



Beschlussvorlage

0189/2021

Amt für Finanzen, Beteiligungen und
Kreislaufwirtschaft

Beratungsfolge:

1. Kreistag	09.12.2021	Entscheidung	Ö
2. Kreistag	16.12.2021	Entscheidung	Ö
3. Ausschuss für Finanzen, Beteiligungen und Kreis- entwicklung	19.05.2022	Entscheidung	Ö

Franz Baur/12.05.2022

gez. Dezernent/in / Datum

Darstellung der Abschreibungen für nicht vom Land erstattete Krankenhausinvestitionen im Haushalt des Landkreises; Antrag der SPD-Fraktion vom 7. Dezember 2021

Beschlussentwurf:

Die Systematik der Finanzbeziehungen zwischen der Oberschwabenklinik und dem Landkreis wird unverändert fortgeführt.

Kurzdarstellung der Sach- und Rechtslage:

1. Einführung

In der Kreistagssitzung vom 09.12.2021 wurde unter TOP 5 über den Haushaltsplan des Landkreises beraten. Dabei ging es unter anderem um die Abschreibungen für die **nicht vom Land erstatteten Krankenhausinvestitionen**, welche aktuell über den Finanzierungsbeitrag der Oberschwabenklinik gGmbH (OSK) refinanziert werden.

Im Rahmen dieser Sitzung hat die SPD-Fraktion zum TOP 5 Haushaltsplan den folgenden **Antrag** gestellt:

„Es soll untersucht, beraten und entschieden werden, wie künftig in den verschiedenen Haushalten des Kreises (Kernhaushalt, IKP-Wirtschaftsplan und OSK-

Wirtschaftsplan) die **Abschreibungen** (und dazugehörigen Kreditkosten) für die **nicht vom Land erstatteten Krankenhausinvestitionen** dargestellt und verbucht werden sollen.

Derzeit werden diese über die Mietzahlungen der OSK aufgebürdet, was der Logik und dem System der Krankenhausfinanzierung in Deutschland, wie sie im Krankenhausgesetz des Bundes und im Landeskrankenhausgesetz geregelt ist, zuwiderläuft.“

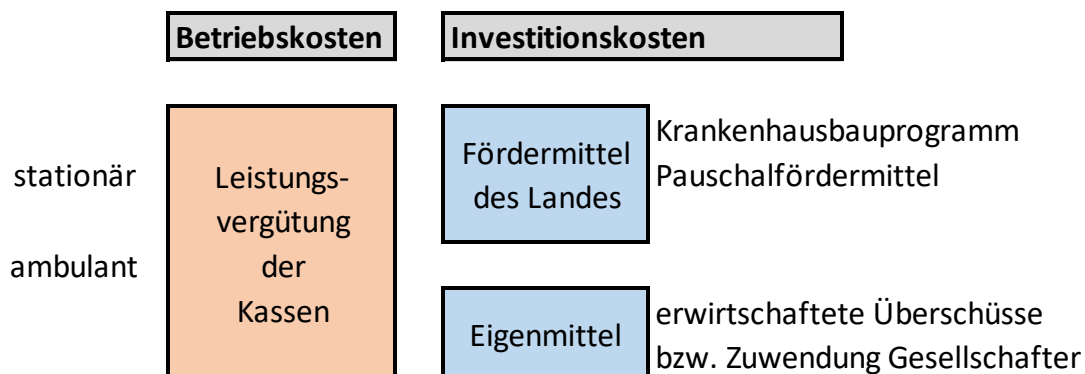
(vollständiger Text des Antrags siehe Anlage 1)

In den nun folgenden Textabschnitten wird auf die Systematik in der Krankenhausfinanzierung und deren Umsetzung in der Praxis am Beispiel anderer Träger, im Schwerpunkt auf die nicht vom Land erstatteten Krankenhausinvestitionen eingegangen. Im Abschnitt 4 wird die Systematik im Landkreis Ravensburg erläutert sowie zum Abschluss ein denkbare alternatives Modell (Abschnitt 5) dargestellt.

2. Übersicht und Struktur der Finanzierungssäulen in der Krankenhausfinanzierung

Mit der Verabschiedung des Krankenhausgesetzes (KHG) im Jahr 1972 wurde die duale Finanzierung, also die **Investitionsfinanzierung** als Aufgabe **der Bundesländer** und die **Finanzierung der Betriebskosten** über die **Krankenkassen**, in Deutschland eingeführt. Die laufenden Betriebskosten werden von Kostenträgern, den Krankenversicherungen bzw. in der Folge von den Patienten – im Rahmen der vorgegebenen Fallpauschalen – getragen. Dagegen übernehmen die Länder die Finanzierung der Investitionen in Gebäude oder Geräte der Kliniken. Die Investitionsfinanzierung ist in § 6 Abs. 1 KHG geregelt, jedes Bundesland hat danach einen Investitionsplan aufzustellen. Die Investitionsförderung teilt sich in zwei Bereiche: die Einzelförderung für die Gebäude und die Pauschalförderung für die Geräteausstattung (Quelle: Website der Deutschen Krankenhausgesellschaft).

Krankenhaus-Finanzierung (stark vereinfachte Darstellung)



In Anlage 2 ist die Krankenhausfinanzierung ausführlich dargestellt. Die Folie ist aus dem Gutachten von BAB entnommen.

2.1 Investitionsfinanzierung

Krankenhäuser, die im staatlichen Krankenhausplan aufgenommen sind, haben Anspruch auf Finanzierung der Investitionskosten. Hierbei sind Investitionsmaßnahmen für Neu-, Um- oder Erweiterungsbauten bzw. Sanierung förderfähig. Genauso förderfähig sind Anschaffungen von Gütern, die eine Nutzungsdauer von mehr als drei Jahren aufweisen (vgl. § 9 KHG).

Grundsätzlich sind die jeweiligen Bundesländer für die Investitionsmittel eines Krankenhauses verantwortlich. **Die Finanzierung in Gebäudeinvestitionen** erfolgt über die Einzelförderung nach KHG. Dabei liegt die Förderquote in den wenigsten Fällen bei 100%. Dies liegt zum Teil an den höheren Baustandards, die gewählt werden, und insbesondere am ambulanten Bereich, der aus der Förderquote und den förderfähigen Flächen herausgerechnet wird. Dieser Bereich muss über ambulante Erlöse, die über die kassenärztliche Vereinigung verteilt werden, finanziert werden. Um die Lücke greifbar zu machen, kann gut das Projekt „Umstrukturierung St.-Elisabethen-Klinikum“ des Landkreises genannt werden. Bei diesem Projekt hat der Landkreis vom Land lediglich eine Förderung in Höhe von ca. 50% der Investitionskosten erhalten.

Das Land trägt als Investitionsträger außerdem die **Finanzierung von medizinischen Geräten** über die **Pauschalförderung**. Auch die Pauschalfördermittel sind nicht auskömmlich, um die notwendigen Investitionen in die Geräteausstattung auskömmlich zu finanzieren.

Die Finanzierung der Instandhaltung der Gebäude, die Wartung und Instandsetzung der Medizintechnik erfolgt über die **Erlöse aus den DRG-Fallpauschalen**.

2.2 Betriebskostenfinanzierung und DRG-System

Alle laufenden Betriebskosten und damit Aufwendungen, die in einem Krankenhaus bei der Erfüllung des Versorgungsauftrages entstehen, können bei wirtschaftlicher Betriebsführung nach §17 Abs. 2 KHG abgerechnet werden. Die Kosten für die erbrachte Leistung des Krankenhauses werden den Patienten bzw. den Kostenträgern in Rechnung gestellt und damit über das System der Krankenversicherung abgerechnet.

Zur Vergütung der stationären Leistungen von zugelassenen Krankenhäusern wurde im Jahr 2004 die diagnosebezogene Abrechnung der Fallpauschalen nach dem DRG-System (Diagnosis Related Groups) eingeführt. Beim DRG-System wird eine Patientenklassifizierung nach medizinischen Kriterien durch die Haupt- und Nebendiagnosen vorgenommen. Abgeleitet aus dieser Klassifizierung erfolgen die Leistungen der jeweiligen Fallgruppen. Die Fallgruppen dienen sowohl der medizinischen Unterscheidung als auch der pauschalisierten Vergütung der Leistungen. Die Vergütung der Leistungen erfolgt damit unabhängig von den tatsächlichen Kosten und der Verweildauer des Patienten im Krankenhaus.

Daneben erbringen die Krankenhäuser in zunehmendem Maße auch ambulante Leistungen, insbesondere in der Notaufnahme, die über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet werden.

3. Unterschiedliche Modelle der Trägerschaft im Land

Das Landeskrankenhausgesetz (LHKH) sieht in § 2a zur Trägerschaft zwei alternative Modelle vor:

Krankenhausträger im Sinne dieses Gesetzes ist der Betreiber des Krankenhauses. Betreiber und Eigentümer des Krankenhauses können personell auseinander fallen. Im Falle des Satzes 2 können Betreiber und Eigentümer gemeinschaftlich die Trägerschaft übernehmen, wenn die Überlassung der geförderten oder zu fördernden Anlagen unentgeltlich erfolgt. Landesmittel zur Förderung der Anlagegüter im Falle des Satzes 3 werden gegenüber den gemeinschaftlichen Trägern bewilligt. Sie werden dem Träger ausbezahlt, der von den gemeinschaftlichen Trägern hierzu bestimmt wird.

Im Normalfall sind Immobilien und Betrieb in **einer einheitlichen Trägerschaft**. Dies ist in der Regel bei den privaten Klinikträgern und den freigemeinnützigen Trägern der Fall. Dies ist u. a. bei den benachbarten Klinikträgern (Sigmaringen, Bodenseekreis, Landkreis Biberach, etc.) so. Eine Abfrage der Geschäftsführung der OSK beim QuMiK-Verbund (Partnerschaft von Kliniken und Gesundheitseinrichtungen in kommunaler Trägerschaft in Baden-Württemberg) hat ergeben, dass dies auch bei den kommunalen Trägern der Standardfall ist. Von 9 Krankenhäusern im QuMiK-Verbund sind bei 8 die Gebäude und die Betriebsträgerschaft in einer einheitlichen Trägerstruktur (siehe Anlage 3).

Im Landkreis Ravensburg wurde bei der Gründung zum 01.01.1997 eine **geteilte Trägerschaft** implementiert. Die Immobilien sind im Eigentum der Gesellschafter, die somit Investitionsträger für die Immobilien sind und der laufende Betrieb wird durch die Oberschwabenklinik gGmbH sichergestellt (Betriebsträgerschaft). Trotz geteilter Trägerschaft besteht im Sinne des Krankenhausrechts nur ein Krankenhaus.

Die OSK und der Eigenbetrieb IKP stellen als selbständige Unternehmen getrennte Jahresabschlüsse auf. Eine Zusammenführung der beiden Jahresabschlüsse im Sinne des Krankenhausrechts „**eines Krankenhauses**“ OSK/IKP ist nach KHBV (Krankenhausbuchführungsverordnung) sinnvoll aber nicht zwingend vorgeschrieben. Mit der Konsolidierung wird der Gesamtaufwand des Krankenhauses transparent dargestellt und wird dadurch auch vergleichbar mit Krankenhäusern mit einheitlicher Trägerschaft.

4. Umsetzung im Landkreis Ravensburg

4.1 Finanzbeziehung zwischen OSK / IKP

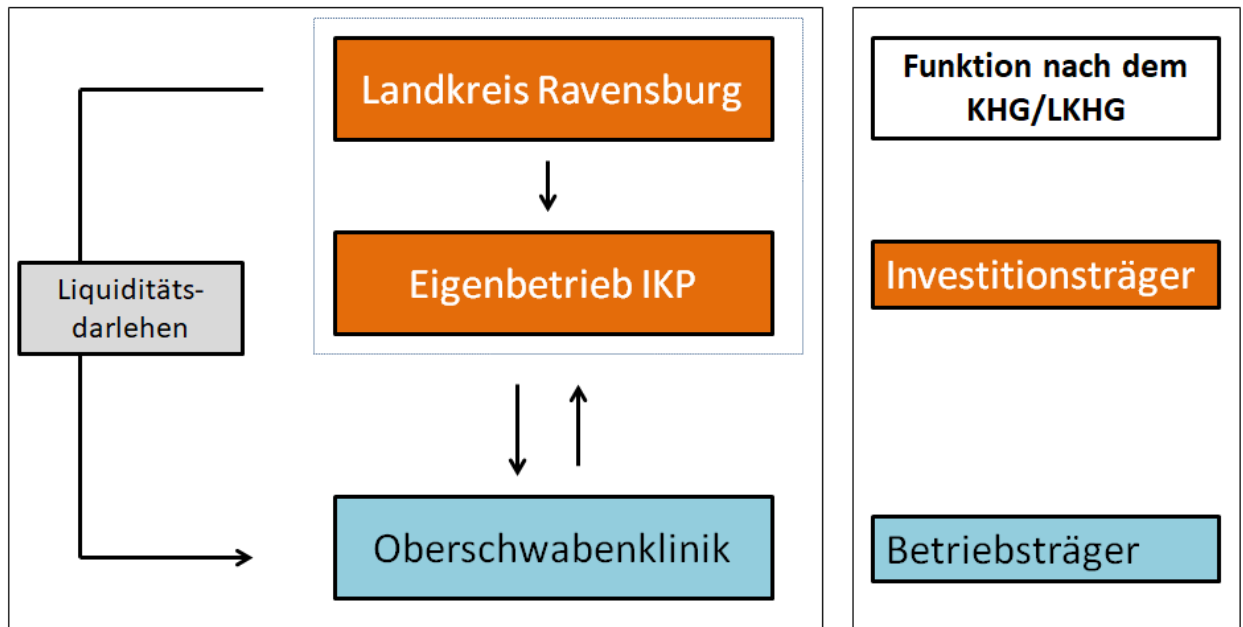
Die OSK gGmbH als **Betriebsträger** mietet beim Eigenbetrieb die Krankenhausgebäude entsprechend den Vorgaben des § 2a LKHG unentgeltlich an. Auf der Basis einer parallel zum Mietvertrag abgeschlossenen Finanzierungsvereinbarung trägt die OSK den finanziellen Aufwand, der beim **Immobilienträger** Landkreis Ravensburg, Eigenbetrieb IKP anfällt.

Im Mietvertrag ist geregelt, dass sämtliche Instandhaltungskosten durch den Mieter zu tragen sind. Diese Regelung entspricht der Finanzierungssystematik der Dualen Krankenhausfinanzierung. Nach dieser sind die Instandhaltungskosten über die DRG-Erlöse zu finanzieren. Die tatsächliche Durchführung von großen Instandhaltungsarbeiten erfolgt durch den Eigenbetrieb IKP, da die OSK über keine eigene Bauabteilung verfügt. Der dabei anfallende finan-

zielle Aufwand wird über die Finanzierungsvereinbarung abgerechnet.

Zur Sicherstellung der Liquidität stellen die beiden Gesellschafter der OSK ein Liquiditätsdarlehen zur Verfügung. Beim Gesellschafter Landkreis erfolgt die Abwicklung direkt über die Kreiskasse.

Grundlagen der Aufgabenverteilung/Finanzbeziehungen OSK- IKP



4.2 Finanzierungsvereinbarung zwischen Landkreis und OSK

Seit Gründung der OSK im Jahr 1997 werden die Immobilien grundsätzlich gegen Erstattung der bei den Gesellschaftern anfallenden Finanzierungsanteile überlassen. Zunächst war dies im Mietvertrag geregelt. Mit Entscheidungen des Kreistags am 07.07.2016 und am 14.08.2017 wurden die mietvertraglichen Regelungen abgeändert. Die Regelungen zur „Kostenmiete“ wurden durch eine Finanzierungsvereinbarung abgelöst. Diese Veränderung wurde aufgrund einer Beanstandung des Sozialministeriums nach Bestimmungen des §2a LKHG notwendig. Nach dieser Rechtsgrundlage muss bei einer gemeinschaftlichen Trägerschaft die Gebrauchsüberlassung unentgeltlich erfolgen. Nach Abstimmung mit dem Sozialministerium war es jedoch möglich, dass zwischen dem Landkreis und der Oberschwabenklinik eine Finanzierungsvereinbarung abgeschlossen wird, in der die bisher geleisteten Mietzahlungen für die Krankenhausgebäude und die Zentralküche zusammengefasst werden.

Daher besteht seit dem Wirtschaftsjahr 2019 zwischen der OSK und dem Eigenbetrieb IKP eine Finanzierungsvereinbarung, die eine Finanzierungsbeitrag zur Refinanzierung der Gebäudeinvestitionen vorsieht.

Steuerliche Mieten (bei denen der Eigenbetrieb IKP Vorsteuerabzug geltend gemacht hat) werden von der Finanzierungsvereinbarung nicht umfasst. Sie müssen wegen steuerrechtlicher Vorgaben unverändert beibehalten werden (z.B. Verpachtung des Parkplatzes Wangen

und - zukünftig – des Parkhauses, Vermietung der Cafeteria, des BHKWs, Vermietung der Betriebsvorrichtungen über den BgA Geräte).

In der Finanzierungsvereinbarung sind auch die tatsächlich anfallenden Kosten für die Abschreibungen auf Gebäude (AfA), die zu entrichtenden Zinsen, die Zuführung zur Rücklage für in späteren Zeiträumen anfallende Instandhaltungskosten (Instandhaltungsrücklage) sowie für vom Eigenbetrieb IKP unmittelbar durchzuführenden Instandhaltungsmaßnahmen enthalten.

Die Höhe der Finanzierungsvereinbarung ermittelt sich aus den Kostenblöcken, die beim „Vermieter“ Landkreis Ravensburg, bzw. dem Eigenbetrieb IKP anfallen. Damit wird seit 2019 von der OSK eine nahezu kostendeckende Finanzierungsbeteiligung getragen. Außerdem ergibt sich damit eine nachvollziehbare Finanzierungsbeteiligung auf der Basis von sachgerechten und für Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft üblichen Abschreibungssätzen, verantwortungsbewussten Kostenkalkulationen für die dauerhafte Sicherstellung der Betriebsfähigkeit und der Werterhaltung des Gebäudes durch Abbildung der Instandhaltungskosten mit einer entsprechenden Rücklagenbildung sowie die Übernahme der tatsächlich anfallenden Zinsbelastung.

In der folgenden Übersicht kann der Finanzierungsbeitrag in den jeweils einzelnen Bausteinen entnommen werden:

Systematik für die Finanzierung der Krankenhausgebäude

Baustein 1 eigenfinanzierte AfA	Abschreibung KH Bad Waldsee
AfA	Abschreibung KH Wangen
	Abschreibung St.-Elisabeth-Klinik
	geplante Abschreibung im "Miet"zeitraum
Baustein 1 AfA	Summe Abschreibungen
Aufgelöste Zuschüsse	Ertrag Auflösung Sonderposten KHG-Förderung KH Bad Waldsee
	Ertrag Auflösung Sonderposten KHG-Förderung KH Wangen
	Ertrag Auflösung Sonderposten KHG-Förderung St.-Elisabeth-Klinik
	geplanter Ertrag Auflösung Sonderposten KHG-Förderung
Baustein 2 Aufg. Zuschüsse	Summe Ertrag Auflösung Sonderposten KHG-Förderung
Baustein 1 "Netto AfA"	eigenfinanzierte Abschreibungen (4.074.800,- €)
Baustein 2 Rücklage	Instandhaltungs-Rücklage (737.000,- € mit Baupreissteigerung 3,5%)
Baustein 3 Instandhaltungs-Pauschale	Instandhaltungs-Pauschale (1.580.000,- € mit Baupreissteigerung 3,5%)
nachrichtlich: Personal- und Sachkostenumlage IKP	bislang nicht weiterberechnet (nachrichtlich ca. 400.000,- €)
Baustein 4 Kapitaldienst (Zins)	Zinsen (358.800,- €)
Gesamtsumme	Finanzierungsbeitrag OSK (Summe: 6.750.600,- €)

Für die Jahre 2021 und 2022 ergeben sich Gebäudefinanzierungskosten in Höhe von insgesamt 6,8 Mio. Euro jährlich. Die Finanzplanungen beim Eigenbetrieb IKP und bei der OSK sollen auf der Basis dieser Rahmenbedingungen für den Zeitraum 2021 bis einschließlich 2022 aufgestellt werden. Weitere Instandhaltungsmaßnahmen (kleinere Instandhaltungen und Wartungen) mit Kosten in Höhe von ca. 3 Mio. Euro jährlich sind direkt von der OSK durchzuführen.

Ergänzende Erläuterungen:

Bausteine 1 und 2: nicht gedeckte Abschreibung auf Gebäude (AfA)

Bei der Abschreibung auf Gebäude kann nur der nicht geförderte Anteil der Gebäude berechnet werden. Bereits abgeschriebene Objekte und von der OSK selbst übernommene Projekte werden nicht berücksichtigt.

Baustein 2: Instandhaltungsrücklage

Darüber hinaus wird für die dauerhafte Sicherstellung der Betriebsfähigkeit und die ebenfalls dauerhafte umfassende Werterhaltung der Gebäude und Anlagen beim Eigenbetrieb IKP eine Instandhaltungsrücklage für zukünftig notwendige Instandhaltungsmaßnahmen gebildet. Insbesondere für neu errichtete Gebäude ist die Bildung einer Instandhaltungsrücklage ratsam, weil erfahrungsgemäß bereits nach 7 – 10 Jahren in der Haus- und Be-

triebstechnik verstärkt Bedarf entsteht. Die Instandhaltungsrücklage wird durch eine jährliche Zahlung der OSK an den Eigenbetrieb IKP i. H. v. 737.000 Euro erbracht. Die Rücklage ist in der oben genannten Finanzierungsbeteiligung in Höhe von 6,8 Mio. Euro enthalten und unterliegt beim Eigenbetrieb IKP einer entsprechenden Zweckbindung.

Baustein 3: Instandhaltungspauschale

Die durchzuführenden Projekte werden im Vorfeld gemeinsam zwischen der OSK und dem Eigenbetrieb IKP abgestimmt. Dabei geht es insbesondere um „größere planbare Maßnahmen“, die auch entsprechend projektiert werden können. Nach Abschluss der Maßnahmen eines jeden Geschäftsjahres werden diese „spitz“ zwischen IKP und OSK abgerechnet. Nicht verbrauchte Mittel werden für Instandhaltungen zukünftiger Jahre vorgesehen.

Baustein 4: Zinsbelastung für die Finanzierung von Investitionen

Die Zinsbelastung für die Krankenhäuser ist in den letzten Jahren insbesondere durch Sondertilgungen von Krediten stark zurückgegangen. Für die Parkraumerweiterung am St.-Elisabethen-Klinikum werden wieder Kreditaufnahmen erforderlich.

5. Denkbare Alternative zum bisherigen Modell

Als Alternative zu dem bisher praktizierten Modell könnten die Bausteine 1 und 4 auch beim Eigenbetrieb IKP verbleiben. Dadurch würden die in der Dualen Finanzierung der Investition zugeordneten Aufwandspositionen beim Immobilienträger Landkreis verbleiben. Die in der Dualen Finanzierung dem Betriebsträger zugewiesenen Instandhaltungskosten würden bei der OSK verbleiben. Die nachstehende Übersicht veranschaulicht die Unterschiede und die jeweiligen Wirkungen

	Variante 1 = IST			Variante 2 = Alternative		
	OSK	IKP	Landkreis	OSK	IKP	Landkreis
Baustein 1 Netto-Afa	X				X	
Baustein 2 Instandhaltungs- Rücklage	X			X		
Baustein 3 Instandhaltungs- aufwendungen	X			X		
Kapitaldienst Zinsen	X				X	

Darstellung der Wirkungen der Varianten						
	Variante 1 = IST			Variante 2 = Alternative		
	OSK	IKP	Landkreis	OSK	IKP	Landkreis
	Vollständige Abbildung des Aufwands in der GuV der OSK			Entlastung der GuV der OSK Ergebnisverbesserung bei der OSK		
	Die nicht aus Zuschüssen refinanzierten Aufwendungen für die Gebäude müssen über DRG-Erlöse gedeckt werden			Belastung der GuV von IKP Bei IKP entstehen Verluste durch nicht gedeckte Abschreibungen		
Verlustausgleich über Kapitalerhöhungen			X an OSK			X an IKP
	Soweit die G+V ein negatives Ergebnis ausweist, müssen die Verluste durch Kapitalerhöhungen des Landkreises ausgeglichen werden					
Konsolidierung der Ergebnisse	Nicht erforderlich			Zur Abbildung des Gesamtaufwands der Krankenhäuser notwendig		

(GuV = Gewinn- und Verlustrechnung)

In der Darstellung nicht berücksichtigt sind mögliche Verluste der OSK aus dem laufenden Betrieb und nicht über Pauschalfördermittel finanzierten Investitionen. Soweit solche anfallen, sind diese zusätzlich über Kapitalerhöhungen des Landkreises auszugleichen.

6. Wie ist die Praxis bei anderen Klinikträgern?

Bei privaten Klinikträgern und freigemeinnützigen Träger liegt in der Regel eine einheitliche Trägerschaft vor. Die Kosten der Immobilien werden dort über die Investitionsförderung des Landes finanziert. Soweit diese den tatsächlichen Aufwand nicht decken, erfolgt die Restfinanzierung über die DRG-Erlöse. Die nachstehenden Ausführungen beziehen sich daher auf Krankenhäuser in kommunaler Trägerschaft in einheitlicher Trägerschaft:

Das Krankenhaus erhält vom Land Mittel für Krankenhausinvestitionen. Der nicht gedeckte Anteil der Investitionen erbringt der Gesellschafter mit einer Einzahlung in die Kapitalrücklage.

Bei solchen Gesellschaften wird die Verbuchung so gehandhabt, dass in der GuV ein operatives Ergebnis vor der Berücksichtigung der eigenfinanzierten Abschreibung festgestellt wird. In einem zweiten Schritt erfolgt die Darstellung des Aufwands, der durch die eigenfinanzierten Abschreibungen entsteht. In der Gesamtbetrachtung ergibt sich das Jahresergebnis der Gesellschaft. Soweit dabei ein Verlust ausgewiesen wird, erfolgt die Deckung durch eine Entnahme aus der Kapitalrücklage.

Die Gesellschafter füllen die Kapitalrücklage entsprechend auf. Entweder erfolgt dies im Nachgang, indem angefallene Verluste durch Kapitalerhöhungen in Höhe der Verluste wieder aufgefüllt wird (**Finanzierung im Nachgang**).

Andere Krankenhäuser erhalten von ihren Gesellschaftern bereits in der Bauphase parallel zu den Zuwendungen des Landes die fehlenden Investitionsmittel als Zuführung in die Kapitalrücklage zur Verfügung gestellt. Während der Nutzungsdauer des Gebäudes nimmt der Bestand der Kapitalrücklage dann kontinuierlich ab (**Finanzierung zu Beginn**).

Es gibt im QuMiK-Verbund auch Krankenhäuser, denen es gelingt, den Betrieb ohne Zuschüsse ihres Trägers durchzuführen.

7. Wertung

Die Variante 1 gibt die reale Situation des Krankenhausbetriebs wieder. Mit ihr werden alle relevanten Finanzparameter in der Gewinn- und Verlustrechnung der OSK abgebildet.

Vor der Einführung der Finanzierungsvereinbarung 2019 wurde an den damals bestehenden Finanzbeziehungen kritisiert, dass die Kosten des Krankenhausbetriebs durch die Darstellung an mehreren Stellen des Haushalts für Bürger und Politik undurchsichtig sei.

Die Verwaltung hat auf diese Kritik mit der zusätzlichen Erstellung eines formalen konsolidierten Jahresabschlusses OSK/IKP reagiert. Mit der Einführung der Konsolidierung war beabsichtigt, für die Politik und Öffentlichkeit darzustellen, wie hoch die Verluste des Krankenhausbetriebs **tatsächlich** sind. Die für finanztechnisch wenig versierte Betrachter kaum zu durchschauenden Berechnungen und Ergebnisse stellten sich ebenfalls als unbefriedigend heraus. Mit der Einführung eines (fast) vollständig kostendeckenden Finanzierungsbetrags der OSK konnte auf die Erstellung eines konsolidierten Jahresabschlusses verzichtet werden. Der Aufwand für die Erstellung und Betrieb der Immobilie wird seitdem im Ergebnis der OSK sichtbar. Durch diese Abrechnungspraxis kam man dem Konsolidierungs-Ergebnis weitgehend nahe.

Wenn die Aufwandspositionen für nicht gedeckte (Abschreibung und ggf. Zins) der Krankenhäuser entsprechend der Variante 2 aus dem OSK-Ergebnis herausgerechnet würden, dann verbessert sich die finanzielle Lage der Krankenhäuser. Die Aufwendungen für die Errichtung der Immobilien sind dann über Steuermittel der Städte und Gemeinden, die über die Kreisumlage an den Landkreis abgeführt werden, zu finanzieren. Nachdem es den privaten Klinikträgern, den freigemeinnützigen Träger und auch einigen kommunal getragenen Krankenhäusern gelingt, den Krankenhäuserbetrieb ohne diese zusätzlichen Finanzmittel aus Steuergeldern zu betreiben, sollte dieser Anspruch auch im Landkreis Ravensburg aufrechterhalten werden. Wenn dies nicht geschafft werden kann, dann sollte zumindest der tatsächlich anfallende finanzielle Aufwand auf einen Blick im Jahresergebnis der OSK ablesbar sein.

Die Verwaltung spricht sich daher für die Beibehaltung der Variante 1 aus.

Finanzielle Auswirkungen:

Keine direkten Auswirkungen. Bei einer Umstellung der Systematik ergeben sich aber Änderungen in den Darstellungen der finanziellen Auswirkungen im Kernhaushalt, dem Wirt-

schaftsplan des Eigenbetriebs IKP sowie der Oberschwabenklinik.

Anlagen:

Anlage 1: Antrag SPD zur Darstellung der Investitionen

Anlage 2: Übersicht zur Krankenhausfinanzierung

Anlage 3: QuMiK-Abfrage zur Krankenhausfinanzierung