



DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT

**Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung
in den Bundesländern**

- Stand: September 2003 -

Ansprechpartner für
Rückfragen/Anmerkungen:

Carsten Flöttmann
Referent der DKG
C.Floettmann@dkgev.de

Inhaltsverzeichnis

ABBILDUNGSVERZEICHNIS	II
TABELLENVERZEICHNIS	II
ABKÜRZUNGEN	III
1. EINLEITUNG	1
2. RECHTSGRUNDLAGE	3
2.1. KRANKENHAUSPLANUNG	3
2.2. INVESTITIONSFINANZIERUNG	4
2.2.1. Einzelförderung	4
2.2.2. Pauschalförderung.....	5
2.2.3. Art. 14 Gesundheitsstrukturgesetz (GSG)	5
2.2.4. Rationalisierungsinvestitionen	6
2.2.5. Instandhaltungsfinanzierung	6
2.2.6. Investitionsförderung nach dem Hochschulbauförderungsgesetz (HBFG).....	7
3. KRANKENHAUSPLANUNG	8
3.1. EINLEITUNG	8
3.2. GUTACHTEN UND METHODEN IN DER KRANKENHAUSPLANUNG	11
3.2.1. Die Hill-Burton-Formel.....	11
3.2.2. Dornier/IGES-Gutachten.....	12
3.2.3. IGSF/Beske-Gutachten	12
3.2.4. Rüschemann (GSbG)-Gutachten	12
3.2.5. BASYS/I+G-Gutachten	13
3.3. KRANKENHAUSPLANUNG IN DEUTSCHLAND	14
3.4. KRANKENHAUSPLANUNG IN DEN BUNDESLÄNDERN	19
3.4.1. Baden-Württemberg	21
3.4.2. Bayern	21
3.4.3. Berlin.....	21
3.4.4. Brandenburg	22
3.4.5. Bremen.....	23
3.4.6. Hamburg	24
3.4.7. Hessen	24
3.4.8. Mecklenburg-Vorpommern.....	25
3.4.9. Niedersachsen	25
3.4.10. Nordrhein-Westfalen	26
3.4.11. Rheinland-Pfalz.....	26
3.4.12. Saarland	27
3.4.13. Sachsen	27
3.4.14. Sachsen-Anhalt.....	28
3.4.15. Schleswig-Holstein	28
3.4.16. Thüringen.....	28
3.5. ÜBERSICHT ZUR KRANKENHAUSPLANUNG IN DEN BUNDESLÄNDERN.....	30
3.6. AUSBILDUNGSSTÄTTEN IN DEN KRANKENHAUSPLÄNEN.....	32
3.7. FRÜHREHABILITATION IN DEN KRANKENHAUSPLÄNEN	34
3.8. REGELUNGEN ÜBER TEILSTATIONÄRE LEISTUNGEN IN DEN KRANKENHAUSPLÄNEN	35
4. INVESTITIONSFINANZIERUNG	37
5. ANHANG	42
5.1. ENTWICKLUNG DER ALTERSSTRUKTUR IN DEUTSCHLAND	42
5.2. VERSORGUNGSSTUFEN	43
5.3. KHG-FÖRDERMITTEL	45
5.4. ÜBERSICHT PAUSCHALFÖRDERUNG NACH § 9 ABS. 3 KHG	49
5.5. BETTENDICHTE IN DEN BUNDESLÄNDERN	68
5.6. MEDIZINISCH-TECHNISCHE GROßGERÄTE IN DEN BUNDESLÄNDERN.....	69

Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 3.1: ENTWICKLUNG DER ALTERSTRUKTUR IN DEUTSCHLAND	8
ABBILDUNG 3.2: ANTEIL DER ÜBER 65JÄHRIGEN AN PATIENTEN UND PFLETAGEN IN KRANKENHÄUSERN	9
ABBILDUNG 3.3: INDEXIERTE KRANKENHAUS-, BETTEN-, FALL-, PERSONAL- UND VERWEILDAUERZAHLEN	14
ABBILDUNG 3.4: ENTWICKLUNG DER INDEXIERTEN BETTEN-, PFLEGETAGE-, KOSTEN- UND FALLZAHLEN	15
ABBILDUNG 3.5: ENTWICKLUNG DER INDEXIERTEN PERSONALZAHLEN, SOWIE PERSONAL- UND SACHKOSTEN	15
ABBILDUNG 3.6: PERSONALKOSTEN JE VOLLKRAFT	16
ABBILDUNG 4.1: ANTEIL DER KHG-FÖRDERMITTEL AM BRUTTOINLANDSPRODUKT	38
ABBILDUNG 4.2: VERGLEICH VON KHG-FÖRDERMITTELN MIT DEM BIP (DEUTSCHLAND)	38
ABBILDUNG 4.3: VERGLEICH VON KHG-FÖRDERMITTELN MIT DEM BIP (ALTE BUNDESLÄNDER)	39
ABBILDUNG 4.4: VERGLEICH VON KHG-FÖRDERMITTELN MIT DEM BIP (NEUE BUNDESLÄNDER)	39
ABBILDUNG 4.5: VERGLEICH VON KHG-FÖRDERMITTELN MIT DEN BEREINIGTEN KOSTEN (DEUTSCHLAND) ...	40
ABBILDUNG 5.1: BEVÖLKERUNGSENTWICKLUNG VON 1910 BIS 2050	42
ABBILDUNG 5.2: ZU- UND ABNAHME DER MEDIZINISCH-TECHNISCHEN GROßGERÄTE VON 1991 BIS 2001	70

Tabellenverzeichnis

TABELLE 3.1: WICHTIGE DATEN IN DER KRANKENHAUSPLANUNG	17
TABELLE 3.2: PERSONAL (VOLLKRÄFTE), PERSONAL-, SACH- UND PERSONALKOSTEN JE VOLLKRAFT	18
TABELLE 3.3: DATEN ZUR KRANKENHAUSPLANUNG IN DEN BUNDESLÄNDERN	19
TABELLE 3.4: LEISTUNGSDATEN IM ÜBERBLICK	20
TABELLE 3.5: ZUSAMMENFASSUNG DER KRANKENHAUSPLÄNE IN DEN BUNDESLÄNDERN	30
TABELLE 3.6: AUSBILDUNGSSTÄTTEN IN DEN KRANKENHAUSPLÄNEN	32
TABELLE 3.7: FRÜHREHABILITATION IN DEN KRANKENHAUSPLÄNEN	34
TABELLE 3.8: TEILSTATIONÄRE PLÄTZE IN DEN KRANKENHAUSPLÄNEN	35
TABELLE 4.1: ZUSAMMENFASSUNG DER KRANKENHAUSFINANZIERUNG IN DEN BUNDESLÄNDERN	41
TABELLE 5.1: VERSORGUNGSSTUFEN DER EINZELNEN BUNDESLÄNDER	43
TABELLE 5.2: KHG-FÖRDERMITTEL INSGESAMT (IN MIO. EURO)	45
TABELLE 5.3: KHG-FÖRDERMITTEL (PAUSCHALFÖRDERUNG [IN MIO. EURO])	46
TABELLE 5.4: KHG-FÖRDERMITTEL (EINZELFÖRDERUNG [IN MIO. EURO])	47
TABELLE 5.5: ENTWICKLUNG VON KHG-FÖRDERMITTELN UND BIP SEIT 1991	48
TABELLE 5.6: BETTENZAHL JE 10.000 EINWOHNERN IN DER STATIONÄREN VERSORGUNG	68
TABELLE 5.7: MEDIZINISCH-TECHNISCHE GROßGERÄTE IN ALLEN KRANKENHÄUSERN IM JAHR 2001	69

Abkürzungen

Abs.	Absatz
ABU	Alte Bundesländer
Art.	Artikel
As.	Ausbildungsstätten
B	Berlin
BAY	Bayern
BW	Baden-Württemberg
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BR	Brandenburg
bzw.	beziehungsweise
CT	Computer-Tomographie
EUR	Euro
gg.	gegenüber
Gk	Gesamtkosten
HB	Hansestadt Bremen
HH	Hansestadt Hamburg
HE	Hessen
HNO	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
i.V.	in Verbindung
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KT	Kernspin-Tomographie
k. V.	keine Veränderung
LHKM	Linksherzkatheter-Messplatz
LIN	Linearbeschleuniger

LKHG	Landeskrankenhausgesetz
Mio.	Millionen
Mrd.	Milliarden
MVP	Mecklenburg-Vorpommern
NBU	Neue Bundesländer
NIE	Niedersachsen
niedr.	niedrige
NRW	Nordrhein-Westfalen
Pk	Personalkosten
RP	Rheinland-Pfalz
s.a.	siehe auch
SA	Sachsen
SAA	Sachsen-Anhalt
SAAR	Saarland
SH	Schleswig-Holstein
Sk	Sachkosten
TH	Thüringen
Tsd.	Tausend
u.a.	unter anderem
vgl.	vergleiche
ZfB	Zinsen für Betriebsmittel

1. Einleitung

Im vergangenen Jahr hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft eine neu bearbeitete Fassung der Übersicht zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern veröffentlicht. Neu herausgegebene Krankenhauspläne, aktuelle Daten vom Statistischen Bundesamt und eine veränderte Gesetzeslage (Pauschalfördermittel-Verordnung, etc.) geben Anlass für die vorliegende aktualisierte Fassung der Übersicht.

Das Studieren der neu herausgegebenen Krankenhauspläne belegt, dass die Akteure in der Krankenhausplanung zum jetzigen Zeitpunkt einen Wandel von der Betten- zur Leistungsplanung, wie ihn der Gesetzentwurf zum Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz (GMG) des BMGS im Frühling vorsah, ablehnen. Allenfalls am Rande des jeweiligen Krankenhausplans lassen sich Kommentare zur einer zukünftigen Leistungsplanung entdecken. Im Allgemeinen ist die Tendenz zu beobachten, dass es gegenwärtig noch zu früh für eine „Reform“ in der Krankenhausplanung sei. Auch bei der Anwendung verschiedenster Methoden in den Krankenhausplänen ist von einer Leistungsplanung nichts zu erkennen. Im Gegenteil! Leistungsplanerische Ansätze à la Rüschemann verschwinden inzwischen wieder aus der Krankenhausplanungs-Landschaft bzw. werden im weiteren Planungsverlauf nicht mehr näher berücksichtigt.

Die Übersicht legt ebenfalls dar, dass unter der Planungshoheit der zuständigen Landesministerien in den letzten Jahren einschneidende Veränderungen, z.B. im Hinblick auf Reduzierung der Verweildauer sowie einen massiven Bettenabbau, vollzogen worden sind. Es erscheint demnach mehr als fraglich, ob ein Verschieben der Planungshoheit auf die Krankenkassen, wie es das BMGS in seinem Entwurf zur Gesundheitsreform im Frühjahr 2003 vorgesehen hatte, wirklich zu einem „besseren“ Ergebnis führen würde.

Im zweiten Kapitel erfolgt eine Darstellung der rechtlichen Grundlagen in der Krankenhausplanung und der Investitionsfinanzierung. Das dritte Kapitel widmet sich der Krankenhausplanung, indem es verschiedene Ansätze der Gutachten zur Krankenhausplanung (Abschnitt 3.2) sowie einen Überblick über die gegenwärtige Krankenhausplanung (Abschnitt 3.3 und 3.4) vorstellt. Der Abschnitt 3.3 befasst sich zudem ausführlicher mit den Kostensteigerungen in den Krankenhäusern, deren möglichen Ursachen sowie dem „Vorurteil“, ein Bettenabbau führe automatisch zu einer Kostenreduzierung. An diese Abschnitte schließt sich eine Zusammenfassung der Krankenhausplanung aller Bundesländer (Abschnitte 3.4.1 bis 3.4.16) an. Zunächst werden in den genannten Abschnitten die entsprechenden Paragraphen zur Krankenhausplanung des jeweiligen Landes auszugsweise zitiert. In einem zweiten Schritt werden Einzelheiten des jeweiligen Krankenhausplanes vorgestellt. Das vierte Kapitel berichtet über die aktuelle Situation der Investitionsfinanzierung in den Bundesländern sowie in Deutschland insgesamt. Ergänzt wird das Kapitel durch einen Vergleich mit der Entwicklung des Bruttoinlandsprodukts (BIP), dessen Werte auf einer Veröffentlichung des Arbeitskreises Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen der Länder auf dem Stand vom 23. Juni 2003 basieren. Im fünften und letzten Kapitel befindet sich neben weiteren Tabellen und Abbildungen zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung eine länderweite Erläuterung zur Pauschalförderung nach § 9 Abs. 3 KHG.

Es sei darauf hingewiesen, dass im Folgenden unter den Bezeichnungen „Neue Bundesländer“ und „Alte Bundesländer“ zum einen die Beitrittsländer nach dem Einigungsvertrag und zum anderen die übrigen Bundesländer einschließlich Berlin verstanden werden.

Bei der Bearbeitung der Übersicht wurde bis zum Zeitpunkt der Erstellung ausschließlich aktuelles Material berücksichtigt. Die Geschäftsstelle der Deutschen Krankenhausgesellschaft wird die Übersicht zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung auch in Zukunft in enger Kooperation mit den Landeskrankenhausgesellschaften regelmäßig aktualisieren.

2. Rechtsgrundlage

Auf der Bundesebene ist das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) seit dem Jahr 1972 die bedeutendste rechtliche Grundlage für die Krankenhausfinanzierung und die Krankenhausplanung. Gleichzeitig ist mit der Verabschiedung des KHG die duale Finanzierung, also die Investitionsfinanzierung als Aufgabe der öffentlichen Hand und die Begleichung der Benutzerkosten über die Krankenkassen, verankert worden.

Der Zweck des KHG ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen (§ 1 Abs. 1 KHG).

Nach § 1 Abs. 2 KHG soll durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz aber auch die „Vielfältigkeit“, also das Bestehen öffentlicher, freigemeinnütziger und auch privater Krankenhäuser, gefördert werden. Die rechtliche Form des Krankenhauses soll keinen Ausschlag bei der Verteilung von Fördermitteln geben.

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz bietet nur einen Rahmen für die Krankenhausplanung und -finanzierung, der durch die individuellen Landeskrankengesetze der Bundesländer erweitert und mit Inhalt gefüllt wird. Dies kann u.a. als Folge der dualen Krankenhausfinanzierung, aber auch des föderalistischen Systems der Bundesrepublik Deutschland, gesehen werden.

2.1. Krankenhausplanung

Laut § 6 Abs. 1 KHG ist jedes Bundesland dazu verpflichtet, einen Krankenhausplan aufzustellen. Die Folgekosten, insbesondere die Auswirkungen auf die Pflegesätze, sollen dabei berücksichtigt werden.

Ist in dem Krankenhausplan nicht nur die Versorgung der eigenen Bevölkerung, sondern auch die benachbarter Länder zu regulieren, dann hat nach § 6 Abs. 2 KHG eine Absprache zwischen den beteiligten Ländern zu erfolgen. Derartige Absprachen oder Kooperationen existieren derzeit u.a. zwischen Hamburg und Schleswig-Holstein (s.a. Abschnitt 3.4).

Die Bundesländer stimmen gemäß § 6 Abs. 3 KHG ihre Krankenhausplanung auf die pflegerischen Leistungserfordernisse nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch ab, insbesondere mit dem Ziel, Krankenhäuser von Pflegefällen zu entlasten und dadurch entbehrlich werdende Teile eines Krankenhauses nahtlos in wirtschaftlich selbständige ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtungen umzuwidmen.

Der Krankenhausplan an sich besitzt keine verbindliche Rechtswirkung. Diese wird erst durch einen Feststellungsbescheid über die Aufnahme in den Krankenhausplan nach § 8 Abs. 1 KHG erzielt, der gegenüber den Krankenkassen der Wirkung eines Versorgungsvertrages nach § 109 Abs. 1 SGB V vergleichbar ist. Dabei besteht nach § 8 Abs. 2 KHG für die Krankenhäuser kein Anspruch auf Feststellung in den Krankenhausplan. Die endgültige Entscheidung darüber obliegt der zuständigen Behörde des jeweiligen Bundeslandes.

Die nähere Ausgestaltung und Form der Krankenhauspläne wird in den individuellen Landeskrankengesetzen der Länder geregelt. Einzelheiten aus diesen Gesetzen werden in den Abschnitten 3.3.1 bis 3.3.16, der Beschreibung landesspezifischer Details im Krankenhausplan, erläutert.

2.2. Investitionsfinanzierung

Unter Investitionskosten versteht das KHG

- a) die Kosten der Errichtung (Neubau, Umbau, Erweiterungsbau) von Krankenhäusern und der Anschaffung der zum Krankenhaus gehörenden Wirtschaftsgüter, ausgenommen der zum Verbrauch bestimmten Güter (Verbrauchsgüter),
- b) die Kosten der Wiederbeschaffung der Güter des zum Krankenhaus gehörenden Anlagevermögens (Anlagegüter);

zu den Investitionskosten gehören nicht die Kosten des Grundstücks, des Grundstückserwerbs, der Grundstückerschließung sowie ihre Finanzierung (§ 2 Abs. 2 KHG).

Die Investitionsfinanzierung ist wie die Krankenhausplanung auf Bundesebene in § 6 Abs. 1 KHG geregelt, wonach jedes Bundesland einen Investitionsplan aufzustellen hat. Die Investitionsförderung teilt sich in zwei Bereiche, in die Einzelförderung und in die Pauschalförderung, auf. Zudem existiert noch eine weitere Alternative, die sich allerdings ausschließlich auf die neuen Bundesländer bezieht und im Art. 14 Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) verankert ist. Alle drei Möglichkeiten der Förderung werden in den Abschnitten 2.2.1, 2.2.2 bzw. 2.2.3 erläutert.

Nach § 8 Abs. 1 KHG besitzen ausschließlich die Krankenhäuser einen Anspruch auf Förderung, die im Krankenhausplan des jeweiligen Bundeslandes und bei Investitionen nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 KHG in das Investitionsprogramm aufgenommen sind. Die zuständige Landesbehörde und der Krankenhausträger können für ein Investitionsvorhaben nach § 9 Abs. 1 KHG eine nur teilweise Förderung mit Restfinanzierung durch den Krankenhausträger vereinbaren.

2.2.1. Einzelförderung

Nach § 9 Abs. 1 und 2 KHG fördern die Länder auf Antrag des Krankenhausträgers entstehende Investitionskosten insbesondere

1. für die Errichtung von Krankenhäusern einschließlich der Erstausrüstung mit den für den Krankenhausbetrieb notwendigen Anlagegütern,
2. für die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als drei Jahren.

Die Länder bewilligen auf Antrag des Krankenhausträgers ferner Fördermittel

1. für die Nutzung von Anlagegütern, soweit sie mit Zustimmung der zuständigen Landesbehörde erfolgt,

2. für Anlaufkosten, für Umstellungskosten bei innerbetrieblichen Änderungen sowie für Erwerb, Erschließung, Miete und Pacht von Grundstücken, soweit ohne die Förderung die Aufnahme oder Fortführung des Krankenhausbetriebs gefährdet wäre,
3. für Lasten aus Darlehen, die vor der Aufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan für förderungsfähige Investitionskosten aufgenommen worden sind,
4. als Ausgleich für die Abnutzung von Anlagegütern, soweit sie mit Eigenmitteln des Krankenhausträgers beschafft worden sind und bei Beginn der Förderung nach diesem Gesetz vorhanden waren,
5. zur Erleichterung der Schließung von Krankenhäusern,
6. zur Umstellung von Krankenhäusern oder Krankenhausabteilungen auf andere Aufgaben, insbesondere zu ihrer Umwidmung in Pflegeeinrichtungen oder selbständige, organisatorisch und wirtschaftlich vom Krankenhaus getrennte Pflegeabteilungen.

Die weiteren Einzelheiten zur Einzelförderung sind nach § 11 KHG in den jeweiligen Landeskrankenhausgesetzen geregelt.

2.2.2. Pauschalförderung

Laut § 9 Abs. 3 KHG fördern die Länder die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter sowie kleine bauliche Maßnahmen durch feste jährliche Pauschalbeträge, mit denen das Krankenhaus im Rahmen der Zweckbindung der Fördermittel frei wirtschaften kann; § 10 KHG bleibt unberührt. Die Pauschalbeträge sollen nicht ausschließlich nach der Zahl der in den Krankenhausplan aufgenommenen Betten bemessen werden. Sie sind in regelmäßigen Abständen an die Kostenentwicklung anzupassen.

Die weiteren Einzelheiten zur Pauschalförderung sind nach § 11 KHG in den jeweiligen Landeskrankenhausgesetzen geregelt und werden durch landesspezifische Verordnungen der zuständigen Landesbehörde in bestimmten Abständen ergänzt bzw. korrigiert. Einen Überblick über die Pauschalförderung in den Bundesländern ist dem Anhang unter 5.4 zu entnehmen.

2.2.3. Art. 14 Gesundheitsstrukturgesetz (GSG)

Eine weitere Möglichkeit zur Förderung von Investitionen besteht für die Krankenhäuser der neuen Bundesländer durch eine Förderung nach Art. 14 GSG. Das Ziel des Art. 14 GSG ist eine zügige und nachhaltige Verbesserung des Niveaus der stationären Versorgung der Bevölkerung in den neuen Bundesländern, um eine Anpassung an das Niveau in den alten Bundesländern zu erreichen.

Zur Erlangung dieses Ziels gewährte der Bund den Ländern Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen von 1995 bis (eigentlich) 2004 eine jährliche Finanzhilfe in Höhe von rund 358 Mio. € (700 Mio.

DM). Die Aufteilung der zweckgebundenen Bundesergänzungshilfe erfolgte nach der Einwohnerzahl des jeweiligen Bundeslandes. Wie der Name (Bundesergänzungshilfe) besagt, werden die betroffenen Bundesländer durch die Finanzhilfe nicht von ihrer Pflicht auf eigene Finanzierungshilfe für die Krankenhäuser befreit. Die jährliche Zuwendung des Bundes diene lediglich als Ergänzung zu den eigenen Fördermitteln und durfte nach § 2 Abs. 1 Verwaltungsvereinbarung (VV) in jedem Land pro Jahr den Anteil des Landes für das gemeinsam finanzierte Krankenhausinvestitionsprogramm nicht überschreiten.

Am 20. Dezember 2001 ist mit Wirkung zum 1. Januar 2002 die Zweckbindung der Bundesergänzungshilfe mit der Verabschiedung des Solidarpaktfortführungsgesetzes (SFG) aufgehoben worden. Somit steht den betroffenen Ländern seit diesem Jahr die Verwendung der Finanzhilfe frei zur Verfügung und muss damit nicht mehr zwingend in die Förderung von Krankenhausinvestitionen fließen.

Am 10. Mai 2002 ist eine weitere Änderung des Art. 14 GSG verabschiedet worden. Der neu hinzugefügte Absatz 3 erkennt rückwirkend von 1995 bis 2000 die bis zum 31. Dezember 2000 von Krankenhäusern für die Durchführung von förderungsfähigen Krankenhausinvestitionen verausgabten Mittel aus einem Darlehen als zusätzliche Mittel im Sinne des Art. 14 GSG an. Formell ergibt sich dadurch für die Krankenhäuser jedoch keine neue Situation, da von der Regelung direkt nur die Landesbehörden betroffen sind.

Die gegenwärtige Fassung des Art. 14 GSG regelt die Erhebung eines Investitionszuschlags, der von jedem Benutzer des Krankenhauses oder dessen Kostenträger zu zahlen ist, in Höhe von 5,63 Euro für jeden Berechnungstag eines tagesgleichen Pflegesatzes, bei Fallpauschalen für die entsprechenden Belegungstage. Der Investitionszuschlag wird zur Finanzierung von Zinskosten von Darlehen oder von entsprechenden Kosten anderer privatwirtschaftlicher Finanzierungsformen oder für eine unmittelbare Investitionsfinanzierung verwendet. Nähere Details regelt die Landesebene

2.2.4. Rationalisierungsinvestitionen

Rationalisierungsinvestitionen im Sinne von § 18b KHG sind im Rahmen des Fallpauschalengesetzes zum 01. Januar 2004 aufgehoben worden.

2.2.5. Instandhaltungsfinanzierung

Die Instandhaltungskosten sind entsprechend § 17 Abs. 4b KHG im Pflegesatz zu berücksichtigen. Dazu gehören auch Instandhaltungskosten für Anlagegüter, wenn in baulichen Einheiten Gebäudeteile, betriebstechnische Anlagen und Einbauten oder wenn Außenanlagen vollständig oder überwiegend ersetzt werden. Die genannten Kosten werden pauschal in Höhe eines Betrages von 1,1 vom Hundert der für die allgemeinen Krankenhausleistungen vereinbarten Vergütung finanziert. Die Pflege-satzfähigkeit für die in Satz 2 genannten Kosten entfällt für alle Krankenhäuser in einem Bundesland, wenn das Land diese Kosten für die in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser im Wege der Einzelförderung oder der Pauschal-förderung trägt.

2.2.6. Investitionsförderung nach dem Hochschulbauförderungsgesetz (HBFG)

Der Aus- und Neubau von Hochschulen einschließlich der Hochschulkliniken wird von Bund und Ländern nach Maßgabe des HBFG als Gemeinschaftsaufgabe wahrgenommen. Zum Ausbau und Neubau von Hochschulen gehören nach § 3 Abs. 1 HBFG die Ausgaben u.a. für die folgenden Zwecke:

- Gesamtplanung einschließlich der gesondert im Rahmenplan ausgewiesenen Vorstudien sowie Einzelplanung;
- Erwerb der für die einzelnen Bauvorhaben erforderlichen bebauten und unbebauten Grundstücke, einschließlich der Kosten für ihre Freimachung;
- Bauten sowie Erschließung und Entschädigung an Dritte in dem für die Baumaßnahme erforderlichen Umfang, Ersteinrichtung, Außenanlagen, Baunebenleistungen, besondere Betriebseinrichtungen und Zubehör, wenn die Investitionskosten für das jeweilige Vorhaben 1.533.876 € nicht übersteigen;
- Beschaffung der gesondert im Rahmenplan ausgewiesenen Großgeräte für Ausbildung und Forschung, wenn die Kosten für das einzelne Gerät einschließlich Zubehör an Universitäten 127.823 €, an anderen Hochschulen 76.693,80 € übersteigen¹;
- Beschaffungen im Rahmen von Vorhabenprogrammen.

In einem von Bund und Ländern aufzustellenden Rahmenplan sind Angaben zu

- dem gegenwärtigen Ausbauzustand und die im Rahmenplan zugrunde liegenden Zielvorstellungen,
- den Vorhabenprogrammen für vordringlich zu verwirklichende Ausbauschwerpunkte nebst den dafür vorgesehenen Gesamtkosten,
- den Bauvorhaben und den Beschaffungsvorhaben, jeweils nebst Kosten sowie gegebenenfalls einer verbindlichen Kostenobergrenze,
- den zunächst nur zur Planung vorgesehenen Vorhaben und den für die Erfüllung der Gemeinschaftsaufgabe erforderlichen Vorstudien, jeweils nebst Kosten,
- den vom Bund und von jedem Land für die Erfüllung der Gemeinschaftsaufgabe im nächsten Jahr bereitzustellenden und für die folgenden Jahre des Planungszeitraums jeweils vorgesehenen Mittel

zu tätigen. Bis zum 1. März jedes Jahres gibt jedes Bundesland seine allgemeinen und langfristigen Ziele auf dem Gebiet des Hochschulbaus dem Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie bekannt. Für die gemeinsame Rahmenplanung bilden die Bundesregierung und die Landesregierungen nach § 7 HBFG einen Planungsausschuss, der bereits seit mehreren Jahren aktiv ist.

¹ Alle Werte in diesem Abschnitt von der Geschäftsstelle der DKG von DM auf Euro umgerechnet

3. Krankenhausplanung

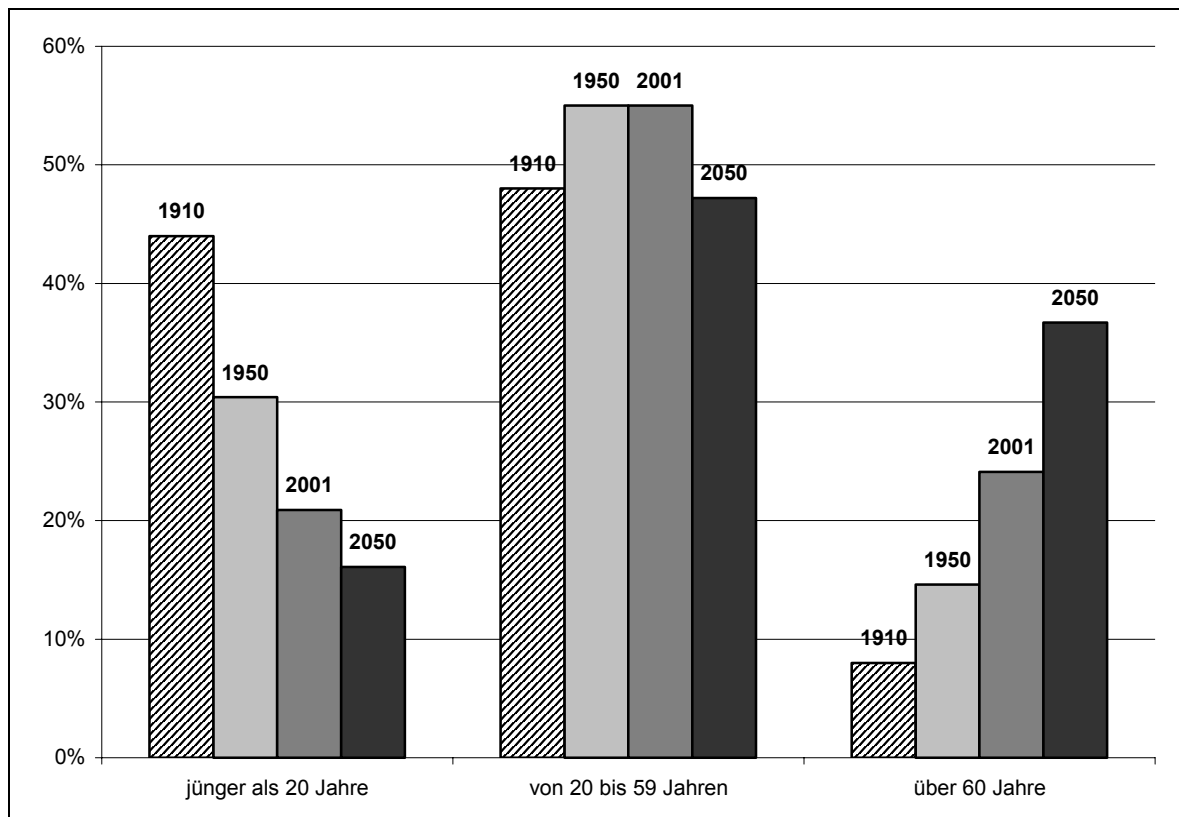
3.1. Einleitung

Im Folgenden wird der Sachstand der derzeitigen Krankenhausplanung anhand der jeweils vorliegenden Krankenhauspläne und anhand der aktuellen Daten des Statistischen Bundesamtes sowohl nach Ländern als auch auf Bundesebene vorgestellt.

Abschnitt 3.2 befasst sich mit vier Gutachten zur Krankenhausplanung, die in der vergangenen und jüngsten Zeit die Krankenhausplanung in verschiedenen Ländern beeinflusst haben. Mit der Beschreibung der Gutachten wird kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben. Der Abschnitt soll lediglich dazu dienen, einen Überblick über mögliche Ansätze in der Methodik zur Krankenhausplanung, die zur Berücksichtigung des Morbiditätsfaktors tendiert, zu gewähren².

Ein wichtiger Faktor in der Krankenhausplanung wird die demographische Entwicklung der Bevölkerung sein. Damit ist zum einen die Entwicklung der Bevölkerungszahlen an sich, zum anderen aber auch die Morbiditätsstruktur und -entwicklung in der Bevölkerung gemeint. Ein ebenfalls wichtiger Punkt ist aber auch die Altersstruktur, die in Abbildung 3.1 dargestellt ist.

Abbildung 3.1: Entwicklung der Alterstruktur in Deutschland

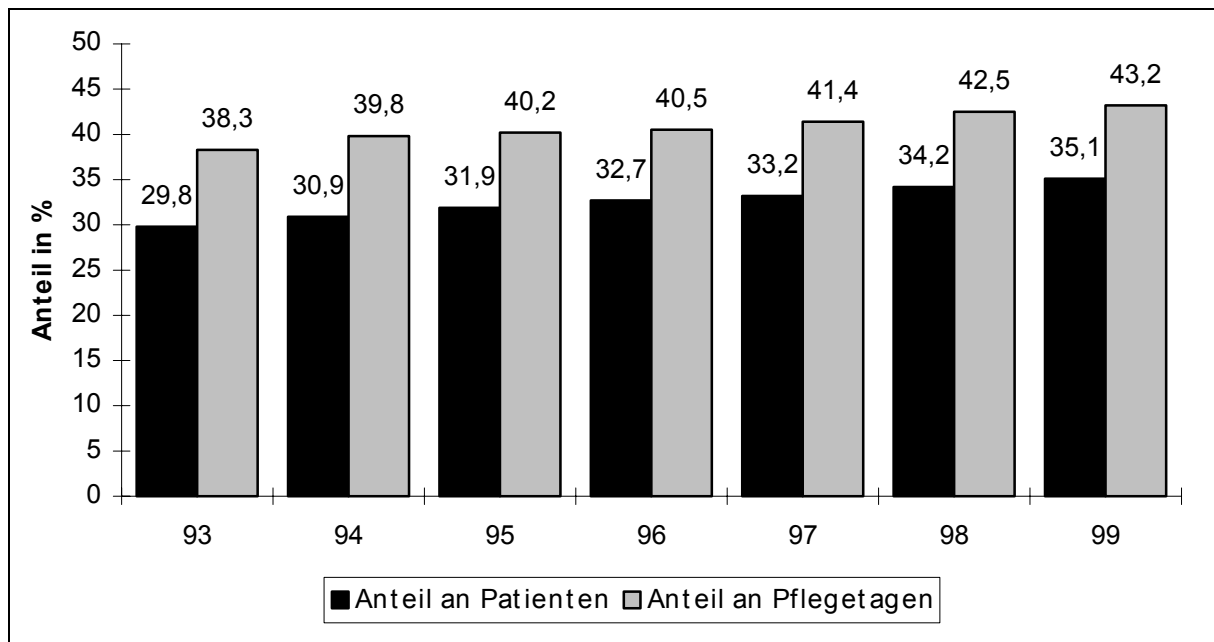


Quelle: Statistisches Bundesamt

² siehe dann auch: Stapf-Finé, Dr. H., und Polei, G., 2002, „Die Zukunft der Krankenhausplanung nach der DRG-Einführung“, in: das Krankenhaus, 2/2002

Laut 10. koordinierter Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes wird im Jahr 2050 weit über ein Drittel der Bevölkerung in Deutschland über 60 Jahre alt sein. Wie die Abbildung 3.2 zeigt macht gerade diese Gruppe einen Großteil der Patienten in den Krankenhäusern aus. Beide Abbildungen verdeutlichen, dass der Anteil zukünftig noch zunehmen wird. Aus diesem Grund wird eine möglichst genaue Krankenhausplanung immer notwendiger, um ein effizientes Wirtschaften in den Krankenhäusern gewährleisten zu können.

Abbildung 3.2: Anteil der über 65jährigen an Patienten und Pflegetagen in Krankenhäusern



Quelle: Zahlen, Daten, Fakten 2003, Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft

Zunehmend ist in der Krankenhausplanung – neben der Einbeziehung des Faktors Morbidität – der Trend zur Krankenhausrahmenplanung zu erkennen. Nach einigen Bundesländern zuvor hat sich auch das Land Nordrhein-Westfalen in seinem aktuellen Krankenhausplan für eine stärkere Mitsprache regional Betroffener entschieden. Einen Schritt in Richtung leistungsbezogene Krankenhausplanung kann man in der Definition der Auslastungsgrade, die vom Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit zur Berechnung des Bettenbedarfs vorgegeben wird, sehen. Die Auslastungsgrade, die zur Berechnung des Bettenbedarfs dienen, hängen ausschließlich von der Länge der Verweildauer ab. Eine kurze Zusammenfassung der Inhalte der Rahmenplanung in Nordrhein-Westfalen wird im Abschnitt 3.4.10 vorgestellt. Die Rahmenplanung findet sich jedoch noch in vielen anderen Bundesländern wieder, wie der Abschnitt 3.4 im Allgemeinen zeigt.

Ein für die Perspektivbestimmung der Krankenhausplanung bislang noch unbekannter Faktor stellt die Konsequenz der Einführung des DRG-Systems in Deutschland zum 01. Januar 2004 (optional zum 01. Januar 2003) dar. Aufgrund der bislang unzureichenden Datenlage befindet sich die Adjustierung der Krankenhausplanung auf das DRG-System noch in einer Anfangsphase. Bis zu der Erlangung eines ausgefeilten Moduls wird noch einige Zeit vergehen. Ungeachtet dieser Problematik nimmt die Diskussion in der Krankenhausplanung um eine Ablösung der Bettenplanung durch die Leistungsplanung zu. Unklarheiten bestehen dabei vor allem in der Definition der Leistungsplanung. So stellt sich beispielsweise die Frage, ob für eine gerechte Kran-

kenhausplanung nicht alle Fallgruppen-DRG geplant werden müssten. Der damit verbundene Aufwand wäre vermutlich enorm. Eine Alternative bestünde darin, die Planung auf die Hauptdiagnosegruppen, die Major Diagnostic Category (MDC) zu beschränken. Dies wäre allerdings nur dann vorstellbar, wenn nicht zu viele Informationen verloren gingen. Ein Informationsverlust könnte dann zu großen Nachteilen für die Krankenhäuser führen.

Die mögliche Abkehr von der Bettenplanung wird voraussichtlich zu einer Neugestaltung der Definition der einzelnen Versorgungsstufen in den Bundesländern führen, sofern dies noch nicht geschehen ist. Im Sinne einer zunehmenden Transparenz und Vergleichsmöglichkeit unter den Ländern wäre es wünschenswert, wenn es auf der Länderebene zu einer Harmonisierung der Definition der Versorgungsstufen käme.

Auch auf der Ebene der Pauschalförderung nach § 9 Abs. 3 KHG ist mit dem Trend zu einer leistungsbezogenen Förderung zu rechnen. Die Höhe der Förderung richtet sich demnach nicht mehr nach der Bettenanzahl eines Krankenhauses, sondern nach den im Krankenhaus behandelten Fällen. Die ersten Bundesländer haben ihre Förderung bereits auf diese Methode umgestellt (s.a. Abschnitt 5.4).

3.2. Methoden und Gutachten in der Krankenhausplanung

Zur Ermittlung des zukünftigen Bettenbedarfs eines Bundeslandes sind die mit der Aufstellung des Krankenhausplans beauftragten Landesministerien auf Prognosen angewiesen. Eine der bekanntesten und am längsten verwendeten Methoden ist die Hill-Burton-Formel. In jüngerer Vergangenheit sind durch Aufträge der verschiedenen Beteiligten in der Krankenhausplanung mehrere Gutachten zur Entwicklung alternativer bzw. ergänzender Methoden in der Bettenbedarfsermittlung entstanden, die sich mehr oder weniger erfolgreich in der Krankenhausplanung durchgesetzt haben.

Im Folgenden werden neben der Hill-Burton-Formel eine Auswahl mehrerer Gutachten zur Krankenhausplanung vorgestellt. Eine Auflistung aller für die Krankenhausplanung erstellten Gutachten würde den Rahmen dieses Kapitels sprengen, so dass auf Vollständigkeit verzichtet werden musste. Die Auswahl der vier Gutachten ist keinesfalls als Wertung oder Bevorzugung zu verstehen. Der jeweilige Inhalt der vorgestellten Gutachten kann an dieser Stelle aus dem gleichen genannten Grund nur verkürzt wiedergegeben werden.

3.2.1. Die Hill-Burton-Formel

Die aus den USA stammende Hill-Burton-Formel existiert inzwischen seit annähernd 60 Jahren und wird nach wie vor überwiegend zur Ermittlung des Bettenbedarfs herangezogen. Als Determinanten fließen Einwohnerzahl, Verweildauer, Krankenhaushäufigkeit und Bettennutzungsgrad (Auslastungsgrad) in die Formel ein.

- a) Die Einwohnerzahl (E) basiert auf landesspezifischen Daten. Diese werden zur Ermittlung der Einwohnerentwicklung bis zum Zieljahr des Krankenhausplanes prognostiziert.
- b) Die Verweildauer (VD) ist die durchschnittliche Anzahl der Tage, die ein Patient stationär im Krankenhaus verbringt. Aufnahme und Entlassungstag zählen zusammen als ein Tag.

$$VD = \frac{\text{Pflegetage}}{\text{Fallzahl}},$$

wobei die Fallzahl wie folgt definiert ist:

$$\text{Fallzahl} = \frac{\text{Patientenzugang} + \text{Patientenabgang}}{2}$$

- c) Die Krankenhaushäufigkeit (KH) ist die Relation der in einem bestimmten Gebiet wohnenden Patienten, die im Laufe des Jahres stationär behandelt werden, zu der Einwohnerzahl des betreffenden Gebietes.

$$KH = \frac{\text{Fallzahl} \times 1000}{E}$$

d) Der Bettennutzungsgrad (BN) kann zum einen über die Formel

$$\text{BN} = \frac{\text{Pflegetage} \times 100}{\text{Betten} \times 365}$$

erfolgen. In den meisten Fällen wird dieser jedoch vom jeweiligen Ministerium vorgegeben (s. dazu auch 3.4).

Unter der Berücksichtigung der vorhergehenden Faktoren lautet die Hill-Burton-Formel (HBF) dann wie folgt:

$$\text{HBF} = \frac{E \times \text{KH} \times \text{VD} \times 100}{\text{BN} \times 1000 \times 365} = \text{Bettenbedarf}.$$

3.2.2. Dornier/IGES-Gutachten

Das von dem Stadtstaat Hamburg bei Dornier und IGES in Auftrag gegebene Gutachten basiert, wie viele Vorgehensweisen in der Krankenhausplanung, auf der Hill-Burton-Formel. Im Vordergrund dieses Gutachtens steht die Berücksichtigung des Morbiditätsfaktors, die durch die Einbeziehung von Expertenmeinungen erreicht wird. Die Ermittlung des Bettenbedarfs geschieht damit im Gegensatz zu bisherigen Ansätzen auf prognostizierten Werten. Das Prognoseverfahren an sich verläuft in zwei Schritten. Zunächst erfolgt für jedes medizinische Fachgebiet eine Fortschreibung der bestehenden Statistiken von Fallzahlen und Verweildauern. In einem zweiten Schritt werden die ermittelten Ergebnisse einem Kreis von medizinischen Experten vorgelegt. Die den Experten vorgestellten Ergebnisse werden zudem durch weitere Informationen aus der Diagnosestatistik über fachgebietsbezogene Fakten ergänzt. Auf dieser Grundlage wird der Expertenkreis gebeten, eine Einschätzung zu den Einflussfaktoren auf die Fallzahlen und die Verweildauern abzugeben.

3.2.3. IGSF/Beske-Gutachten

Ein weiterer Ansatz stammt von Professor Dr. Fritz Beske vom Institut für Gesundheits-System-Forschung (IGSF), der mit Hilfe der Krankenhausdiagnosestatistik eine Prognose der Krankenhaushäufigkeit durchgeführt hat. Unter der Annahme, dass die Morbidität nach Alter und Geschlecht gleich bleibt, geht die zuvor ermittelte Bevölkerungsvorausschätzung in das Prognosemodell mit ein. Die Verweildauer wird, wie bei dem Dornier/IGES-Gutachten, durch eine Trendextrapolation bestimmt. Im Anschluss an dieses Verfahren werden ebenfalls Expertenbefragungen zu den Ergebnissen durchgeführt. Die Ermittlung des Bedarfs erfolgt standortbezogen. Neben dem Faktor Morbidität bezieht Beske – im Gegensatz zu z.B. IGES - die Wirtschaftlichkeit in die Gutachtenmethodik mit ein. Diese wird an der Höhe der Fallkosten gemessen.

3.2.4. Rüschemann (GSbG)-Gutachten

Das Rüschemann-Gutachten (Professor Dr. Hans-Heinrich Rüschemann, Gesellschaft für Systemberatung im Gesundheitswesen) bietet mit seiner Benchmark-Methode einen, nach eigenen Angaben, leistungsorientierten Ansatz in der Krankenhauspla-

nung. Hierzu werden die den Krankenkassen verfügbaren Daten nach § 301 SGB V verwendet, anhand derer Krankheitsgruppen, ähnlich den DRG's, gebildet werden. Auf dieser Basis wird eine Ermittlung des Substitutionspotentials durch ambulante, vor-, nach- und teilstationäre Behandlung durchgeführt. Der Benchmarking-Ansatz fordert, dass nach der Analyse alle Krankenhäuser das gleiche Substitutionspotential wie die 25% der Krankenhäuser mit dem derzeit höchsten Substitutionspotential besitzen. Die durch den Ansatz ermittelte Prognose wird durch eine geschätzte Morbiditätsentwicklung (Fortschreibung der bisherigen Morbiditätsstruktur) ergänzt bzw. korrigiert. Auch die Prognose der Verweildauer erfolgt durch den 25%-Ansatz, wobei davon ausgegangen wird, dass die Krankenhäuser zukünftig die gleiche Verweildauer besitzen wie die 25% der Krankenhäuser mit der aktuell geringsten Verweildauer. Anhand der gewonnenen Werte für Fallzahl und Verweildauer wird zuletzt der zukünftige Bedarf an Planbetten berechnet.

3.2.5. BASYS/I+G-Gutachten

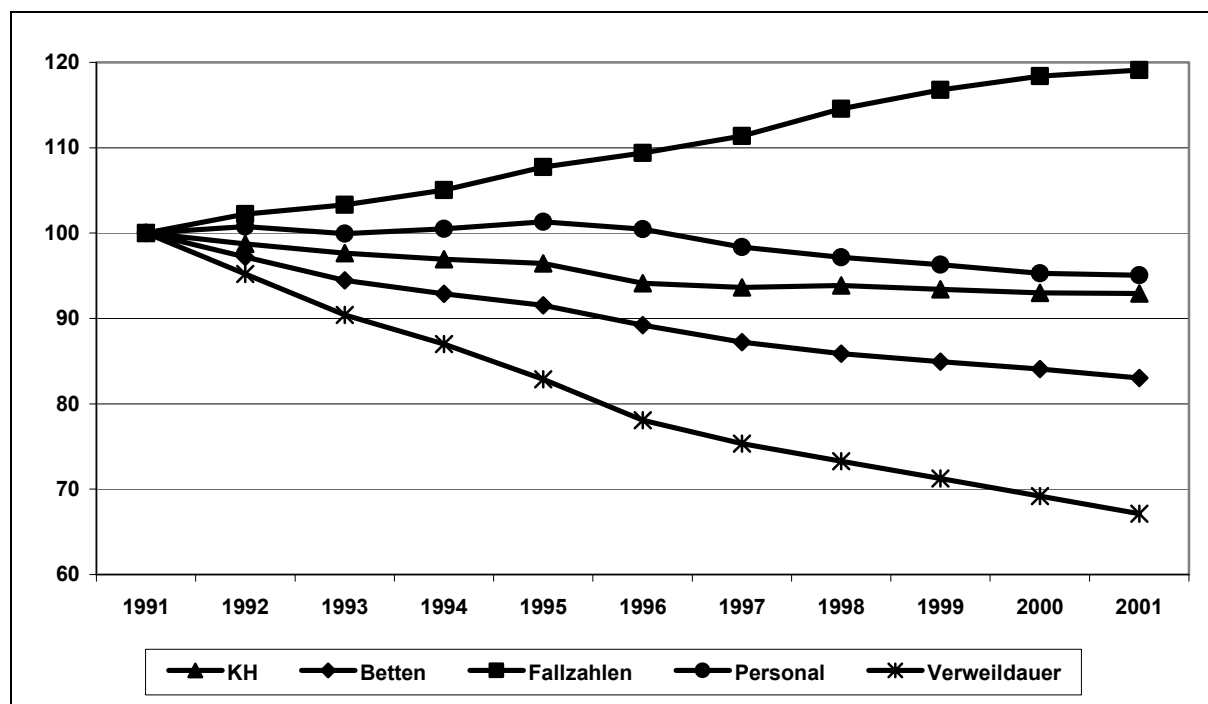
Das von der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen in Auftrag gegebene Gutachten von BASYS und I+G ähnelt dem bereits beschriebenen IGSGF-Gutachten, das aus zwei Schritten besteht, die beide übernommen werden. Der Unterschied liegt darin, dass nicht nur die krankenhausesbezogene Morbidität, sondern die bevölkerungsbezogene Morbidität zur Prognose hinzugezogen wird, die anhand von Survey- und Registerdaten ermittelt wird. Die Ergebnisse werden jedoch nicht zur Ermittlung des zukünftigen Bedarfs an Betten, sondern lediglich zur Feststellung eines Zusammenhangs von Morbidität und Krankenhausinanspruchnahme verwendet. Ein zukünftiger Bettenbedarf wird in diesem Gutachten nicht berechnet.

3.3. Krankenhausplanung in Deutschland

In den letzten Jahren ist in der deutschen Krankenhauslandschaft ein großer Abbau von Betten, aber auch von Krankenhäusern selbst, erfolgt, wie auch die Abbildung 3.2 beweist³. So ging die Zahl der Krankenhäuser von 1991 bis 2001 von 2.411 auf 2.240 um 7% zurück. Im gleichen Zeitraum fiel der Bestand an Betten von 665.565 auf 552.680 sogar um 17%. Dies entspricht einem durchschnittlichen Bettenabbau von 1,84% jährlich.

Ein, wenn auch nicht im gleichen Ausmaß, ähnlicher Verlauf stellt die Entwicklung der Personalkräfte (Vollkräfte) in den Krankenhäusern dar. Der durchschnittliche Bestand ist von 1990 bis 2001 um 5% reduziert worden. Die Verweildauer konnte um 33% von 14,6 auf 9,80 Tage gesenkt werden. Im gleichen Zeitraum stiegen jedoch die Fallzahlen in den Krankenhäusern um 19% an. Einen Überblick über die Entwicklung der Werte der beschriebenen Kategorien kann den Tabellen 3.1 und 3.2 entnommen werden.

Abbildung 3.3: Indexierte Krankenhaus-, Betten-, Fall-, Personal- und Verweildauerzahlen

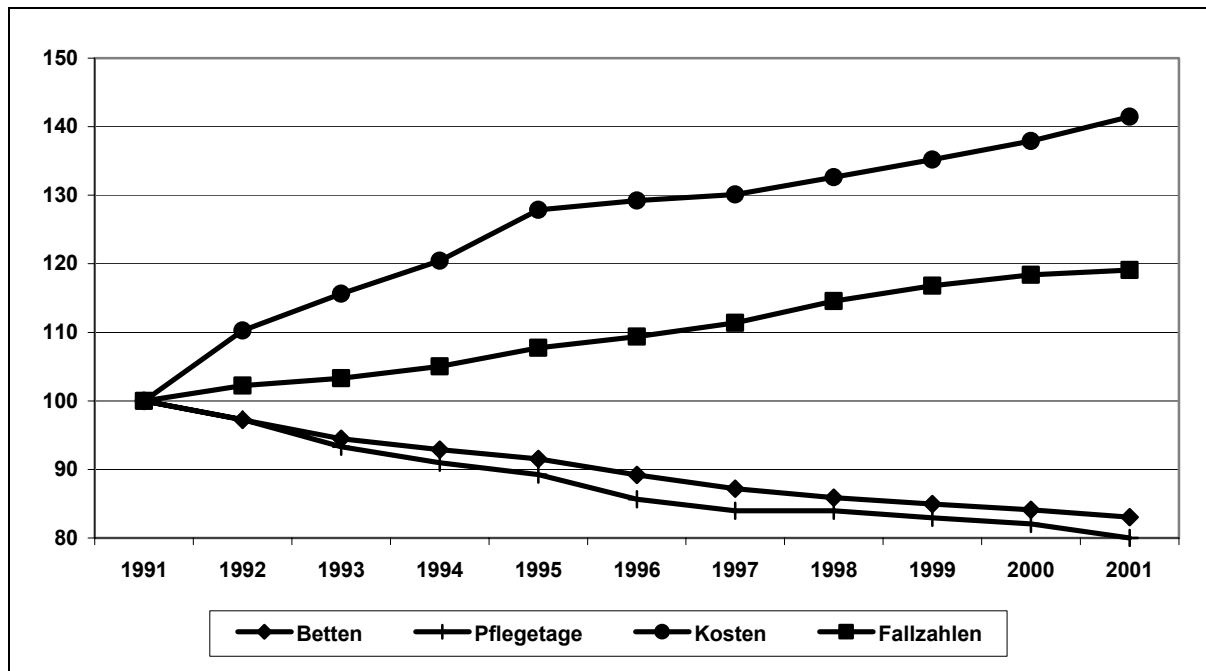


Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen

Abbildung 3.3 verdeutlicht, dass trotz fallender Bettenzahl und trotz des Rückganges der Anzahl der Pflgetage, die im Jahr 2001 um 18% gegenüber 1991 geringer sind, die bereinigten Kosten zunehmen. Seit 1991 konnte ein Anstieg der bereinigten Kosten in 2001 um 38% festgestellt werden. Die These, dass der Abbau des Bettenbestandes zu einer Reduzierung der Kosten in einem Krankenhaus führt, kann mit der vorliegenden Abbildung also ernsthaft in Frage gestellt werden.

³ An dieser Stelle sei angemerkt, dass die Skalierung der folgenden Abbildung ausschließlich zur besseren Veranschaulichung verändert wurden, die y-Achsen also nicht bei 0 starten. Eine Dramatisierung der tatsächlichen Entwicklung soll dadurch nicht bezweckt werden.

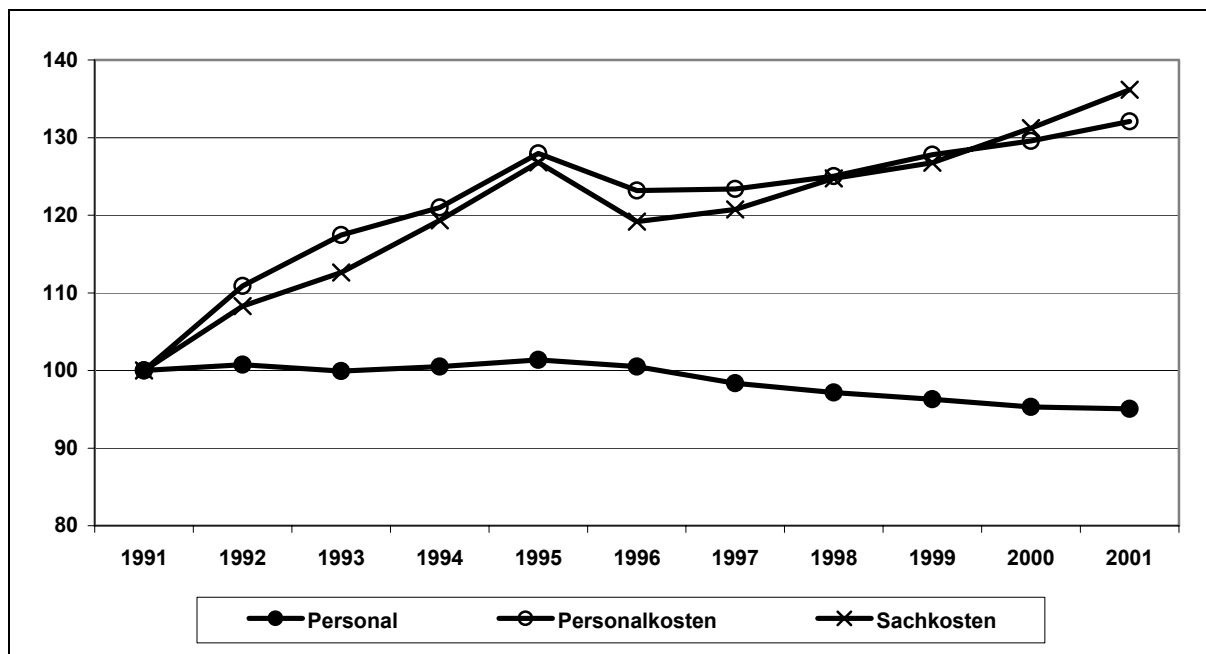
Abbildung 3.4: Entwicklung der indexierten Betten-, Pflegetage-, Kosten- und Fallzahlen



Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen

In der Abbildung 3.4 erfolgt eine Gegenüberstellung des Personalbestandes mit den Personal- und Sachkosten⁴. Wie der Abbildung zu entnehmen ist, verlaufen die Personal- und Sachkosten annähernd identisch. Der Trend des Personalbestandes und der Kosten verläuft jedoch gegensätzlich.

Abbildung 3.5: Entwicklung der indexierten Personalzahlen, sowie Personal- und Sachkosten



Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen

Wie schon in der Abbildung 3.3 ersichtlich, sinkt der Personalbestand um 5%. Die Personalkosten steigen jedoch um 32% (Sachkosten 36%) an. Die Ursache dafür,

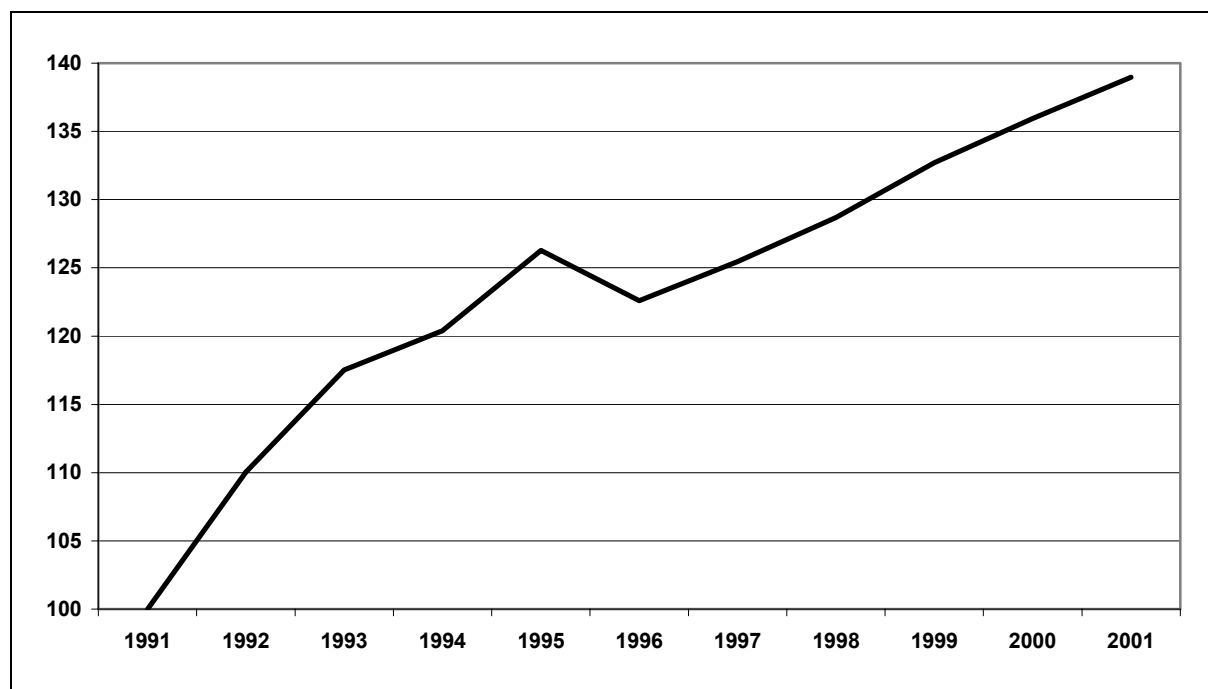
⁴ weitere Daten sind den Tabellen 3.1 und 3.2 zu entnehmen

dass die bereinigten Kosten insgesamt stärker angestiegen sind als die Personal- und Sachkosten, liegt in der Definition der bereinigten Kosten begründet. Diese errechnen sich aus den um die Abzüge geminderten Gesamtkosten.

Für den Verlauf der Personalkosten können vor allem zwei Faktoren ausgemacht werden. Zum einen ist dafür die Anpassung der Gehälter in den neuen Bundesländern an die Gehälter in den alten Bundesländern verantwortlich. Zum anderen spiegeln sich in den Personalkosten die teilweise hohen BAT-Tarifabschlüsse wider.

Eine Bestätigung der Annahme, dass der Abbau von Personal zu einer Senkung der Kosten führt, leistet die Abbildung nicht. Vielmehr scheint es sich bei dem Abbau von Personal in den Krankenhäusern um Personal in niedrigeren Vergütungsgruppen zu handeln, das durch Outsourcen verschiedener Bereiche, wie z.B. der krankenhauseigenen Küche, dem Personalkosten-Bereich entzogen wird. Das ärztliche und Pflege-Personal, das den Großteil an den Personalkosten ausmacht, ist eher nicht betroffen. Einen Beleg dafür bietet die Abbildung 3.6, die die Entwicklung der durchschnittlichen Personalkosten je Vollkraft wiedergibt. Von 1991 bis 2001 sind die Personalkosten je Vollkraft um 39% gestiegen.

Abbildung 3.6: Personalkosten je Vollkraft



Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen

Durch das Outsourcen verschiedener Krankenhausbereiche wird ein Teil der Personalkosten in Sachkosten umgewandelt, wobei dies nicht im Verhältnis 1:1 geschieht. Das bedeutet, dass der Anstieg der Sachkosten neben dem Inflationseffekt auch durch das Outsourcen erklärt werden kann. Ein dritter Effekt, der zu einer Erhöhung der Sachkosten führt, ist in der Befriedigung des Bedarfes nach flächendeckender Versorgung mit medizinisch-technischen Großgeräten in der Bevölkerung zu sehen. So hat der Bestand an Großgeräten von 1991 bis 2002 um 1321 Stück bzw. um 100% zugenommen (vgl. Tabelle 5.7 sowie Abbildung 5.2). Die drei genannte Faktoren erklären den im Vergleich zu den Personalkosten vergleichbar hohen Anstieg der Sachkosten.

Tabelle 3.1: Wichtige Daten in der Krankenhausplanung

Entwicklung seit 1991						
Jahr	Krankenhäuser	Betten*	Pflegetage	Personal (Vollkräfte)	Fallzahlen	Verweildauer (in Tagen)
1991	2.411	665.565	203.551.823	875.817	13.924.907	14,60
1992	2.381	646.995	198.027.691	882.451	14.233.471	13,90
1993	2.354	628.658	189.934.787	875.110	14.385.416	13,20
1994	2.337	618.176	185.178.403	880.152	14.626.639	12,70
1995	2.325	609.123	181.697.182	887.566	15.001.593	12,10
1996	2.269	593.743	174.313.488	880.000	15.231.877	11,40
1997	2.258	580.425	170.918.633	861.546	15.510.578	11,00
1998	2.263	571.629	170.906.121	850.948	15.952.070	10,70
1999	2.252	565.268	168.863.896	843.453	16.260.785	10,40
2000	2.242	559.651	167.012.964	834.585	16.486.672	10,10
2001	2.240	552.680	162.795.299	832.532	16.583.906	9,80
Veränderung gegenüber dem Vorjahr						
Jahr	Krankenhäuser	Betten*	Pflegetage	Personal (Vollkräfte)	Fallzahlen	Verweildauer (in Tagen)
1991						
1992	-1,24%	-2,79%	-2,71%	0,76%	2,22%	-4,79%
1993	-1,13%	-2,83%	-4,09%	-0,83%	1,07%	-5,04%
1994	-0,72%	-1,67%	-2,50%	0,58%	1,68%	-3,79%
1995	-0,51%	-1,46%	-1,88%	0,84%	2,56%	-4,72%
1996	-2,41%	-2,52%	-4,06%	-0,85%	1,54%	-5,79%
1997	-0,48%	-2,24%	-1,95%	-2,10%	1,83%	-3,51%
1998	0,22%	-1,52%	-0,01%	-1,23%	2,85%	-2,73%
1999	-0,49%	-1,11%	-1,19%	-0,88%	1,94%	-2,80%
2000	-0,44%	-0,99%	-1,10%	-1,05%	1,39%	-2,88%
2001	-0,09%	-1,25%	-2,53%	-0,25%	0,59%	-2,97%
Daten indexiert (1991 = 100)						
Jahr	Krankenhäuser	Betten*	Pflegetage	Personal (Vollkräfte)	Fallzahlen	Verweildauer (in Tagen)
1991	100	100	100	100	100	100
1992	99	97	97	101	102	95
1993	98	94	93	100	103	90
1994	97	93	91	100	105	87
1995	96	92	89	101	108	83
1996	94	89	86	100	109	78
1997	94	87	84	98	111	75
1998	94	86	84	97	115	73
1999	93	85	83	96	117	71
2000	93	84	82	95	118	69
2001	93	83	80	95	119	67
* Aufgestellte Betten						
Quelle: Statistisches Bundesamt						

Tabelle 3.2: Personal (Vollkräfte), Personal-, Sach- und Personalkosten je Vollkraft

Entwicklung seit 1991						
Jahr	Bereinigte Kosten	Personalkosten	Sachkosten	Personal (Vollkräfte)	Anteil Pk an Gk*	Personalkosten je Vollkraft
1991	37.420.720	27.147.039	13.272.833	875.817	66,53%	31,00
1992	41.266.737	30.100.433	14.373.786	882.451	67,02%	34,11
1993	43.268.287	31.881.926	14.944.961	875.110	67,46%	36,43
1994	45.072.329	32.845.702	15.837.711	880.152	66,88%	37,32
1995	47.846.083	34.738.968	16.828.410	887.566	66,82%	39,14
1996	48.359.230	33.437.841	15.816.378	880.000	67,30%	38,00
1997	48.684.661	33.499.157	16.026.491	861.546	67,07%	38,88
1998	49.629.682	33.942.425	16.558.408	850.948	66,65%	39,89
1999	50.599.457	34.693.182	16.826.417	843.453	66,80%	41,13
2000	51.603.474	35.168.197	17.414.487	834.585	66,33%	42,14
2001	52.940.319	35.861.114	18.075.259	832.532	65,92%	43,07
Veränderung gegenüber dem Vorjahr						
Jahr	Bereinigte Kosten	Personalkosten	Sachkosten	Personal (Vollkräfte)	Anteil Pk an Gk*	Personalkosten je Vollkraft
1991						
1992	10,28%	10,88%	8,29%	0,76%	0,74%	10,05%
1993	4,85%	5,92%	3,97%	-0,83%	0,65%	6,81%
1994	4,17%	3,02%	5,97%	0,58%	-0,85%	2,43%
1995	6,15%	5,76%	6,26%	0,84%	-0,09%	4,88%
1996	1,07%	-3,75%	-6,01%	-0,85%	0,72%	-2,92%
1997	0,67%	0,18%	1,33%	-2,10%	-0,35%	2,33%
1998	1,94%	1,32%	3,32%	-1,23%	-0,63%	2,59%
1999	1,95%	2,21%	1,62%	-0,88%	0,22%	3,12%
2000	1,98%	1,37%	3,49%	-1,05%	-0,69%	2,45%
2001	2,59%	1,97%	3,79%	-0,25%	-0,62%	2,22%
Daten indexiert (1991 = 100)						
Jahr	Bereinigte Kosten	Personalkosten	Sachkosten	Personal (Vollkräfte)	Anteil Pk an Gk*	Personalkosten je Vollkraft
1991	100	100	100	100	100	100
1992	110	111	108	101	101	110
1993	116	117	113	100	101	118
1994	120	121	119	100	101	120
1995	128	128	127	101	100	126
1996	129	123	119	100	101	123
1997	130	123	121	98	101	125
1998	133	125	125	97	100	129
1999	135	128	127	96	100	133
2000	138	130	131	95	100	136
2001	141	132	136	95	99	139
Alle Kosten jeweils in Tsd. Euro						
*Beachte Unterschied zwischen Gesamtkosten (Pk+Sk+As+ZfB) und Bereinigte Kosten (Gk-Abzüge)						
Quelle: Statistisches Bundesamt						

3.4. Krankenhausplanung in den Bundesländern

Die Tabellen 3.3 und 3.4 fassen die wesentlichen Landesdaten zur KH-Planung zusammen, bevor ein Überblick über die einzelnen Krankenhauspläne erfolgt.

Tabelle 3.3: Daten zur Krankenhausplanung in den Bundesländern

	Krankenhäuser		Betten		Personal (Vollkräfte)	
	2001	Entwicklung seit 1991	2001	Entwicklung seit 1991	2001	Entwicklung seit 1991
BW	321	+ 1,58%	64.017	- 7,17%	105.440	+ 1,44%
BAY	407	- 4,01%	83.138	- 5,43%	127.353	+ 8,32%
B	70	- 32,69%	22.620	- 43,30%	43.203	- 24,99%
BR	53	- 20,90%	16.134	- 29,60%	21.222	- 17,62%
HB	16	+ 6,67%	6.050	- 17,02%	9.720	- 0,78%
HH	35	- 16,67%	12.732	- 16,74%	20.756	- 14,15%
HE	178	- 5,32%	38.560	- 11,60%	58.479	- 3,55%
MVP	36	- 23,40%	11.132	- 30,46%	17.470	- 23,47%
NIE	216	- 2,70%	47.885	- 14,19%	71.832	- 4,93%
NRW	462	- 4,74%	134.883	- 15,77%	186.716	- 3,67%
RP	113	- 2,59%	26.549	- 8,39%	38.209	+ 8,31%
SAAR	28	- 6,67%	7.540	- 20,30%	13.133	+ 0,82%
SA	92	- 17,86%	29.619	- 30,73%	42.225	- 16,15%
SAA	55	- 22,54%	18.122	- 29,13%	26.769	- 14,54%
SH	105	+ 1,94%	16.449	- 9,58%	26.403	+ 4,02%
TH	53	- 23,19%	17.250	- 24,24%	23.615	- 17,92%

Quelle: Statistisches Bundesamt

Tabelle 3.4: Leistungsdaten im Überblick

	Fallzahlen		Verweildauer		Bettendichte		Nutzungsgrad
	2001	Entwicklung seit 1991	2001	Entwicklung seit 1991	2001	Entwicklung seit 1994	2001
BW	1.865.442	+ 15,33%	9,9	- 25,00%	60,4	- 9,45%	79,2
BAY	2.529.231	+ 22,66%	9,8	- 25,19 %	67,4	- 7,92%	82,0
B	661.079	+ 12,17%	10,1	- 52,58%	66,8	- 34,77%	81,1
BR	492.510	+ 30,13%	9,8	- 38,75%	62,2	- 10,12%	82,2
HB	186.364	+17,16%	9,6	- 34,69%	91,7	- 11,91%	80,7
HH	367.147	+ 11,04%	10,3	- 29,93%	73,8	- 15,56%	81,1
HE	1.158.129	+ 14,81%	9,6	- 28,89%	63,4	- 10,58%	79,1
MVP	389.999	+ 15,84%	8,5	- 36,09%	63,3	- 9,96%	81,2
NIE	1.487.224	+ 15,68%	9,7	- 29,20 %	60,2	- 13,88%	82,2
NRW	3.865.378	+ 16,31%	10,1	- 33,55%	74,7	- 12,84%	79,3
RP	811.324	+16,74%	9,3	- 29,55%	65,6	- 10,50%	77,6
SAAR	259.448	+ 15,29%	9,0	- 33,33%	70,7	- 11,51%	84,8
SA	884.494	+ 37,98%	10,2	- 44,57%	67,6	- 2,73%	83,7
SAA	574.767	+ 27,11%	9,4	- 39,35%	70,2	- 5,26%	81,3
SH	525.939	+ 25,74%	9,7	- 30,71%	58,7	- 7,27%	84,6
TH	525.435	+ 30,69%	9,8	- 36,36%	71,5	- 6,41%	81,5

Quelle: Statistisches Bundesamt

3.4.1. Baden-Württemberg

Der Krankenhausplan in Baden-Württemberg wird nach § 4 LKHG vom Sozialministerium in Abstimmung mit dem Landeskrankenhausausschuss erstellt. Der Krankenhausplan ordnet die bedarfsgerechten Krankenhäuser in ein gegliedertes Versorgungssystem verschiedener Leistungsstufen ein. Er wird der Entwicklung angepasst und fortgeschrieben. Zum 31. Dezember 2002 betrug die Bettenzahl 64.269 – sie lag damit bereits unter dem Zielwert von 1999.

Die Bedarfsberechnung erfolgt auf Basis von Bedarfsdeterminanten nach Fachgebieten für jeden Stadt- und Landkreis.

Die vorgegebene Auslastung beträgt nach dem Krankenhausplan 85%. Ausnahmen sind: Augenheilkunde: 80%, Frauenheilkunde und Geburtshilfe 82%, HNO 80%, Innere Medizin 86%, Kinderheilkunde 75%, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie 82%, Neurologie 86%, Nuklearmedizin 82%, Orthopädie 86%, Psychosomatik 90%, Psychiatrie/ Kinder- und Jugendpsychiatrie 90%.

Eine besondere Erwähnung im vorliegenden Krankenhausplan findet die Behandlung von Mukoviszidose-Patienten, von Schmerzpatienten (auch Palliativstationen - ausschließlich für Tumorerkrankte), Tumorzentren und onkologischer Schwerpunkte, Stroke Units und medizinisch-technischer Großgeräte.

3.4.2. Bayern

Der Krankenhausplan stellt die für die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser nach Standort, Bettenzahl und Fachrichtung sowie Versorgungsstufen dar. Das Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung ist Krankenhausplanungsbehörde. Es schreibt unter Mitwirkung der Beteiligten nach § 7 LKHG und im Einvernehmen mit dem Staatsministerium für Landesentwicklung und Umweltfragen sowie im Benehmen mit den Staatsministerien des Innern und der Finanzen den Krankenhausplan jährlich fort. An der Krankenhausplanung wirkt der Bayerische Krankenhausplanungsausschuss nach Art. 7 BayKrG, dem u.a. die Bayerische Krankenhausgesellschaft angehört, mit.

Die vorgegebene Auslastung beträgt 85%. Ausnahmen sind möglich, werden aber nicht näher erläutert.

Eine besondere Erwähnung findet die Regelung von Stroke Units.

3.4.3. Berlin

Der Krankenhausplan und die Investitionsprogramme werden nach § 4 LKG vom Senat aufgestellt und fortgeschrieben, nachdem sie dem Abgeordnetenhaus zur Kenntnis gegeben worden sind. Der Krankenhausplan weist den Stand und die vorgesehene Entwicklung der für eine bedarfsgerechte, humane, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser insbesondere nach Standorten, Fachrichtungen einschließlich Schwerpunktbildung und Bettenzahl aus.

Für die Bedarfsprognose des Krankenhausplanes 1999 wurden die Vergleichsmethode (Kennziffernvergleich mit anderen Bundesländern und dem Bundesschnitt), der morbiditätsorientierten Methode (u.a. altersspezifische Analyse der Häufigkeits- und Verweildauerentwicklung sowie prognostische Einschätzung durch Einbeziehung medizinisch-fachlicher Urteile für die wichtigsten Diagnosen je Fachabteilung) und die Hill-Burton-Formel herangezogen. Die erst vor kurzem herausgegebene Fortschreibung des Krankenhausplans basiert u.a. auf Analysen aktueller Krankenhauspläne anderer Bundesländer sowie auf den L4- und L5-Statistiken der Berliner Krankenhäuser des Jahres 2001.

Der vorgegebene Auslastungsgrad liegt bei 85%. Ausnahmen sind: pädiatrische und kinderchirurgische Abteilungen, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik/Psychotherapeutische Medizin: 75%.

Für die Notfall-Versorgung existiert ein Drei-Stufen-Plan, der eine Einteilung in Erste-Hilfe-Krankenhäuser, Unfall-Krankenhäuser und Unfallschwerpunkt-Krankenhäuser vorsieht.

Im Krankenhausplan wird zudem eine Kooperation zwischen Berlin und dem Land Brandenburg berücksichtigt.

3.4.4. Brandenburg

Das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen (MASGF) stellt nach Anhörung des zuständigen Ausschusses des Landtages einen Krankenhausplan auf und schreibt ihn fort. Dabei wirken in jedem Versorgungsgebiet gebildete Konferenzen (Gebietskonferenzen) und die Landeskonferenz für Krankenhausplanung (Landeskonferenz) mit. Mitglieder der Landeskonferenz sind die an der Krankenhausversorgung unmittelbar Beteiligten. Die Gebietskonferenz hat die Aufgabe, dem Ministerium auf der Grundlage der für die Krankenhausplanung maßgebenden Rahmendaten und unter Berücksichtigung der Vorgaben der Landeskonferenz projektbezogene Vorschläge zur Krankenhausplanung für ihr Versorgungsgebiet vorzulegen. Die Landeskonferenz erarbeitet die Vorgaben für die Planungsziele und -kriterien des Krankenhausplanes sowie Empfehlungen für die Umsetzung der Planungsziele und -kriterien unter Berücksichtigung der Vorschläge der Gebietskonferenzen, Empfehlungen zur Fortschreibung des Krankenhausplanes und Empfehlungen zum Abschluss von Investitionsverträgen.

Zu Beginn dieses Jahres fand eine Erste Fortschreibung des Zweiten Krankenhausplans Brandenburg statt. Die Erarbeitung erfolgte durch eine gemeinsame Arbeitsgruppe aus Vertretern der GKV, der PKV und des Ministeriums, die in folgende vier Planungsphasen gegliedert war:

1. Auswertung eines von Prof. Rüschemann vorgelegten Gutachtens \Rightarrow Ermittlung der zukünftigen Bettenzahlen (Korridor-Quoten) in den einzelnen Fachgebieten in der jeweiligen Region (Bettenabbauzahlen waren geringer als die Rüschemann-Zahlen)
2. Aufbrechen der regionenbezogenen Bettenabbauzahl (Korridor-Quoten) auf die einzelnen Krankenhäuser
3. Berechnung der bedarfsgerechten Bettenzahl für jedes Krankenhaus nach dessen eigenen Leistungszahlen, landesdurchschnittlichen Verweildauergrößen im jeweiligen Fachgebiet und nach den Vereinba-

rungsergebnissen der Budgetrunde des Jahres 2001 ⇒ Modifikationen, wenn nötig

4. Vergleich der Ergebnisse mit den aktuellen Leistungszahlen von 2001 und gegebenenfalls Korrektur einiger Ergebnisse ⇒ Vorschlag durch das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen

Die Aussagekraft der Rüschemann-Studie wird im Krankenhausplan selbst als mäßig bezeichnet. Daher finden sich in der endgültigen Fassung des Planes nur wenige Elemente des Rüschemann-Gutachtens wieder.

Der vorgegebene Auslastungsgrad beträgt 85%. Eine Ausnahme besteht für die Kinderheilkunde (80%).

Besondere Erwähnung finden die Regelung für medizinisch-technische Großgeräte, Rheuma-, Perinatal- und Tumorzentren.

Unter Umständen darf der Krankenhausträger nach dem Krankenhausplan innerhalb der Gesamtbettenzahl des Krankenhauses die Betten in einzelnen Fachabteilungen um +/- 10% eigenverantwortlich verändern, sofern dies für einen zweckmäßigen und wirtschaftlichen Betrieb des Krankenhauses erforderlich ist.

Der Krankenhausplan ist unter Berücksichtigung der Kooperation von Brandenburg mit Berlin erstellt worden.

3.4.5. Bremen

Der Krankenhausplan wird vom Senat für Gesundheit aufgestellt und bei Abweichung der tatsächlichen Entwicklung fortgeschrieben. Er enthält Grundsätze der Krankenhausplanung und weist den Bestand der bedarfsgerechten Krankenhäuser sowie den aktuellen Bedarf insbesondere nach Zahl der Planbetten je Disziplin, medizinischen Schwerpunkten entsprechend der arbeitsteiligen Koordinierung, Standorten und Trägerschaft (Bedarfsanalyse) aus. Auf dieser Grundlage weist er die Prognose der erwarteten Entwicklung der einzelnen Disziplinen (Bedarfsprognose) aus und legt die für den Planungszeitraum vorgesehenen Anpassungsmaßnahmen fest.

Das Planungsverfahren des neu veröffentlichten Krankenhausplanes verlief in drei Phasen. In der ersten Phase erstellt der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales einen Rahmenplan. Dieser wird in der zweiten Phase durch Vorschläge der Selbstverwaltung zur Konkretisierung des Leistungsspektrums einschließlich der krankenhausbefugten Maßnahmen ergänzt. Im Anschluss (3. Phase) an diese Phase wird der endgültige Krankenhausplan vom Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales veröffentlicht. Alle drei Phasen werden dabei ständig vom eingerichteten Planungsausschuss begleitet.

Der vorgegebene Auslastungsgrad beträgt 87%. Ausnahmen gelten für: Pädiatrie 80%, Geburtshilfe 80%, Chirurgie 85%, Gynäkologie 85%, HNO-Heilkunde 85%, Augenheilkunde 85%.

Für die zukünftige Krankenhausplanung ist beabsichtigt, eine länderübergreifende Planung in Kooperation mit dem Bundesland Niedersachsen zu intensivieren.

Eine besondere Erwähnung findet die Regelung von Stroke Units und eines Herzzentrums.

3.4.6. Hamburg

Der Krankenhausplan legt die allgemeinen Versorgungsziele fest und prognostiziert den künftigen Bedarf an Krankenhausleistungen auf der Grundlage wissenschaftlicher Methoden, insbesondere unter Berücksichtigung der Entwicklung der Krankheitsarten, der Bevölkerungszahl, der Bevölkerungsstruktur, der Krankenhaushäufigkeit, der Verweildauer, der Bettenausnutzung sowie vor- und nachstationärer Leistungsangebote.

Auch der in Zusammenarbeit mit der Lenkungsgruppe „Krankenhausplan 2005“ erarbeitete Hamburger Krankenhausplan ist in zwei Phasen geteilt, die sich von 2001 bis 2002 und von 2003 bis 2005 erstrecken. Nach Beendigung der ersten Phase soll eine Überarbeitung des Krankenhausplans auf Basis der Daten nach § 301 SGB V stattfinden. Zur Erstellung des Planes erfolgte eine Darstellung der stationären Versorgung im Ausgangsjahr 1998 sowie eine Trendextrapolation und eine Befragung medizinischer Experten. Anschließend wurde die Modellrechnung für die 2005 erwarteten Werte vorgenommen.

Der vorgegebene Auslastungsgrad beträgt laut Prognose 84,7%. Ausnahmen gelten für: Kinderheilkunde 80%, Geriatrie 90%, Psychiatrie 87%.

Die Krankenhausplanung wurde durch Gespräche mit den Nachbarländern Niedersachsen und Schleswig-Holstein ergänzt, wobei mit dem Land Schleswig-Holstein ein Abkommen geschlossen worden ist.

3.4.7. Hessen

Der Krankenhausplan wird von dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium, beraten durch den Landeskrankenhausausschuss, aufgestellt und in angemessenen Zeitabständen fortgeschrieben. Der nach Versorgungsgebieten gegliederte Krankenhausplan führt die für die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung gegenwärtig und zukünftig erforderlichen Krankenhäuser nach Standorten, Bettenzahl, Fachrichtungen und Versorgungsstufen auf. Die in jedem Versorgungsgebiet nach § 21 HKHG gebildete Krankenhauskonferenz ist dazu angehalten, dem Ministerium projektbezogene Vorschläge, basierend auf den maßgebenden Rahmendaten, für ihr Gebiet vorzulegen.

Der vorgegebene Auslastungsgrad beträgt 85%. Ausnahmen gelten für: Frauenheilkunde und Geburtshilfe 82,5%, Haut- und Geschlechtskrankheiten 87,5%, Geriatrie [keine Angabe], Kinderheilkunde 75%, Neurologie 87,5%, Orthopädie 87,5%, Psychiatrie [ausreichendes Angebot], Kinder- und Jugendpsychiatrie [ausreichendes Angebot].

Eine besondere Erwähnung im vorliegenden Krankenhausplan findet die Planung medizinisch-technischer Großgeräte.

Derzeit wird ein neuer Krankenhausplan entworfen, der auf dem zum 01. Januar 2003 in Kraft getretenen neuen Hessischen Landeskrankengesetz basiert.

Nach derzeitigem Stand sieht der Krankenhausrahmenplan eine Zweiteilung vor – einen allgemeinen und einen besonderen Teil. Die Bedarfsermittlung erfolgt weiterhin auf der Grundlage der Hill-Burton-Formel. Die dazu benötigten Planungsvariablen „Fallzahlentwicklung“ und „Verweildauerentwicklung“ werden trendextrapoliert. Der Bettenbedarf soll dann landesweit und für jedes Fachgebiet auf der Ebene der Versorgungsgebiete prognostiziert werden. Eine Änderung erfährt die Festlegung der Auslastungsgrade. Diese sollen in Zukunft in Abhängigkeit von der Verweildauer vorgegeben werden. Eine explizite Nennung im Krankenhausplan erfahren die Krankenhäuser, deren Teilnahme an der Notfallversorgung als unverzichtbar angesehen wird.

3.4.8. Mecklenburg-Vorpommern

Der vom Sozialministerium erlassene Krankenhausplan enthält Grundsätze der Krankenhausplanung und weist den Bestand der bedarfsgerechten Krankenhäuser sowie den aktuellen Bedarf insbesondere nach Zahl der Planbetten je Disziplin, medizinischen Schwerpunkten, Standorten und Trägerschaft aus. Auf dieser Grundlage stellt er die Prognose der erwarteten Entwicklung der einzelnen Disziplinen (Bedarfsprognose) dar und legt die für den Planungszeitraum vorgesehenen Anpassungsmaßnahmen fest.

Der vorgegebene Auslastungsgrad beträgt 85%. Ausnahmen gelten für: Kinderheilkunde/Kinderchirurgie 75%, Psychiatrie/Kinder- und Jugendpsychiatrie 90%. Zudem ist eine Aufstockung der Betten in dem Bereich Psychiatrie vorgesehen.

Zum 01. Januar 2002 sind den Krankenhäusern im Rahmen einer Überarbeitung des aktuellen Krankenhausplanes u.a. vor dem Hintergrund des Rüschemann-Gutachtens und einer Bevölkerungsprognose neue Feststellungsbescheide zugegangen. Dadurch ist der Ausgangsbestand von 11.033 Betten auf 10.745 Betten gesunken.

3.4.9. Niedersachsen

Der Krankenhausplan wird vom Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit aufgestellt und jährlich fortgeschrieben. Er enthält die für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser, gegliedert nach der Fachrichtung (Gebieten), Planbetten und Funktionseinheiten, sowie den Ausbildungsstätten.

Die Bettenprognose nach Fachrichtungen richtet sich nach den Fachgebieten der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Niedersachsen und wird mit einer Trendextrapolation auf Basis des tatsächlich zu versorgenden Bedarfs ermittelt.

Der im Krankenhausplan vorgegebene Auslastungsgrad beträgt 85%. Ausnahmen gelten für: Kinderheilkunde 80%, Psychiatrie/ Psychotherapie/ Kinder- und Jugendpsychiatrie 90%.

3.4.10. Nordrhein-Westfalen

Mit der Verabschiedung des neuen Krankenhausgesetzes (KHG NRW) Ende 1998 hat sich auch das Land Nordrhein-Westfalen für eine Rahmenplanung entschieden. Das zuständige Ministerium stellt einen Krankenhausplan auf und schreibt ihn fort. Der Krankenhausplan wird alle zwei Jahre im Ministerialblatt veröffentlicht. Er besteht nach § 13 KHG NRW aus den Rahmenvorgaben, Schwerpunktfestlegungen und regionalen Planungskonzepten.

Der Rahmenplan von NRW gilt seit dem 01.01.2002. Die Rahmenvorgaben enthalten die Planungsgrundsätze, besondere und überregionale Aufgaben für die notwendigen aufeinander abzustimmenden Versorgungsangebote nach ihrer regionalen Verteilung, Art, Zahl und Qualität. Besondere und überregionale Aufgaben sind den Schwerpunktfestlegungen des Landes vorbehalten. Sie werden in den Rahmenvorgaben benannt. Auf Grundlage der Rahmenvorgaben legt das zuständige Ministerium insbesondere Leistungsstrukturen, Planbettenzahlen und Behandlungsplätze abschließend fest. Hierzu legen die Krankenhausträger und die Verbände der Krankenkassen ein von ihnen gemeinsam und gleichberechtigt erarbeitetes regionales Planungskonzept für die 16 Versorgungsgebiete zur Fortschreibung des Krankenhausplanes vor (§ 16 KHG NRW). Zu Verhandlungen über ein regionales Planungskonzept können die Krankenhausträger, die Verbände der Krankenkassen und die zuständige Behörde auffordern. Soweit regionale Planungskonzepte sechs Monate nach Beginn der Verhandlung nicht vorgelegt werden, entscheidet das zuständige Ministerium nach Anhörung der Beteiligten, wenn der Krankenhausplan fortgeschrieben werden soll. Die Bettenbedarfsmessung für die Bereiche Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgt bis 2003 anhand von Bettenmessziffern. Diese betragen für die Erwachsenenpsychiatrie 0,6 Betten pro 1.000 Einwohner und für die Kinder- und Jugendpsychiatrie 0,06 Betten pro 1.000 Einwohner.

Die im Krankenhausplan vorgegebenen Auslastungsgrade betragen für Kinderheilkunde/-chirurgie 75%, für Disziplinen mit weniger als fünf Tagen Verweildauer 77,5%, für Disziplinen mit fünf und weniger als sieben Tagen Verweildauer 80%, für Disziplinen mit sieben und weniger als neun Tagen Verweildauer 85% und ab elf Tagen 87,5%. Es handelt sich bei diesen Werten nur um landesweite Durchschnittswerte. Örtliche und regionale Besonderheiten sollen jedoch berücksichtigt werden.

Eine besondere Erwähnung finden die Regelungen von Stroke Units (inkl. Definition der Behandlung) und Palliativstationen.

3.4.11. Rheinland-Pfalz

In den Krankenhausplan werden alle gegenwärtigen und zukünftig für die Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser aufgenommen. Er wird in mehrjährigen Zeitabständen von der zuständigen Behörde nach Erörterung im Ausschuss für Krankenhausplanung und nach Anhörung von weiteren im Bereich des Krankenhauswesens tätigen Verbänden und Organisationen aufgestellt. Zuständig ist das Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit.

Anfang Oktober 2003 ist der Entwurf eines neuen Krankenhausplans vom Ministerium vorgelegt worden. Eine Grundlage des Entwurfs ist ein im Auftrag des Ministeriums erstelltes Gutachten der Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung mbH (GEBERA). Das Gutachten beschäftigt sich u.a. mit der Festlegung eines Korridors

für den zukünftigen Bettenbedarf. Der im Entwurf vorgegebene Zielbestand liegt mit 23.037 Betten genau in der Mitte der beiden Grenzen. Bis 2007 soll die Planung standort-, fachbereichs- und bettenbezogen auf Basis der Hill-Burton-Formel erfolgen.

Eine Neuerung des Entwurfs des Landeskrankenhausplans 2003 stellt die Definition des Auslastungsgrades dar. Dieser orientiert sich nun an der durchschnittlichen Verweildauer. So beträgt der Auslastungsgrad bei einer Verweildauer von unter 6 Tagen 70 %, zwischen 6 und 7 Tagen 80 % und über 7 Tagen 85 %. Die vorgegebenen Auslastungsgrade für die Gynäkologie/Geburtshilfe (80%) und Kinderheilkunde (75%) gelten nur unter der Prämisse, dass die durchschnittliche Verweildauer mindestens 6 Tage beträgt.

Eine besondere Erwähnung im Entwurf finden Zentren / Schwerpunkte für Diabetologie, Stroke Units, die Versorgung geriatrischer Patienten und Demenzkranker, die Verbesserung des gefäßchirurgischen Angebotes, Anforderungen zur Strukturqualität sowie Brustzentren. Die Regelung für Brustzentren sieht jeweils einen zentralen Standort vor, der über alle erforderlichen Ressourcen verfügt. Ergänzt wird dieser Standort durch dezentral angegliederte Häuser, die über Teilressourcen verfügen.

3.4.12. Saarland

Der für das Gesundheitswesen zuständige Minister stellt im Benehmen mit dem Minister der Finanzen einen Krankenhausplan auf und schreibt ihn fort. Er hat den Stand und die vorgesehene Entwicklung der erforderlichen Krankenhäuser, insbesondere nach Standort, Zahl der Betten/ Plätze, Art und Größe der Fachrichtungen und Abteilungen, besonderen Aufgaben sowie den Versorgungsstufen, auszuweisen. Der Plan wird im Landesausschuss für Krankenhaus- und Investitionsplanung abgestimmt. Beraten wird der zuständige Minister zudem durch die Saarländische Krankenhauskonferenz, die aus allen Beteiligten besteht.

Neben der Berücksichtigung eines externen Gutachtens werden im Rahmen des aktuellen Krankenhausplans die Leistungsdaten jedes einzelnen Krankenhauses analysiert. Patientenwanderungen von und nach Rheinland-Pfalz werden berücksichtigt.

Es werden keine Auslastungsgrade im Krankenhausplan angegeben.

Der Krankenhausplan erfuhr am Mai 2003 eine Fortschreibung, deren Schwerpunkt vor allem die Intensivmedizin darstellt. Die Fortschreibung wurde durch ein Gutachten zur Intensivmedizin ergänzt.

3.4.13. Sachsen

Der Krankenhausplan weist den Stand und die vorgesehene Entwicklung der für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser, insbesondere nach Standort, Träger, Bettenzahl und Fachrichtung sowie die Ausbildungsstätten und dazugehörige Ausbildungskapazitäten der Ausbildungsstätten aus. Das zuständige Staatsministerium wird durch das Mitwirken der Beteiligten, u.a. der Krankenhausgesellschaft Sachsen, in einem Krankenhausplanungsausschuss unterstützt.

Der im Krankenhausplan vorgegebene Auslastungsgrad beträgt 85%, Ausnahmen gelten für: Frauenheilkunde und Geburtshilfe 82%, Innere Medizin 88%, Kinderheilkunde 75%, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie 90%, Neurologie 86%, Orthopädie 86%, Psychiatrie und Psychotherapie 90%, Psychotherapeutische Medizin 90%.

3.4.14. Sachsen-Anhalt

Der Krankenhausplan wird vom Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit aufgestellt und von der Landesregierung beschlossen. Er wird jährlich fortgeschrieben und enthält zumindest die für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser und nach Fachgebieten gegliederten Planbetten, sowie Teilgebiete, Funktionsabteilungen, Tagesklinikplätze und die Ausbildungsstätten.

Der aktuelle Krankenhausplan sieht neben dem überwiegenden Abbau von Planbetten im vollstationären Angebot (Ausnahme: Aufstockung in 16 Häusern mit den besonderen Schwerpunkten in der Inneren Medizin und der Psychiatrie um 184 Planbetten) eine Planbettenerweiterung im teilstationären Angebot vor. In das Planungsverfahren ging auch ein externes Gutachten mit ein. Der Auffassung der Krankenkassen, in der Krankenhausplanung von einer Kapazitäts- auf eine Leistungsplanung umzustellen, folgte das zuständige Ministerium nicht.

Es werden keine Auslastungsgrade im Krankenhausplan angegeben.

3.4.15. Schleswig-Holstein

Der Sozialminister stellt den Krankenhausplan auf und passt ihn der Entwicklung an. Der Plan ist mindestens alle sechs Jahre fortzuschreiben. Er legt insbesondere den Standort, die Bettenzahl, die Fachrichtungen sowie die Vorhaltung medizinisch-technischer Großgeräte der Krankenhäuser fest und weist die Ausbildungsstätten aus.

Die Erarbeitung des aktuellen Krankenhausplanes, die durch ein externes Gutachten unterstützt wurde, besitzt eine Gültigkeit von 2001 bis 2005. Ergänzt wurde der Krankenhausplan durch eine Überprüfung und daraus resultierende Zwischenfortschreibung im Sommer 2002, die nur zu unwesentlichen Änderungen geführt hat.

Der vorgegebene Auslastungsgrad beträgt für die Pädiatrie 75-80%, die Gynäkologie und/ oder die Geburtshilfe 82-86%, die Psychiatrie 88-90% und die Belegabteilungen bzw. Belegkrankenhäuser 75-80%. Für alle übrigen Abteilungen/ Bereiche beträgt der Auslastungsgrad 86-90%.

Im Krankenhausplan wird zudem eine Zusammenarbeit zwischen Schleswig-Holstein und Hamburg berücksichtigt.

3.4.16. Thüringen

Das Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit stellt einen Krankenhausplan auf, der die notwendigen Krankenhäuser nach Standort, Versorgungsaufgaben, Bettenzahl, Fachrichtung sowie den allgemeinen Planungsgrundsätzen festlegt. Der auf

einem externen Gutachten basierende aktuelle Plan soll spätestens nach fünf Jahren fortgeschrieben werden. Beim Ministerium wird nach § 5 ThürKHG ein Planungsausschuss eingerichtet.

Der Plan sieht eine Bettenaufstockung in den Bereichen Neurologie und Geriatrie sowie eine Fortschreibung in den Bereichen Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Intensivmedizin vor.

Mit Zustimmung der Krankenkassen können übergangsweise bis zu 5% der Gesamtplanbetten eines Krankenhauses (mit Ausnahmen von tagesklinischen Plätzen) innerhalb der planerisch ausgewiesenen Fachgebiete abweichend zum Plan zugeordnet werden.

Die im Krankenhausplan vorgeschriebenen Auslastungsgrade betragen 85%. Ausnahmen gelten für die Kinderheilkunde 75%, die Orthopädie 90%, die Psychiatrie 90% und die Kinderchirurgie 75%.

Neben den vier im Krankenhausplan genannten Ausbildungsstätten ist eine weitere Ausbildungsstätte nachträglich per Gerichtsbeschluss in den Krankenhausplan aufgenommen worden.

3.5. Übersicht zur Krankenhausplanung in den Bundesländern

Tabelle 3.5: Zusammenfassung der Krankenhauspläne in den Bundesländern

Bundesland	Datengrundlage	Methodik/Gutachten	Laufzeit	Betten	
				Ausgangsbestand	Zielbestand
BW	Amtl. Statistik	Hill-Burton-Formel	2000-offen (laufende Üb.)	65.059* (31.12.1999)	64.789* (Soll 99)
BAY	Amtliche Statistik; KH-Plan	Hill-Burton-Formel ohne Prognose für Fallzahl	2003	74.041 (alter Plan)	72.075
B	diagnose- und operationsbezogene Daten	Vergleichsmethode, Hill-Burton-Formel, morbiditätsorientierte Methode	2003-2005	22.477 (Ist 31.12.2002)	21.135**
BR	Daten der AOK-Versicherten aus '98 und '99; Ist-Daten aus '00 und '01	Arbeitsgruppe; Rüschemann-Gutachten	2003-offen	16.566 (01.01.2002)	15.835 (inkl. Tageskliniken)
HB	Diagnosestatistik; Morbiditätsprognose	Bevölkerungsentwicklung; Prognosen zu Verweildauer, Fallzahl, etc.	2003-2005	6.263 (2002)	5.500** (Bedarf 2005)
HH	IGES-Gutachten; Amtl. Statistiken; Expertenmeinungen	IGES-Methode; Lenkungsgruppe Krankenhausplan	2001-2005 (Ü. 2003)	12.824 (31.12.2000)	11.800 (31.12.2005)
HE i. Bea.	3. Fortschreibung (Amtliche Statistiken; Sachverständigenanhörungen)	Hill-Burton-Formel (Verweildauer und Auslastung mit Schwankungsintervall)	1994-2001 (s. Anmerkung)	35.262*** (alter Bescheid)	32.981*** (neuer Bescheid)
MVP	KH-Plan; Bevölkerungsprognose	Bedarfsprognose durch Sozialministerium	2000-2003	10.745 (Üb. zum 01.01.2002)	10.346
NIE	KH-Plan	Trendextrapolation nach tats. zu versorgendem Bedarf; 2-J.-Prognose	2003	47.179 * und *** (01.01.2002)	46.872 * und *** (01.01.2003)
NRW	Diagnosestatistik	Hill-Burton-Formel	2002-2003	118.900 (31.12.2000; o. P.)	ca. 109.500
RP Entwurf	Amtl. Statistiken; Einschätzungen von Experten	Gebera-Gutachten; Hill-Burton-Formel	2003-2007	25.677** (30.09.2003)	23.899**
SAAR	KH-Plan	Rüschemann-Methode	2001-2004	8.267	7.578 (2004)
SA	KH-Plan	Hill-Burton-Formel	2002-2004	29.124	28.740
SAA	Krankenhausperspektivplan 2006; Entwicklung der letzten Jahre	Rüschemann-Methode; Einschätzung des Ministeriums	2003	17.339	17.084
SH	KH-Plan	Rüschemann-Methode	2001-2005	15.946	2001: 15.561*** 2005: 15.339***
TH	KH-Plan; Amtl. Statistiken [IGSF-Gutachten]	Beske-Methode	2002-2004	16.676 (lt. 3. KH-Plan)	15.692

Erläuterungen:

2-J.-Prognose: 2-Jahres-Prognose

i. Bea.: neuer KH-Plan ist in Bearbeitung

k. A.: keine Angabe

lt.: laut

o. P.: ohne Psychiatrie

teilw.: teilweise

Ü: Überprüfung

Üb: Überarbeitung

* inkl. Psychiatrie

** voll- und teilstationär

*** vollstationär

Anmerkung:

Die Spalten über den Ausgangs- und Zielbestand der Betten in der Tabelle 3.5 enthalten keine untereinander vergleichbaren Werte. Zum Teil beziehen sich die Angaben auf voll- und teilstationäre bzw. ausschließlich auf vollstationäre Betten. Ebenso beinhalten manche Bettenangabe die Psychiatrie, andere wiederum nicht.

Die Planungstiefe reicht überwiegend bis auf die Fachgebietsebene. Dabei differieren jedoch die Planungswege voneinander. So erfolgt die Bettenplanung in Nordrhein-Westfalen unter Berücksichtigung regionaler Vorschläge. Weitere Hinweise können den Abschnitten 3.4.1 bis 3.4.16 entnommen werden.

Für die 3. Fortschreibung des Hessischen Krankenhausplanes war ursprünglich eine Laufzeit von 1994 bis 2000 vorgesehen. Von 1996 bis 2001 fand jedoch eine Überprüfung statt, die auf der Basis teilweise anderer Methoden zu einer Änderung der Bettenzahl führte.

3.6. Ausbildungsstätten in den Krankenhausplänen

Tabelle 3.6: Ausbildungsstätten in den Krankenhausplänen

Bundesland	Regelung
Baden-Württemberg	Ausweisung der Anzahl der Ausbildungsplätze pro Krankenhaus nach den Berufsgruppen gemäß § 2 Nr. 1 KHG
Bayern	Ausweisung der Anzahl der Ausbildungsplätze pro Krankenhaus nach den Berufsgruppen gemäß § 2 Nr. 1 KHG
Berlin	Keine Regelungen zu Ausbildungsstätten
Brandenburg	Ausweisung der Gesamtanzahl Auszubildender und Vorgabe der auszubildenden Fachberufe pro Krankenhaus für Krankenpflege, Kinderkrankenpflege, Krankenpflegehilfe, Medizinisch-technische Laboratoriumsassistenten, Medizinisch-technische Radiologieassistenten, Physiotherapie, Ergotherapie
Bremen	Ausweisung der Anzahl der Ausbildungsplätze pro Krankenhaus für Krankenpflege, Kinderkrankenpflege, medizinisch-technischer Assistent, Hebammen/Entbindungspfleger
Hamburg	Ausweisung der Anzahl der Ausbildungsplätze pro Krankenhaus für Krankenpflege, Kinderkrankenpflege, Diätassistenten, Physiotherapie, Orthoptik, technische Assistenten in der Medizin in den Fachbereichen Röntgen und Labor, Hebammen, Masseure und medizinische Bademeister, Krankenpflegehilfe, Physiotherapie, Ergotherapie, Geriatrie, Rehabilitation und Logopädie
Hessen	kurze Erläuterungen; keine näheren Angaben
Mecklenburg-Vorpommern	Ausweisung der Gesamtanzahl Auszubildender und Vorgabe der auszubildenden Fachberufe gemäß § 2 Nr. 1 KHG pro Krankenhaus
Niedersachsen	Vorgabe der auszubildenden Fachberufe pro Krankenhaus nach den Berufsgruppen gemäß § 2 Nr. 1 KHG; keine Angabe über Anzahl der Ausbildungsplätze
Nordrhein-Westfalen	Reduzierung der Ausbildungsplätze von 1996 bis 2000 um 3.104; Erläuterungen zur gegenwärtigen Situation, aber keine Daten zu Ausbildungsstätten; Planung zu den einzelnen Berufsgruppen gemäß § 2 Nr. 1 KHG sind derzeit in der Umsetzung

Rheinland-Pfalz	Ausweisung der Anzahl der Ausbildungsplätze pro Krankenhaus nach den Berufsgruppen gemäß § 2 Nr. 1 KHG (aktueller Bestand der Bescheide)
Saarland	Erläuterungen zu Ausbildungsstätten; Ausweisung der Anzahl der Ausbildungsplätze pro Krankenhaus nach Berufsgruppen gemäß § 2 Nr. 1 KHG sortiert; seit dem 26. Juni 2002 ist der Krankenhausfachplan „Ausbildungsstätten für Gesundheitsfachberufe“ in Kraft
Sachsen	Ausweisung der Anzahl der Ausbildungsplätze pro Krankenhaus nach den Berufsgruppen gemäß § 2 Nr. 1 KHG
Sachsen-Anhalt	Ausweisung des Fachberufs gemäß § 2 Nr. 1 KHG pro Krankenhaus
Schleswig-Holstein	Ausweisung von Ausbildungsberufen gemäß § 2 Nr. 1 KHG pro Krankenhaus sowie Masseur und Medizinische Bademeister, Physiotherapie je Krankenhaus; keine Angaben über Anzahl von Auszubildenden
Thüringen	Fünf Ausbildungsstätten, in denen ausschließlich der Beruf Krankenpflege erlernt werden kann; keine näheren Angaben

3.7. Frührehabilitation in den Krankenhausplänen

Tabelle 3.7: Frührehabilitation in den Krankenhausplänen

Bundesland	Regelung
Baden-Württemberg	Frührehabplätze pro Krankenhaus
Bayern	Frührehabplätze pro Krankenhaus (nur für Schädel- Hirnverletzte)
Berlin	Frührehabplätze pro Fachabteilung im Krankenhaus
Brandenburg	Keine Regelungen im Krankenhausplan
Bremen	Prognose über Neurologische Frührehabilitation
Hamburg	Frührehabplätze pro Krankenhaus
Hessen	Keine Regelungen im Krankenhausplan
Mecklenburg-Vorpommern	Frührehabplätze pro Krankenhaus
Niedersachsen	Keine Regelungen im Krankenhausplan
Nordrhein-Westfalen	Zuordnung von Frührehabplätzen auf Fachabteilungen und zum Teil pro Krankenhaus
Rheinland-Pfalz	Keine Regelungen im Krankenhausplan
Saarland	Krankenhausindividuelle Festlegung (1 KH)
Sachsen	Keine Regelungen im Krankenhausplan
Sachsen-Anhalt	Keine Regelungen im Krankenhausplan
Schleswig-Holstein	Frührehabplätze pro Krankenhaus
Thüringen	Keine Regelungen im Krankenhausplan

3.8. Regelungen über Teilstationäre Leistungen in den Krankenhausplänen

Die Regelungen über teilstationäre Leistungen sind in den Krankenhausplänen nicht einheitlich wiedergegeben. Allein die Sprachweise unterscheidet sich dahingehend, dass abwechselnd von „teilstationären Plätzen“ und von „Tages- bzw. Nachklinikplätzen“ die Rede ist. Nähere Definitionen zu den Begriffen finden sich eher selten. So beschreiben die Krankenhauspläne aus Baden-Württemberg und aus Nordrhein-Westfalen die Voraussetzung von teilstationären bzw. Tagesklinik-Plätzen wie folgt:

- die Behandlung erfordert Krankenhausbedingungen,
- die Behandlung kann nicht mit der ausreichenden Qualität und Sicherheit ambulant erfolgen,
- während des Behandlungsablaufs ist die Unterbringung der Patienten in Krankenzimmern erforderlich,
- die Behandlung unter klinischen Bedingungen kann noch während des Tages beendet und der Patient somit wieder nach Hause entlassen werden.

Tabelle 3.8: Teilstationäre Plätze in den Krankenhausplänen

Bundesland	Regelung
Baden-Württemberg	Teilstationäre Plätze (Innere Medizin, Hämatologie, Onkologie, Psychiatrie, Geriatrie, Dermatologie) und Tages- und Nachklinikplätze pro Fachabteilung und Krankenhaus
Bayern	Tagesklinikplätze pro Fachabteilung und Krankenhaus
Berlin	Tagesklinikplätze pro Fachabteilung und Krankenhaus (Innere Medizin, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Strahlentherapie, Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Neurologie, Chirurgie, Kinderheilkunde, Psychosomatik, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Orthopädie)
Brandenburg	Tagesklinikplätze pro Fachabteilung und Krankenhaus
Bremen	Tagesklinikplätze bzw. teilstationäre Plätze pro Fachabteilung und Krankenhaus (Onkologie, Geriatrie, Gastroenterologie/Diabet., Gynäkologie, Dialyse, Hämatologie-Onkologie, Pädiatrie, Dermatologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Pulmologie-Onkologie)
Hamburg	Teilstationäre Plätze pro Fachabteilung und Krankenhaus (Chirurgie incl. Anästhesie, Gynäkologie/Geburtshilfe, Geriatrie, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Innere Medizin, Kinderheilkunde, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik)
Hessen	Teilstationäre Plätze pro Fachabteilung und Krankenhaus (Chirurgie, Innere Medizin, Haut- und Ge-

	schlechtskrankheiten, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Geriatrie, Kinderheilkunde, Psychosomatik)
Mecklenburg-Vorpommern	Tagesklinikplätze pro Fachabteilung und Krankenhaus
Niedersachsen	Angabe der geförderten teilstationären Plätze pro Fachabteilung und Krankenhaus
Nordrhein-Westfalen	Keine Details; lediglich Erläuterungen
Rheinland-Pfalz	Tagesklinikplätze pro Fachabteilung und Krankenhaus
Saarland	Teilstationäre Plätze pro Fachabteilung und Krankenhaus/Versorgungsregion (Innere Medizin, Onkologie, Psychiatrie und Gerontopsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Neurologie, Geriatrie, Kinderheilkunde, Psychosomatik, Schmerztherapie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kardiologie, Strahlentherapie, Dialyse)
Sachsen	Tagesklinikplätze pro Fachabteilung und Krankenhaus
Sachsen-Anhalt	Tagesklinikplätze pro Fachabteilung und Krankenhaus
Schleswig-Holstein	Teilstationäre (Dialyse) und Tagesklinikplätze Plätze pro Krankenhaus
Thüringen	Tagesklinikplätze pro Fachabteilung und Krankenhaus

4. Investitionsfinanzierung

Seit 1994 ist die Investitionsfinanzierung durch KHG-Fördermittel bis 2002 um 12% zurückgegangen. Bei der Betrachtung der Fördermittel ist zwischen alten und neuen Bundesländern zu unterscheiden. In den alten Bundesländern fielen die Fördermittel von 1994 bis 2002 um 13% und in den neuen Bundesländern von 1994 bis 2002 um 9%⁵.

Die Pauschalfördermittel sind in Deutschland im Jahr 2002 im Vergleich zum Vorjahr leicht (+0,11%) gestiegen. Gegenüber 1994 ist der Betrag jedoch um 3% gesunken. Auch in diesem Fall ist die Entwicklung der Fördermittel regional verschieden. So stieg die Pauschalförderung in den alten Bundesländern um 5% an, während sie in den neuen Bundesländern um 65% abnahm.

Die Einzelförderung ist insgesamt um 7,39% in 2002 gegenüber dem Vorjahr gesunken. Seit 1994 gingen die Fördermittel in Deutschland um 5%, in den neuen Bundesländern um 24% zurück. In den alten Bundesländern stieg sie um 19% an.

Die unterschiedlichen Entwicklungen in den alten und neuen Bundesländern liegen vor allem im Artikel 33 Abs. 1 des Einigungsvertrages (Einigungsvertrag) begründet, der besagt, dass es die Aufgabe des Gesetzgebers ist, „die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass das Niveau der stationären Versorgung der Bevölkerung in dem in Artikel 3 genannten Gebiet (Anmerkung: die neuen Bundesländer) zügig und nachhaltig verbessert und der Situation im übrigen Bundesgebiet angepasst wird“. So stiegen die Fördermittel in den neuen Bundesländern zunächst schnell an. Nachdem sich die Beträge auf ein Niveau in der Mitte der 90er Jahre einpendelten, gingen sie zum Ende des Jahrtausends wieder auf ein niedrigeres Niveau zurück, das aber immer noch über dem von 1991 liegt. Möglicherweise ist nun allmählich ein stabiles Niveau in den neuen Bundesländern erreicht worden.

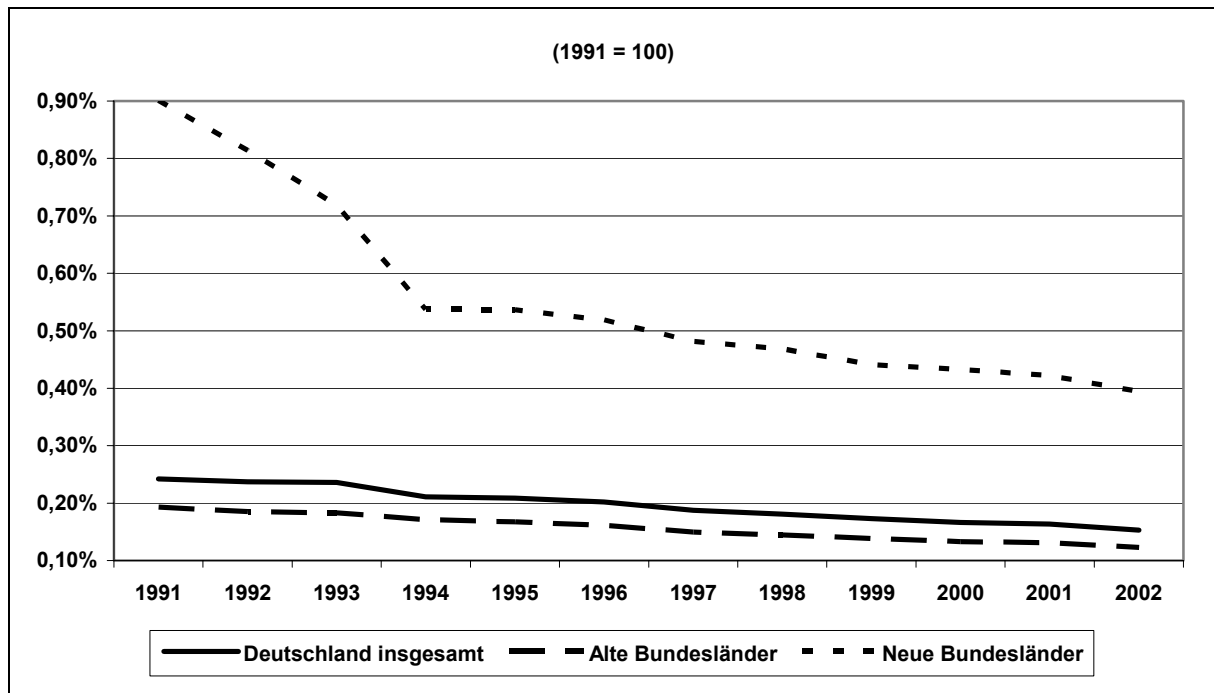
Der Trend in der KHG-Mittelfinanzierung zeigt auch für die Zukunft weiter nach unten. Die angespannte wirtschaftliche Lage in Deutschland aber auch die Steuerpolitik der letzten Jahre, lassen den Kommunen und den Ländern wenig finanziellen Spielraum. Die Haushaltsbudgets werden deutlich abgespeckt, so dass auch für die Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser keine Aussicht auf einen Aufschwung besteht. Der von der Oppenheim Research ermittelte deutschlandweite Investitionsstau von rund 30 Mrd. Euro⁶ wird somit eher weiter anwachsen, als dass ein Abbau für die nächsten Jahre erwartet werden kann.

Wie man der Abbildung 4.1 entnehmen kann, wurde der Anteil der KHG-Fördermittel am Bruttoinlandsprodukt (BIP) seit 1991 von 0,24% auf 0,15% im Jahr 2002 gesenkt. Innerhalb von nur elf Jahren ging der Anteil um gut ein Drittel zurück.

⁵ Für die gesamten KHG-Fördermittel liegen auch Daten seit 1991 vor, die der Tabelle 5.2 entnommen werden können. Zur besseren Vergleichbarkeit mit den Pauschal- und Einzelfördermitteln ist an dieser lediglich ein Vergleich gegenüber 1994 vorgenommen worden.

⁶ Sal. Oppenheim, Life Science Gesunde Erträge, S. 24, 2001

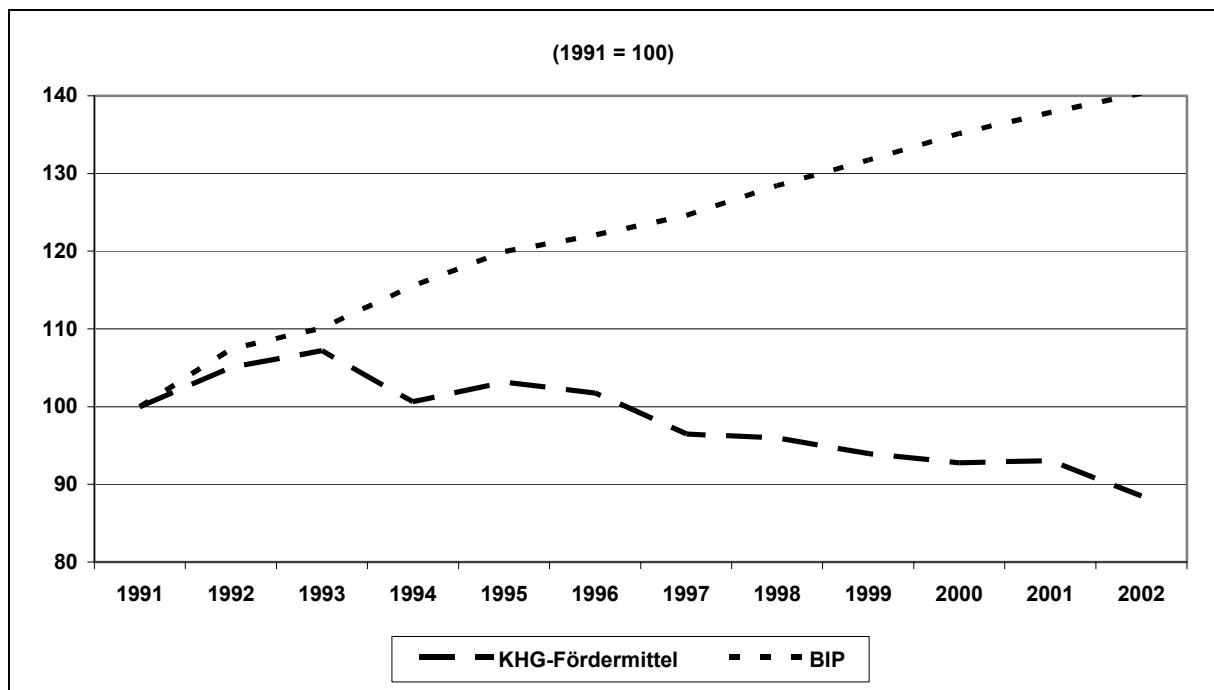
Abbildung 4.1: Anteil der KHG-Fördermittel am Bruttoinlandsprodukt



Quelle: Umfrage des Ausschusses für Krankenhauswesen der AGLMB; Dr. Bruckenberger; Arbeitskreis Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen der Länder; eigene Berechnungen

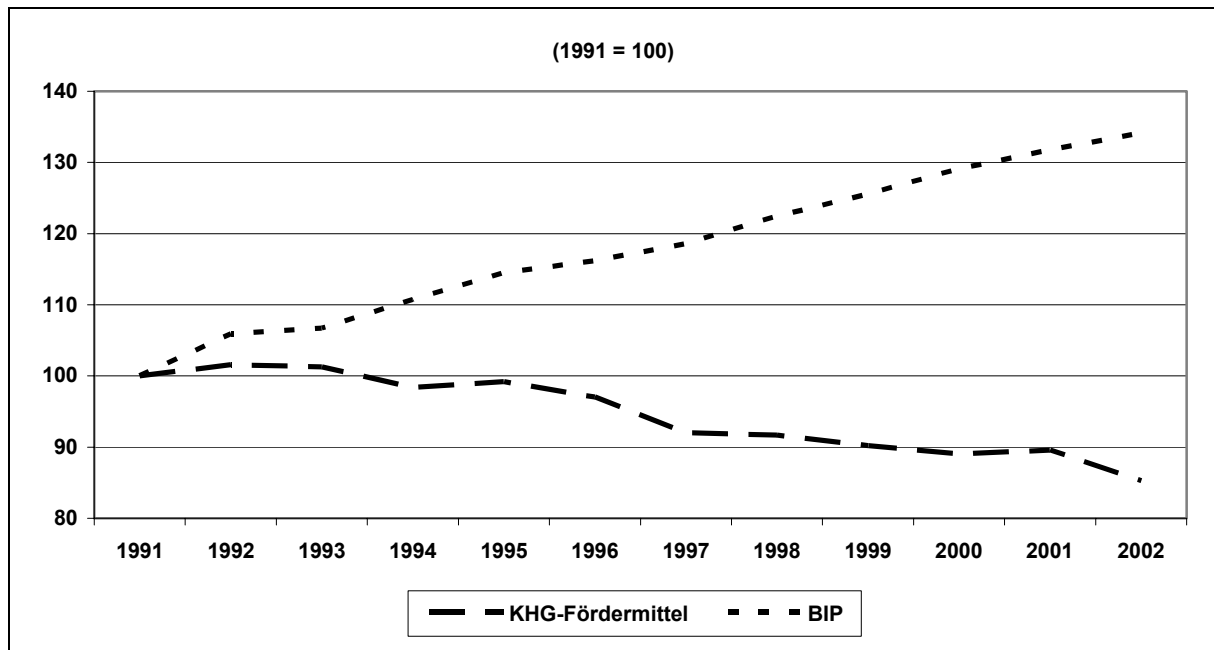
Abbildungen 4.2, 4.3 und 4.4 stellen den Verlauf der KHG-Fördermittel dem Verlauf des Bruttoinlandsproduktes gegenüber und veranschaulichen dabei die immer weiter auseinander klaffende Schere zwischen den KHG-Fördermitteln und dem BIP.

Abbildung 4.2: Vergleich von KHG-Fördermitteln mit dem BIP (Deutschland)



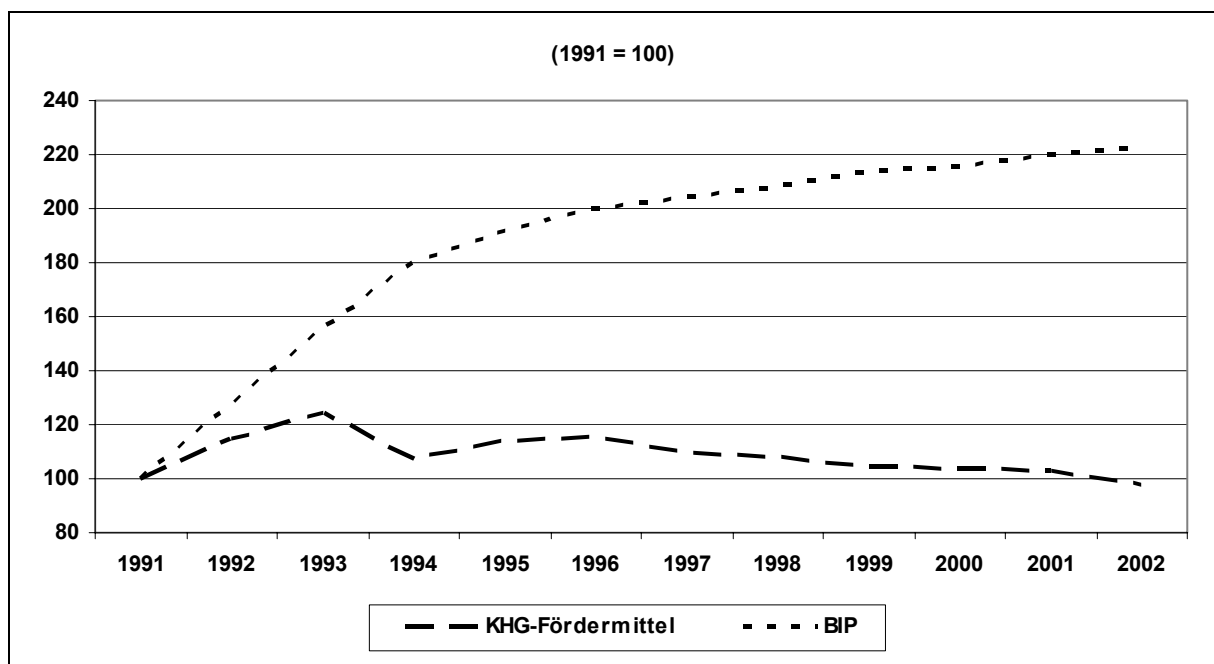
Quelle: Umfrage des Ausschusses für Krankenhauswesen der AGLMB; Dr. Bruckenberger; Arbeitskreis Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen der Länder; eigene Berechnungen

Abbildung 4.3: Vergleich von KHG-Fördermitteln mit dem BIP (Alte Bundesländer)



Quelle: Umfrage des Ausschusses für Krankenhauswesen der AGLMB; Dr. Bruckenberger; Arbeitskreis Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen der Länder; eigene Berechnungen

Abbildung 4.4: Vergleich von KHG-Fördermitteln mit dem BIP (Neue Bundesländer)



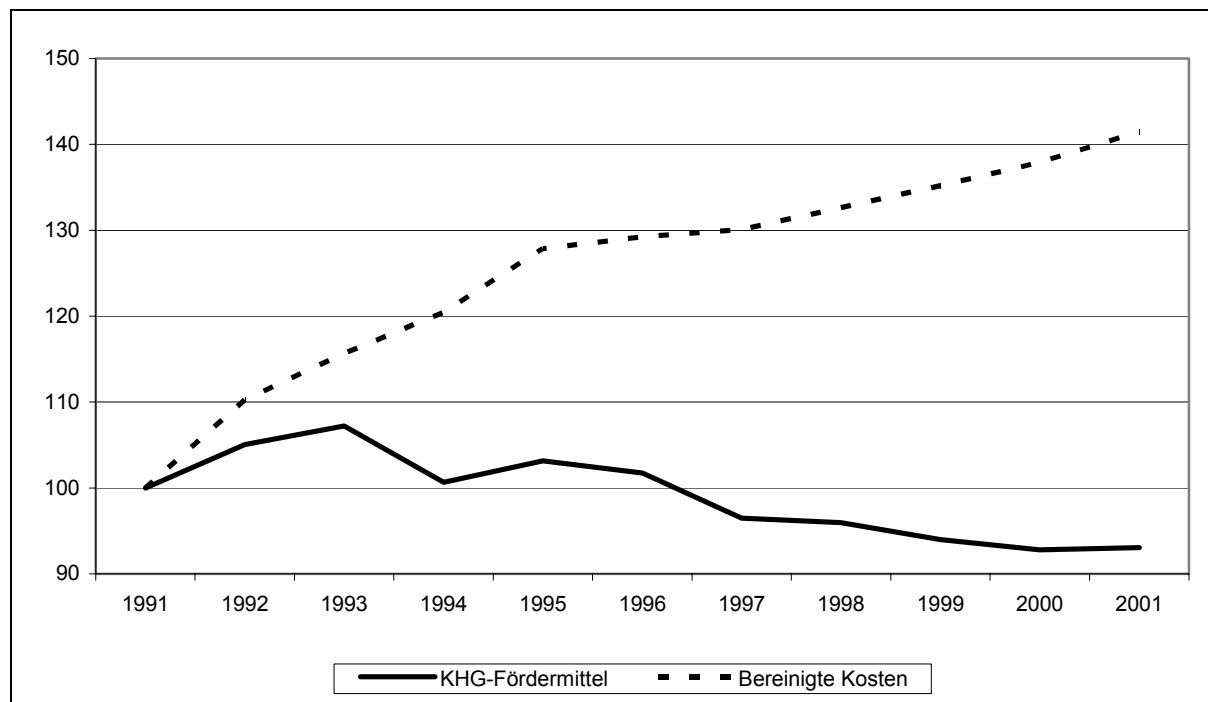
Quelle: Umfrage des Ausschusses für Krankenhauswesen der AGLMB; Dr. Bruckenberger; Arbeitskreis Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen der Länder; eigene Berechnungen

Da zu erwarten ist, dass die Summe der KHG-Fördermittel in Zukunft weiter zurückgehen wird, während das BIP auf längere Sicht zunehmen wird, öffnet sich die oben beschriebene Schere weiter. Dabei liegt die Bezuschussung der Investitionsmaßnahmen schon seit Jahren unter dem tatsächlichen Bedarf, wie auch dem Bundesministerium für Gesundheit in einem eigens in Auftrag gegebenen IFH-Gutachten vorgestellt worden ist. Ein ausreichendes Investitionsvolumen ist jedoch zwingend

notwendig, um die medizinisch-technischen Voraussetzungen für ein bedarfsgerechte Versorgung in den deutschen Krankenhaus zu gewährleisten.

Ein weiterer interessanter Vergleich stellt die Gegenüberstellung der gesamten KHG-Fördermittel mit den Bereinigten Kosten, darunter versteht das Statistische Bundesamt, die Summe aus Personal- und Sachkosten abzüglich der Abschreibungen, dar (s. Abbildung 4.5).

Abbildung 4.5: Vergleich von KHG-Fördermitteln mit den Bereinigten Kosten (Deutschland)



Quelle: Umfrage des Ausschusses für Krankenhauswesen der AGLMB; Dr. Bruckenberger; Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen

Diese Abbildung zeigt zwei auseinander laufende Linien, die die Form einer Schere besitzen. Und auch hier verläuft die Schere zu Ungunsten der Krankenhäuser. Während die Bereinigten Kosten seit 1991 um 41% angestiegen sind, gingen die KHG-Fördermittel mit einem Minus von 7% in die Knie. Für die Zukunft ist auf Grund sowohl der bisherigen Entwicklung als auch der derzeitigen Haushaltslage in den Bundesländern ebenfalls damit zu rechnen, dass sich die in der Abbildung 4.5 erkennbare Schere weiter öffnen wird.

Tabelle 4.1: Zusammenfassung der Krankenhausfinanzierung in den Bundesländern

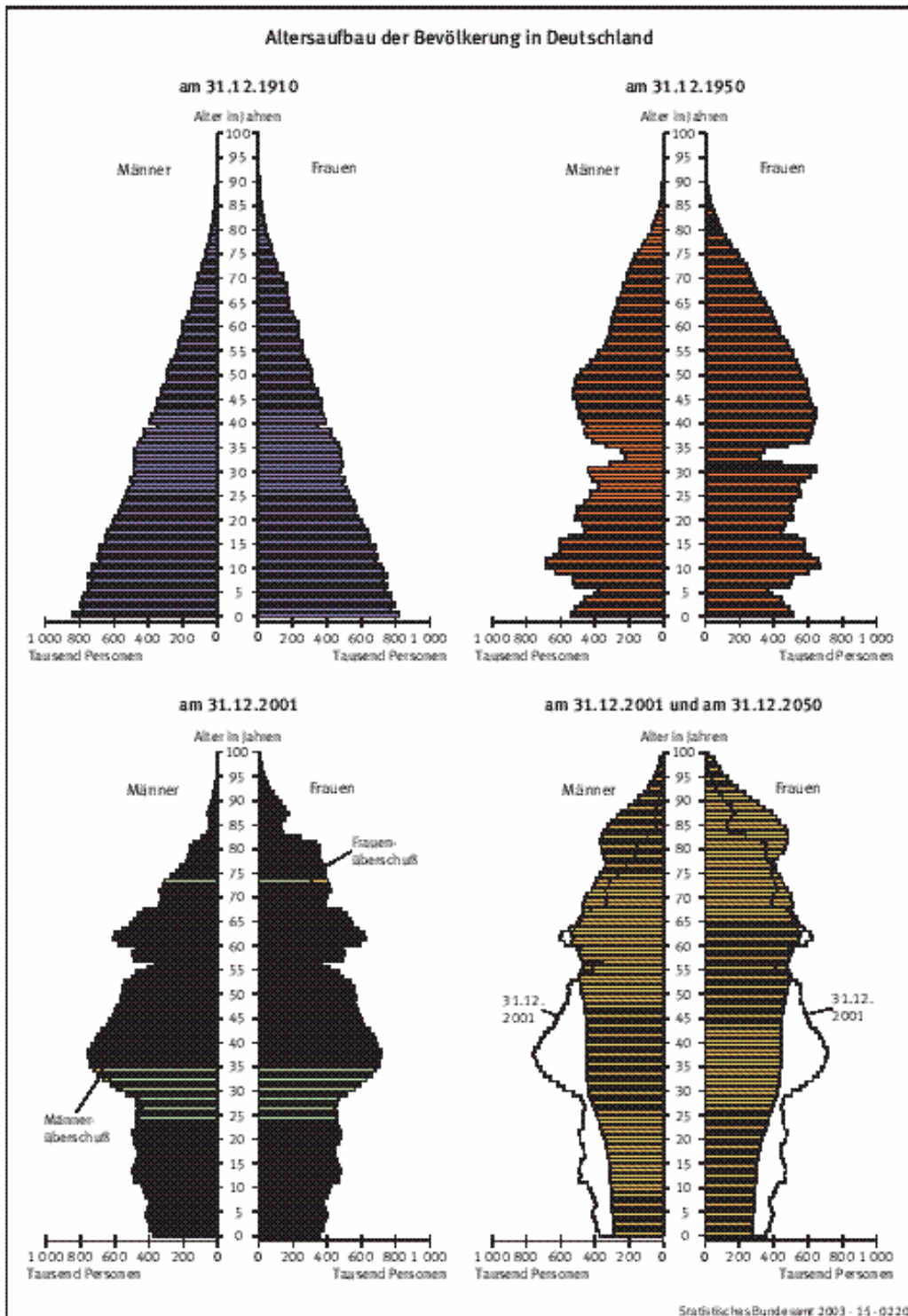
	KHG-Fördermittel insgesamt				Pauschalförderung				Einzelförderung			
	Fördermittel	Veränderung	gg. 1991	gg. 1994	Fördermittel	Veränderung	gg. Vorjahr	gg. 1994	Fördermittel	Veränderung	gg. Vorjahr	gg. 1994
	2002	gg. Vorjahr			2002	gg. Vorjahr			2002	gg. Vorjahr		
BW	312,70 Mio. €	-7,76%	-4,02%	-11,50%	157,30 Mio. €	-0,44%	-0,44%	+19,01%	155,40 Mio. €	-14,14%	-14,14%	-29,74%
BAY	613,55 Mio. €	0,00%	-7,69%	-7,69%	180,00 Mio. €	+0,59%	+0,59%	-0,83%	433,55 Mio. €	-0,24%	-0,24%	-10,27%
B	176,99 Mio. €	+1,13%	-44,59%	-38,05%	35,86 Mio. €	-1,65%	-1,65%	-45,29%	141,13 Mio. €	+1,85%	+1,85%	-35,90%
BR	161,66 Mio. €	-2,14%	-23,20%	-20,32%	23,61 Mio. €	-13,04%	-13,04%	-80,76%	138,50 Mio. €	0,00%	0,00%	+72,20%
HB	32,99 Mio. €	+17,95%	-11,25%	-2,08%	17,07 Mio. €	+0,23%	+0,23%	-1,22%	15,92 Mio. €	+45,52%	+45,52%	-2,99%
HH	61,74 Mio. €	-38,86%	-11,86%	+1,30%	29,13 Mio. €	-7,52%	-7,52%	+2,64%	32,61 Mio. €	-53,07%	-53,07%	+0,12%
HE	203,25 Mio. €	0,00%	+11,66%	+4,34%	95,00 Mio. €	+3,23%	+3,23%	+12,61%	108,25 Mio. €	-2,66%	-2,66%	-1,98%
MVP	118,70 Mio. €	-5,63%	-2,70%	-0,44%	14,00 Mio. €	+5,34%	+5,34%	-39,29%	104,70 Mio. €	-6,93%	-6,93%	+8,87%
NIE	188,00 Mio. €	-18,07%	-9,61%	-16,64%	95,69 Mio. €	-6,56%	-6,56%	-11,18%	92,31 Mio. €	-27,35%	-27,35%	-21,64%
NRW	484,10 Mio. €	+4,21%	-25,46%	-20,44%	305,18 Mio. €	+2,91%	+2,91%	+16,87%	178,92 Mio. €	+6,49%	+6,49%	-48,49%
RP	138,80 Mio. €	-3,50%	+3,85%	+1,14%	51,13 Mio. €	0,00%	0,00%	+13,52%	87,67 Mio. €	-5,43%	-5,43%	-4,90%
SAAR	40,90 Mio. €	-5,10%	+3,20%	+29,43%	16,50 Mio. €	+5,84%	+5,84%	+31,16%	24,40 Mio. €	-11,30%	-11,30%	+28,29%
SA	298,70 Mio. €	-0,02%	-2,63%	+6,22%	39,90 Mio. €	+0,05%	+0,05%	-21,96%	258,80 Mio. €	-0,03%	-0,03%	+12,48%
SAA	174,32 Mio. €	-8,50%	+0,28%	-17,31%	17,38 Mio. €	0,00%	0,00%	-66,38%	156,94 Mio. €	-9,35%	-9,35%	-1,37%
SH	48,50 Mio. €	-37,18%	-29,73%	-18,92%	38,50 Mio. €	+2,86%	+2,86%	+14,07%	10,00 Mio. €	-74,86%	-74,86%	-61,64%
TH	167,58 Mio. €	-11,59%	+29,91%	-14,15%	20,25 Mio. €	-0,98%	-0,98%	-75,52%	147,33 Mio. €	-12,87%	-12,87%	+30,98%

Quelle: Umfrage des Ausschusses für Krankenhauswesen der AGLMB; Dr. Bruckenberg

5. Anhang

5.1. Entwicklung der Altersstruktur in Deutschland

Abbildung 5.1: Bevölkerungsentwicklung von 1910 bis 2050



Quelle: Statistisches Bundesamt 2003

5.2. Versorgungsstufen

Tabelle 5.1: Versorgungsstufen der einzelnen Bundesländer

Bundesland	Kriterien	Versorgungs-/ Leistungsstufen
Baden-Württemberg	<ul style="list-style-type: none"> - Art und Anzahl der Fachabteilungen - Angabe typischer Anzahl Betten für Versorgungsstufe, die aber nicht bindend ist 	<ul style="list-style-type: none"> - Grundversorgung (ca. 80-250 B.) - Regelversorgung (ca. 300-350 B.) - Schwerpunktversorgung (ca. 600-800 B.) - Maximalversorgung (ca. 1500-1700 B.)
Bayern	<ul style="list-style-type: none"> - Orientierung an Leistungen (Fachabteilungen) 	<ul style="list-style-type: none"> - 1. Versorgungsstufe - 2. Versorgungsstufe - 3. Versorgungsstufe - 4. Versorgungsstufe - Fachkrankenhäuser
Berlin	<ul style="list-style-type: none"> - Vorgehaltene Fachgebiete 	<ul style="list-style-type: none"> - Basisversorgung - Schwerpunktversorgung
Brandenburg	<ul style="list-style-type: none"> - Zahl, Größe, Spezialisierung der Fachabteilungen eines Krankenhauses 	<ul style="list-style-type: none"> - Grundversorgung - Regelversorgung und qualifizierte Regelversorgung - Schwerpunktversorgung - Fachkrankenhäuser (Ergänzung)
Bremen	<ul style="list-style-type: none"> - Bettenzahl <p>Definition gilt ausschließlich für die Pauschalförderung!!!</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 1. Versorgungsstufe (bis 350 B.) - 2. Versorgungsstufe (350-650 B.) - 3. Versorgungsstufe (über 650 B.)
Hamburg	<ul style="list-style-type: none"> - Art und Anzahl der Fachabteilungen <p>Definition gilt ausschließlich für die Pauschalförderung!!!</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Grund- und Regelversorgung - Schwerpunktversorgung - Zentralversorgung - Differenzierung nach Teilnahme an der Not- und Unfallversorgung
Hessen	<ul style="list-style-type: none"> → Umfang der erbrachten Leistungen → Anzahl der Fachrichtungen <p>Definition gilt ausschließlich für die Pauschalförderung!!!</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Grundversorgung → Regelversorgung → Schwerpunktversorgung → Zentralversorgung
Mecklenburg-Vorpommern	-	-
Niedersachsen	<ul style="list-style-type: none"> - Bettenanzahl - Definition aus Gesetz und Verordnung <p>Definition gilt ausschließlich für die Pauschalförderung!!!</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Anforderungsstufe 1 (bis 230 B.) - Anforderungsstufe 2 (231-330 B.) - Anforderungsstufe 3 (331-630 B.) - Anforderungsstufe 4 (über 630 B.)

Nordrhein-Westfalen	<ul style="list-style-type: none"> - Art und Anzahl der Fachabteilungen - Erreichbarkeit (Entfernung) 	<ul style="list-style-type: none"> - Grundversorgung - Regionalversorgung - Maximalversorgung
Rheinland-Pfalz	<ul style="list-style-type: none"> - Bettenzahl 	<ul style="list-style-type: none"> - Grundversorgung (bis 250 B.) - Regelversorgung (251-500 B.) - Schwerpunktversorgung (501-800 B.) - Maximalversorgung (über 800 B.) - Fachkrankenhäuser
Saarland	<ul style="list-style-type: none"> - Art und Anzahl der Fachabteilungen 	<ul style="list-style-type: none"> - Grund- und Regelversorgung - Schwerpunktversorgung - Maximalversorgung
Sachsen	<ul style="list-style-type: none"> - Art und Anzahl der Fachabteilungen 	<ul style="list-style-type: none"> - Regelversorgung - Schwerpunktversorgung - Maximalversorgung - Fachkrankenhäuser (Ergänzung)
Sachsen-Anhalt	<ul style="list-style-type: none"> - Art und Anzahl der Fachabteilungen - Kriterien in der Verordnung zur Pauschalförderung 	<ul style="list-style-type: none"> - Grund- und Regelversorgung - Schwerpunktversorgung - Zentralversorgung
Schleswig-Holstein	<ul style="list-style-type: none"> - Art und Anzahl der Fachabteilungen 	<ul style="list-style-type: none"> - begrenzte Regelversorgung - Regelversorgung - Schwerpunktversorgung - Zentralversorgung - Fachkrankenhäuser
Thüringen	-	<ul style="list-style-type: none"> - keine Versorgungsstufen - Differenzierung zwischen regionalem und überregionalem Versorgungsauftrag (fachgebietsbezogen)

Quelle: Krankenhauspläne, Krankenhausgesetze und Rechtsverordnungen der Bundesländer

5.3. KHG-Fördermittel

Tabelle 5.2: KHG-Fördermittel insgesamt (in Mio. Euro)

KHG-Mittel insgesamt (in Mio. EUR)													
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	
BW	325,80	323,65	339,29	353,35	348,85	336,12	336,23	327,89	325,95	336,43	338,99	312,70	
BAY	664,68	664,68	664,68	664,68	614,57	634,00	592,79	633,49	613,55	613,55	613,55	613,55	
B	319,40	316,18	332,54	285,71	360,10	294,66	201,09	182,84	160,03	142,34	175,02	176,99	
BR	210,50	241,79	252,48	202,88	229,77	181,51	161,77	166,53	165,15	165,15	165,20	161,66	
HB	37,17	43,10	34,67	33,69	33,44	38,81	34,87	35,74	30,06	36,15	27,97	32,99	
HH	70,05	74,34	69,23	60,95	85,90	86,82	90,09	98,17	96,23	86,72	100,98	61,74	
HE	182,02	184,58	194,29	194,80	199,40	208,61	212,19	219,86	219,86	208,35	203,24	203,25	
MVP	121,99	114,84	120,82	119,23	148,73	149,45	146,49	143,16	117,65	130,38	125,78	118,70	
NIE	207,99	217,61	222,62	225,53	221,44	216,38	224,00	229,67	249,31	235,91	229,47	188,00	
NRW	649,44	659,87	641,88	608,49	571,93	543,71	534,04	483,27	470,49	469,67	464,56	484,10	
RP	133,65	139,12	138,92	137,23	138,00	141,63	143,83	143,83	143,83	143,83	143,83	138,80	
SAAR	39,63	42,33	27,97	31,60	38,35	39,42	38,96	39,16	38,86	43,56	43,10	40,90	
SA	306,78	353,81	340,52	281,21	270,68	295,07	293,38	290,62	299,67	299,67	298,75	298,70	
SAA	173,84	200,68	284,64	210,81	219,55	231,62	216,33	204,57	191,89	172,46	190,51	174,32	
SH	69,02	76,08	67,29	59,82	66,01	78,69	74,55	80,58	86,10	86,66	77,21	48,50	
TH	129,00	171,79	171,79	195,21	209,12	228,19	212,54	214,90	212,85	207,48	189,54	167,58	
A. Bu.	2.698,85	2.741,54	2.733,38	2.655,85	2.677,99	2.618,85	2.482,64	2.474,50	2.434,27	2.403,17	2.417,92	2.301,52	
N. Bu.	942,11	1.082,91	1.170,25	1.009,34	1.077,85	1.085,84	1.030,51	1.019,78	987,21	975,14	969,78	920,96	
Gesamt	3.640,96	3.824,45	3.903,63	3.665,19	3.755,84	3.704,69	3.513,15	3.494,28	3.421,48	3.378,31	3.387,70	3.222,48	

Quelle: Umfrage des Ausschusses für Krankenhauswesen der AGLMB; Dr. Bruckenberg

Tabelle 5.3: KHG-Fördermittel (Pauschalförderung [in Mio. Euro])

KHG-Mittel Pauschalförderung (in Mio. EUR)												
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
BW				132,17	144,18	144,18	156,97	153,08	152,42	151,90	157,99	157,30
BAY				181,51	173,84	186,62	185,96	189,18	181,51	183,55	178,95	180,00
B				65,55	65,50	75,88	152,62	46,83	45,50	39,83	36,46	35,86
BR				122,71	50,82	25,05	28,84	28,48	27,10	27,10	27,15	23,61
HB				17,28	16,97	16,97	17,03	17,03	17,03	17,03	17,03	17,07
HH				28,38	28,38	29,04	29,04	29,96	31,14	31,50	31,50	29,13
HE				84,36	86,92	91,01	89,48	89,48	89,48	92,03	92,03	95,00
MVP				23,06	23,06	23,78	23,78	20,45	12,83	12,78	13,29	14,00
NIE				107,73	108,45	100,62	104,20	108,70	107,01	105,99	102,41	95,69
NRW				261,12	276,10	288,88	274,82	286,32	286,32	296,55	296,55	305,18
RP				45,04	45,15	50,52	50,52	50,52	50,52	50,87	51,13	51,13
SAAR				12,58	12,58	13,75	13,75	14,52	14,52	15,59	15,59	16,50
SA				51,13	51,13	46,32	44,18	41,41	39,88	39,88	39,88	39,90
SAA				51,69	50,26	43,51	29,40	29,55	13,91	11,35	17,38	17,38
SH				33,75	33,69	36,76	36,76	40,19	36,20	37,43	37,43	38,50
TH				82,73	52,66	51,13	37,84	30,68	28,12	22,75	20,45	20,25
A. Bu.				969,47	991,76	1.034,23	1.111,15	1.025,81	1.011,65	1.022,27	1.017,07	1.021,36
N. Bu.				331,32	227,93	189,79	164,04	150,57	121,84	113,86	118,15	115,14
Gesamt				1.300,79	1.219,69	1.224,02	1.275,19	1.176,38	1.133,49	1.136,13	1.135,22	1.136,50

Quelle: Umfrage des Ausschusses für Krankenhauswesen der AGLMB; Dr. Bruckenberg

Tabelle 5.4: KHG-Fördermittel (Einzelförderung [in Mio. Euro])

KHG-Mittel Einzelförderung (in Mio. EUR)													
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	
BW				221,18	204,67	191,94	179,26	174,81	173,53	184,53	181,00	155,40	
BAY				483,17	440,73	447,38	406,83	444,31	432,04	430,00	434,60	433,55	
B				220,16	294,60	218,78	48,47	136,01	114,53	102,51	138,56	141,13	
BR				80,17	178,95	156,46	132,93	138,05	138,05	138,05	138,05	138,05	
HB				16,41	16,47	21,84	17,84	18,71	13,03	19,12	10,94	15,92	
HH				32,57	57,52	57,78	61,05	68,21	65,09	55,22	69,48	32,61	
HE				110,44	112,48	117,60	122,71	130,38	130,38	116,32	111,21	108,25	
MVP				96,17	125,67	125,67	122,71	122,71	104,82	117,60	112,49	104,70	
NIE				117,80	112,99	115,76	119,80	120,97	142,30	129,92	127,06	92,31	
NRW				347,37	295,83	254,83	259,22	196,95	184,17	173,12	168,01	178,92	
RP				92,19	92,85	91,11	93,31	93,31	93,31	92,96	92,70	87,67	
SAAR				19,02	25,77	25,67	25,21	24,64	24,34	27,97	27,51	24,40	
SA				230,08	219,55	248,75	249,20	249,21	259,79	259,79	258,87	258,80	
SAA				159,12	169,29	188,11	186,93	175,02	177,98	161,11	173,13	156,94	
SH				26,07	32,32	41,93	37,79	40,39	49,90	49,23	39,78	10,00	
TH				112,48	156,46	177,06	174,70	184,22	184,73	184,73	169,09	147,33	
A. Bu.				1.686,38	1.686,23	1.584,62	1.371,49	1.448,69	1.422,62	1.380,90	1.400,85	1.280,16	
N. Bu.				678,02	849,92	896,05	866,47	869,21	865,37	861,28	851,63	805,82	
Gesamt				2.364,40	2.536,15	2.480,67	2.237,96	2.317,90	2.287,99	2.242,18	2.252,48	2.085,98	

Quelle: Umfrage des Ausschusses für Krankenhauswesen der AGLMB; Dr. Bruckenberg

Tabelle 5.5: Entwicklung von KHG-Fördermitteln und BIP seit 1991

Deutschland insgesamt					
Jahr	nominale KHG-Fördermittel (in Mio. €)	indexierte KHG-Fördermittel (1991 = 100)	nominales BIP (in Mio. €)	indexiertes BIP (1991=100)	Anteil KHG-Fördermittel am BIP
1991	3.640,96	100	1.502.200	100	0,24%
1992	3.824,45	105	1.613.200	107	0,24%
1993	3.903,63	107	1.654.201	110	0,24%
1994	3.665,19	101	1.735.500	116	0,21%
1995	3.755,84	103	1.801.300	120	0,21%
1996	3.704,69	102	1.833.699	122	0,20%
1997	3.513,15	96	1.871.599	125	0,19%
1998	3.494,28	96	1.929.400	128	0,18%
1999	3.421,48	94	1.978.600	132	0,17%
2000	3.378,31	93	2.030.001	135	0,17%
2001	3.387,70	93	2.071.198	138	0,16%
2002	3.222,48	89	2.108.199	140	0,15%
Alte Bundesländer					
Jahr	nominale KHG-Fördermittel (in Mio. €)	indexierte KHG-Fördermittel (1991 = 100)	nominales BIP (in Mio. €)	indexiertes BIP (1991=100)	Anteil KHG-Fördermittel am BIP
1991	2.698,85	100	1.397.645	100	0,19%
1992	2.741,54	102	1.480.213	106	0,19%
1993	2.733,38	101	1.491.431	107	0,18%
1994	2.655,85	98	1.547.513	111	0,17%
1995	2.677,99	99	1.600.479	115	0,17%
1996	2.618,85	97	1.624.431	116	0,16%
1997	2.482,64	92	1.657.568	119	0,15%
1998	2.474,50	92	1.711.688	122	0,14%
1999	2.434,27	90	1.754.796	126	0,14%
2000	2.403,17	89	1.804.604	129	0,13%
2001	2.417,92	90	1.841.539	132	0,13%
2002	2.301,52	85	1.874.697	134	0,12%
Neue Bundesländer					
Jahr	nominale KHG-Fördermittel (in Mio. €)	indexierte KHG-Fördermittel (1991 = 100)	nominales BIP (in Mio. €)	indexiertes BIP (1991=100)	Anteil KHG-Fördermittel am BIP
1991	942,11	100	104.555	100	0,90%
1992	1.082,91	115	132.987	127	0,81%
1993	1.170,25	124	162.770	156	0,72%
1994	1.009,34	107	187.987	180	0,54%
1995	1.077,85	114	200.821	192	0,54%
1996	1.085,84	115	209.268	200	0,52%
1997	1.030,51	109	214.031	205	0,48%
1998	1.019,78	108	217.712	208	0,47%
1999	987,21	105	223.804	214	0,44%
2000	975,14	104	225.397	216	0,43%
2001	969,78	103	229.659	220	0,42%
2002	920,96	98	233.502	223	0,39%

Quelle: Umfrage des Ausschusses für Krankenhauswesen der AGLMB; Dr. Bruckenberger; Arbeitskreis Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen der Länder; Eigene Berechnungen

5.4. Übersicht Pauschalförderung nach § 9 Abs. 3 KHG

Baden-Württemberg									
Verordnung vom 29. Juni 1998, Änderung vom 22. Mai 2001									
Gegenstand der Pauschalförderung	Höhe der Pauschalförderung/ Jahr								
<p>Jahrespauschalen für:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Wiederbeschaffung sowie die nicht zur Instandhaltung gehörende Erhaltung, Wiederherstellung und Verbesserung von Einrichtungs- und Ausstattungsgegenständen, ausgenommen Verbrauchsgüter und Gebrauchsgüter (kurzfristige Anlagegüter). ▪ Sonstige nach § 12 Abs. 1 LKHG förderungsfähige Investitionen, wenn die Kosten für das einzelne Vorhaben den in der Rechtsverordnung nach § 16 Abs. 1 Nr. 2 LKHG festgelegten Betrag (Kostengrenze) nicht übersteigen. <p>Kostengrenzen für Krankenhäuser mit:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 80%;">bis zu 250 Planbetten</td> <td style="text-align: right;">60.000 €</td> </tr> <tr> <td>bis zu 350 Planbetten</td> <td style="text-align: right;">95.000 €</td> </tr> <tr> <td>bis zu 650 Planbetten</td> <td style="text-align: right;">120.000 €</td> </tr> <tr> <td>über 650 Planbetten</td> <td style="text-align: right;">155.000 €</td> </tr> </table>	bis zu 250 Planbetten	60.000 €	bis zu 350 Planbetten	95.000 €	bis zu 650 Planbetten	120.000 €	über 650 Planbetten	155.000 €	<p>1. Grundpauschale</p> <p>Die Grundpauschale beträgt für jedes Krankenhaus 90% der bettenbezogenen Pauschalförderung des Jahres 1997. Die Grundpauschale wird einmalig ermittelt und unverändert jährlich weitergewährt, es sei denn das Krankenhaus</p> <ul style="list-style-type: none"> - reduziert die Planbetten um mehr als 20% - scheidet mit einer ganzen bettenführenden Fachabteilung aus dem Krankenhausplan des Landes aus - wird mit einer um mindestens 20% höheren Planbettenzahl in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen. <p>Bemessungsgrundlage für die Planbettenzahlabweichung ist die der Pauschalförderung 1997 zugrunde liegende Planbettenzahl beziehungsweise die nach einer erfolgten Anpassung der Grundpauschale zugrunde liegenden Planbettenzahl.</p> <p>2. Fallmengenpauschale</p> <p>Die Fallmengenpauschale errechnet sich durch Multiplikation der Fallzahl mit den Fallwerten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fallzahlen werden nach Fachgebieten aufgeschlüsselt der amtlichen Krankenhausstatistik entnommen; maßgeblich sind die gemeldeten Daten des Vorjahres; Stundenfälle, teilstationäre Behandlungsfälle und Dialysefälle werden nicht berücksichtigt - Die Ermittlung der Fallwerte geschieht auf folgende Weise: <p>Die Fachabteilungen werden drei Gruppen zugeordnet, deren Fälle wie folgt gewichtet werden:</p> <p>Gruppe 1: Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychiatrische und psychotherapeutische Medizin (bisher Psychosomatik) mit Faktor 0,6.</p> <p>Gruppe 2: Innere Medizin, Kinderheilkunde (einschließlich Kinderkardiologie) und Neurologie mit Faktor 1,0.</p> <p>Gruppe 3: Augenheilkunde, Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgie, Neuro-</p>
bis zu 250 Planbetten	60.000 €								
bis zu 350 Planbetten	95.000 €								
bis zu 650 Planbetten	120.000 €								
über 650 Planbetten	155.000 €								

	<p>chirurgie, Nuklearmedizin (Therapie), Orthopädie, Strahlentherapie, Urologie und sonstige Fachabteilungen im Sinne der Krankenhausstatistikverordnung mit Faktor 1,4.</p> <p>Ausgangswert für die Ermittlung der Fallwerte ist ein Betrag in Höhe von 19,5 Millionen Euro dividiert durch die Gesamtsumme der gewichteten Fallzahlen aller pauschal geförderten Krankenhäuser. Daraus ergibt sich der durchschnittliche Fallwert. Entsprechend der Gewichtung werden die für die Gruppen maßgeblichen Fallwerte errechnet. Die Fallwerte werden auf durch 10 teilbare Centbeträge abgerundet.</p> <p>3. Großgerätepauschale; sofern der Standort durch das Sozialministerium als bedarfsgerecht im Sinne der Krankenhausplanung anerkannt wurde</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding-left: 20px;">- MRT</td> <td style="text-align: right;">82.000 €</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">- LHKM</td> <td style="text-align: right;">82.000 €</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">- LIN</td> <td style="text-align: right;">51.500 €</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">- PET</td> <td style="text-align: right;">97.500 €</td> </tr> </table> <p>Der Förderbetrag vermindert sich um den Anteil, zu dem das Gerät für die ambulante Versorgung durch niedergelassene Ärzte mitgenutzt wird. Eine Förderung ist ausgeschlossen, wenn der stationäre Nutzungsanteil 20% unterschreitet.</p> <p>4. Ausbildungsplätze und teilstationäre Plätze</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding-left: 20px;">- für jeden ausgewiesenen Ausbildungsplatz</td> <td style="text-align: right;">75 €</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">- Plätze in teilstationären Einrichtungen</td> <td style="text-align: right;">770 €</td> </tr> </table>	- MRT	82.000 €	- LHKM	82.000 €	- LIN	51.500 €	- PET	97.500 €	- für jeden ausgewiesenen Ausbildungsplatz	75 €	- Plätze in teilstationären Einrichtungen	770 €
- MRT	82.000 €												
- LHKM	82.000 €												
- LIN	51.500 €												
- PET	97.500 €												
- für jeden ausgewiesenen Ausbildungsplatz	75 €												
- Plätze in teilstationären Einrichtungen	770 €												

Bayern	
Verordnung vom 12. Oktober 2002	
Gegenstand der Pauschalförderung	Höhe der Pauschalförderung/ Jahr
Jahrespauschalen für:	1) Grundbetrag je im Krankenhausplan aufgenommenen Behandlungsplatz (Plätze, Betten)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ die Wiederbeschaffung einschließlich der Ergänzungsbeschaffung von kurzfristigen Anlagegütern ▪ sonstige nach Art. 11 Abs. 1 Satz 1 BayKrG förderfähige Investitionen mit den nachfolgenden Kostengrenzen (einschließlich Umsatzsteuer). 	<p>allgemein 1.959 €</p> <p>der Fachrichtungen Augenheilkunde, Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, HNO, Herzchirurgie, Kinderchirurgie, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Neurochirurgie, Orthopädie sowie Urologie 2.187 €</p>
Kostengrenzen für Krankenhäuser mit	Erhöhung des Grundbetrages für Krankenhäuser der
<ul style="list-style-type: none"> ≤ 150 Betten 50.000 € > 150 ≤ 350 Betten 100.000 € > 350 ≤ 650 Betten 150.000 € > 650 Betten 200.000 € 	<ul style="list-style-type: none"> - 3. Versorgungsstufe 420 € - 4. Versorgungsstufe 560 €
	je Behandlungsplatz in Fachkrankenhäusern für Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Sucht- oder psychosomatische Krankheiten
	<ul style="list-style-type: none"> - vollstationär 1.669 € - teilstationär 1.373 €
	Fachkrankenhäuser mit mindestens 50 vollstationären Behandlungsplätzen Psychiatrie, die ein Pflichtaufnahmegebiet versorgen, erhalten einen Grundbetrag von 1.959 €
	soweit Behandlungsplätze für Neurologie, Neurochirurgie oder neurologische Frührehabilitation von Schädel- und Hirnverletzten und Schlaganfallpatienten vorgehalten werden, beträgt der Grundbetrag 2.187 €.
	Für jeden Behandlungsplatz in der Herzchirurgie 1.534 €.
	2) Weitere Zuschläge werden gezahlt für
	<ul style="list-style-type: none"> - jeden betriebenen Hämodialyseplatz 256 € - jedes weitere Intensivbett, wenn mehr als 3% der geförderten Behandlungsplätze als bedarfsnotwendige Intensivbetten betrieben werden 3.579 € - jeden Behandlungsplatz der Fachrichtung Neurochirurgie 767 € - jeden Behandlungsplatz des Fachgebiets neurologische Frührehabilitation von Schädel-Hirn-Verletzten und Schlaganfallpatienten, wenn das Krankenhaus nicht der Versorgungsstufe III oder IV zugeordnet ist 511 € - für die Vorhaltung von Linksherzkathetermessplätzen, Linearbeschleunigern und Kernspintographie-Geräten, die für die akutstationäre

	<p>Versorgung als bedarfsnotwendig anerkannt sind und vom Träger des Krankenhauses beschafft und betrieben werden, jeweils 102.258 €</p> <p>- für jeden nach Art. 5 Abs. 4 BayKrG im Krankenhausplan ausgewiesenen Ausbildungsplatz 77 €</p>
--	--

Berlin	
Verordnung vom 04. Juli 2000, Änderung vom 02. Dezember 2002	
Gegenstand der Pauschalförderung	Höhe der Pauschalförderung/ Jahr
Jahrespauschalen für:	Der Fallwert beträgt jährlich für jeden im vorangegangenen Jahr abgeschlossenen Behandlungsfall 50,29 €
<ul style="list-style-type: none"> ▪ die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 3 bis zu 15 Jahren (kurzfristige Anlagegüter) ▪ sonstige nach § 7 Abs. 1 LKG Berlin förderungsfähige Investitionen, wenn die veranschlagten Kosten einschließlich Mehrwertsteuer für das einzelne Vorhaben bei Krankenhäusern mit einer Jahrespauschale 	Für
	Fachabteilungen der Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik 150,88 €
	Fachabteilungen der Herzchirurgie 125,73 €
	Belegkliniken und Nachtkliniken 25,15 €
	Zuschlag für Ausbildungsplätze 102,26 €
<ul style="list-style-type: none"> ≤ 511.292 € den Betrag von 51.130 € > 511.292 € ≤ 1.022.584 € den Betrag von 102.259 € > 1.022.584 € ≤ 1.533.876 € den Betrag von 153.388 € > 1.533.876 € den Betrag von 204.517 € 	
nicht übersteigen.	

Brandenburg	
§ 17 LKGBbg, aktualisiert durch Verordnung vom 20. Juni 2003	
Gegenstand der Pauschalförderung	Höhe der Pauschalförderung/ Jahr
<p>Auf Antrag werden Fördermittel für</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 3 bis zu 15 Jahren (kurzfristige Anlagegüter) ▪ kleine bauliche Maßnahmen, wenn die Anschaffungs- oder Herstellungskosten für das einzelne Vorhaben den in der Rechtsverordnung festgelegten Betrag (125.000 €) nicht übersteigen. 	<p>Die Pauschale je Bett beträgt bei Krankenhäusern</p> <ul style="list-style-type: none"> • der Grundversorgung 1.097 € • der Regelversorgung 1.378 € • der Schwerpunktversorgung 1.939 € • bei Fachkrankenhäusern 1.275 € <p>Krankenhäuser, die eine tagesklinische Einrichtung betreiben, erhalten für jeden zum Stichtag des 1. Januar 2003 betriebenen Behandlungsplatz eine Förderung in Höhe von 50% des oben angegebenen Betrages.</p> <p>Krankenhäuser, die eine Ausbildungsstätte betreiben, welche nach dem KHG gefördert wird, erhalten zur Förderung der für diese Ausbildungsstätte notwendigen Investitionen im Jahr 2001 einen Zuschlag zur Pauschalförderung in Höhe von 85 €.</p>

Bremen	
Verordnung vom 15. Juli 2003	
Gegenstand der Pauschalförderung	Höhe der Pauschalförderung/ Jahr
<p>1. Durch feste jährliche Beträge werden gefördert:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 3 bis zu 15 Jahren (kurzfristige Anlagegüter), ▪ die nicht zur Instandhaltung gehörende Erhaltung, Wiederherstellung und Verbesserung von Einrichtungs- und Ausstattungsgegenständen mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer, ▪ sonstige nach § 10 BremKHG förderfähige Investitionen, wenn die veranschlagten Kosten für das einzelne Vorhaben den in der Rechtsverordnung nach § 9 BremKHG festgelegten Betrag (Wertgrenze) nicht übersteigen. Die Wertgrenze kann für Gruppen von Krankenhäusern unterschiedlich hoch festgelegt werden. Im Ausnahmefall kann auf Antrag ein anderer Betrag festgesetzt werden, soweit dies zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Rahmen seiner Aufgabenstellung nach dem Krankenhausplan notwendig oder ausreichend ist. <p>2. Die Pauschalbeträge nach Absatz 1 dürfen nur zur Erfüllung der im Krankenhausplan bestimmten Aufgaben des Krankenhauses verwendet werden.</p> <p>3. Die Pauschalbeträge nach Absatz 1 unterteilen sich in eine</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Grundförderung nach den im Krankenhaus ausgewiesenen Planbetten und Behandlungsplätzen, (2) Leistungsförderung nach Versorgungsstufen und nach der Anzahl der Krankenhausaufnahmen, (3) Sonderförderung insbesondere für Intensivbetten, medizinisch-technische Großgeräte und mit den Beteiligten abgestimmte Leistungsschwerpunkte <p>Wertgrenze für Krankenhäuser (inkl. Mehrwertsteuer):</p> <p>bis zu 350 Krankenhausbetten 51.129,00 € (1. Versorgungsstufe)</p> <p>über 350 Krankenhausbetten 76.694,00 € (2. Versorgungsstufe)</p>	<p><u>Grundförderung</u> für jedes in den Krankenhausplan aufgenommene, nach § 6 KHG beschiedenen Planbett und jeden anerkannten teilstationären Behandlungsplatz als Grundbetrag des jährlichen Pauschalbetrages</p> <p style="text-align: right;">511,00 €</p> <p><u>Leistungsförderung</u> bei Krankenhäusern</p> <p>bis zu 350 Krankenhausbetten 1.099,00 € (1. Versorgungsstufe)</p> <p>über 350 Krankenhausbetten 1.355,00 € (2. Versorgungsstufe)</p> <p>über 650 Krankenhausbetten 1.713,00 € (3. Versorgungsstufe)</p> <p>Planbetten und anerkannte teilstationäre Behandlungsplätze der Psychiatrie und Belegbetten werden der ersten Versorgungsstufe zugeordnet.</p> <p>Die Leistungspauschale bleibt unverändert, solange der durch die Anzahl der Krankenhausaufnahmen (Fallzahl) bestimmte Leistungsumfang im Vergleich zu den durchschnittlichen Fallzahlen der Jahre 1993 bis 1996 nicht zurückgeht. Andernfalls gestaffelte Minderung.</p> <p>Zusätzlich zur Leistungspauschale fallbezogener jährlicher Pauschalbetrag in Höhe von 13,00 €.</p> <p>Sonderförderung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Zuschlag für jedes vorgehaltene Intensivbett in Höhe von 2.045,00 €. ➤ Bei Erreichen der Auslastungszahlen werden die Jahrespauschalen für die medizinisch-technischen Großgeräte folgendermaßen in voller Höhe gewährt: <p>- CT Volumen CT 51.129,00 € Konventioneller CT 51.129,00 €</p> <p>- MR 81.800,00 €</p> <p>- LHK 1-Ebene-Messplatz 58.799,00 € 2-Ebene-Messplatz 94.589,00 €</p> <p>- CT mit hoher Photonenenergie 91.010,00 € mit niedr. Photonenenergie 63.911,00 €</p> <p>Auslastungszahlen (jeweils Behandlungsfälle pro Jahr):</p> <p>- CT Volumen CT 4.000 Konventioneller CT 3.400</p>

über 650 Krankenhausbetten (3. Versorgungsstufe)	102.258,00 €	<ul style="list-style-type: none"> - MR 2.400 - LHK 1-Ebene-Messplatz 1.950 2-Ebene-Messplatz 1.950 - CT mit hoher Photonenenergie 9.800 mit niedr. Photonenenergie 9.800
		<p>Krankenhäuser, die nach dem KHG geförderte Ausbildungsstätten betreiben, erhalten zur Förderung der für diese Ausbildungsstätten notwendigen Investitionen einen Zuschlag zum Pauschalbetrag von 82,00 € jährlich für jeden vorgehaltenen und beschiedenen Ausbildungsplatz.</p>

Hamburg	
Verordnung vom 28. November 1995, Änderung vom 17. Juni 2003	
Gegenstand der Pauschalförderung	Höhe der Pauschalförderung/ Jahr
Jahrespauschalen für:	- Fallbezogene Pauschale für Krankenhäuser der
	- Grundversorgung 37 €
	- Regelversorgung 44 €
	- Schwerpunktversorgung 51 €
	- Zentralversorgung 66 €
	- Pauschale pro Bett für Krankenhäuser der
	- Grundversorgung 556 €
	- Regelversorgung 668 €
	- Schwerpunktversorgung 779 €
	- Zentralversorgung 1002 €
	- Pauschale je Ausbildungsplatz 77 €
	- Ambulante Notfälle 6 €
	- Fälle der psychiatrischen Institutsambulanzen sowie der Suchtambulanzen je Quartalsschein 33 €
<ul style="list-style-type: none"> ▪ die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 3 bis zu 15 Jahren (kurzfristige Anlagegüter), ▪ die nicht zur Instandhaltung gehörende Erhaltung, Wiederherstellung und Verbesserung von Einrichtungs- und Ausstattungsgegenständen, ausgenommen Verbrauchsgüter und Gebrauchsgüter, ▪ kleine Baumaßnahmen, wenn die Kosten für das einzelne Vorhaben den in der Rechtsverordnung nach Absatz 4 festgelegten Betrag (Kostengrenze) nicht übersteigen, ▪ sonstige nach § 21 HmbKHG förderungsfähige Investitionen, wenn die Kosten für das einzelne Vorhaben den in der Rechtsverordnung festgelegten Betrag (100.000 €) nicht übersteigen. 	

Hessen	
Verordnung vom 21. Oktober 1998*	
Gegenstand der Pauschalförderung	Höhe der Pauschalförderung/ Jahr
Jahrespauschalen für:	Die Jahrespauschalen pro Planbett betragen für Krankenhäuser der
<ul style="list-style-type: none"> ▪ die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 3 bis zu 15 Jahren (kurzfristige Anlagegüter); ▪ die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 15 Jahren (mittel- und langfristige Anlagegüter) und Errichtungsmaßnahmen, wenn die Anschaffungs- oder Herstellungskosten für das einzelne Vorhaben 10 vom Hundert der für das Jahr 1999 festgesetzten Jahrespauschale oder 105.000 € ohne Umsatzsteuer nicht übersteigen; ▪ den Ergänzungsbedarf an kurz- oder mittelfristigen Anlagegütern, soweit dieser über die übliche Anpassung an die medizinische und technische Entwicklung nicht wesentlich hinausgeht 	Grundversorgung 1.239,37 € Regelversorgung 1.407,59 € Schwerpunktversorgung 1.573,76 € Zentralversorgung 1.898,94 € Anteilig fallbezogene Jahrespauschale: Gewichtungsfaktoren: <u>Gruppe A</u> Augenheilkunde Chirurgie Frauenheilkunde und Geburtshilfe HNO Haut- und Geschlechtskrankheiten Mund-, Kiefer- und Geschlechtschirurgie Neurochirurgie Orthopädie Urologie Radiologie 1,4 (Fachkrankenhäuser: 1,6)
Die Kostengrenzen betragen für Krankenhäuser der	<u>Gruppe B</u>
Grundversorgung 40.392,07 €	Innere Medizin
Regelversorgung 80.784,14 €	Kinderheilkunde
Schwerpunktversorgung 107.371,32 €	Geriatrie
Zentralversorgung 134.469,80 €	Neurologie 1,0 (Fachkrankenhäuser: 1,2)
	<u>Gruppe C</u>
	Psychiatrie
	Kinder- und Jugendpsychiatrie
	Psychosomatik
	Suchtkrankheiten 0,6
	Der fallbezogene Fördermittelanteil wird durch die Summe aller mit dem jeweiligen Fallwertfaktor gewichteten Fallzahlen geteilt und das Ergebnis mit dem jeweiligen fachgebietsbezogenen Gewichtungsfaktor multipliziert. Maßgebend sind die durch das Krankenhaus jeweils im Vorjahr behandelten Fälle.
	Der Zuschlag für geförderte Ausbildungsstätten beträgt für jeden als förderungsfähig zugrunde gelegten Ausbildungsplatz 63 €.

* Alle Werte aus der Verordnung in Euro umgerechnet (1 EUR = 1,95583 DM).

Mecklenburg-Vorpommern	
Verordnung vom 30. August 2002	
Gegenstand der Pauschalförderung	Höhe der Pauschalförderung/ Jahr
<p>Jahrespauschalen für:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 3 bis zu 15 Jahren (kurzfristige Anlagegüter), ▪ die nicht zur Instandhaltung gehörende Erhaltung, Wiederherstellung und Verbesserung von Einrichtungs- und Ausstattungsgegenständen mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer, ▪ sonstige nach § 29 LKHG M-V förderungsfähige Investitionen, wenn die veranschlagten Kosten für das einzelne Vorhaben 55.000 € ohne Mehrwertsteuer nicht überschreiten. Das Krankenhaus darf die Kostengrenze von 55.000 € im Einzelfall mit Einwilligung des Sozialministeriums überschreiten; das Sozialministerium hat vor der Einwilligung das Einvernehmen mit den unmittelbar Beteiligten anzustreben. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. bei den Universitätskliniken je Bett 1.450 € (1.160 € für jeden Tagesklinikplatz) 2. bei den übrigen Krankenhäusern 1,73% der pflegesatzfähigen Kosten, die Grundlage einer von den Vertragsparteien vor dem 1. Januar 2002 geschlossenen Pflegesatzvereinbarung oder, soweit eine solche nicht zustande gekommen ist, einer vor dem 1. Januar 2002 verkündeten Schiedsstellenentscheidung gewesen sind. Maßgebend ist jeweils die Pflegesatzvereinbarung oder Schiedsstellenentscheidung, die den letzten vor dem 1. Januar 2002 liegenden Pflegezeitraum betrifft. Beziehen sich die pflegesatzfähigen Kosten nicht auf ein volles Kalenderjahr, so ist der Betrag zugrunde zu legen, der sich für ein volles Kalenderjahr ergeben würde.

Niedersachsen									
Verordnung vom 23. November 2001									
Gegenstand der Pauschalförderung	Höhe der Pauschalförderung/ Jahr								
Jahrespauschalen für:	Die Pauschale je Bett beträgt:								
<ul style="list-style-type: none"> ▪ die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 3 bis zu 15 Jahren (kurzfristige Anlagegüter) ▪ für kleine bauliche Maßnahmen, wenn die Anschaffungs- oder Herstellungskosten für das einzelne Vorhaben 39.481 € ohne Umsatzsteuer nicht übersteigen 	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding-left: 20px;">Anforderungsstufe 1 (bis zu 230 Betten)</td> <td style="text-align: right; vertical-align: bottom;">1.612 €</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">Anforderungsstufe 2 (mit 231 bis zu 330 Betten)</td> <td style="text-align: right; vertical-align: bottom;">1.956 €</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">Anforderungsstufe 3 (mit 331 bis zu 630 Betten)</td> <td style="text-align: right; vertical-align: bottom;">2.261 €</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">Anforderungsstufe 4 (mehr als 630 Betten)</td> <td style="text-align: right; vertical-align: bottom;">2.891 €</td> </tr> </table>	Anforderungsstufe 1 (bis zu 230 Betten)	1.612 €	Anforderungsstufe 2 (mit 231 bis zu 330 Betten)	1.956 €	Anforderungsstufe 3 (mit 331 bis zu 630 Betten)	2.261 €	Anforderungsstufe 4 (mehr als 630 Betten)	2.891 €
Anforderungsstufe 1 (bis zu 230 Betten)	1.612 €								
Anforderungsstufe 2 (mit 231 bis zu 330 Betten)	1.956 €								
Anforderungsstufe 3 (mit 331 bis zu 630 Betten)	2.261 €								
Anforderungsstufe 4 (mehr als 630 Betten)	2.891 €								

Nordrhein-Westfalen																																			
§ 25 KHG NRW, zuletzt geändert durch Verordnung vom 20. September 2002																																			
Gegenstand der Pauschalförderung	Höhe der Pauschalförderung/ Jahr																																		
<p>Jahrespauschalen für:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 3 bis zu 15 Jahren (kurzfristige Anlagegüter) ▪ Sonstige nach § 21 KHG NRW förderungsfähige Investitionen, wenn die veranschlagten Kosten für das einzelne Vorhaben bei Krankenhäusern der <table style="margin-left: 20px; border: none;"> <tr> <td>1. Anforderungsstufe</td> <td style="text-align: right;">28.170 €</td> </tr> <tr> <td>2. Anforderungsstufe</td> <td style="text-align: right;">42.280 €</td> </tr> <tr> <td>3. Anforderungsstufe</td> <td style="text-align: right;">56.360 €</td> </tr> <tr> <td>4. Anforderungsstufe</td> <td style="text-align: right;">74.140 €</td> </tr> </table> ohne Mehrwertsteuer nicht übersteigen. <p>Die Ermittlung der Anforderungsstufe des Krankenhauses erfolgt durch Multiplikation von Planbetten und Behandlungsplätzen je Krankenhaus mit dem jeweiligen Punktwert.</p> <p>Danach gehören Krankenhäuser mit</p> <table style="margin-left: 20px; border: none;"> <tr> <td>bis 349 Punkten</td> <td>zur 1. Anforderungsstufe</td> </tr> <tr> <td>bis 599 Punkten</td> <td>zur 2. Anforderungsstufe</td> </tr> <tr> <td>bis 799 Punkten</td> <td>zur 3. Anforderungsstufe</td> </tr> <tr> <td>über 800 Punkten</td> <td>zur 4. Anforderungsstufe</td> </tr> </table> <p>Der Punktwert beträgt in den Abteilungen:</p> <table style="margin-left: 20px; border: none;"> <tr> <td>Hals-Nasen-Ohren-Krankheiten</td> <td style="text-align: right;">2,5</td> </tr> <tr> <td>Neurologie</td> <td style="text-align: right;">2,1</td> </tr> <tr> <td>Säuglings- und Kinderheilkunde und Kinderchirurgie</td> <td style="text-align: right;">1,9</td> </tr> <tr> <td>Intensivpflege, Infektionskrankheiten, Urologie, Augenkrankheiten</td> <td style="text-align: right;">1,5</td> </tr> <tr> <td>in den restlichen Abteilungen</td> <td style="text-align: right;">1,0</td> </tr> </table>	1. Anforderungsstufe	28.170 €	2. Anforderungsstufe	42.280 €	3. Anforderungsstufe	56.360 €	4. Anforderungsstufe	74.140 €	bis 349 Punkten	zur 1. Anforderungsstufe	bis 599 Punkten	zur 2. Anforderungsstufe	bis 799 Punkten	zur 3. Anforderungsstufe	über 800 Punkten	zur 4. Anforderungsstufe	Hals-Nasen-Ohren-Krankheiten	2,5	Neurologie	2,1	Säuglings- und Kinderheilkunde und Kinderchirurgie	1,9	Intensivpflege, Infektionskrankheiten, Urologie, Augenkrankheiten	1,5	in den restlichen Abteilungen	1,0	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Pauschalen betragen für jedes Bett und jeden Behandlungsplatz bei Krankenhäusern der <table style="margin-left: 20px; border: none;"> <tr> <td>1. Anforderungsstufe</td> <td style="text-align: right;">1.801 €</td> </tr> <tr> <td>2. Anforderungsstufe</td> <td style="text-align: right;">2.099 €</td> </tr> <tr> <td>3. Anforderungsstufe</td> <td style="text-align: right;">2.635 €</td> </tr> <tr> <td>4. Anforderungsstufe</td> <td style="text-align: right;">3.074 €</td> </tr> </table> ▪ Psychiatrische Fachkrankenhäuser und psychiatrische Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern erhalten 80% der pauschalen Fördermittel der ersten Anforderungsstufe. Werden Angebote anderer Fachbereiche in psychiatrischen Fachkrankenhäusern vorgehalten, werden die Fördermittel für diese Planbetten und Behandlungsplätze nach der ersten Anforderungsstufe berechnet. ▪ Teilstationäre Einrichtungen erhalten 50% der ersten Anforderungsstufe ▪ Krankenhäuser mit kardiovaskular- und epilepsiechirurgischen Abteilungen gehören zur vierten Anforderungsstufe ▪ Bemessungsgrundlage für die pauschale Förderung jedes Krankenhauses bei Änderung der Planbetten- und Behandlungsplatzzahlen sind <ol style="list-style-type: none"> 1. eine Leistungspauschale für die Vorkhaltung kurzfristiger Anlagegüter 2. ein planbetten- und behandlungsplatzabhängiger Zuschlag ▪ Die Leistungspauschale beträgt 75% der zum 31.12.1996 gewährten Fördermittel bezogen auf die Planbetten- und Behandlungsplatzzahlen des jeweiligen Krankenhauses. Bei wesentlichen festgestellten strukturellen Änderungen (Absenkung der Planbetten- und Behandlungsplatzzahlen um mehr als 25%) werden die pauschalen Fördermittel neu berechnet. 	1. Anforderungsstufe	1.801 €	2. Anforderungsstufe	2.099 €	3. Anforderungsstufe	2.635 €	4. Anforderungsstufe	3.074 €
1. Anforderungsstufe	28.170 €																																		
2. Anforderungsstufe	42.280 €																																		
3. Anforderungsstufe	56.360 €																																		
4. Anforderungsstufe	74.140 €																																		
bis 349 Punkten	zur 1. Anforderungsstufe																																		
bis 599 Punkten	zur 2. Anforderungsstufe																																		
bis 799 Punkten	zur 3. Anforderungsstufe																																		
über 800 Punkten	zur 4. Anforderungsstufe																																		
Hals-Nasen-Ohren-Krankheiten	2,5																																		
Neurologie	2,1																																		
Säuglings- und Kinderheilkunde und Kinderchirurgie	1,9																																		
Intensivpflege, Infektionskrankheiten, Urologie, Augenkrankheiten	1,5																																		
in den restlichen Abteilungen	1,0																																		
1. Anforderungsstufe	1.801 €																																		
2. Anforderungsstufe	2.099 €																																		
3. Anforderungsstufe	2.635 €																																		
4. Anforderungsstufe	3.074 €																																		

Rheinland-Pfalz	
Verordnung vom 29. April 1996	
Gegenstand der Pauschalförderung	Höhe der Pauschalförderung/ Jahr
<p>Jahrespauschalen für:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter ▪ Die Investitionskosten für kleine bauliche Maßnahmen, die den festzusetzenden Betrag (Kostengrenze) nicht übersteigen <p>Die Kostengrenze beträgt für</p> <p>Tageskliniken 10.225,84 €</p> <p>- Krankenhäusern der Grundversorgung sowie bei Fachkrankenhäusern mit bis zu 250 Planbetten 43.459,81 €</p> <p>- Krankenhäusern der Regelversorgung sowie bei Fachkrankenhäusern mit 251 bis zu 500 Planbetten 51.129,19 €</p> <p>- Krankenhäusern der Schwerpunktversorgung sowie bei Fachkrankenhäusern mit 501 bis zu 800 Planbetten 61.355,03 €</p> <p>- Krankenhäusern der Maximalversorgung sowie bei Fachkrankenhäusern mit mehr als 800 Planbetten 76.693,78 €</p> <p>ohne Umsatzsteuer.</p>	<p>1) Der Grundbetrag beträgt bei</p> <p>- Krankenhäusern der Grundversorgung sowie bei Fachkrankenhäusern mit bis zu 250 Planbetten 30.677,51 €</p> <p>- Krankenhäusern der Regelversorgung sowie bei Fachkrankenhäusern mit 251 bis zu 500 Planbetten 61.355,03 €</p> <p>- Krankenhäusern der Schwerpunktversorgung sowie bei Fachkrankenhäusern mit 501 bis zu 800 Planbetten 122.710,05 €</p> <p>- Krankenhäusern der Maximalversorgung sowie bei Fachkrankenhäusern mit mehr als 800 Planbetten 245.420,10 €</p> <p>Bei Krankenhäusern, die über mehrere Betriebsstätten in verschiedenen Orten verfügen, wird der Grundbetrag für jede Betriebsstätte gewährt.</p> <p>Tageskliniken erhalten eine Jahrespauschale in Höhe von 1.227,10 € pro Platz.</p> <p>2) Krankenhäuser erhalten einen Fallbetrag pro Jahr. Der Fallbetrag ergibt sich aus der Fallzahl, multipliziert mit dem Fallwert. Der Fallwert ist im Staatsanzeiger Rheinland-Pfalz bekannt zu machen.</p> <p>3) Medizinisch-technische Großgeräte Der Förderbetrag beträgt für die Wiederbeschaffung von:</p> <ul style="list-style-type: none"> - CT 25.564,59 € - KT (MR-Geräte) 81.806,70 € - LHKM 81.806,70 € - LIN 97.145,46 € - Lithotriptern 61.355,03 € <p>4) Krankenhäuser, die nach dem KHG in der jeweils geltenden Fassung geförderte Ausbildungsstätten für Fachberufe des Gesundheitswesens betreiben, erhalten einen Förderbetrag in Höhe von 102,26 € pro Jahr für jeden am 31. Dezember des Vorjahres besetzten Ausbildungsplatz einer staatlich anerkannten Ausbildungsstätte.</p>

Saarland	
Verordnung vom 19. Dezember 1995*	
Gegenstand der Pauschalförderung	Höhe der Pauschalförderung/ Jahr
<p>Jahrespauschalen für:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 3 bis zu 15 Jahren (kurzfristige Anlagegüter) ▪ die Investitionskosten für kleine bauliche Errichtungs- und Wiederherstellungsmaßnahmen bis zu Gesamtkosten von 52.918,72 € einschließlich Umsatzsteuer für jede einzelne Maßnahme. Die Pauschalförderung gilt auch, wenn die Wertgrenze nachträglich überschritten wird <p>Zur Förderung der Investitionskosten erhalten die Krankenhäuser aller drei Versorgungsstufen eine Grundpauschale von 1.733,28 € für jedes im Feststellungsbescheid anerkannte Krankenhausbett.</p>	<p>Bemessungsgrundlage sind:</p> <p>1. Sockelbetrag Der Sockelbetrag beträgt 40% des sich für das Jahr 1995 durchschnittlich für alle Krankenhäuser ergebenden pauschalen Fördermittelanspruches. Der Sockelbetrag wird für das einzelne Krankenhaus einmalig auf der Grundlage der zum 1. Januar 1995 in den Krankenhausplan aufgenommenen Betten ermittelt.</p> <p>2. Fallzahlen Das Produkt aus Punktwert und Fallwert ist der Förderbetrag nach der Fallzahl. Die Fallzahlen werden auf der Grundlage der vereinbarten Fälle gemäß Abschnitt L 1 der LKA ermittelt. Der Fallwert wird differenziert nach der Versorgungsstufe. Zur Berechnung des Punktwertes ist der Differenzbetrag zwischen den im jeweiligen Haushaltsjahr zur Verfügung stehenden pauschalen Fördermitteln und dem Mittelbedarf für den Sockelbetrag durch die Gesamtsumme aller Fallwerte zu teilen.</p>

* Alle Werte aus der Verordnung in Euro umgerechnet (1 EUR = 1,95583 DM).

Sachsen																	
Verordnung vom 15. Juli 1998 i.V. Bekanntmachung vom 16. Dezember 2003																	
Gegenstand der Pauschalförderung	Höhe der Pauschalförderung/ Jahr																
Jahrespauschalen für:	1. Der Sockelbetrag ergibt sich aus dem Sockelwert, Sockelwertfaktor sowie der Anzahl der Planbetten/ tagesklinischen Plätze																
<ul style="list-style-type: none"> ▪ die Wiederbeschaffung einschließlich der Ergänzungsbeschaffung von kurzfristigen Anlagegütern (Einrichtungs- und Ausstattungsgegenstände), ausgenommen Gebrauchs- und Verbrauchsgüter ▪ sonstige nach § 10 Abs. 1 SächsKHG förderfähige Investitionen, wenn die Kosten einschließlich Umsatzsteuer für das einzelne Vorhaben ein Viertel der Jahrespauschalen des einzelnen Krankenhauses gemäß Absatz 3, höchstens jedoch bei Krankenhäusern und Fachabteilungen der 	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 80%;">Sockelbetrag</td> <td style="text-align: right;">406,00 €</td> </tr> <tr> <td>Sockelwertfaktor je Planbett</td> <td style="text-align: right;">1,0</td> </tr> <tr> <td>Sockelwertfaktor je tagesklinischem Platz</td> <td style="text-align: right;">0,5</td> </tr> </table>	Sockelbetrag	406,00 €	Sockelwertfaktor je Planbett	1,0	Sockelwertfaktor je tagesklinischem Platz	0,5										
Sockelbetrag	406,00 €																
Sockelwertfaktor je Planbett	1,0																
Sockelwertfaktor je tagesklinischem Platz	0,5																
<p>Regelversorgung den Betrag von 61.355,04 €</p> <p>Schwerpunktversorgung den Betrag von 102.258,40 €</p> <p>Maximalversorgung den Betrag von 127.823,00 €</p> <p>nicht übersteigen.</p>	<p>2. Die Fachrichtungspauschale für das einzelne Krankenhaus ist das Produkt aus dem Fachrichtungswert, dem Fachrichtungsfaktor und der Anzahl der vorgehaltenen Fachrichtungen.</p> <p>Zur Ermittlung des Fachrichtungswertes ist der Anteil für Fachrichtungspauschalen durch die Gesamtsumme der mit einem Fachrichtungsfaktor gewichteten Fachrichtungen aller Krankenhäuser zu teilen. Der Fachrichtungsfaktor beträgt 1,0, wenn eine Fachrichtung nicht als Belegabteilung geführt wird. Bei Belegabteilungen, die 10 oder mehr Betten vorhalten, beträgt der Fachrichtungsfaktor 0,1. Belegabteilungen mit weniger als 10 Betten werden derzeit nicht berücksichtigt.</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 80%;">Fachrichtungswert</td> <td style="text-align: right;">33.026,00 €</td> </tr> </table> <p>3. Die Fallzahlpauschale ist das Produkt aus Fallwert, Fallwertfaktor und der Fallzahl.</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 80%;">Fallwert</td> <td style="text-align: right;">15,75 €</td> </tr> </table> <p>Der Fallwertfaktor beträgt für</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 80%;">- Krankenhäuser der Regelversorgung</td> <td style="text-align: right;">1,0</td> </tr> <tr> <td>- Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung</td> <td style="text-align: right;">1,5</td> </tr> <tr> <td>- Krankenhäuser der Maximalversorgung</td> <td style="text-align: right;">1,5</td> </tr> <tr> <td>- Fachkrankenhäuser unabhängig von der Versorgungsstufe</td> <td style="text-align: right;">1,5</td> </tr> <tr> <td>- teilstationäre Fälle</td> <td style="text-align: right;">0,5</td> </tr> </table> <p>4. Der Zuschlag für Ausbildungsplätze beträgt je Ausbildungsplatz 51,13 €</p> <p>5. Sonderfestlegungen Es kann ein anderer Betrag als Jahrespauschale festgelegt werden, soweit dies als Erhaltung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses unter Berücksichtigung seiner im Feststellungsbescheid bestimmten Aufgaben notwendig oder ausreichend ist.</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 80%;">Mindestbetrag für jedes förderfähige Krankenhausbett</td> <td style="text-align: right;">1.278,23 €</td> </tr> </table>	Fachrichtungswert	33.026,00 €	Fallwert	15,75 €	- Krankenhäuser der Regelversorgung	1,0	- Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung	1,5	- Krankenhäuser der Maximalversorgung	1,5	- Fachkrankenhäuser unabhängig von der Versorgungsstufe	1,5	- teilstationäre Fälle	0,5	Mindestbetrag für jedes förderfähige Krankenhausbett	1.278,23 €
Fachrichtungswert	33.026,00 €																
Fallwert	15,75 €																
- Krankenhäuser der Regelversorgung	1,0																
- Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung	1,5																
- Krankenhäuser der Maximalversorgung	1,5																
- Fachkrankenhäuser unabhängig von der Versorgungsstufe	1,5																
- teilstationäre Fälle	0,5																
Mindestbetrag für jedes förderfähige Krankenhausbett	1.278,23 €																

Schleswig-Holstein	
Verordnung vom 24. Dezember 1998	
Gegenstand der Pauschalförderung	Höhe der Pauschalförderung/ Jahr
Pauschale Fördermittel auf Antrag für: <ul style="list-style-type: none"> ▪ die Wiederbeschaffung einschließlich der Ergänzungsbeschaffung von kurzfristigen Anlagegütern (Einrichtungs- und Ausstattungsgegenstände), mit Ausnahme von Gebrauchs- und Verbrauchsgütern, ▪ für kleine bauliche Maßnahmen bis zu einem Betrag von 44.686,92 € ohne Umsatzsteuer. 	Sockelbetrag je Bett <ul style="list-style-type: none"> - 45% des sich für das jeweilige Haushaltsjahr für alle zu fördernden Krankenhäuser ergebenden Fördermittelansatzes - Tagesklinikplatz: 0,75 Einheiten eines Planbettes - Zuschlag je Intensivbett 2.045 € Anteiliger Förderbetrag nach Fallzahlen: <ul style="list-style-type: none"> - Gewichtung der Fallzahlen des Krankenhauses mit Fallwertfaktoren für <ul style="list-style-type: none"> ○ Belegkrankenhäuser 0,8 ○ Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung 1,5 ○ alle anderen Krankenhäuser 1,0 - multipliziert mit dem landesweiten Fallwert (berechnet nach § 5 Abs. 1 AG-KHG Schleswig-Holstein) Je besetztem Ausbildungsplatz 76,69 €

Thüringen	
Verordnung vom 6. Dezember 2001	
Gegenstand der Pauschalförderung	Höhe der Pauschalförderung/ Jahr
<p>Jahrespauschalen für:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ die Wiederbeschaffung sowie die Ergänzungsbeschaffung (§9 Abs. 4 KHG) kurzfristiger Anlagegüter, ▪ Baumaßnahmen, deren Anschaffungs- oder Herstellungskosten für die einzelne Maßnahme den in der Rechtsverordnung nach Absatz 4 festgelegten Betrag (Wertgrenze 204.516,80 €*) nicht überschreiten. 	<p>Jahrespauschale</p> <ul style="list-style-type: none"> - je im Jahr 1999 abgeschlossenen Behandlungsfall 40,40 € im Haushaltsjahr 2002 - je im Jahr 1999 abgeschlossenen Behandlungsfall in den im Krankenhausplan eingetragenen Fachabteilungen Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Geriatrie erhöht sich der jährliche Betrag auf 112,50 € im Haushaltsjahr 2002 <p>einen Zuschlag für Ausbildungsstätten für jeden im Krankenhausplan als bedarfsgerecht anerkannten Ausbildungsplatz in Höhe von 102,26 €.</p> <p>Begrenzung der Höhe der Pauschalförderung für Nutzflächen neu in Betrieb genommener Bauvorhaben</p> <ul style="list-style-type: none"> - im ersten Jahr nach Inbetriebnahme auf 50%. - im zweiten Jahr nach Inbetriebnahme auf 65% - im dritten Jahr nach Inbetriebnahme auf 80%

* Alle Werte aus der Verordnung in Euro umgerechnet (1 EUR = 1,95583 DM).

5.5. Bettendichte in den Bundesländern

Tabelle 5.6: Bettenzahl je 10.000 Einwohnern in der Stationären Versorgung

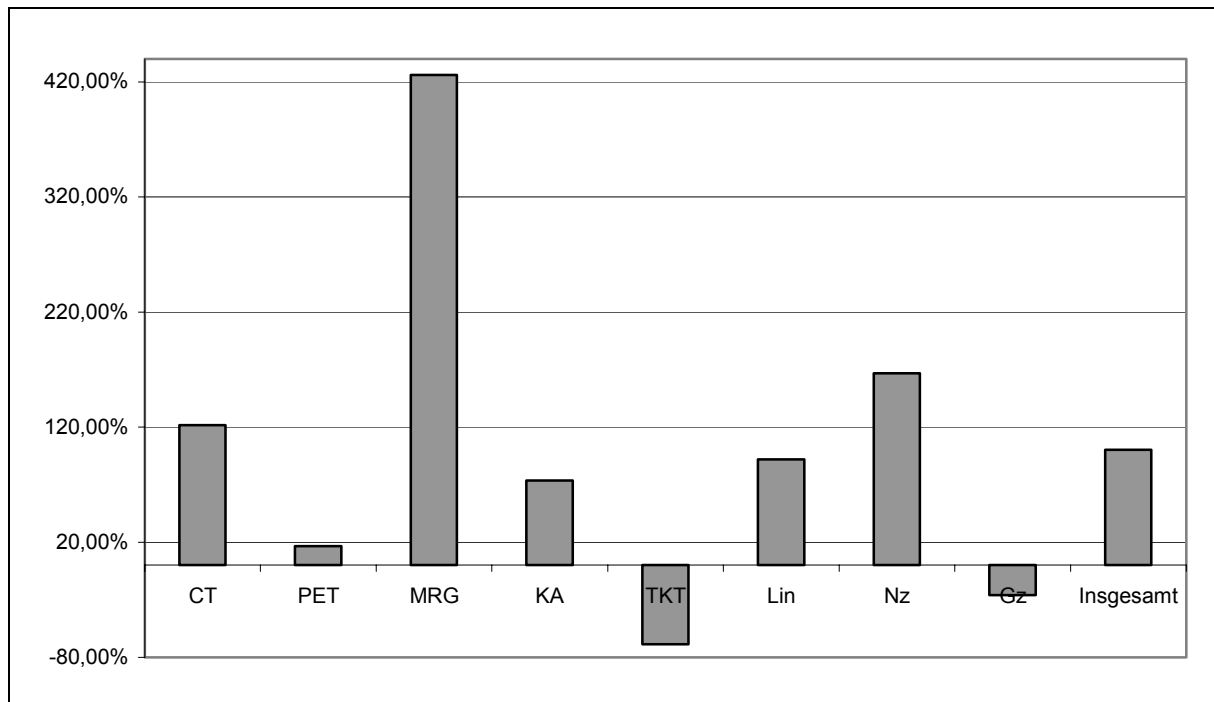
Stationäre Versorgung - Betten je 10.000 Einwohner (in Krankenhäusern)																	
Jahr	D	BW	BAY	B	BR	HB	HH	HE	MVP	NIE	NRW	RP	SAAR	SA	SAA	SH	TH
1994	75,9	66,7	73,2	102,4	69,2	104,1	87,4	70,9	70,3	69,9	85,7	73,3	79,9	69,5	74,1	63,3	76,4
1995	74,6	66,0	72,3	97,3	66,8	102,3	85,3	69,1	68,5	68,9	84,3	72,7	79,6	69,2	71,3	62,6	76,1
1996	72,5	65,2	71,2	83,1	66,3	98,5	86,1	68,5	69,2	65,6	81,3	72,0	78,4	67,6	71,5	59,9	76,3
1997	70,7	64,0	70,2	76,8	65,5	97,3	82,2	67,8	65,7	63,6	78,7	71,0	76,3	67,2	69,8	59,7	75,7
1998	69,7	62,8	69,8	73,5	64,2	96,3	80,7	67,7	64,9	82,7	77,1	70,1	75,3	66,2	69,8	59,5	74,5
1999	68,9	61,8	69,1	71,2	63,3	95,5	80,2	67,1	64,2	61,5	76,0	68,9	75,5	67,0	70,2	60,3	73,1
2000	68,0	61,3	68,3	68,9	62,6	95,0	76,6	65,8	62,6	60,8	75,5	67,5	75,3	66,9	69,9	60,0	72,4
2001	67,0	60,4	67,4	66,8	62,2	91,7	73,8	63,4	63,3	60,2	74,7	65,6	70,7	67,6	70,2	58,7	71,5
Veränderung gegenüber Vorjahr																	
Jahr	D	BW	BAY	B	BR	HB	HH	HE	MVP	NIE	NRW	RP	SAAR	SA	SAA	SH	TH
1995	-1,71%	-1,05%	-1,23%	-4,98%	-3,47%	-1,73%	-2,40%	-2,54%	-2,56%	-1,43%	-1,63%	-0,82%	-0,38%	-0,43%	-3,78%	-1,11%	-0,39%
1996	-2,82%	-1,21%	-1,52%	-14,59%	-0,75%	-3,71%	0,94%	-0,87%	1,02%	-4,79%	-3,56%	-0,96%	-1,51%	-2,31%	0,28%	-4,31%	0,26%
1997	-2,48%	-1,84%	-1,40%	-7,58%	-1,21%	-1,22%	-4,53%	-1,02%	-5,06%	-3,05%	-3,20%	-1,39%	-2,68%	-0,59%	-2,38%	-0,33%	-0,79%
1998	-1,41%	-1,88%	-0,57%	-4,30%	-1,98%	-1,03%	-1,82%	-0,15%	-1,22%	30,03%	-2,03%	-1,27%	-1,31%	-1,49%	0,00%	-0,34%	-1,59%
1999	-1,15%	-1,59%	-1,00%	-3,13%	-1,40%	-0,83%	-0,62%	-0,89%	-1,08%	-25,63%	-1,43%	-1,71%	0,27%	1,21%	0,57%	1,34%	-1,88%
2000	-1,31%	-0,81%	-1,16%	-3,23%	-1,11%	-0,52%	-4,49%	-1,94%	-2,49%	-1,14%	-0,66%	-2,03%	-0,26%	-0,15%	-0,43%	-0,50%	-0,96%
2001	-1,47%	-1,47%	-1,32%	-3,05%	-0,64%	-3,47%	-3,66%	-3,65%	1,12%	-0,99%	-1,06%	-2,81%	-6,11%	1,05%	0,43%	-2,17%	-1,24%
Veränderung gegenüber 1994																	
Jahr	D	BW	BAY	B	BR	HB	HH	HE	MVP	NIE	NRW	RP	SAAR	SA	SAA	SH	TH
1995	-1,71%	-1,05%	-1,23%	-4,98%	-3,47%	-1,73%	-2,40%	-2,54%	-2,56%	-1,43%	-1,63%	-0,82%	-0,38%	-0,43%	-3,78%	-1,11%	-0,39%
1996	-4,48%	-2,25%	-2,73%	-18,85%	-4,19%	-5,38%	-1,49%	-3,39%	-1,56%	-6,15%	-5,13%	-1,77%	-1,88%	-2,73%	-3,51%	-5,37%	-0,13%
1997	-6,85%	-4,05%	-4,10%	-25,00%	-5,35%	-6,53%	-5,95%	-4,37%	-6,54%	-9,01%	-8,17%	-3,14%	-4,51%	-3,31%	-5,80%	-5,69%	-0,92%
1998	-8,17%	-5,85%	-4,64%	-28,22%	-7,23%	-7,49%	-7,67%	-4,51%	-7,68%	18,31%	-10,04%	-4,37%	-5,76%	-4,75%	-5,80%	-6,00%	-2,49%
1999	-9,22%	-7,35%	-5,60%	-30,47%	-8,53%	-8,26%	-8,24%	-5,36%	-8,68%	-12,02%	-11,32%	-6,00%	-5,51%	-3,60%	-5,26%	-4,74%	-4,32%
2000	-10,41%	-8,10%	-6,69%	-32,71%	-9,54%	-8,74%	-12,36%	-7,19%	-10,95%	-13,02%	-11,90%	-7,91%	-5,76%	-3,74%	-5,67%	-5,21%	-5,24%
2001	-11,73%	-9,45%	-7,92%	-34,77%	-10,12%	-11,91%	-15,56%	-10,58%	-9,96%	-13,88%	-12,84%	-10,50%	-11,51%	-2,73%	-5,26%	-7,27%	-6,41%

5.6. Medizinisch-technische Großgeräte in den Bundesländern

Tabelle 5.7: Medizinisch-technische Großgeräte in allen Krankenhäusern im Jahr 2001

	Computer-Tomographen	Positronen-Emissions-Computer-tomographen (PET)	Magnetic-Resonance-Geräte (Kernspintomographien)	Koronarangiographische Arbeitsplätze (Herzkatheter-Messplätze)	Tele-Kobalt-Therapiegeräte	Linear-beschleuniger (Kreis-beschleuniger)	Nierenstein-zertrümmerer	Gallenstein-zertrümmerer	Insgesamt
BW	113	10	67	55	4	44	27	2	322
BAY	141	8	67	77	7	55	33	5	393
B	47	2	25	24	2	18	14	2	134
BR	29	0	8	10	0	8	11	1	67
HB	8	1	2	6	1	4	1	0	23
HH	27	1	13	10	0	8	5	1	65
HE	74	3	32	41	2	24	14	0	190
MVP	26	0	9	8	3	7	7	0	60
NIE	97	5	42	44	6	26	26	0	246
NRW	233	10	87	110	21	76	59	6	602
RP	47	1	20	16	1	10	10	0	105
SAAR	17	1	8	7	1	7	5	0	46
SA	64	1	20	15	0	17	11	0	128
SAA	39	1	12	12	0	9	9	0	82
SH	27	3	13	16	3	8	5	1	76
TH	42	2	17	11	1	13	11	2	99
A. Bu.	831	45	376	406	48	280	199	17	2.202
N. Bu.	200	4	66	56	4	54	49	3	436
Gesamt	1.031	49	442	462	52	334	248	20	2.638

Quelle: Statistisches Bundesamt

Abbildung 5.2: Zu- und Abnahme der medizinisch-technischen Großgeräte von 1991 bis 2001

CT: Computer-Tomograph

PET: Positronen-Emissions-Computer-Tomographen

MRG: Magnetic-Resonance-Geräte (Kernspin-Tomographien)

KA: Koronarangiographische Arbeitsplätze (Herzkatheter-Messplätze)

TKT: Tele-Kobalt-Therapiegeräte

Lin: Linearbeschleuniger (Kreisbeschleuniger)

Nz: Nierensteinzertrümmerer

Gz: Gallensteinzertrümmerer