

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Maria Klein-Schmeink, Kordula Schulz-Asche, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 19/2006 –**

Stand und Reform der Investitionsfinanzierung für Krankenhäuser

Vorbemerkung der Fragesteller

Obwohl Expertinnen und Experten immer wieder erhebliche Probleme bei der Investitionsfinanzierung von Krankenhäusern diagnostizieren (vgl. Augurzky in: Krankenhausreport 2017, S. 4 ff.), haben CDU, CSU und SPD in ihrem Koalitionsvertrag darauf verzichtet, Änderungen an der bestehenden Investitionsfinanzierung sowie der Krankenhausplanung auf den Weg zu bringen. Diese wurden im Gegenteil ausdrücklich ausgeschlossen. Da die von den Ländern bereitgestellten Investitionsmittel nach wie vor nicht ausreichen (ebenda), nutzen Krankenhäuser weiter die eigentlich für die Finanzierung beispielsweise von Pflegepersonal vorgesehenen Betriebsmittel, um notwendige Investitionen bezahlen zu können. In ihrem Koalitionsvertrag haben die drei Parteien zudem vereinbart, den aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanzierten Strukturfonds unverändert fortzuführen. Weder wurde eine Evaluation der bislang verausgabten Mittel festgeschrieben noch ist eine verbindliche Beteiligung der privaten Krankenversicherungen vorgesehen.

Die Fragesteller befürworten demgegenüber eine grundlegende Reform, die durch eine Beteiligung der Krankenkassen die Investitionsfinanzierung auf eine stabile Basis stellt und den Krankenkassen zugleich Mitsprache bei der Krankenhausplanung ermöglicht (vgl. Bundestagsdrucksache 18/5381).

Vorbemerkung der Bundesregierung

Deutschland verfügt über ein hochentwickeltes und leistungsfähiges Krankenhauswesen. Damit die Krankenhäuser in der Lage sind, ihre Substanz zu erhalten, sich verändernden Patientenbedürfnissen Rechnung zu tragen und mit der technologischen Entwicklung mitzuhalten, bedarf es einer ausreichenden Investitionstätigkeit. Die Verpflichtung der Länder zur Investitionsfinanzierung ist im Koalitionsvertrag bekräftigt worden. Gleichzeitig sind die bestehenden Versorgungskapazitäten weiter an die Erfordernisse einer bedarfsgerechten und zu-

kunftsorientierten Versorgungslandschaft anzupassen. Vor diesem Hintergrund ist im Koalitionsvertrag für die 19. Legislaturperiode vereinbart, dass der mit dem Krankenhausstrukturgesetz errichtete Krankenhausstrukturfonds über einen Zeitraum von vier Jahren mit einem deutlich erhöhten Fördervolumen von insgesamt 1 Mrd. Euro jährlich fortgeführt wird, das zur Hälfte von den Ländern kofinanziert wird. Das Volumen des Strukturfonds wird damit um das Vierfache erhöht.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat im Jahr 2016 bei dem RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) ein Gutachten zum Stand und zur Weiterentwicklung der Investitionsförderung im Krankenhausbereich in Auftrag gegeben, das auf der Internetpräsenz des Bundesministeriums für Gesundheit veröffentlicht worden ist (www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/ministerium/details/?bmg%5Bpubid%5D=3146). Eines der Ziele der Gutachtenvergabe war die Schaffung einer fundierten Informationsgrundlage zum bestehenden Investitionsbedarf, zur Höhe der Investitionsfördermittel der Länder sowie zur sich daraus ergebenden Förderlücke.

Die Antworten zu den Fragen 8 bis 14, 16 und 17 beruhen auf Angaben des Bundesversicherungsamts (BVA) auf der Grundlage der von ihm gegenüber den Ländern erlassenen Auszahlungsbescheide. Die Darstellung berücksichtigt sämtliche bereits bewilligten Anträge der Länder, für die bis zum 8. Mai 2018 Mittel zur Auszahlung gebracht wurden.

1. Wie hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung das jährliche Volumen der von den Bundesländern zur Verfügung gestellten Investitionsfördermittel zwischen 1991 und 2017 unter Berücksichtigung der Preissteigerungsrate (Verbraucherpreisindex) entwickelt (bitte prozentual je Bundesland darstellen)?

Nach dem Gutachten des RWI (Seite 21) waren die Investitionsmittel 2015 bei Herausrechnung der Preisinflation von Investitionsgütern um 36 Prozent geringer als 1992. Nach der Bestandsaufnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung aus dem Jahr 2017 (dort Seite 75) betrug der reale Wert der Krankenhausfinanzierungsgesetz-Gesamtfördermittel im Jahr 2015 noch 50,3 Prozent der Fördermittel des Jahres 1991. Die Daten für das Jahr 2016 werden nach Auskunft der DKG voraussichtlich im Juni 2018 erscheinen. Die DKG beziffert die prozentual länderbezogene Entwicklung der Fördermittel seit dem Jahr 1991 unter Berücksichtigung des Verbraucherpreisindex wie folgt:

Bundesland	Reale Veränderung gegenüber 1991 in %
Baden-Württemberg	- 11,9 %
Bayern	- 50,6 %
Berlin	- 80,2 %
Brandenburg	- 74,3 %
Bremen	- 31,4 %
Hamburg	- 14,7 %
Hessen	- 12,6 %
Mecklenburg.-Vorpommern	- 71,6 %
Niedersachsen	- 13,0 %
Nordrhein-Westfalen	- 47,9 %
Rheinland-Pfalz	- 41,1 %
Saarland	- 52,8 %
Sachsen	- 72,0 %
Sachsen-Anhalt	- 85,2 %
Schleswig-Holstein	- 10,4 %
Thüringen	- 74,5 %
Deutschland	- 49,6 %

Quelle: Bestandsaufnahme der DKG zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern (März 2017), Seite 73.

2. Welche weiteren Sonderförderungen und -programme wurden nach Kenntnis der Bundesregierung in welcher Höhe und von wem darüber hinaus in diesem Zeitraum den Krankenhäusern zur Verfügung gestellt?

In einer Befragung der obersten Landesgesundheitsbehörden durch das RWI haben sechs Länder die Durchführung von Sonderförderprogrammen bestätigt. Programminhalte und Fördervolumina ergeben sich aus nachstehendem Schaubild.

	Berlin	2016-2018: Kommunalinvestitionsprogramm Gesamtvolumen von rund 71,6 Mio. Euro
	Hessen	2016: Kommunalinvestitionsprogramm (Volumen: 76 Mio. €) Jährlich: Darlehensprogramm des Landes mit begleitenden Landesbürgschaften (Volumen: 150 Mio. € p.a.)
	Niedersachsen	Ab 2017: Sondervermögen für Krankenhausinvestitionen Gesamtvolumen von rund 680 Mio. Euro Laufzeit von 25 Jahren ermöglicht längerfristige Finanzierung von Investitionen Finanzierung durch Land und Kommunen
	Nordrhein-Westfalen	(1) 2011-2014: Einzelförderung durch den „ Sonderfonds Krankenhäuser “ Gesamtvolumen von 12,7 Mio. € Gegenstand der Förderung: Modellhafte Identifizierung und Realisierung von Qualitätschancen vor allem durch erhöhte Nutzer- und Patientenorientierung. (2) 2017: Aufstockung der KHG-Mittel um zusätzliche 250 Mio. €
	Schleswig-Holstein	2014: Zuwendungen nach LHO im Rahmen eines Sonderprogrammes (Zensusmittel) in Höhe von 5,7 Mio. Euro 2015-2016: Zuwendungen nach LHO im Rahmen eines Sonderprogrammes in Höhe von voraussichtlich 20,5 Mio. Euro 2017-2022: Infrastrukturprogramm IMPULS fördert Krankenhäuser mit 135 Mio. €
	Thüringen	1994-2001: Sonderinvestitionen für das Klinikum Erfurt Gesamtvolumen von rund 195 Mio. Euro

Quelle: Stand und Weiterentwicklung der Investitionsförderung im Krankenhausbereich, Gutachten des RWI, 6. Dezember 2018, Seite 25.

3. a) Wie hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung das insgesamt zur Verfügung gestellte Investitionsfördervolumen zwischen 1991 und 2017 preisbereinigt je Krankenhausfall entwickelt (bitte prozentual darstellen)?

Nach den Berechnungen der DKG sank das von den Ländern bereitgestellte Investitionsvolumen im Zeitraum der Jahre 1991 bis 2015 je Krankenhausfall um 61,8 Prozent (Bestandsaufnahme der DKG zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern, März 2017, Seite 75 f.). Die Daten für das Jahr 2016 werden nach Auskunft der DKG voraussichtlich im Juni 2018 erscheinen.

- b) Wie hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung das insgesamt zur Verfügung gestellte Investitionsfördervolumen zwischen 1991 und 2017 preisbereinigt je Einwohner entwickelt (bitte prozentual darstellen)?

Nach den Berechnungen der DKG sank das von den Ländern bereitgestellte Investitionsvolumen im Zeitraum der Jahre 1991 bis 2015 je Einwohner um 50,8 Prozent (Bestandsaufnahme der DKG zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern, März 2017, Seite 75 f.). Die Daten für das Jahr 2016 werden nach Auskunft der DKG voraussichtlich im Juni 2018 erscheinen.

4. Wie hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung zwischen 1991 und 2017 die Investitionsquote allgemeiner und sonstiger Krankenhäuser gemessen an den bereinigten Krankenhauskosten entwickelt, und wie hat sich im gleichen Zeitraum die volkswirtschaftliche Investitionsquote bundesweit entwickelt?

Nach dem Gutachten des RWI (Seite 21) entsprach der Fördermittelanteil 1991 ca. 10 Prozent des Gesamtumsatzes der Krankenhäuser und ist bis 2015 auf ca. 3,5 Prozent zurückgegangen. Nach den Berechnungen der DKG sank die Krankenhaus-Investitionsquote von 9,7 Prozent im Jahr 1991 auf 3,3 Prozent im Jahr 2015 (Anteil der Fördermittel an den bereinigten Kosten aller Krankenhäuser) bzw. von 11,4 Prozent im Jahr 1991 auf 4 Prozent im Jahr 2015 (Anteil der Fördermittel an den bereinigten Kosten der nach dem KHG geförderten Krankenhäuser). In diesem Zeitraum sank die volkswirtschaftliche Investitionsquote (Quotient von Bruttoanlageinvestitionen und Bruttoinlandsprodukt) in Deutschland nach Angaben der DKG von 24,9 Prozent im Jahr 1991 auf 19,9 Prozent im Jahr 2015 (Bestandsaufnahme der DKG zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern, März 2017, Seite 76 f.). Die Daten für das Jahr 2016 werden nach Auskunft der DKG voraussichtlich im Juni 2018 erscheinen.

5. Welche Förderquote bei den Krankenhausinvestitionen sieht die Bundesregierung beispielsweise vor dem Hintergrund der Digitalisierung, der demographischen Entwicklung mit einer Zunahme des Anteils älterer Patientinnen und Patienten sowie von Maßnahmen zur Steigerung der Energieeffizienz bei Krankenhäusern als notwendig an?

Das BMG verfügt nicht über eigene Erkenntnisse zur notwendigen Höhe einer Förderquote. Nach dem Gutachten des RWI (Seite 35) beträgt der Investitionsbedarf der Krankenhäuser für bestandserhaltende Investitionen ca. 5,4 Mrd. Euro jährlich.

6. Wie viele Krankenhäuser (absolut und prozentual) waren nach Kenntnis der Bundesregierung in den Jahren 2010 bis 2016 voll investitionsfähig (konnten nach eigener Einschätzung ausreichend investieren, um ihre Substanz zu erhalten)?

Eine Befragung von 167 Allgemeinkrankenhäusern durch das Branchencenter der BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft (BDO) und das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) im Jahr 2015 hat ergeben, dass sich 62,8 Prozent der befragten Krankenhäuser als schwach investitionsfähig, 12 Prozent als nicht investitionsfähig und 25,2 Prozent als ausreichend investitionsfähig einschätzen (BDO, DKI, Investitionsfähigkeit der deutschen Krankenhäuser, 2015, Seite 20).

7. Wie groß ist aktuell nach Ansicht der Bundesregierung der tatsächliche Finanzierungsbedarf der Krankenhäuser für bestandserhaltende Investitionen?

Nach den Berechnungen des RWI beläuft sich der jährliche Investitionsbedarf zum Erhalt der Unternehmenssubstanz der Krankenhäuser auf 5,4 Mrd. Euro (Gutachten des RWI, Seite 35).

8. Wie viele Anträge zur Auszahlung von Fördermitteln aus dem Krankenhausstrukturfonds nach § 12 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) wurden bislang bewilligt (bitte nach antragstellenden Bundesländern und jeweils bewilligter Auszahlung aufschlüsseln)?

Bis zum 8. Mai 2018 sind vom BVA nach § 12 Absatz 2 Satz 4 KHG in Verbindung mit § 6 der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung (KHSFV) insgesamt 53 Anträge bewilligt worden, vier davon teilweise. Ein weiterer Antrag wurde negativ beschieden. Die Auszahlung nach Ländern verteilt sich wie folgt:

<i>Bundesland</i>	<i>Auszahlungen</i>	<i>Auszahlungsbetrag</i>	<i>Rückzahlungen</i>	<i>Gesamt</i>
Baden-Württemberg	5	63.718.165,68 €	-	63.718.165,68 €
Bayern	7	76.864.269,69 €	-	76.864.269,69 €
Berlin	1	21.650.000,00 €	-	21.650.000,00 €
Brandenburg	3	13.998.530,50 €	-	13.998.530,50 €
Bremen	1	4.739.426,64 €	-	4.739.426,64 €
Hamburg	2	12.529.505,04 €	-	12.529.505,04 €
Hessen	2	8.957.500,25 €	-	8.957.500,25 €
Mecklenburg-Vorpommern.	1	2.500.000,00 €	-425.853,50 €	2.074.146,50 €
Niedersachsen	5	46.167.111,12 €	-	46.167.111,12 €
NRW	15	91.222.937,25 €	-	91.222.937,25 €
Rheinland-Pfalz	3	23.958.156,30 €	-	23.958.156,30 €
Saarland	2	6.051.228,69 €	-	6.051.228,69 €
Sachsen	3	23.565.927,00 €	-	23.565.927,00 €
Sachsen-Anhalt	3	14.020.358,00 €	-	14.020.358,00 €
Gesamt	53	409.943.116,16 €	-425.853,50 €	409.517.262,66 €

9. Bei wie vielen bewilligten Anträgen trägt das antragstellende Land mehr als 50 Prozent der förderungsfähigen Kosten des Vorhabens (bitte nach Bundesländern aufschlüsseln)?

Bei sieben bewilligten Anträgen werden mehr als 50 Prozent der förderungsfähigen Kosten (bereits) vom antragstellenden Bundesland getragen; dies betrifft je einen Antrag des Freistaates Bayern, der Freien und Hansestadt Hamburg und des Landes Niedersachsen sowie je zwei Anträge der Länder Hessen und Sachsen-Anhalt. Bezogen auf Bayern und Hamburg beläuft sich der Anteil des Landes auf ein Vielfaches der Auszahlung aus Mitteln des Strukturfonds. In fünf der vorgenannten sieben Fälle trägt auch der Krankenhausträger zusätzlich zur Finanzierung bei.

10. Bei wie vielen bewilligten Anträgen sind auch die Träger der zu fördernden Einrichtung beteiligt (bitte jeweilige Bundesländer und Summe darstellen)?

Bei insgesamt 39 der bewilligten Anträge sind auch die Krankenhausträger der zu fördernden Einrichtung beteiligt. Deren finanzielle Beteiligung in den einzelnen Ländern stellt sich wie folgt dar:

Bundesland	Fördermittel aus dem Strukturfonds	Finanzierungsanteil Bundesland	Finanzierungsanteil des KH-Trägers
Baden-Württemberg	4.350.000,00 €	4.150.000,00 €	363.000,00 €
	1.650.000,00 €	1.600.000,00 €	162.000,00 €
	518.165,68 €	492.000,00 €	54.834,32 €
	31.300.000,00 €	31.300.000,00 €	6.940.000,00 €
	25.900.000,00 €	25.600.000,00 €	5.679.000,00 €
Berlin	21.650.000,00 €	12.505.000,00 €	9.145.000,00 €
Brandenburg	*4.902.293,00 €	5.052.935,00 €	2.894.130,00 €
	5.052.935,00 €	5.052.935,00 €	1.044.130,00 €
	*4.043.302,50 €	5.052.935,00 €	2.394.630,00 €
Bremen	4.739.426,64 €	4.739.426,64 €	2.411.458,06 €
Hamburg	5.779.505,04 €	26.309.494,96 €	16.000.000,00 €
Hessen	4.727.569,58 €	4.772.430,42 €	471.000,00 €
	4.229.930,67 €	4.270.069,33 €	490.000,00 €
Niedersachsen	35.000.000,00 €	35.000.000,00 €	10.000.000,00 €
	2.450.000,00 €	2.450.000,00 €	258.449,00 €
	250.000,00 €	250.000,00 €	152.300,00 €

Bundesland	Fördermittel aus dem Strukturfonds	Finanzierungsanteil Bundesland	Finanzierungsanteil des KH-Trägers
Nordrhein-Westfalen	2.821.881,00 €	2.144.629,56 €	677.251,44 €
	114.931,00 €	81.292,66 €	33.638,34 €
	458.789,00 €	367.031,20 €	91.757,80 €
	1.744.223,00 €	1.395.378,40 €	348.844,60 €
	8.454.369,50 €	6.763.495,60 €	1.690.873,90 €
	389.954,50 €	311.963,60 €	77.990,90 €
	987.528,00 €	790.022,40 €	197.505,60 €
	5.692.491,00 €	3.984.743,70 €	1.707.747,30 €
	703.343,00 €	562.674,40 €	140.668,60 €
	12.482.246,00 €	9.985.796,80 €	2.496.449,20 €
	1.263.903,50 €	631.951,75 €	631.951,75 €
	514.495,75 €	411.595,60 €	102.899,15 €
	808.506,50 €	446.805,20 €	361.701,30 €
	53.713.902,00 €	40.682.909,37 €	13.030.992,63 €
1.072.373,50 €	857.898,80 €	214.474,70 €	
Rheinland-Pfalz	6.828.500,00 €	6.828.500,00 €	3.602.000,00 €
	6.129.656,30 €	6.129.656,30 €	1.362.146,00 €
	11.000.000,00 €	11.000.000,00 €	16.533.636,00 €
Saarland	2.913.225,50 €	2.913.225,50 €	1.859.551,00 €
	3.138.003,19 €	3.138.003,19 €	2.652.407,62 €
Sachsen-Anhalt	9.966.633,00 €	7.100.000,00 €	5.400.000,00 €
	3.000.000,00 €	3.600.000,00 €	3.500.000,00 €
	1.053.725,00 €	3.320.800,00 €	1.441.842,00 €

* Teilbewilligung

11. Wie viele bewilligte Anträge haben jeweils nach § 12 Absatz 1 KHG den Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und Standorten sowie die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre örtliche Versorgungseinrichtungen zum Inhalt (bitte jeweils nach Bundesländern und Förderzweck darstellen)?

Die nachfolgende Darstellung gibt Auskunft über die Bewilligungsentscheidungen nach Fördertatbeständen in den einzelnen Ländern.

Dabei wird der vom BVA ermittelte Fördersachverhalt bzw. -tatbestand nach § 1 Absatz 1 KHSFV zugrunde gelegt, nicht die (u. U. davon abweichende) Einstufung der Antragsteller. In Einzelfällen ist im Sinne der Antragstellung über mehrere förderfähige Vorhaben ein Bescheid ergangen bzw. über abgrenzbar selbst-

ständig beantragte Teile bzw. Kostenpositionen eines geförderten Vorhabens erneut befunden worden. Die Gesamtzahl der Vorhaben ist damit nicht notwendigerweise identisch mit der Zahl der Antragsbewilligungen. Die Bewilligungen mit einem Abbau von Überkapazitäten werden nachfolgend als ersatzlose Schließungen im Sinne des § 1 Absatz 1 Nummer 1 KHSFV ausgewiesen. Der nicht ersatzlose Abbau (vgl. § 1 Absatz 3 KHSFV) im Rahmen von Konzentrationsmaßnahmen (vgl. § 1 Absatz 1 Nummer 2 letzter Halbsatz erste Alternative KHSFV) wird insoweit nicht gesondert abgebildet.

Bewilligungsentscheidungen nach Fördertatbeständen je Bundesland

Bundesland	Schließung § 1 Abs. 1 Nr. 1	Konzentration § 1 Abs. 1 Nr. 2	Umwandlung § 1 Abs. 1 Nr. 3a	Umwandlung § 1 Abs. 1 Nr. 3b
Baden-Württemberg		4		1
Bayern		5 (4) ¹		2
Berlin		1		
Brandenburg		1		2
Bremen		1		
Hamburg		2		
Hessen	2			
Mecklenburg-Vorp.	1 ²	1 ²		
Niedersachsen		4		1
Nordrhein- Westfalen	5	6	4	
Rheinland-Pfalz		3 (2) ¹		
Saarland		2		
Sachsen		3 ³		1 ³
Sachsen-Anhalt	2 [□]	1	1 [□]	

¹ Jeweils ein Antrag betrifft einen abgrenzbar selbständigen Teil eines bereits antragsgegenständlichen Konzentrationsvorhabens.

² Der Bescheid fördert die Schließung einer Abteilung sowie die Konzentration einer weiteren Abteilung des (Alt-) Standorts an einem neuen Standort.

³ Ein Konzentrations- und ein Umwandlungsvorhaben wurden gemeinsam beschieden.

⁴ Ein Schließungs- und ein Umwandlungsvorhaben wurden gemeinsam beschieden.

12. Wie verteilen sich die bewilligten Fördermittel auf die in § 12 Absatz 1 KHG genannten Zwecke Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und Standorten sowie die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre örtliche Versorgungseinrichtungen (bitte jeweils nach Bundesländern und Förderzweck darstellen)?

Die entsprechend bewilligten Fördermittel (Angaben in Euro) verteilen sich nach Fördertatbeständen und Ländern wie folgt:

Bundesland	Schließung § 1 Abs. 1 Nr. 1 KHSFV	Konzentration § 1 Abs. 1 Nr. 2 KHSFV	Umwandlung § 1 Abs. 1 Nr. 3a KHSFV	Umwandlung § 1 Abs. 1 Nr. 3b KHSFV
Baden-Württemberg		63.200.000		518.165,68
Bayern		75.334.167,19		1.530.102,50
Berlin		21.650.000,00		
Brandenburg		4.902.293,00		9.096.237,5
Bremen		4.739.426,64		
Hamburg		12.529.505,04		
Hessen	8.957.500,25			
Mecklenburg-Vorpommern	1.037.073,25 ¹	1.037.073,25 ¹		
Niedersachsen		45.917.111,12		250.000
Nordrhein-Westfalen	4.718.603,25	73.969.464,50	12.534.869,50	
Rheinland-Pfalz		23.958.156,60		
Saarland		6.051.228,69		
Sachsen		22.202.927,00		1.363.000
Sachsen-Anhalt	3.924.125,00	9.966.633,00	129.600	

¹ Die Kosten wurden hälftig den gemeinsam beschiedenen Vorhaben zugeordnet; eine genaue Zuordnung ist angesichts hinreichend förderfähiger Kosten in dem bereits 2016 ergangenen Bescheid nicht erfolgt; gleiches gilt für entsprechende Rückzahlungen, die jeweils hälftig in Abzug gebracht wurden.

13. a) Wie viele Umwandlungen von Krankenhäusern in nicht stationäre örtliche Versorgungseinrichtungen werden jeweils in den Bundesländern mit den bewilligten Mitteln gefördert (bitte Anzahl je Bundesland darstellen)?
- b) Wie viele Konzentrationen von stationären Versorgungsangeboten werden jeweils in den Bundesländern mit den bewilligten Mitteln gefördert (bitte Anzahl je Bundesland darstellen)?

Auf die tabellarische Darstellung in der Antwort zu Frage 11 wird verwiesen. Danach wurden sieben Umwandlungsvorhaben nach § 1 Absatz 1 Nummer 3b KHSFV (mit nicht akutstationären Versorgungseinrichtungen als Zielstruktur) und fünf weitere Vorhaben nach § 1 Absatz 1 Nummer 3a KHSFV (Umwandlung in eine bedarfsnotwendige andere Fachrichtung) bewilligt, ebenso 32 Konzentrationsvorhaben (nach § 1 Absatz 1 Nummer 2 KHSFV).

14. Welche Investitionsvorhaben wurden gefördert, obwohl deren Umsetzung schon vor Einführung des Strukturfonds geplant war?

Seitens der antragstellenden Länder ist gegenüber dem BVA nicht darzulegen, wann erste Abstimmungen oder Planungen durch die Träger erfolgt sind. Maßgeblich für die Förderfähigkeit und damit die Bewilligung ist, dass die Umsetzung eines Vorhabens am 1. Januar 2016 noch nicht begonnen hat (§ 12 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 KHG, § 1 Absatz 2 Satz 1 KHSFV). Als Vorhabenbeginn gilt der Abschluss eines der Ausführung zuzurechnenden Liefer-, Dienstleistungs- oder Werkvertrags (§ 1 Absatz 2 Satz 2 KHSFV).

Einzelne Vorhaben, die selbständige Abschnitte eines bereits vor dem 1. Januar 2016 begonnenen Gesamtvorhabens darstellen, können gefördert werden, wenn sie nach dem 1. Januar 2016 begonnen werden und die Voraussetzungen eines förderfähigen Vorhabens nach § 1 Absatz 1 KHSFV erfüllen. Soweit dies in wenigen Einzelfällen angezeigt war, hat sich das BVA bestätigen lassen, dass ein zur Förderung beantragtes Vorhaben nicht vor dem 1. Januar 2016 ins Werk gesetzt wurde bzw. bereits ausweislich anfänglicher Planungen (vor 2016) einen selbständig förderfähigen Abschnitt eines, vor dem 1. Januar 2016 begonnenen, Vorhabens darstellt.

15. a) Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung bisher umgesetzt, um mögliche Mitnahmeeffekte bei der Strukturfondsförderung zulasten der bestehenden Investitionsförderung zu vermeiden?
- b) Welche Maßnahmen sind bei der Weiterführung des Strukturfonds geplant?

Eine Förderung aus den Mitteln des Krankenhausstrukturfonds setzt voraus, dass es sich bei den geförderten Umstrukturierungsmaßnahmen um neue Maßnahmen handelt, deren Umsetzung erst nach dem 1. Januar 2016 begonnen hat. Außerdem waren die Länder verpflichtet, ihr bisheriges Investitionsniveau für die Dauer des Förderzeitraums beizubehalten und um die Kofinanzierung zu erhöhen. Auch im Rahmen der Fortführung des Krankenhausstrukturfonds werden Mitnahmeeffekte auf diese Weise auszuschließen sein.

16. Wie viele palliative Versorgungsstrukturen werden nach Kenntnis der Bundesregierung nach § 12 Absatz 1 KHG aus Mitteln des Strukturfonds gefördert (soweit möglich bitte Anzahl je Bundesland darstellen)?

Aus Mitteln des Strukturfonds wurde auf Antrag des Landes Niedersachsen ein Hospiz gefördert.

- a) Wie viele Umwandlungen von Krankenhäusern in nicht akutstationäre örtliche Versorgungseinrichtungen werden nach Kenntnis der Bundesregierung jeweils in den Bundesländern mit den bewilligten Mitteln gefördert (bitte Anzahl je Bundesland darstellen)?

Die Zahlen sind der tabellarischen Darstellung in der Antwort zu Frage 11 zu entnehmen.

- b) Wie viele akutstationäre Krankenhausbetten werden nach Kenntnis der Bundesregierung jeweils in den Bundesländern mit Hilfe der bewilligten Fördermittel abgebaut (bitte Anzahl je Bundesland darstellen)?

Insgesamt werden – auf Grundlage der in den Anträgen der Länder gegenüber dem BVA gemachten Angaben – 2 895 Planbetten abgebaut:

<i>Bundesland</i>	<i>Zahl der abzubauenen Planbetten</i>
Baden-Württemberg	225
Bayern	658
Berlin	47
Brandenburg	52
Hamburg	26
Hessen	205
Mecklenburg-Vorpommern	31
Niedersachsen	187
Nordrhein-Westfalen	887
Rheinland-Pfalz	239
Saarland	103
Sachsen	101
Sachsen-Anhalt	134

- c) Wie viele Krankenhausabteilungen werden nach Kenntnis der Bundesregierung jeweils in den Bundesländern mit Hilfe der bewilligten Fördermittel geschlossen (bitte Anzahl je Bundesland darstellen)?

Insgesamt wurden bzw. werden 32 Abteilungen geschlossen:

<i>Bundesland</i>	<i>Zahl der geschlossenen/ zu schließenden Abteilungen</i>
Baden-Württemberg	4
Bayern	8
Bremen	1
Brandenburg	4
Hamburg	2
Mecklenburg-Vorpommern	2
Niedersachsen	1
Nordrhein-Westfalen	8
Sachsen	1
Sachsen-Anhalt	1

- d) Wie viele rechtlich selbständige Krankenhäuser bzw. Standorte von Krankenhäusern werden nach Kenntnis der Bundesregierung jeweils in den Bundesländern mit Hilfe der bewilligten Fördermittel geschlossen (bitte Anzahl je Bundesland darstellen)?

Insgesamt wurden bzw. werden 30 Krankenhäuser bzw. Krankenhausstandorte geschlossen:

<i>Bundesland</i>	<i>Zahl der geschlossenen/zu schließenden Krankenhäuser bzw. Krankenhausstandorte</i>
Baden-Württemberg	4
Bayern	3
Berlin	1
Hamburg	1
Hessen	2
Niedersachsen	4
Nordrhein-Westfalen	7
Rheinland-Pfalz	2
Saarland	2
Sachsen	2
Sachsen-Anhalt	2

17. a) Wie viele Neubauten (Bettenhäuser, Funktionstrakte usw.) werden aus Mitteln des Strukturfonds gefördert (soweit möglich bitte Anzahl je Bundesland darstellen)?

Aus Mitteln des Strukturfonds wurden insgesamt 21 Neubauten (Bettenhäuser, Funktionstrakte u. Ä.) gefördert:

<i>Bundesland</i>	<i>Zahl der geförderten Neubauten</i>
Baden-Württemberg	3
Bayern	2
Berlin	1
Brandenburg	2
Bremen	1
Hamburg	1
Niedersachsen	2
Nordrhein-Westfalen	4
Rheinland-Pfalz	2
Sachsen	2
Sachsen-Anhalt	1

- b) Sind Neubauten nach Ansicht der Bundesregierung mit dem Ziel des Strukturfonds vereinbar?

Ziel des Krankenhausstrukturfonds ist die Verbesserung der Versorgungsstrukturen im Krankenhausbereich durch Anpassung der bestehenden Versorgungskapazitäten an den tatsächlichen Versorgungsbedarf. Nach den Vorgaben der KHSFV sind die Kosten der Schließung eines Krankenhauses oder von Teilen des Krankenhauses sowie die Kosten für die erforderlichen Baumaßnahmen förderfähig. Neubaumaßnahmen oder bauliche Erweiterungsmaßnahmen können etwa dadurch erforderlich werden, dass ein aufnehmendes Krankenhaus im Fall einer Konzentration seine Versorgungskapazitäten erhöht. Ebenso ist denkbar, dass ein Krankenhaus im Rahmen der Umwandlung bestehender Versorgungskapazitäten in andere Fachrichtungen oder nicht akutstationäre Versorgungseinrichtungen seine Versorgungsstruktur durch eine Neubaumaßnahme an die neue Zweckbestimmung anpasst. Insoweit ist die Förderung von Neubaukosten mit dem Ziel des Krankenhausstrukturfonds vereinbar. Zur Vermeidung von Mitnahmeeffekten werden Fördermittel für Neubauten nur dann bewilligt, wenn und soweit die zuvor an anderen Standorten bestehenden Versorgungsangebote an dem Neubau – in restrukturierter Form – fortgeführt werden, wenn der Neubau also erkennbar in einem kausalen Zusammenhang mit dem förderfähigen Vorhaben steht und damit als erforderliche Baumaßnahme im o. g. Sinne zu bewerten ist.

18. Existieren nach Kenntnis der Bundesregierung über den Inhalt der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung (KHSFV) hinausgehende Vergabekriterien auf Landesebene, und wenn ja, welchen Inhalt haben diese?

Gemäß den Vorgaben der KHSFV haben die Länder im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen die Entscheidung darüber getroffen, für welche Umstrukturierungsvorhaben ein Antrag auf Förderung bei dem BVA zu stellen war. Das Bayerische Staatsministerium der Finanzen, für Landesentwicklung und Heimat hat am 19. Juli 2016 eine Richtlinie zur Förderung der Umwandlung von Krankenhäusern (Umwandlungsförderrichtlinie) erlassen, um die Einzelheiten zur Durchführung der in der KHSFV vorgesehenen Umwandlungsförderung zu regeln.

19. Befürwortet die Bundesregierung künftig die Festlegung von Förderquoten für die in § 12 KHG genannten unterschiedlichen Zwecke des Strukturfonds?

Wenn ja, wo würde die Bundesregierung den durch eine Förderquote zum Ausdruck kommenden wesentlichen Schwerpunkt setzen?

Wenn nein, warum nicht?

Das BMG hält die Festlegung von Förderquoten zur Priorisierung der bereitgestellten Fördermittel nicht für zielführend, weil hierdurch eine passgenaue und individuell bedarfsgerechte Auswahl der für die Förderung in Betracht kommenden Umstrukturierungsvorhaben erschwert würde. Aufgrund der heterogenen Krankenhausstrukturen in den Ländern ist davon auszugehen, dass auch der bestehende Umstrukturierungsbedarf von Land zu Land stark variiert.

20. a) Haben sich die Privaten Krankenversicherungen an der Finanzierung des Krankenhaus-Strukturfonds nach § 12 KHG beteiligt, und wenn ja, in welcher Höhe?

Die privaten Krankenversicherungsunternehmen haben sich an der Finanzierung des Krankenhausstrukturfonds nicht beteiligt.

- b) Wenn nein, warum haben sich Private Krankenversicherungen nicht an der Finanzierung beteiligt, obwohl auch deren Versicherte von den mit dem Strukturfonds bezweckten Verbesserungen der Versorgungsstrukturen profitieren?

Der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. hat seine Ablehnung einer finanziellen Beteiligung der privaten Krankenversicherungsunternehmen damit begründet, dass strukturverbessernde Maßnahmen der Länder nach seiner Auffassung eine Aufgabe der Daseinsvorsorge darstellen, die aus öffentlichen Mitteln der Länder, nicht aber aus Beiträgen von gesetzlich oder privat Versicherten zu erfüllen ist. Darüber hinaus stelle die Beteiligung am Krankenhausstrukturfonds für die privaten Versicherungsunternehmen eine versicherungsfremde Leistung dar. Die Versicherungsbeiträge seien nach dem Äquivalenzprinzip kalkuliert. Es gebe damit einen engen Zusammenhang von Versicherungsprämie und erwarteter Versicherungsleistung. Weder könne der Gesetzgeber in diese versicherungsvertragliche Verpflichtung eingreifen und eine Verwendung der Versichertengelder für versicherungsfremde Leistungen anordnen, noch dürften die Versicherungsunternehmen vereinnahmte Beträge für versicherungsfremde Leistungen, etwa zur Förderung strukturverbessernder Maßnahmen in den Ländern, verwenden. Einen staatlichen Zuschuss zur pauschalen Abgeltung von möglichen Aufwendungen für versicherungsfremde Leistungen, wie in § 221 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) für die gesetzliche Krankenversicherung geregelt, erhielten die Unternehmen der privaten Krankenkassen gerade nicht. Schließlich beteiligten sich die privat Versicherten als Steuerzahler über steuerfinanzierte Bundeszuschüsse bereits in erheblichem Maße an der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung.

21. Wodurch konkret hat die Bundesregierung bislang auf eine Beteiligung der privaten Krankenversicherungen hingewirkt?

Der Gesetzgeber hat in § 12 Absatz 1 Satz 2 KHG eine freiwillige Beteiligung der privaten Krankenversicherungsunternehmen an der Strukturfondsförderung ausdrücklich vorgesehen (vgl. auch § 10 KHSFV).

22. Beabsichtigt die Bundesregierung wie von der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) im Juni 2017 gefordert (GMK-Beschluss „Gemeinsames Investitionsprogramm von Bund und Ländern zur Weiterentwicklung der stationären Versorgung“) eine weitere Finanzierung des Strukturfonds künftig aus Mitteln des Bundes und der Länder, um die gesetzliche Krankenversicherung nicht weiter zu belasten und alle Versicherten unabhängig von ihrem Versicherungsstatus angemessen und gerecht an der Finanzierung der Versorgungsverbesserungen zu beteiligen?

Wenn nein, warum nicht?

Nach den Vorgaben des Koalitionsvertrags für die 19. Legislaturperiode wird der fortgesetzte Krankenhausstrukturfonds hälftig aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und aus Mitteln der Länder finanziert.

23. Welche Bundesländer haben nach Kenntnis der Bundesregierung von der Möglichkeit in § 10 des KHG Gebrauch gemacht und gewähren leistungsorientierte Investitionspauschalen (bitte nach Ländern und derzeitigem Anteil der Pauschalen an der gesamten Investitionsfinanzierung des jeweiligen Landes darstellen)?

Seit dem Jahr 2012 können die Länder eigenständig entscheiden, ob sie Investitionspauschalen einführen oder weiterhin bei dem bestehenden System der Pauschal- und Einzelförderung bleiben. Nach dem Gutachten des RWI (Seite 24 f.) haben die Länder Berlin, Brandenburg, Hessen und Saarland leistungsorientierte Investitionspauschalen eingeführt. Bremen und Sachsen-Anhalt planen die Einführung leistungsorientierter Investitionspauschalen im Jahr 2018 bzw. im Jahr 2019. Nordrhein-Westfalen hatte bereits im Jahr 2008 die Einzelförderung durch eine Baupauschale ersetzt. Dem BMG liegen keine Informationen darüber vor, zu welchem Anteil die Länder die bereitgestellten Investitionsmittel auf leistungsorientierte Investitionspauschalen und auf die herkömmliche Einzel- und Pauschalförderung verteilen.

24. a) Welche Bundesländer gewähren nach Kenntnis der Bundesregierung neben der Pauschalförderung auch Einzelzuweisungen bzw. beabsichtigen die Wiedereinführung von Einzelförderungen?
- b) In welchem finanziellen Umfang und mit welchem Förderzweck sind diese Einzelzuweisungen vorgesehen?

Nach Kenntnis des BMG hat der Landtag des Landes Nordrhein-Westfalen im März 2018 eine Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes beschlossen, in der die Wiedereinführung einer zielgerichteten Einzelförderung neben der bisherigen Pauschalförderung vorgesehen ist. Ziel der Regelung ist ein optimierter Umgang mit Fördermitteln, um bei Ausweisung entsprechender Förderschwerpunkte im Investitionsprogramm des Landes Akzente setzen zu können (Landtagsdrucksache 17/1046, Seite 132).