung im Krankenhausbereich, die Bundesmittel ins Spiel brächten, mit der Gefahr verbunden, dass die Länder ihre eigenen Fördermittel verringerten. Darüber hinaus könnten Maßnahmen, die gezielt ausgewählte Akteure fördern, diesen Akteuren Wettbewerbsvorteile gegenüber nicht-geförderten Krankenhäusern verschaffen. Maßnahmen, die gezielt auf die Förderung von Innovationen ausgerichtet seien, könnten dazu führen, dass sie privatwirtschaftliche Innovatoren mit möglicherweise besseren Leistungen benachteiligten. Jeder Vorschlag sei daher im Hinblick auf derartige Nebeneffekte zu prüfen. Schließlich sei aufgrund der gegebenen verfassungsrechtlichen Rahmenbedingungen insbesondere bei der Gewährung von Finanzhilfen darauf zu achten, dass bei der bundeseinheitlichen Setzung von strukturellen Zielvorgaben die Planungshoheit der Länder nicht umgangen werden dürfe, weshalb insoweit den Bundesländern eigene Umsetzungsspielräume einzuräumen seien.

Unter Berücksichtigung und Abwägung aller Vor- und Nachteile der oben genannten Vorschläge plädiert das Gutachten für eine Kombination aus bedingter Aufstockung von Landesmitteln mit Bundesmitteln, der Vergünstigung von Krankenhausinvestitionen durch eine dauerhafte Streichung der Mehrwertsteuer auf Investitionsgüter, dem Strukturfonds 2.0 und dem Digital Boost sowie dem Ausbau der sektorenübergreifenden Notfallversorgung⁵⁸.

7.2. Gutachten 2018 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

Unterrichtung durch die Bundesregierung, Gutachten 2018 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, in: BT-Drs. 19/3180 vom 4. Juli 2018.

Um der derzeitigen Unterfinanzierung der Investitionsförderung entgegenzuwirken, wird vom Sachverständigenrat ein Übergang von der bisherigen dualen zu einer monistischen Krankenhausfinanzierung vorgeschlagen, also eine einheitliche Finanzierung der Betriebs- wie auch der Investitionskosten der Krankenhäuser durch die Krankenkassen.⁵⁹ Ein monistisches Finanzierungssystem wäre – so führt der Sachverständigenrat in seinem Gutachten aus – unabhängiger von politischen Zyklen bzw. fiskalischen Zwängen, die derzeit die Planungssicherheit der Krankenhäuser beeinflussten und eine nötige Strukturbereinigung bislang verhinderten. Die bisherigen Vorschläge zur Einführung eines monistischen Finanzierungssystems unterschieden sich jedoch im Hinblick auf die möglichen Ausgestaltungsformen. Insbesondere sei fraglich, wie der höhere Investitionsbedarf von den Krankenversicherungen gedeckt werden könne und wie sich die Investitionsmittel adäquat auf die Krankenhäuser verteilen ließen.

Der mit der monistischen Finanzierung verbundene höhere Finanzierungsbedarf der Krankenversicherungen könne entweder durch eine Erhöhung des Beitragssatzes oder aus Steuermitteln des Bundes oder der Länder gedeckt werden. Würden die Krankenkassen die Investitionskosten in

58 Zur Kombination dieser vom Gutachten favorisierten fünf Vorschläge vgl. die zusammenfassenden Ausführungen S. 124 ff.

59 Vgl. hierzu die Ausführungen des Sachverständigenrates in BT-Drs. 19/3180, S. 238 ff.

Höhe von 2,8 Milliarden Euro finanzieren, müsse der derzeitige durchschnittliche Beitragssatz von 15,7 Prozent um 0,2 Prozentpunkte angehoben werden. Von der reinen Beitragsfinanzierung der Investitionskosten sei bislang allerdings abgeraten worden, da eine Erhöhung des Beitragssatzes zur Steigerung der Lohnnebenkosten führe und der politischen Zielsetzung stabiler Krankenkassenbeiträge widerspreche. Um einen Anstieg der Krankenkassenbeiträge zu vermeiden, könnten – so heißt es im Gutachten des Sachverständigenrates – die Krankenkassen entweder finanziell entlastet werden, beispielsweise durch den Wegfall der Mehrwertsteuer auf Arzneimittel, oder aus den Steuermitteln des Bundes und der Länder bezuschusst werden. Für Steuerzuschüsse zur Finanzierung der Krankenhausinvestitionen spreche die Tatsache, dass Teile der Krankenhausinvestitionen – insbesondere die Vorhaltung von Krankenhauskapazitäten in ausreichender Menge und Qualität – den Charakter öffentlicher Aufgaben hätten. Außerdem werde damit eine Verschiebung finanzieller Lasten zum Vorteil der Bundesländer und zulasten der Versicherten umgangen⁶⁰. Eine optimale Aufteilung der Finanzierungslasten für die Investitionsförderung auf Bund, Länder und Krankenkassen könne wissenschaftlich allerdings nicht abgeleitet werden, dies sei vielmehr Ergebnis der politischen Willensbildung.

Nach Auffassung des Sachverständigenrates ist es allerdings ungewiss, ob zukünftig ein politischer Konsens zur Umstellung von der dualen auf die monistische Krankenhausfinanzierung erzielt werden könnte.⁶¹ Es bedürfe deshalb anderer Maßnahmen, um der derzeitigen Unterfinanzierung in der Investitionsförderung entgegenzuwirken und die gegenwärtigen Überkapazitäten abzubauen. Der Strukturfonds nach den §§ 12 ff. KHG sei gut geeignet, um die Bereinigung der Krankenhausstrukturen zu beschleunigen und die Investitionsförderung der Länder zu ergänzen. Diesbezüglich empfiehlt der Sachverständigenrat, den Strukturfonds zu verstetigen und künftig einen stärkeren Schwerpunkt im Bereich der Schließung von Krankenhäusern, nicht nur einzelner Abteilungen, in überversorgten Gebieten zu setzen. Der Bundesanteil sollte – so der Sachverständigenrat – aus Steuermitteln statt durch den Gesundheitsfonds getragen werden. Als Kompensation sollte der Bund in Form einer **permanenten Bund-Länder-Kommission** Mitplanungskompetenzen in bundeslandübergreifenden Gebieten erhalten⁶².

8. Literaturverzeichnis

Augurzky, Boris/Beivers, Andreas/Pilny, Adam, Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018, herausgegeben vom RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung e. V., RWI Materialien, Heft 122, Essen 2018, abrufbar unter: http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikation/rwi-materialien/rwi-materialien_122.pdf

Augurzky, Boris/Pilny, Adam/Wübker, Ansgar, Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2015, herausgegeben vom Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung, RWI Materialien,

60 Vgl. hierzu die Ausführungen des Sachverständigenrates in BT-Drs. 19/3180, S. 239.

61 Diese Möglichkeit wird auch in der Fachliteratur diskutiert, vielfach aber kritisch gesehen, siehe hierzu etwa Niehus/Winkelhaus, Krankenhausfinanzierung: Besonderheiten der Investitionsfinanzierung, in: Oberarzt heute, 28. Juni 2017, abrufbar unter: <https://oberarzt-heute.de/krankenhausfinanzierung-besonderheiten-der-investitionsfinanzierung>.

62 Vgl. hierzu die Ausführungen des Sachverständigenrates in BT-Drs. 19/3180, S. 763 f.

Heft 89, Essen 2015, abrufbar unter: http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-materialien/rwi-materialien_89.pdf.

Augurzky, Boris/Beivers, Andreas/Gülker, Rosemarie, Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft, herausgegeben vom Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung, RWI Materialien, Heft 72, Essen 2012, abrufbar unter: http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-materialien/M_72_Faktenbuch-priv-KH.pdf.

Augurzky, Boris/Beivers, Andreas/Neubauer, Günter/Schwierz, Christoph, Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft, herausgegeben vom Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung, RWI Materialien, Heft 52, Essen 2009, abrufbar unter: http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-materialien/M_52_Private-Krankenhaeuser.pdf.

Blum, Karl/Löffert, Sabine/Offermanns, Matthias/Steffen, Petra, Krankenhaus Barometer, Umfrage 2018, herausgegeben vom Deutschen Krankenhaus Institut, Düsseldorf, Dezember 2018; abrufbar unter: https://www.dki.de/sites/default/files/2019-01/2018_11_kh_barometer_final.pdf.

BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft (Hrsg.), Investitionsfähigkeit der deutschen Krankenhäuser, Köln 2015; abrufbar unter: https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/2015-11_investitionsfaehigkeit_der_deutschen_krankenhaeuser_-_finale_fassung.pdf.

Dettling, Heinz-Uwe/Gerlach, Alice (Hrsg.), Krankenhausrecht, Kommentar, 2. Auflage 2018, Verlag C. H. Beck, München.

Deutsche Krankenhausgesellschaft (Hrsg.), Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern, Stand: Juli 2018, abrufbar unter: https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.3_Versorgung-Struktur/2.3.1_Planung/DKG_Bestandsaufnahme_KH-Planung_Investitionsfinanzierung_2018_final.pdf.

Faltin, Jürgen, Freigemeinnützige Krankenhäuser im System staatlicher Krankenhausfinanzierung, 1986.

Huster, Stefan/Kaltenborn, Markus (Hrsg.), Krankenhausrecht – Praxishandbuch zum Recht des Krankenhauswesens, 2. Auflage 2017, Verlag C. H. Beck, München.

Krankenhäuser in privater Trägerschaft – Rechtsgrundlagen, verfassungsrechtliche Vorgaben und Finanzierung, Deutscher Bundestag, Wissenschaftliche Dienste, WD 9 -3000 - 095/13, abrufbar unter: <https://www.bundestag.de/resource/blob/410456/4e05aed207135be735046e76f13a107b/wd-9-095-13-pdf-data.pdf>.

Laufs, Adolf/Kern, Bernd-Rüdiger/Rehborn, Martin (Hrsg.), Handbuch des Arztrechts, 5. Auflage 2019, Verlag C. H. Beck, München.

Niehues, Christopher/Winkelhaus, Linda, Krankenhausfinanzierung: Besonderheiten der Investitionsfinanzierung, in: Oberarzt heute, 28. Juni 2017, abrufbar unter <https://oberarzt-heute.de/krankenhausfinanzierung-besonderheiten-der-investitionsfinanzierung>.

Obst, Lothar, Öffentliche Krankenhäuser: Die Grenzen der Privatisierung, in: ärzteblatt.de, 8. Mai 2009, abrufbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/64543/Oeffentliche-Krankenhaeuser-Die-Grenzen-der-Privatisierung>.

Quaas, Michael/Zuck, Rüdiger/Clemens, Thomas/Gokel, Julia Maria, Medizinrecht – Öffentliches Medizinrecht, Pflegeversicherungsrecht, Arzthaftpflichtrecht, Arztstrafrecht, 4. Aufl. 2018, Verlag C. H. Beck, München.

PricewaterhouseCoopers (PwC), Krankenhäuser im Vergleich, Finanzkennzahlen September 2019, Krankenhaus-Benchmark-Analyse; abrufbar unter: <https://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/pwc-studie-krankenhaeuser-im-vergleich-september-2019.pdf>.

Rosenbrock, Rolf/Gerlinger, Thomas, Gesundheitspolitik: Eine systematische Einführung, 2014.

RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg.), Stand und Weiterentwicklung der Investitionsförderung im Krankenhausbereich, Endbericht, Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, RWI Projektbericht, Essen, 6. Dezember 2017, abrufbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Ministerium/Berichte/Gutachten_Investitionsfoerderung_Krankenhausbereich.pdf.

Sodan, Helge (Hrsg.), Handbuch des Krankenversicherungsrechts, 3. Auflage 2018, Verlag C. H. Beck, München.
