

## **Unterrichtung**

**durch die Bundesregierung**

### **Bericht über den durch die Förderung nach dem Krankenhausstrukturfonds bewirkten Strukturwandel**

#### Inhaltsverzeichnis

	Seite
<b>I. Einleitung</b> .....	3
<b>II. Wesentliche Erkenntnisse der begleitenden Auswertung des RWI</b> .....	4
1. Allgemeine Feststellungen .....	4
2. Feststellungen zu der Förderung des Krankenhausstrukturfonds .....	5
<b>III. Bewertung durch das BMG</b> .....	7

## I. Einleitung

Vor dem Hintergrund demografischer und regionaler Veränderungen wurde mit dem Ziel, die Versorgungsstrukturen im Krankenhausbereich zu verbessern und den anstehenden Umstrukturierungsprozess der Krankenhausversorgung voranzubringen, mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) zum 1. Januar 2016 der Krankenhausstrukturfonds (KHSF) für die Jahre 2016 bis 2018 eingerichtet<sup>1</sup>. Die Einrichtung eines Strukturfonds war ein Ergebnis der am 5. Dezember 2014 beschlossenen Eckpunkte der seit Mai 2014 in regelmäßigen Abständen tagenden Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform<sup>2</sup>.

Dem KHSF wurden einmalig Mittel in Höhe von 500 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zur Verfügung gestellt, die gemäß dem Königsteiner Schlüssel für das Jahr 2015 auf die einzelnen Länder aufgeteilt wurden. Der KHSF hatte den Zweck, zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen insbesondere den Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten sowie die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre lokale Versorgungseinrichtungen (z. B. Gesundheits- oder Pflegezentren, stationäre Hospize) zu fördern. Die Länder konnten bis zum 31. Juli 2017 für im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen ausgewählte Vorhaben von Krankenhäusern entsprechende Förderanträge beim Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) stellen, das für die Verwaltung und Bewirtschaftung der Mittel sowie das Förderverfahren zuständig ist. Die von einem Land mit fristgerecht gestellten Anträgen nicht ausgeschöpften Mittel standen für die Förderung von Vorhaben anderer Länder zur Verfügung (Nachverteilungsverfahren). Voraussetzung für die Förderung war insbesondere, dass die Länder sich verpflichteten, jeweils allein oder gemeinsam mit den jeweiligen Krankenträgern mindestens 50 Prozent der förderfähigen Kosten des Vorhabens als Kofinanzierung zu tragen. Zudem hatten sich die Länder zu verpflichten, die in den Haushaltsplänen der Jahre 2012 bis 2014 ausgewiesenen Mittel für die Krankenhausfinanzierung mindestens in ihrer durchschnittlichen Höhe beizubehalten und diese um die Landesmittel zur Finanzierung des KHSF zusätzlich erhöhen. Insgesamt stand für die Fördervorhaben des KHSF somit ein Volumen in Höhe von bis zu 1 Milliarde Euro bereit.

In dem Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe sowie in der Gesetzesbegründung zum KHSG<sup>3</sup> wurde ausdrücklich festgeschrieben, dass die Länder die Planung von Krankenhäusern im Rahmen der Daseinsvorsorge auch weiterhin durchführen und die Investitionsmittel für ihre Krankenhäuser in notwendigem Umfang bereitzustellen hatten. Weiterhin wurde darauf hingewiesen, dass die Fördergelder den Krankenhäusern nicht anstelle, sondern zusätzlich zu der notwendigen Investitionsförderung zugutekommen sollten. Insoweit ließ die Förderung über den KHSF die Zuständigkeit der Länder für die Investitionskostenfinanzierung der Krankenhäuser unberührt.

Mit dem KHSG wurde das BAS in § 14 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) verpflichtet, eine begleitende Auswertung zu dem durch den Krankenhausstrukturfonds bewirkten Strukturwandel in Auftrag zu geben. Die Vergabe des Gutachtauftrags erfolgte an das RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung (RWI). Dieses hatte dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) sowie dem Bundesministerium der Finanzen (BMF) im Rahmen der Auswertung des KHSF jährlich Zwischenberichte vorzulegen. Das RWI hat zum 19. Juli 2021 seinen Abschlussbericht vorgelegt. Das BMG kommt mit dem vorliegenden Bericht seiner Verpflichtung nach § 14 Satz 6 KHG nach, auf der Grundlage der Auswertung des RWI dem Deutschen Bundestag einen Bericht über den durch die Förderung in den Jahren 2016 bis 2018 bewirkten Strukturwandel vorzulegen.

## II. Wesentliche Erkenntnisse der begleitenden Auswertung des RWI

### 1. Allgemeine Feststellungen

Die begleitende Auswertung des RWI stellt fest, dass der Krankenhausmarkt mit insgesamt 100,8 Milliarden Euro im Jahre 2019 den mit Abstand größten Markt im Gesundheitswesen darstellt. Das RWI stellt gleichzeitig eine sich in den vergangenen 20 Jahren verringere Zahl an Krankenhäusern (1999: 2252, 2019: 1914 = - 14,6 Pro-

<sup>1</sup> Die §§ 12, 13 und 14 KHG sowie die §§ 1 bis 10 KHSFV. Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) wurde der KHSF erweitert und für die Jahre 2019 bis 2022 (mit dem Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) nunmehr bis 2024) mit einem Fördervolumen von insgesamt 2 Milliarden Euro verlängert (§§ 12a KHG, 11 bis 18 KHSFV). Der vorliegende Bericht bezieht sich ausschließlich auf die Förderung der Jahre 2016 bis 2018.

<sup>2</sup> Siehe Nummer 5 – [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/B/Bund\\_Laender\\_Krankenhaus/Eckpunkte\\_Bund\\_Laender\\_Krankenhaus.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/B/Bund_Laender_Krankenhaus/Eckpunkte_Bund_Laender_Krankenhaus.pdf)

<sup>3</sup> <https://dserver.bundestag.de/btd/18/053/1805372.pdf>, s. Vorblatt „B. Lösung“ sowie Begründung „A. Allgemeiner Teil II.5“

zent) sowie Krankenhausbetten (1999: ca. 570 000, 2019: knapp 500 000 = - 15 Prozent) fest. Während die stationären Fallzahlen über die Zeit gestiegen sind, ließen sich nach dem RWI eine geringere Verweildauer sowie eine geringere Anzahl an Belegungstagen feststellen. Die Bettenauslastung der Krankenhäuser betrage seit 2007 ca. 77 Prozent. Die Krankenhausdichte in Deutschland sei nach wie vor höher als in den meisten anderen Ländern der OECD und insbesondere höher als im Vergleich zu anderen Ländern, die eine hohe Bevölkerungsdichte aufwiesen, wie die Niederlande oder Belgien.

Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser in Gestalt ihrer Ausfallwahrscheinlichkeit (Wahrscheinlichkeit, mit der ein Krankenhaus innerhalb eines Jahres seinen Zahlungsverpflichtungen nicht weiter nachkommen kann) habe sich entsprechend dem Krankenhaus Rating Report im Jahr 2019 im Vergleich zum Jahr 2016 verschlechtert, sodass damit dreimal so viele Krankenhäuser eine stark erhöhte Ausfallwahrscheinlichkeit aufwiesen. Hierbei gebe es zum einen erhebliche regionale Unterschiede, zum anderen sei die wirtschaftliche Lage spezialisierter Krankenhäuser und von Krankenhausketten besser. Die Patientenzufriedenheit (ärztliche Versorgung, pflegerische Betreuung, Weiterempfehlungsrate) sei nach Daten des Patients‘ Experience Questionnaire (PEQ) von der „Weissen Liste“ in Zusammenarbeit mit der AOK, der BARMER und der KKH insgesamt gut, ebenfalls mit regionalen Unterschieden und einer höheren Patientenzufriedenheit in kleineren, stärker spezialisierten Krankenhäusern.

Anhand einer Betrachtung der Krankenhausstruktur vor Einführung des KHSF könne geschlossen werden, dass eine flächendeckende Versorgung sichergestellt sei: Gemäß dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Regelung für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen könnten 98,8 Prozent der Bevölkerung einen Grundversorger binnen 30 Minuten erreichen. Eine entsprechend hohe Quote sei auch in ländlichen Regionen (mit ca. 97 Prozent) gegeben (in Städten sogar nahezu 100 Prozent). Hypothetischen Untersuchungen zufolge, das heißt ohne Berücksichtigung der tatsächlich bestehenden Krankenhausstandorte, könne die Anzahl der Krankenhausstandorte deutlich verringert werden, ohne dass dies Auswirkungen auf das Erreichbarkeitsniveau der Bevölkerung habe. Die Versorgungssicherheit sei durch Konzentrationen und Schließungen insofern nicht per se gefährdet.

## 2. Feststellungen zu der Förderung des Krankenhausstrukturfonds

Der Abschlussbericht des RWI bewertet die Umsetzung des KHSF zum Stichtag 24. Juni 2021. Im Rahmen des KHSF konnten 57 Förderanträge des Erstverfahrens sowie 5 weitere Anträge aus dem Nachverteilungsverfahren positiv durch das BAS beschieden werden. Insgesamt wurden dadurch 96 Prozent der Fördermittel durch die Länder ausgeschöpft.<sup>4</sup> Die nahezu vollständige Ausschöpfung der Fördermittel erlaubt es, die kurz- und mittelfristige Gesamtwirkung des KHSF auf der Grundlage des Abschlussberichts zu bewerten.

Der Abschlussbericht enthält folgende wesentliche Aussagen zu den Wirkungen des KHSF:

- Der ganz überwiegende Anteil der 62 geförderten Vorhaben betrifft Konzentrationen (69 Prozent, 43 Vorhaben). Hierzu allerdings gehören auch solche Konzentrationen, die eine Schließung oder Umwandlung akutstationärer Versorgungskapazitäten zum Gegenstand haben. „Reine“ Schließungen und Umwandlungen machen je 16 Prozent (10 Vorhaben) bzw. 15 Prozent (9 Vorhaben) aus. Der Anteil genehmigter Fördermittel für Konzentrationen an den Gesamtmitteln beträgt 91 Prozent, auf „reine“ Umwandlungen entfallen 5 Prozent der Mittel und auf „reine“ Schließungen 4 Prozent.
- Überproportional viele Fördervorhaben entfallen auf freigemeinnützige Krankenhäuser (49 Prozent); nur eine unterproportional anteilige Förderung erhielten private (14 Prozent) sowie öffentliche Krankenhäuser (38 Prozent), obwohl letztere 48 Prozent aller Betten vorhalten.
- Die Verteilung der für die Förderung erforderlichen Kofinanzierung zwischen Ländern und Krankenhausträgern ist uneinheitlich: vier Länder haben die Kofinanzierung in Höhe von 50 Prozent allein übernommen; drei Länder haben sogar mehr als 50 Prozent kofinanziert. In elf Ländern wurden die Krankenhausträger mit Quoten jeweils zwischen 5 und 27 Prozent an der Kofinanzierung beteiligt.

<sup>4</sup> Durch weitere Antragstellungen der Länder im Nachverteilungsverfahren für von ihnen widerrufen Bescheide kann sich der Ausschöpfungsgrad noch erhöhen.

- Die Länder haben ihre Investitionsmittel in den Jahren 2016, 2017 und 2018 jeweils auf dem Niveau der Jahre 2012 bis 2014 bzw. des Jahres 2015 gehalten und damit die gesetzgeberischen Voraussetzungen für die Förderung erfüllt. Ein Land hat die erforderlichen Investitionsausgaben durch Verpflichtungsermächtigungen gedeckt.
- Insgesamt wurden (bzw. werden noch) 34 Krankenhäuser oder Krankenhausstandorte geschlossen. Hierzu gehören sowohl Schließungen im Rahmen „reiner“ Schließungsvorhaben wie auch Schließungen, die im Rahmen von Konzentrations- und Umwandlungsvorhaben erfolgten. An weiteren 24 Standorten wurden insgesamt 36 Abteilungen geschlossen. Fast die Hälfte der geschlossenen Abteilungen waren Gynäkologien und Geburtshilfen. Ob es hierdurch zu einer Verlängerung der Fahrzeit auf über 40 Minuten gekommen ist, konnte im Rahmen der Untersuchung wegen der häufigen Kombination von Geburtshilfe- und Gynäkologieabteilungen nicht beurteilt werden.
- Der Gesamtbettenabbau durch die geförderten Vorhaben beträgt 3099.
- Unter Nutzung des GKV-Kliniksensors sowie anhand von Schätzungen auf Basis umliegender Standorte, wodurch sich die Auswirkungen einer Schließung auf die PKW-Fahrzeit zum nächstmöglichen Grundversorger simulieren lassen, ergibt sich durch die aus Mitteln des KHSF geförderten Schließungen für ca. 61 000 Menschen (ca. 0,3 Prozent der Bevölkerung) eine Erhöhung der Fahrzeit auf über 30 Minuten.
- Das RWI zieht zur besseren Darstellung der Kosteneffizienz der Fördermittel und zum Vergleich der Vorhaben ein Punktesystem unter Berücksichtigung von Bettenverlagerung, Bettenumwandlung und -abbau sowie Standortschließungen nebst Erreichbarkeit heran. Dieses Punktesystem bemisst die Kosteneffizienz eines Vorhabens länderbezogen vorrangig danach, in welchem Umfang akutstationäre Versorgungskapazitäten abgebaut worden sind. Das RWI weist allerdings darauf hin, dass die Aussagekraft dieser Betrachtung begrenzt ist.
- Tendenziell sind in Bundesländern mit einer höheren Bettendichte etwas mehr Betten abgebaut worden (6,4 abgebaute Betten pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner), auch wenn der Zusammenhang schwach und statistisch nicht signifikant ist.
- In Ländern mit höherer Krankenhausdichte sind tendenziell weniger Krankenhäuser geschlossen worden als in solchen mit niedriger Krankenhausdichte.
- Zur Bewertung der Auswirkungen des KHSF legt das Gutachten eine anhand der Kennzahl „Krankenhausstandorte je Einwohner“ definierte Sollstruktur zu Grunde. Als Benchmark haben die Gutachterinnen und Gutachter das Land Sachsen ausgewählt, da dessen Einwohnerdichte dem bundesdeutschen Mittelwert entspricht, die Krankenhausdichte jedoch um 14,6 Prozent unter dem Durchschnitt liegt. Um diese Sollstruktur zu erreichen, ist daher ein Rückgang von Krankenhäusern und Krankenhausbetten in Höhe von 14,6 Prozent erforderlich. Das für die Erreichung der Sollstruktur erforderliche Investitionsvolumen wird auf ca. 11 Milliarden Euro geschätzt. Mit dem Förderbetrag des KHSF in Höhe von ca. 1 Milliarde Euro sind damit knapp 10 Prozent der für die Erreichung der Sollstruktur erforderlichen Investitionssumme bereitgestellt worden. Da der Anteil des KHSF mit 34 Schließungen einem Wert von 14 Prozent des gewünschten Rückgangs entspricht, wird der Mitteleinsatz im Rahmen des KHSF als effizient angesehen. Allerdings beträgt der Bettenabbau lediglich 4,4 Prozent des gewünschten Rückgangs, was zeigt, dass hauptsächlich kleinere Standorte geschlossen worden sind. Insgesamt muss sich die Krankenhausstruktur aber noch deutlich ändern, um den Sollwert zu erreichen.

### III. Bewertung durch das BMG

Der Abschlussbericht der begleitenden Auswertung des RWI macht deutlich, dass der mit dem KHSF verfolgte gesetzgeberische Zweck, die Versorgungsstrukturen anhand von Konzentrationseffekten und des Abbaus von Vorhalteaufwand zu verbessern, grundsätzlich erreicht wurde. Die geförderten Vorhaben haben einen messbaren Beitrag zur Verbesserung der Krankenhausstrukturen geleistet. Hierbei ist auch festzuhalten, dass die gesetzlichen Anreize für die Länder, zusätzliche Mittel für die Investitionsförderung im Wege der Kofinanzierung für Förderprojekte aufzubringen, Wirkung gezeigt haben. Gleichwohl bleiben die Landesmittel zur Förderung von Krankenhausinvestitionen nach wie vor hinter dem Förderbedarf der Krankenhäuser zurück. Allerdings war es auch nicht das Ziel des KHSF, diese Förderlücke vollständig zu schließen. Ob der Kapazitätsabbau in der erfolgten

Höhe auch ohne Unterstützung durch den KHSF erreicht worden wäre, lässt der Abschlussbericht offen, gleichwohl bestätigt dieser jedoch grundsätzlich die Effizienz des KHSF als Instrument für strukturelle Verbesserungen der akutstationären Versorgungskapazitäten.

Hinzuweisen ist darauf, dass das deutliche Übergewicht von Konzentrationsvorhaben (43 von 62 geförderten Vorhaben, auf die ca. 91 Prozent der Fördermittel entfallen) maßgeblich auf der von den Gutachterinnen und Gutachtern gewählten begrifflichen Abgrenzung von Schließungs- und Konzentrationsvorhaben beruht und daher zu relativieren ist. Als Schließung werden nur vollständige und ersatzlose Stilllegungen akut-stationärer Versorgungskapazitäten erfasst, nicht aber auch solche, die im Rahmen von Konzentrationsmaßnahmen erfolgen. Zählt man letztere hinzu, ergibt sich, dass mehr als die Hälfte der geförderten Vorhaben (34 von 62) die Schließung eines Krankenhauses oder Krankenhausstandorts zum Gegenstand gehabt hat.

Hinsichtlich der Zielvorstellung einer künftigen Krankenhausstruktur wäre es wünschenswert gewesen, wenn die Länder die Mittel des KHSF zielgenau dahingehend eingesetzt hätten, dass Schließungen von Krankenhäusern und Krankenhausstandorten bzw. der Abbau von Krankenhausbetten vorrangig in Regionen mit hoher Krankenhausedichte bzw. hoher Bettendichte gefördert worden wären. Dem Abschlussbericht zufolge lässt sich aber kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der Krankenhausedichte und der Anzahl geförderter Schließungen feststellen. Ebenso besteht kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der Bettendichte und dem Bettenabbau je Einwohnerin bzw. Einwohner. Positiv ist gleichwohl, dass in der Tendenz der Abbau von Krankenhausbetten in Regionen mit hoher Bettendichte stattgefunden hat. Insofern besteht hinsichtlich einer zielgenauen Ausgestaltung des KHSF noch Optimierungspotenzial.

Auch wenn nach den Feststellungen des Abschlussberichts offenbar in erster Linie kleine Krankenhausstandorte geschlossen worden sind, trägt dies zu einer Strukturverbesserung bei, wenn es sich, wovon auszugehen ist, um wenig spezialisierte Krankenhäuser gehandelt hat. Dass sich die Zahl der Krankenhäuser zwischen 2015 und 2019 sukzessive verringert hat, werten die Gutachterinnen und Gutachter als Indiz dafür, dass neben dem KHSF noch andere strukturverbessernde Maßnahmen durchgeführt worden sind, wenngleich hierbei Mitnahmeeffekte der Länder nicht auszuschließen sind.

Gleichwohl bleibt die Krankenhaus- und Bettendichte in Deutschland auch nach Umsetzung der geförderten Vorhaben deutlich höher als in anderen Ländern mit hoher Bevölkerungsdichte, wie die Niederlande oder Belgien. Insofern besteht weiterhin Bedarf für Maßnahmen zur Verbesserung der Bedarfsgerechtigkeit der akutstationären Versorgungskapazitäten.

Dass die Länder ihre Investitionsausgaben – entsprechend der gesetzlichen Vorgabe – in den Jahren 2016, 2017 und 2018 auf dem Niveau der Vorjahre gehalten haben, ist als positiv zu bewerten dafür, dass der KHSF einen Anreiz für die Länder geboten hat, die in den vergangenen Jahren entstandene Investitionslücke zumindest punktuell zu verkleinern. Gleichwohl ist festzustellen, dass nach wie vor ein erheblicher Investitionsstau bei den Krankenhäusern besteht, welcher perspektivisch nur durch weitere, verstärkte Anstrengungen der Länder, ihrer Zuständigkeit für die Investitionskostenfinanzierung der Krankenhäuser nachzukommen, wird behoben werden können.

Ob das in dem Abschlussbericht vorgeschlagene Punktesystem zur Bewertung der Kosteneffizienz der geförderten Vorhaben – und im Hinblick auf eine etwaige künftige Vergabe von Fördermitteln – grundsätzlich geeignet ist, ist fraglich. Die Gutachterinnen und Gutachter weisen selbst darauf hin, dass ein solches Punktesystem nicht alle vorhabenspezifischen Besonderheiten erfassen kann (Beispiel: Die Kosteneffizienz von zwei Konzentrationsmaßnahmen wäre sehr unterschiedlich, je nachdem ob ein Vorhaben einen kostenintensiven Neubau erfordert oder nicht, auch wenn die Zahl abgebauter Betten in beiden Vorhaben gleich hoch ist). Dadurch relativiert sich die Aussagekraft eines Vergleichs zwischen den Ländern hinsichtlich der Kosteneffizienz der geförderten Vorhaben. Mit einem Punktesystem könnten daher nur Vorhaben verglichen werden, die von vorneherein eine hohe Ähnlichkeit aufweisen, wodurch sich letztlich möglicherweise nur sehr kleine Vergleichsgruppen bilden ließen und die Vergleichsergebnisse nur begrenzte Aussagekraft hätten.

Der Gesetzgeber hat durch die Fortführung des KHSF in den Jahren 2019 bis 2024 mit insgesamt 2 Milliarden Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds die entsprechenden rechtlichen Grundlagen geschaffen, damit auch künftig weiterhin in erforderlichem Maße bestehendes Effizienzpotential in der stationären Versorgung gehoben werden kann. Der mit der Förderung nach dem fortgeführten KHSF bewirkte Strukturwandel wird

Gegenstand einer gesonderten wissenschaftlichen Auswertung sowie eines entsprechenden Berichts des BMG gegenüber dem Deutschen Bundestag sein.

Zutreffend weist der Abschlussbericht mit Verweis auf die Herausforderungen der COVID-19-Pandemie zudem darauf hin, dass der Bedarf, Ressourcen zu bündeln und Versorgungsstrukturen zu optimieren, künftig voraussichtlich weiter bestehen und gar steigen wird. Vor diesem Hintergrund sollten in der neuen Legislaturperiode weitere Maßnahmen zur Verbesserung der Bedarfsgerechtigkeit der akutstationären Versorgungskapazitäten geprüft werden. Ebenso wird zu prüfen sein, wie eine dauerhaft tragfähige Finanzierung der Krankenhausinvestitionen erreicht werden kann. Hierbei ist die Zuständigkeit der Länder für die Investitionsfinanzierung zu beachten.

Um schnell und effektiv Investitionen in diejenigen Bereiche, in denen Krankenhäuser großen Nachholbedarf haben – moderne Notfallkapazitäten, die Digitalisierung und die IT-Sicherheit der Krankenhäuser –, voranzutreiben, hat der Gesetzgeber mit dem Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) im Rahmen des Konjunkturprogramms 3 Milliarden Euro durch den Bundeshaushalt bereitgestellt, mit denen die Länder unter Übernahme weiterer bis zu 1,3 Milliarden Euro als 30-prozentige Kofinanzierung bis Ende 2021 Fördermittel beantragen können. Vorgehen ist eine begleitende Auswertung hinsichtlich der Digitalisierung der Krankenhäuser, welche die durch die Förderung erzeugten Wirkungen mit einbeziehen wird. Hierbei handelt es sich aber, ebenso wie bei den Finanzierungsmechanismen des KHSF, lediglich um punktuelle Maßnahmen zur Verbesserung der Finanzierungssituation der Krankenhäuser. Zu einer substanziellen und dauerhaften Steigerung der Anteile der Länder an der Krankenhausfinanzierung, insbesondere durch eine gesicherte und ausreichende Investitionsfinanzierung durch die Länder, besteht daher keine Alternative.



