



DEUTSCHE  
KRANKENHAUS  
GESELLSCHAFT

## **Dezernat II**

### **Krankenhausfinanzierung und -planung**

#### **Bestandsaufnahme zur**

#### **Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung**

#### **in den Bundesländern**

**- Stand: November 2004 -**

Ansprechpartner für  
Rückfragen/Anmerkungen:

Dr. Michael Mörsch  
Referent der DKG  
Dezernat II  
M.Moersch@dkgev.de

## Inhaltsverzeichnis

<b>ABBILDUNGSVERZEICHNIS</b> .....	<b>II</b>
<b>TABELLENVERZEICHNIS</b> .....	<b>II</b>
<b>ABKÜRZUNGEN</b> .....	<b>III</b>
<b>1. EINLEITUNG</b> .....	<b>1</b>
<b>2. RECHTSGRUNDLAGEN</b> .....	<b>2</b>
2.1. KRANKENHAUSFINANZIERUNGSGESETZ (KHG).....	2
2.2. KRANKENHAUSPLANUNG .....	2
2.3. INVESTITIONSFINANZIERUNG .....	3
2.3.1. Einzelförderung .....	3
2.3.2. Pauschalförderung .....	4
2.3.3. Art. 14 Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) .....	4
2.3.4. Rationalisierungsinvestitionen .....	5
2.3.5. Instandhaltungsfinanzierung .....	5
2.3.6. Investitionsförderung nach dem Hochschulbauförderungsgesetz (HBFUG).....	6
<b>3. KRANKENHAUSPLANUNG</b> .....	<b>8</b>
3.1. METHODEN UND GUTACHTEN IN DER KRANKENHAUSPLANUNG .....	8
3.1.1. Die Hill-Burton-Formel.....	8
3.1.2. Dornier/IGES-Gutachten.....	9
3.1.3. IGSF/Beske-Gutachten.....	9
3.1.4. Rüschemann (GSbG)-Gutachten .....	9
3.1.5. BASYS/I+G-Gutachten .....	10
3.2. ENTWICKLUNG DER KRANKENHAUSLANDSCHAFT IN DEUTSCHLAND.....	11
3.3. KRANKENHAUSPLANUNG IN DEN BUNDESLÄNDERN .....	16
3.3.1. Überblick .....	16
3.3.2. Baden-Württemberg .....	18
3.3.3. Bayern .....	18
3.3.4. Berlin.....	19
3.3.5. Brandenburg.....	20
3.3.6. Bremen .....	21
3.3.7. Hamburg .....	21
3.3.8. Hessen .....	22
3.3.9. Mecklenburg-Vorpommern.....	23
3.3.10. Niedersachsen .....	23
3.3.11. Nordrhein-Westfalen .....	24
3.3.12. Rheinland-Pfalz.....	25
3.3.13. Saarland .....	26
3.3.14. Sachsen .....	26
3.3.15. Sachsen-Anhalt.....	26
3.3.16. Schleswig-Holstein .....	27
3.3.17. Thüringen.....	28
3.4. ÜBERSICHT ZUR KRANKENHAUSPLANUNG IN DEN BUNDESLÄNDERN.....	29
3.5. AUSBILDUNGSSTÄTTEN IN DEN KRANKENHAUSPLÄNEN.....	31
3.6. FRÜHREHABILITATION IN DEN KRANKENHAUSPLÄNEN .....	33
3.7. TEILSTATIONÄRE EINRICHTUNGEN UND REGELUNGEN ZU TEILSTATIONÄREN LEISTUNGEN IN DEN KRANKENHAUSPLÄNEN .....	34
<b>4. INVESTITIONSFINANZIERUNG</b> .....	<b>37</b>
4.1. ENTWICKLUNG DER KHG-FÖRDERMITTEL INSGESAMT .....	37
4.2. ENTWICKLUNG DER EINZEL- UND PAUSCHALFÖRDERMITTEL .....	41
4.3. VERORDNUNGEN DER BUNDESLÄNDER ZUR PAUSCHALFÖRDERUNG NACH § 9 Abs. 3 KHG .....	44
<b>5. ANHANG</b> .....	<b>63</b>
5.1. VERSORGUNGSSTUFEN .....	63
5.2. KHG-FÖRDERMITTEL .....	65
5.3. BETTENDICHTE IN DEN BUNDESLÄNDERN .....	70
5.4. MEDIZINISCH-TECHNISCHE GROßGERÄTE IN DEN BUNDESLÄNDERN .....	71

## Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 3.1: INDEXIERTE KRANKENHAUS-, BETTEN-, FALL-, PERSONAL- UND VERWEILDAUERZAHLEN.....	11
ABBILDUNG 3.2: ENTWICKLUNG DER INDEXIERTEN BETTEN-, PFLEGETAGE-, KOSTEN- UND FALLZAHLEN.....	12
ABBILDUNG 3.3: ENTWICKLUNG DER INDEXIERTEN PERSONALZAHLEN, SOWIE PERSONAL- UND SACHKOSTEN	12
ABBILDUNG 3.4: PERSONALKOSTEN JE VOLLKRAFT (IN TSD. €) .....	13
ABBILDUNG 4.1: ENTWICKLUNG DER KHG-MITTEL INSGESAMT (IN PREISEN VON 2000).....	38
ABBILDUNG 4.2: ANTEIL DER KHG-FÖRDERMITTEL AM BRUTTOINLANDSPRODUKT .....	38
ABBILDUNG 4.3: VERGLEICH VON KHG-FÖRDERMITTELN MIT DEM BIP - DEUTSCHLAND .....	39
ABBILDUNG 4.4: VERGLEICH VON KHG-FÖRDERMITTELN MIT DEM BIP - ALTE BUNDESLÄNDER.....	39
ABBILDUNG 4.5: VERGLEICH VON KHG-FÖRDERMITTELN MIT DEM BIP - NEUE BUNDESLÄNDER.....	40
ABBILDUNG 4.6 : ENTWICKLUNG DER KHG-EINZELFÖRDERMITTEL (IN PREISEN VON 2000).....	42
ABBILDUNG 4.7: ENTWICKLUNG DER KHG-PAUSCHALFÖRDERMITTEL (IN PREISEN VON 2000).....	43

## Tabellenverzeichnis

TABELLE 3.1: WICHTIGE DATEN IN DER KRANKENHAUSPLANUNG .....	14
TABELLE 3.2: PERSONAL (VOLLKRÄFTE), PERSONAL-, SACH- UND PERSONALKOSTEN JE VOLLKRAFT .....	15
TABELLE 3.3: DATEN ZUR KRANKENHAUSPLANUNG IN DEN BUNDESLÄNDERN .....	16
TABELLE 3.4: LEISTUNGSDATEN IM ÜBERBLICK.....	17
TABELLE 3.5: ZUSAMMENFASSUNG DER KRANKENHAUSPLÄNE IN DEN BUNDESLÄNDERN.....	29
TABELLE 3.6: AUSBILDUNGSSTÄTTEN IN DEN KRANKENHAUSPLÄNEN.....	31
TABELLE 3.7: FRÜHREHABILITATION IN DEN KRANKENHAUSPLÄNEN .....	33
TABELLE 3.8: TEILSTATIONÄRE EINRICHTUNGEN UND REGELUNGEN ZU TEILSTATIONÄREN LEISTUNGEN IN DEN KRANKENHAUSPLÄNEN.....	34
TABELLE 4.1: ÜBERBLICK ÜBER DIE ENTWICKLUNG DER KHG-FÖRDERMITTEL INSGESAMT .....	37
TABELLE 4.2: ÜBERBLICK ÜBER DIE ENTWICKLUNG DER KHG-MITTEL ZUR EINZELFÖRDERUNG.....	41
TABELLE 4.3: ÜBERBLICK ÜBER DIE ENTWICKLUNG DER KHG-MITTEL ZUR PAUSCHALFÖRDERUNG.....	43
TABELLE 5.1: VERSORGUNGSSTUFEN DER BUNDESLÄNDER .....	63
TABELLE 5.2: KHG-FÖRDERMITTEL INSGESAMT .....	65
TABELLE 5.3: KHG-MITTEL INSGESAMT – REALE VERÄNDERUNG GEGENÜBER 1991 .....	66
TABELLE 5.4: KHG-FÖRDERMITTEL, PAUSCHALFÖRDERUNG .....	67
TABELLE 5.5: KHG-FÖRDERMITTEL, EINZELFÖRDERUNG .....	68
TABELLE 5.6: ENTWICKLUNG VON KHG-FÖRDERMITTELN UND BIP SEIT 1991 .....	69
TABELLE 5.7: BETTENZAHL JE 10.000 EINWOHNERN IN DER STATIONÄREN VERSORGUNG .....	70
TABELLE 5.8: MEDIZINISCH-TECHNISCHE GROßGERÄTE IN ALLEN KRANKENHÄUSERN IM JAHR 2001.....	71

## Abkürzungen

Abs.	Absatz
ABL	Alte Bundesländer
AOLG	Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden
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
LKHG	Landeskrankenhausgesetz

Mio.	Millionen
Mrd.	Milliarden
MVP	Mecklenburg-Vorpommern
NBL	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

Zum 01. Januar 2004 (optional zum Januar 2003) wurde die Vergütung von Krankenhausleistungen auf ein pauschaliertes System (DRGs) umgestellt. Welche konkreten Auswirkungen dies auf die Krankenhausplanung und die Finanzierung von Krankenhausinvestitionen mittel- bis langfristig haben wird, ist derzeit kaum absehbar. Umso wichtiger ist die Kenntnis der aktuellen Entwicklungen. Die vorliegende Bestandsaufnahme gibt daher einen umfassenden Überblick über den derzeitigen Stand der Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern.

Neben neu herausgegebenen bzw. fortgeschriebenen Krankenhausplänen sind insbesondere die aktuellen Zahlen zur Entwicklung der KHG-Fördermittel sowie aktualisierte Daten des Statistischen Bundesamtes in die Überarbeitung der letztjährigen Bestandsaufnahme eingeflossen. Da sich die Rechtsgrundlagen der Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung kaum verändert haben, wurde Kapitel 2 bis auf einige redaktionelle Änderungen aus dem Vorjahr übernommen.

Der Überblick über die Krankenhauspläne (Kapitel 3) macht deutlich, dass die Einführung des DRG-Systems bislang in keinem Bundesland zu einer grundlegenden Reform der Krankenhausplanung geführt hat. Ein Wandel von der Betten- zur Leistungsplanung, wie er vielerorts prognostiziert wurde, hat sich bislang in keinem Krankenhausplan niedergeschlagen. Aufgrund der nach wie vor bestehenden Unschärfen des neuen Vergütungssystems und der bislang unzureichenden Datenlage erscheint eine abschließende Entscheidung über die zukünftige Ausgestaltung der Krankenhausplanung derzeit auch kaum sinnvoll.

Darüber hinaus zeigt sich, dass sich der schon in den letzten Jahren unter der Planungshoheit der zuständigen Landesministerien vollzogene massive Bettenabbau ungebremst fortgesetzt hat. Nicht nur fortgesetzt, sondern sogar noch beschleunigt hat sich der schon seit langem zu beobachtende Trend zur Reduzierung der KHG-Fördermittel. Dass die Länder ihren Verpflichtungen auf dem Gebiet der Investitionsförderung in den vergangenen Jahren immer weniger nachgekommen sind, spiegeln die Darstellungen in Kapitel 4, das gegenüber der Bestandsaufnahme des Vorjahres um einige Indikatoren erweitert wurde, deutlich wider.

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

## **2. Rechtsgrundlagen**

### **2.1. Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)**

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 Betriebskosten 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 Vielfalt der Krankentuäger und damit das Bestehen öffentlicher, freigemeinnütziger und auch privater Krankenhäuser gefördert werden. Die Rechtsform eines 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 Krankenhausgesetze 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.

### **2.2. 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 Kran-

kenhausplan. Die endgültige Entscheidung darüber obliegt der zuständigen Behörde des jeweiligen Bundeslandes.

Die nähere Ausgestaltung und Form der Krankenhauspläne wird in den individuellen Landeskrankenhausgesetzen der Länder geregelt. Einzelheiten aus diesen Gesetzen werden zum Teil in den Abschnitten 3.3.2 bis 3.3.17, der Beschreibung landesspezifischer Details im Krankenhausplan, erläutert.

### **2.3. 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. Jedes Bundesland hat danach einen Investitionsplan aufzustellen. 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 2.3.1, 2.3.2 bzw. 2.3.3 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.

#### **2.3.1. 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.

### **2.3.2. 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 Verordnungen der Bundesländer zur Pauschalförderung ist Kapitel 4.3 zu entnehmen.

### **2.3.3. 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 (ursprünglich) 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 Solidarpaktführungsgesetzes (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. Der Investitionszuschlag beträgt 5,62 Euro für jeden Berechnungstag eines tagesgleichen Pflegesatzes, bei Fallpauschalen für die entsprechenden Belegungstage. Er wird zur Finanzierung von Zinskosten von Darlehen oder von entsprechenden Kosten anderer privatwirtschaftlicher Finanzierungsformen oder für eine unmittelbare Investitionsfinanzierung verwendet und soll bis zum Jahr 2014 erhoben werden. Nähere Details regelt die Landesebene.

### **2.3.4. Rationalisierungsinvestitionen**

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

### **2.3.5. 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 Pauschalförderung trägt.

### **2.3.6. 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 1,5 Mio. € übersteigen;
- Beschaffung der gesondert im Rahmenplan ausgewiesenen Großgeräte für Ausbildung und Forschung, wenn die Kosten für das einzelne Gerät einschließlich Zubehör an Universitäten 125.000 €, an anderen Hochschulen 75.000 € übersteigen;
- Beschaffungen im Rahmen von Vorhabenprogrammen.

In einem von Bund und Ländern aufzustellenden Rahmenplan sind gemäß § 6 HBFG Angaben zu

- dem gegenwärtigen Ausbaustand und die dem 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 (§ 8 HBFG). Für die gemeinsame Rahmenplanung bilden die Bundesregierung und die Landesregierungen nach § 7 HBFG einen Planungsausschuss, der bereits seit mehreren Jahren aktiv ist.

### 3. Krankenhausplanung

#### 3.1. 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 muss. 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.

##### 3.1.1. 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:

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

### 3.1.2. 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.

### 3.1.3. 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.

### 3.1.4. 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.

### **3.1.5. BASYS/I+G-Gutachten**

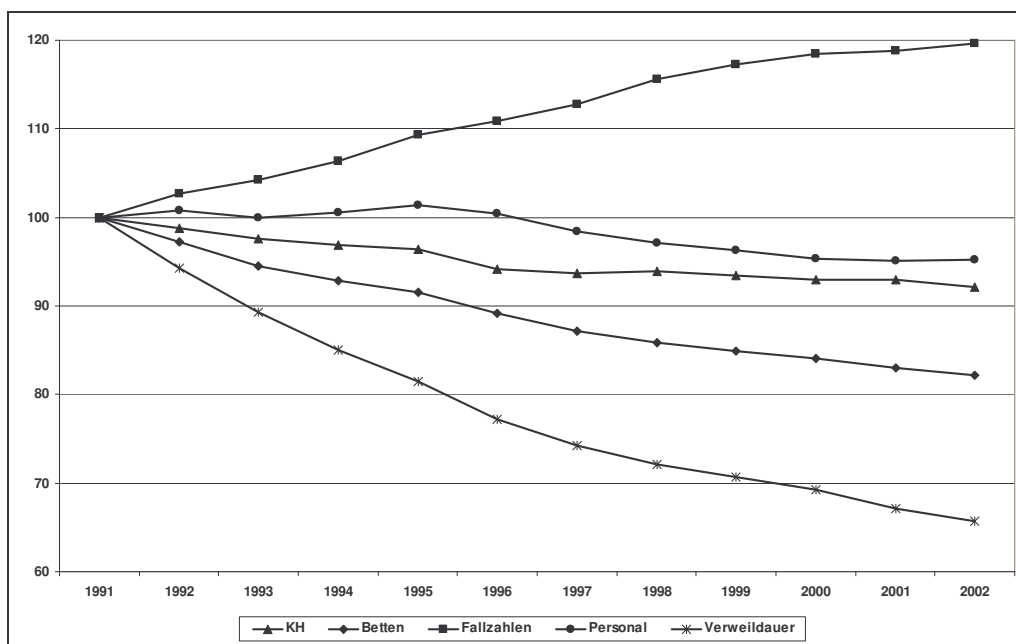
Das von der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen in Auftrag gegebene Gutachten von BASYS und I+G ähnelt dem bereits beschriebenen IGSF-Gutachten, das aus zwei Schritten besteht, die beide übernommen werden. Der Unterschied liegt darin, dass nicht nur die krankenhausesbezogene Morbidität, sondern 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.

### 3.2. Entwicklung der Krankenhauslandschaft in Deutschland

Die Entwicklung der Krankenhauslandschaft in Deutschland ist von einem deutlichen Abbau von Betten, aber auch von Krankenhäusern selbst, geprägt (vgl. dazu Abbildung 3.1). So ging die Zahl der Krankenhäuser von 1991 bis 2002 von 2.411 auf 2.221 um 8% zurück. Im gleichen Zeitraum fiel der Bestand an Betten von 665.565 auf 547.284 und damit um 18%. Dies entspricht einem durchschnittlichen Bettenabbau von 1,76% jährlich.

Einen, wenn auch nicht im gleichen Ausmaß, ähnlichen Verlauf weist die Entwicklung der Personalkräfte (Vollkräfte) in den Krankenhäusern auf. Der durchschnittliche Bestand ist von 1991 bis 2002 um 5% gesunken. Die Verweildauer konnte um 37% von 14,0 auf 9,2 Tage gesenkt werden. Im gleichen Zeitraum stiegen jedoch die Fallzahlen in den Krankenhäusern um 20% an. Einen Überblick über die Entwicklung der Werte der beschriebenen Kategorien kann den Tabellen 3.1 und 3.2 am Ende dieses Abschnittes entnommen werden.

Abbildung 3.1: Indexierte Krankenhaus-, Betten-, Fall-, Personal- und Verweildauerzahlen

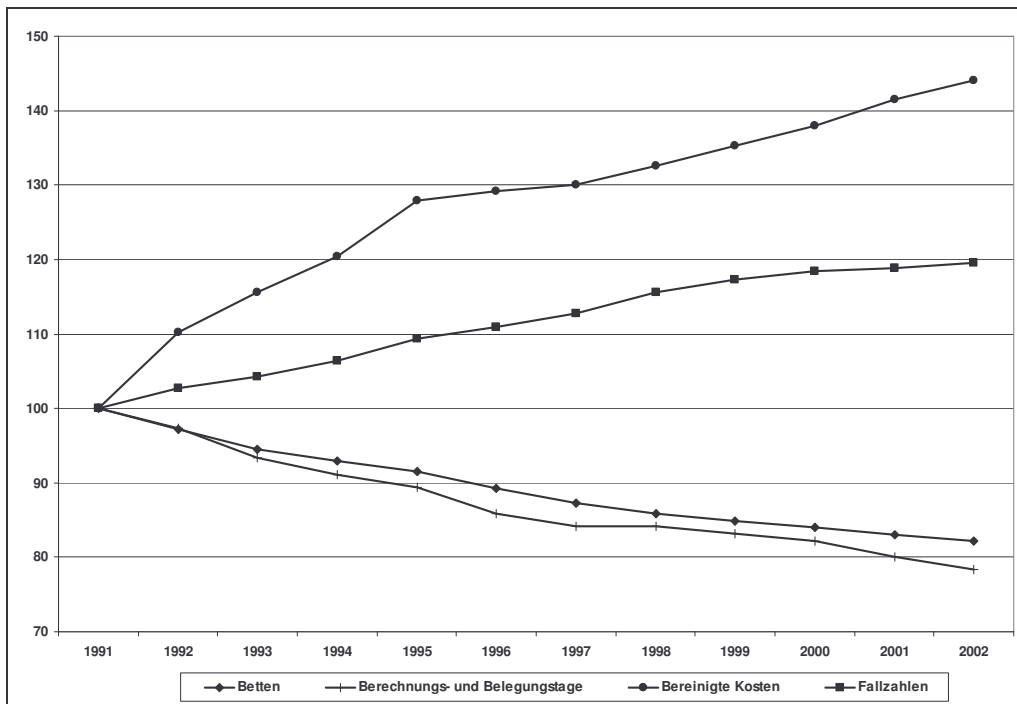


Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen

Abbildung 3.2 verdeutlicht, dass trotz fallender Bettenzahl und trotz des Rückganges der Anzahl der Berechnungs- und Belegungstage, die im Jahr 2002 gegenüber 1991 um 22% zurückgegangen sind, die bereinigten Kosten<sup>1</sup> zunehmen. Dieser Anstieg der bereinigten Kosten ist zum einen auf die stark gestiegenen Fallzahlen zurückzuführen. Verantwortlich sind unter anderen aber auch die durch den medizinisch-technischen Fortschritt der vergangenen Jahre deutlich verbesserten Behandlungsmöglichkeiten.

<sup>1</sup> Das Statistische Bundesamt grenzt die „bereinigten Kosten“ wie folgt ab: „Für die Ermittlung der bereinigten (pflegesatzfähigen) Kosten werden von den Netto-Gesamtkosten (Gesamtkosten abzüglich nichtstationärer Kosten wie Kosten für Forschung und Lehre sowie Ambulanz) sämtliche Kosten für Leistungen abgezogen, die nicht über Pflegesätze vergütet werden. Es handelt sich dabei insbesondere um Abzüge für vor- und nachstationäre Behandlung, ärztliche und nichtärztliche Wahlleistungen und belegärztliche Leistungen (nicht gesondert erhoben).“

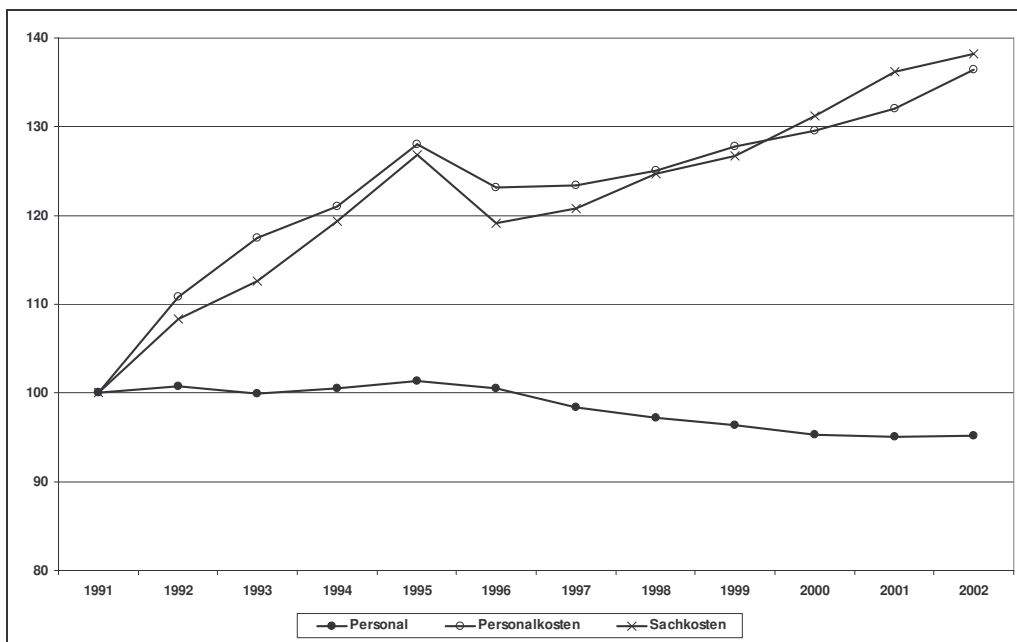
Abbildung 3.2: Entwicklung der indexierten Betten-, Pflegetage-, Kosten- und Fallzahlen



Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen

Abbildung 3.3 stellt die Entwicklung des Personalbestandes der Entwicklung der Personal- und Sachkosten gegenüber.<sup>2</sup> Wie der Abbildung zu entnehmen ist, verlaufen die Personal- und Sachkosten annähernd identisch. Die Entwicklungen des Personalbestandes und der Kosten verlaufen jedoch gegensätzlich.

Abbildung 3.3: Entwicklung der indexierten Personalzahlen, sowie Personal- und Sachkosten



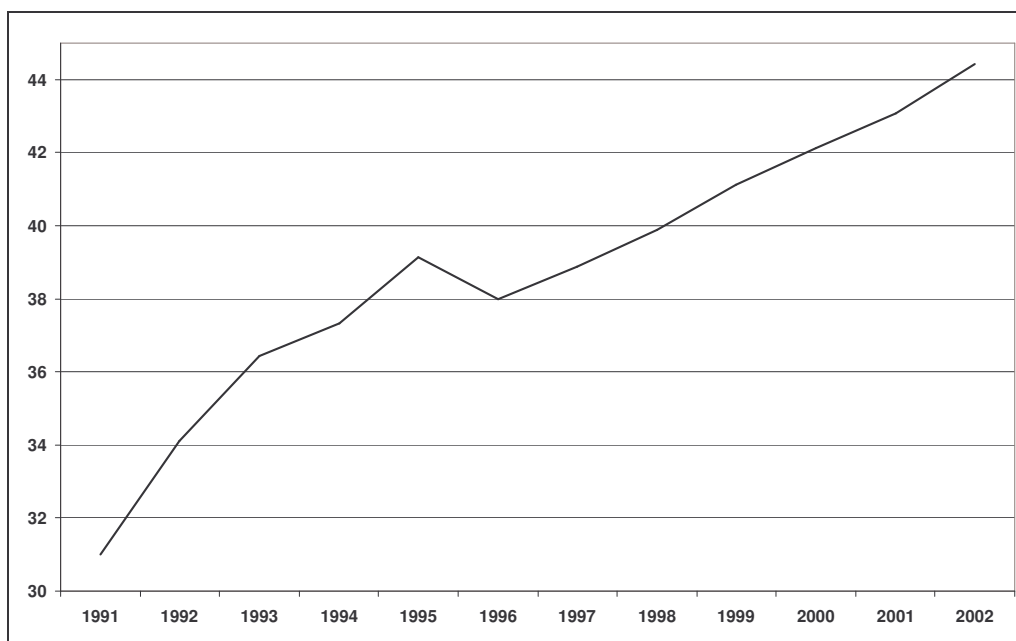
Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen

<sup>2</sup> Weitere Daten sind den Tabellen 3.1 und 3.2 zu entnehmen.

Wie aus Abbildung 3.3 ersichtlich ist, sinkt der Personalbestand zwischen 1991 und 2002 um 5%. Die Personalkosten steigen im gleichen Zeitraum jedoch um 36% (Sachkosten 38%) an. Für den Verlauf der Personalkosten können vor allem drei 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 sowie die gestiegenen Sozialversicherungsbeiträge wider.

Eine Bestätigung der Annahme, dass der Abbau von Personal zwangsläufig mit einer Senkung der Gesamtkosten einhergeht, leistet die Abbildung nicht. Vielmehr ist davon auszugehen, dass ein Großteil des Personalabbaus in erster Linie zu einer Verlagerung innerhalb der Gesamtkosten geführt hat. So kann zwar beispielsweise ein mit dem Outsourcen der krankenhauseigenen Küche verbundener Personalabbau zu einer Senkung der Personalkosten beitragen, doch steht diesem notwendiger Weise ein Anstieg der Sachkosten gegenüber. Darüber hinaus ist festzustellen, dass es sich bei dem abgebauten Personal zumeist überwiegend um Personal niedriger Vergütungsgruppen handelt, während das ärztliche und Pflege-Personal, das den Großteil an den Personalkosten ausmacht, im Regelfall eher nicht betroffen ist. Einen Beleg dafür bietet die Abbildung 3.4, die die Entwicklung der durchschnittlichen Personalkosten je Vollkraft wiedergibt. Von 1991 bis 2002 sind die Personalkosten je Vollkraft um 43% gestiegen.

**Abbildung 3.4: Personalkosten je Vollkraft (in Tsd. €)**



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 verbesserten Ausstattung der Krankenhäuser mit medizinisch-technischen Großgeräten zu sehen. Einen Überblick über den Bestand an medizinisch-technischen Großgeräten in den Krankenhäusern im Jahr 2002 gibt Tabelle 5.8 im Anhang.

Tabelle 3.1: Wichtige Daten in der Krankenhausplanung

<b>Entwicklung seit 1991</b>						
Jahr	Kranken- häuser	Aufgestellte Betten	Berechnungs- und Belegungs- tage in 1.000	Personal (Vollkräfte)	Fallzahlen	durchschnittl. Verweildauer (in Tagen)
1991	2.411	665.565	204.204	875.816	14.576.613	14,0
1992	2.381	646.995	198.769	882.449	14.974.845	13,2
1993	2.354	628.658	190.741	875.115	15.191.174	12,5
1994	2.337	618.176	186.049	880.150	15.497.702	11,9
1995	2.325	609.123	182.627	887.564	15.931.168	11,4
1996	2.269	593.743	175.247	880.000	16.165.019	10,8
1997	2.258	580.425	171.837	861.549	16.429.031	10,4
1998	2.263	571.629	171.802	850.948	16.847.477	10,1
1999	2.252	565.268	169.696	843.452	17.092.707	9,9
2000	2.242	559.651	167.789	834.585	17.262.929	9,7
2001	2.240	552.680	163.536	832.530	17.325.083	9,4
2002	2.221	547.284	159.904	833.541	17.432.272	9,2
<b>Veränderung gegenüber dem Vorjahr</b>						
Jahr	Kranken- häuser	Aufgestellte Betten	Berechnungs- und Belegungstage	Personal (Vollkräfte)	Fallzahlen	durchschnittl. Verweildauer (in Tagen)
1991						
1992	-1,24%	-2,79%	-2,66%	0,76%	2,73%	-5,71%
1993	-1,13%	-2,83%	-4,04%	-0,83%	1,44%	-5,30%
1994	-0,72%	-1,67%	-2,46%	0,58%	2,02%	-4,80%
1995	-0,51%	-1,46%	-1,84%	0,84%	2,80%	-4,20%
1996	-2,41%	-2,52%	-4,04%	-0,85%	1,47%	-5,26%
1997	-0,48%	-2,24%	-1,95%	-2,10%	1,63%	-3,70%
1998	0,22%	-1,52%	-0,02%	-1,23%	2,55%	-2,88%
1999	-0,49%	-1,11%	-1,23%	-0,88%	1,46%	-1,98%
2000	-0,44%	-0,99%	-1,12%	-1,05%	1,00%	-2,02%
2001	-0,09%	-1,25%	-2,53%	-0,25%	0,36%	-3,09%
2002	-0,85%	-0,98%	-2,22%	0,12%	0,62%	-2,13%
<b>Daten indiziert (1991 = 100)</b>						
Jahr	Kranken- häuser	Aufgestellte Betten	Berechnungs- und Belegungstage	Personal (Vollkräfte)	Fallzahlen	durchschnittl. Verweildauer (in Tagen)
1991	100	100	100	100	100	100
1992	99	97	97	101	103	94
1993	98	94	93	100	104	89
1994	97	93	91	100	106	85
1995	96	92	89	101	109	81
1996	94	89	86	100	111	77
1997	94	87	84	98	113	74
1998	94	86	84	97	116	72
1999	93	85	83	96	117	71
2000	93	84	82	95	118	69
2001	93	83	80	95	119	67
2002	92	82	78	95	120	66
<b>Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen</b>						

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

<b>Entwicklung seit 1991</b>						
Jahr	Bereinigte Kosten	Personal-kosten	Sachkosten	Personal (Vollkräfte)	Verhältnis Pk/Sk	Personal-kosten pro Kopf
1991	37.420.720	27.147.039	13.272.833	875.816	67,16%	31,00
1992	41.266.737	30.100.433	14.373.786	882.449	67,68%	34,11
1993	43.268.287	31.881.926	14.944.961	875.115	68,08%	36,43
1994	45.072.329	32.845.702	15.837.711	880.150	67,47%	37,32
1995	47.846.083	34.738.968	16.828.410	887.564	67,37%	39,14
1996	48.359.230	33.437.841	15.816.378	880.000	67,89%	38,00
1997	48.684.661	33.499.157	16.026.491	861.549	67,64%	38,88
1998	49.629.682	33.942.425	16.558.408	850.948	67,21%	39,89
1999	50.599.457	34.693.182	16.826.417	843.452	67,34%	41,13
2000	51.603.474	35.168.197	17.414.487	834.585	66,88%	42,14
2001	52.940.317	35.861.114	18.075.259	832.530	66,49%	43,07
2002*	53.916.848	37.031.765	18.346.388	833.541	66,87%	44,43
<b>Veränderung gegenüber dem Vorjahr</b>						
Jahr	Bereinigte Kosten	Personal-kosten	Sachkosten	Personal (Vollkräfte)	Verhältnis Pk/Sk	Personal-kosten pro Kopf
1991						
1992	10,28%	10,88%	8,29%	0,76%	0,77%	10,05%
1993	4,85%	5,92%	3,97%	-0,83%	0,60%	6,81%
1994	4,17%	3,02%	5,97%	0,58%	-0,91%	2,43%
1995	6,15%	5,76%	6,26%	0,84%	-0,15%	4,88%
1996	1,07%	-3,75%	-6,01%	-0,85%	0,78%	-2,92%
1997	0,67%	0,18%	1,33%	-2,10%	-0,37%	2,33%
1998	1,94%	1,32%	3,32%	-1,23%	-0,63%	2,59%
1999	1,95%	2,21%	1,62%	-0,88%	0,19%	3,12%
2000	1,98%	1,37%	3,49%	-1,05%	-0,68%	2,45%
2001	2,59%	1,97%	3,79%	-0,25%	-0,59%	2,22%
2002	1,84%	3,26%	1,50%	0,12%	0,58%	3,14%
<b>Daten indexiert (1991 = 100)</b>						
Jahr	Bereinigte Kosten	Personal-kosten	Sachkosten	Personal (Vollkräfte)	Verhältnis Pk/Sk	Personal-kosten pro Kopf
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	100	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
2002	144	136	138	95	100	143
Alle Kosten jeweils in Tsd. Euro						
* Personal- und Sachkosten sowie Bereinigte Kosten 2002: eigene Schätzung						
<b>Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen</b>						

### 3.3. Krankenhausplanung in den Bundesländern

#### 3.3.1. Überblick

Bevor in den Abschnitten 3.3.2 bis 3.3.17 näher auf die Krankenhausplanung in den einzelnen Bundesländern eingegangen wird, fassen die Tabellen 3.3 und 3.4 die wesentlichen Landesdaten zur KH-Planung zusammen.

**Tabelle 3.3: Daten zur Krankenhausplanung in den Bundesländern**

	Krankenhäuser		Betten		Personal (Vollkräfte)	
	2002	Entwicklung seit 1991	2002	Entwicklung seit 1991	2002	Entwicklung seit 1991
<b>BW</b>	325	2,8%	63.677	-7,7%	101.130	-2,7%
<b>BAY</b>	400	-5,7%	82.540	-6,1%	128.101	9,0%
<b>B</b>	67	-35,6%	21.404	-46,3%	41.382	-28,2%
<b>BR</b>	51	-23,9%	16.058	-29,9%	21.323	-17,2%
<b>HB</b>	16	6,7%	6.012	-17,7%	9.589	-2,1%
<b>HH</b>	35	-16,7%	12.503	-18,2%	20.431	-15,5%
<b>HE</b>	183	-2,7%	38.267	-12,3%	59.042	-2,6%
<b>MVP</b>	36	-23,4%	10.859	-32,2%	17.767	-22,2%
<b>NIE</b>	213	-4,1%	47.528	-14,8%	71.609	-5,2%
<b>NRW</b>	461	-4,9%	134.071	-16,3%	185.385	-4,4%
<b>RP</b>	111	-4,3%	26.387	-8,9%	39.238	11,2%
<b>SAAR</b>	28	-6,7%	7.497	-20,8%	13.064	0,3%
<b>SA</b>	88	-21,4%	29.291	-31,5%	42.065	-16,5%
<b>SAA</b>	54	-23,9%	17.765	-30,5%	27.231	-13,1%
<b>SH</b>	104	1,0%	16.446	-9,6%	26.229	3,3%
<b>TH</b>	49	-29,0%	16.979	-25,4%	23.956	-16,7%

Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen

Tabelle 3.4: Leistungsdaten im Überblick

	Fallzahlen		Verweildauer		Bettendichte		Nutzungs- grad
	2002	Entwicklung seit 1991	2001	Entwicklung seit 1991	2002	Entwicklung seit 1994	2002
<b>BW</b>	1.973.106	22,0%	9,2	- 25,00%	59,9	-10,2%	78,3
<b>BAY</b>	2.668.938	29,4%	9,1	- 25,19 %	66,8	-8,7%	81,0
<b>B</b>	694.027	17,8%	9,3	- 52,58%	63,1	-38,4%	82,7
<b>BR</b>	515.933	36,3%	9,3	- 38,75%	62,1	-10,3%	82,2
<b>HB</b>	196.320	23,4%	8,8	- 34,69%	91,1	-12,5%	79,0
<b>HH</b>	388.926	17,6%	9,3	- 29,93%	72,4	-17,2%	79,4
<b>HE</b>	1.206.909	19,6%	9,0	- 28,89%	62,9	-11,3%	78,0
<b>MVP</b>	396.572	17,8%	8,1	- 36,09%	62,0	-11,8%	81,3
<b>NIE</b>	1.565.005	21,7%	9,1	- 29,20 %	59,6	-14,7%	81,7
<b>NRW</b>	4.104.529	23,5%	9,4	- 33,55%	74,2	-13,4%	78,9
<b>RP</b>	845.049	21,6%	8,7	- 29,55%	65,1	-11,2%	75,9
<b>SAAR</b>	266.245	18,3%	8,6	- 33,33%	70,4	-11,9%	83,6
<b>SA</b>	906.608	41,4%	9,8	- 44,57%	67,1	-3,4%	83,4
<b>SAA</b>	582.844	28,9%	9,0	- 39,35%	69,3	-6,5%	80,4
<b>SH</b>	580.256	38,7%	8,7	- 30,71%	58,5	-7,6%	84,1
<b>TH</b>	541.008	34,6%	9,3	- 36,36%	70,7	-7,5%	81,2

Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen

### 3.3.2. Baden-Württemberg

Der Krankenhausplan für das Land Baden-Württemberg wird vom Sozialministerium in enger Zusammenarbeit mit dem Landeskrankenhausausschuss erstellt (§ 4 LKHG). Er bildet Versorgungsgebiete und ordnet die bedarfsgerechten Krankenhäuser in ein gegliedertes Versorgungssystem verschiedener Leistungsstufen ein. Für Fachkrankenhäuser und besondere zentrale Krankeneinrichtungen kann hiervon abgesehen werden. Das Versorgungssystem umfasst neben der Akutversorgung auch die Nachsorge in Krankenhäusern.

Die Bedarfsberechnung erfolgt auf Basis der Hill-Burton-Formel 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 und die psychotherapeutische Medizin.

**Aktueller Krankenhausplan:** Krankenhausplan 2000 (Bekanntmachung des Sozialministeriums Baden-Württemberg vom 14.04.2000, Nr. 56-5442-4.9 im Staatsanzeiger von Baden-Württemberg Nr. 15/2000 vom 25.04.2000, online abrufbar unter: <http://www.sozialministerium-bw.de>)

### 3.3.3. Bayern

Der Krankenhausplan stellt die für die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser nach Standort, Bettenzahl und Fachrichtung sowie Versorgungsstufen dar. Krankenhausplanungsbehörde ist das Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung. 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.

Der Krankenhausplan kann durch Fachprogramme, die besondere Teile des Krankenhausplans sind, ergänzt werden. Aktuell gelten der Dialyseversorgungsplan für den stationären und ambulanten Sektor, das Programm für die stationäre Versorgung und Rehabilitation von Schlaganfallpatienten und Schädel-Hirn-Verletzten (einschl. Stroke Units). Ein Planungsvorbehalt gilt außerdem für die neonatologische Versorgung und für Zentren für Schwerbrandverletzte.

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

**Aktueller Krankenhausplan:** Krankenhausplan des Freistaates Bayern, 29. Fortschreibung, Stand: 1. Januar 2004 (Bekanntmachung im Bayerischen Staatsanzeiger Nr. 9/2004 vom 27. Februar 2004, online abrufbar unter: <http://www.stmas.bayern.de/krankenhaus/plan/index.htm>)

### 3.3.4. Berlin

Der Krankenhausplan und die Investitionsprogramme werden nach § 4 LKG vom Senat aufgestellt und fortgeschrieben, nachdem sie dem Abgeordnetenhaus zur Kenntnis gebracht 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), die morbiditätsorientierte 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 letzte Fortschreibung des Krankenhausplans basiert u. a. auf Analysen von Krankenhausplänen anderer Bundesländer sowie auf den L4- und L5-Statistiken der Berliner Krankenhäuser des Jahres 2001.

Der vorgegebene Auslastungsrad liegt bei 85%. Ausnahmen sind: die Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik/Psychotherapeutische Medizin mit 90% sowie pädiatrische und kinderchirurgische Abteilungen mit 75%.

Besondere strukturelle Festlegungen gelten derzeit für die folgenden Versorgungsbereiche: Notfallversorgung, Tumorversorgung, Perinatalzentren und neonatologische Versorgung, Kinderchirurgie, Gefäßchirurgie, Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, hochschulmedizinische Angebote / Universitätsklinika.

Hat ein Krankenhaus im Land Berlin auch für die Versorgung der Bevölkerung des Landes Brandenburg wesentliche Bedeutung, so wird die Krankenhausplanung insoweit zwischen den beteiligten Ländern abgestimmt.

**Aktueller Krankenhausplan:** Fortschreibung des Krankenhausplans 1999 (gemäß Senatsbeschluss vom 13. Mai 2003, online abrufbar unter: <http://www.berlin.de/sengsv>)

### 3.3.5. Brandenburg

Das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen stellt nach Anhörung des zuständigen Ausschusses des Landtages einen Krankenhausplan auf und schreibt ihn fort. Der Krankenhausplan weist die für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlichen Krankenhäuser nach Standort, Träger, Abteilungen mit der Bettenzahl, Versorgungsgebieten und kreisfreien Städten und Kreisen aus. Die bedarfsgerechten Krankenhäuser ordnet er in ein abgestuftes Versorgungssystem in den derzeit fünf Versorgungsgebieten ein.

Bei der Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplanes wirken in jedem Versorgungsgebiet gebildete Konferenzen und die Landeskonferenz für Krankenhausplanung mit. Die Gebietskonferenzen haben insbesondere die Aufgabe, dem zuständigen 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 zum Abschluss von Investitionsverträgen.

Die aktuelle Fortschreibung des Zweiten Krankenhausplans 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. Rüschnann vorgelegten Gutachtens  $\Rightarrow$  Ermittlung der zukünftigen Bettenzahlen (Korridor-Quoten) in den einzelnen Fachgebieten in der jeweiligen Region (Bettenabbauzahlen waren geringer als die Rüschnann-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 Vereinbarungsergebnissen der Budgetrunde des Jahres 2001  $\Rightarrow$  Modifikationen, wenn nötig
4. Vergleich der Ergebnisse mit den aktuellen Leistungszahlen von 2001 und gegebenenfalls Korrektur einiger Ergebnisse  $\Rightarrow$  Vorschlag durch das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen

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

Der vorgegebene Auslastungsgrad beträgt 85%. Eine Ausnahme besteht für die Kinderheilkunde (80%). Besondere Erwähnung finden die Regelungen für medizinisch-technische Großgeräte, Rheuma-, Perinatal- und Tumorzentren.

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

**Aktueller Krankenhausplan:** Zweiter Krankenhausplan des Landes Brandenburg, Erste Fortschreibung (Beschluss der Landesregierung vom 17. Dezember 2002,

Amtsblatt für Brandenburg Nr. 7 vom 19. Februar 2003, online abrufbar unter:  
<http://www.brandenburg.de>)

### 3.3.6. 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 aktuellen Krankenhausplanes verlief in drei Phasen. In der ersten Phase erstellte der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales einen Rahmenplan. Dieser wurde in der zweiten Phase durch Vorschläge der Selbstverwaltung zur Konkretisierung des Leistungsspektrums einschließlich der krankenhausbefugten Maßnahmen ergänzt. Im Anschluss (3. Phase) an diese Phase wurde der endgültige Krankenhausplan vom Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales veröffentlicht. Alle drei Phasen wurden 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%.

Eine besondere Erwähnung findet die Regelung von Stroke Units und eines Herzzentrums. Für die zukünftige Krankenhausplanung ist beabsichtigt, eine länderübergreifende Planung in Kooperation mit dem Bundesland Niedersachsen zu intensivieren.

**Aktueller Krankenhausplan:** Krankenhausplan 2002-2005 (Amtsblatt der Freien Hansestadt Bremen Nr. 45 vom 04. Juni 2003, Regionalteil Stadt Bremen, S. 335 sowie Amtsblatt der Freien Hansestadt Bremen Nr. 66 vom 07. Juli 2004, Regionalteil Stadt Bremerhaven, S. 389, online abrufbar unter:  
<http://www.bremen.de/gesundheits senator>)

### 3.3.7. 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 84,6%. 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.

**Aktueller Krankenhausplan:** Krankenhausplan 2005 der Freien und Hansestadt Hamburg (letzte Anpassung des Krankenhausplans 2005: Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg, 18. Wahlperiode, Drucksache 18/58 vom 30.03.2004, online abrufbar unter: <http://fhh.hamburg.de/stadt/Aktuell/behoerden/wissenschaft-gesundheit/gesundheits/krankenhaeuser/planung/start.html>)

### 3.3.8. 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 besteht aus allgemeinen Rahmenvorgaben, den Anforderungen an die ortsnahe Notfallversorgung, den Bestimmungen über die Wahrnehmung überörtlicher Schwerpunktaufgaben für spezielle medizinische Fachgebiete, den regionalen Versorgungskonzepten sowie den Entscheidungen über die Aufnahme oder Nichtaufnahme von Krankenhäusern in den Plan.

Die Bedarfsermittlung erfolgt auf der Grundlage der (modifizierten) Hill-Burton-Formel. Die dazu benötigten Planungsvariablen „Fallzahlentwicklung“ und „Verweildauerentwicklung“ werden trendextrapoliert. Der fachspezifische Bettenbedarf wird landesweit und für jedes der derzeit sechs Versorgungsgebiete prognostiziert.

Die Auslastungsgrade werden im aktuellen Krankenhausplan erstmals in Abhängigkeit von der Verweildauer festgelegt:

Verweildauer (Bezugsgröße)	Normauslastung
Unter 5,5 Tage	80,0 %
5,5 bis unter 7,0 Tage	82,5 %
7,0 bis unter 9,0 Tage	85,0 %
9,0 bis unter 13,5 Tage	87,5 %
13,5 Tage und höher	90,0 %

In jedem Versorgungsgebiet ist eine Krankenhauskonferenz zu bilden. Diese hat insbesondere die Aufgabe, basierend auf den maßgebenden Rahmendaten regionale Planungskonzepte zu entwickeln und fortzuschreiben sowie dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium Vorschläge für die Durchführung und Weiterentwicklung des Krankenhausplanes zu machen.

In Fachgebieten mit besonderen Leistungs- und Versorgungsanforderungen wird die Bedarfs- und Standortplanung ungeachtet der regionalen Planungs- und Entscheidungskompetenzen versorgungsgebietsübergreifend durch das Land vorgenommen. Dies gilt derzeit für die Fachgebiete Herzchirurgie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, die zusammengefassten Fachgebiete Strahlentherapie und Nuklearmedizin sowie innerhalb der Fachgebiete Innere Medizin bzw. Neurologie für die Neurologie, die Pneumologie und die Versorgung bei schwerer Schädel-Hirn-Schädigung.

**Aktueller Krankenhausplan:** Hessischer Krankenhausrahmenplan 2005 - Allgemeiner Teil (online abrufbar unter: <http://www.sozialministerium.hessen.de/Stichworte/Krankenhaus/HessischerKrankenhausrahmen.pdf>)

### 3.3.9. 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.

Die aktuelle Fassung des Krankenhausplans sieht für Mecklenburg-Vorpommern 35 Plankrankenhäuser und Tageskliniken mit insgesamt 10.531 Betten und Tagesklinikplätzen vor (ab 01.01.2004).

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.

**Aktueller Krankenhausplan:** Dritter Krankenhausplan für das Land Mecklenburg-Vorpommern (Amtsblatt für das Land Mecklenburg-Vorpommern Nr. 6 vom 16. Februar 2004, S. 201ff.)

### 3.3.10. 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, gliedert 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 des Bettenangebotes 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%.

**Aktueller Krankenhausplan:** Niedersächsischer Krankenhausplan, Stand: 1. Januar 2004, 19. Fortschreibung (online abrufbar unter: <http://www.ms.niedersachsen.de>)

### 3.3.11. 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 gemeinsam und gleichberechtigt erarbeitete regionale Planungskonzepte in derzeit 49 Planungsregionen 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 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.

**Aktueller Krankenhausplan:** Krankenhausplan 2001 des Landes Nordrhein-Westfalen – Rahmenvorgaben (online abrufbar unter: <http://www.mgsff.nrw.de/gesundheits/krankenhaus/index.htm>)

### 3.3.12. Rheinland-Pfalz

In den Krankenhausplan werden alle gegenwärtig und zukünftig für die Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser, gegliedert nach Versorgungsstufen und Versorgungsgebieten, aufgenommen. Der Krankenhausplan umfasst die gegenwärtige und die zukünftige Aufgabenstellung der einzelnen Krankenhäuser, die Art und die Anzahl der Fachabteilungen und Versorgungsschwerpunkte sowie die Zahl der Krankenhausbetten (Planbetten) und ihre Aufteilung auf die einzelnen Fachabteilungen. Aufgestellt wird der Krankenhausplan in mehrjährigen Zeitabständen vom Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit nach Erörterung im Ausschuss für Krankenhausplanung und nach Anhörung von weiteren im Bereich des Krankenhauswesens tätigen Verbänden und Organisationen.

Eine wesentliche Grundlage des aktuellen Plans ist ein im Auftrag des Ministeriums erstelltes Gutachten der Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung mbH (GEBERA). Untersuchungsgegenstand dieses Gutachtens war die Bedarfsentwicklung in Rheinland-Pfalz und in den Versorgungsgebieten sowie die darauf aufbauende Festlegung eines Korridors für den zukünftigen Bettenbedarf. Empfehlungen für den Versorgungsauftrag einzelner Krankenhäuser waren nicht Gegenstand des Auftrages.

Die Bedarfsermittlung erfolgt standort-, fachbereichs- und bettenbezogen anhand der Determinanten Einwohnerzahl, Auslastungsgrad (Soll-Nutzungsgrad), Krankenhaushäufigkeit und Verweildauer (Hill-Burton-Formel). Eine Neuerung des Landeskrankenhausplans 2003 ist die Definition des Auslastungsgrades. Dieser orientiert sich nun an der durchschnittlichen Verweildauer:

Verweildauer	Soll-Nutzungsgrad
< 6 Tage	70 %
6 bis 7 Tage	80 %
> 7 Tage	85 %
Gynäkologie/Geburtshilfe	80 % *
Kinderheilkunde	75 % *

\* ab 6 Tage durchschnittliche Verweildauer

Einen besonderen Schwerpunkt setzt der aktuelle Krankenhausplan auf die Verbesserung der Bekämpfung des Brustkrebses. Die dazu einzurichtenden Brustzentren sehen jeweils einen zentralen Standort vor, der über alle erforderlichen Ressourcen verfügt. Ergänzt wird dieser Standort durch dezentral angegliederte Häuser, die über Teilressourcen verfügen. Weitere Schwerpunkte sind die Bereiche Diabetologie, Stroke Units, die Versorgung geriatrischer Patienten und Demenzkranker sowie die Verbesserung des gefäßchirurgischen Angebotes.

**Aktueller Krankenhausplan:** Landeskrankenhausplan 2003 (Veröffentlichung im Staatsanzeiger für Rheinland-Pfalz, online abrufbar unter: <http://www.masfg.rlp.de/Gesundheit/Gesundheit.htm>)

### 3.3.13. 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.

Es werden keine Auslastungsgrade im Krankenhausplan angegeben.

Der Krankenhausplan erfuhr im Mai 2003 eine Fortschreibung, deren Schwerpunkt die Intensivmedizin ist.

**Aktueller Krankenhausplan:** Krankenhausplan 2001 – 2004 für das Saarland (online abrufbar unter: <http://www.soziales.saarland.de>)

### 3.3.14. 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%.

**Aktueller Krankenhausplan:** Krankenhausplan des Freistaates Sachsen, 6. Fortschreibung vom 20. November 2001 (veröffentlicht für die Jahre 2002 bis 2004 im Sächsischen Amtsblatt, Sonderdruck Nr.1/2002 vom 21.01.2002, online abrufbar unter: <http://www.recht-sachsen.de>)

### 3.3.15. 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 wirtschaftli-

che 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.

Auslastungsgrade werden im Krankenhausplan nicht angegeben.

Krankenhausplan des Landes Sachsen-Anhalt 2003 (11. Fortschreibung, veröffentlicht im Ministerialblatt des Landes Sachsen-Anhalt Nr. 9/2003 vom 24.2.2003, online abrufbar unter: <http://www.sachsen-anhalt.de/pdf/pdf3821.pdf>)

### 3.3.16. 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 aktuelle Krankenhausplan legt neben der Gesamtbettenzahl auch die Gesamtfallzahl des Krankenhauses fest. Daneben erfolgt ein nachrichtlicher Ausweis abteilungsbezogener Fallzahlen. Betten je Fachrichtung werden nicht ausgewiesen.

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.

**Aktueller Krankenhausplan:** Krankenhausplan 2001 bis 2005 des Landes Schleswig-Holstein (veröffentlicht im Amtsblatt Schleswig-Holstein Nummer 21, 2001, online abrufbar unter: <http://www.landesregierung-sh.de/landesrecht>)

### 3.3.17. 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.

**Aktueller Krankenhausplan:** Vierter Thüringer Krankenhausplan(gültig ab 01. Januar 2002, online abrufbar unter: <http://www.thueringen.de/de/tmsfg/index.html>)

### 3.4. Übersicht zur Krankenhausplanung in den Bundesländern

Tabelle 3.5: Zusammenfassung der Krankenhauspläne in den Bundesländern

Bundesland	Datengrundlage	Methodik/Gutachten	Laufzeit	Betten	
				Ausgangsbestand	Zielbestand
BW	Amtliche Statistik	Hill-Burton-Formel	2000-offen (laufende Überarbeitung)	65.059* (31.12.1999)	64.789*  (Soll 99)
BAY	Amtliche Statistik; KH-Plan	Hill-Burton-Formel ohne Prognose für Fallzahl	2004	72.075	72.205
B	Diagnose- und operations- bezogene Daten	Vergleichsmethode; Hill-Burton-Formel; morbidityorientierte 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	6.203* und ** (Bedarf 31.12.2003)	5.872* und ** (Bedarf 31.12.2005)
HH	IGES-Gutachten; Amtliche Statistiken; Expertenmeinungen	IGES-Methode; Lenkungsgruppe Krankenhausplan	2001-2005 (Überarbeitung 2004)	12.824 (31.12.2000)	11.925 (31.12.2005)
HE	Leistungsdaten aus den Jahren 1990 bis 2001	Hill-Burton-Formel; Trendextrapolation der Fallzahl- und Verweildauer- entwicklung	2004-2005	33.018*** -2.001	29.376*** (Bedarf 2005)
MVP	KH-Plan; Bevölkerungprognose	Bedarfsprognose durch Sozial- ministerium	2000-2003 (Fortschr. 2004)	10.531 (01.01.2004)	derzeit offen
NIE	KH-Plan	Trendextrapolation nach tatsächlich zu versorgendem Bedarf grundsätzlich auf Landesebene; 2-Jahres-Prognose	2004	46.872* und *** (Prognose 2003)	45.173* und *** (Prognose 2004)
NRW	Diagnosestatistik	Basis: Hill-Burton-Formel	2002-2003 (i. Bea.)	118.900 (31.12.2000; o. P.)	ca. 109.500
RP	Amtliche Statistiken; Einschätzungen von Experten	Gebera-Gutachten; Hill-Burton-Formel	2003-2007	25.677**	24.084**
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 (gilt fort)	17.339	17.085
SH	KH-Plan	Rüschemann-Methode	2001-2005	15.946	2001: 15.561*** 2005: 15.339***
TH	KH-Plan; Amtliche Statistiken [IGSF-Gutachten]	Beske-Methode	2002-2004 (gilt fort***)	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

\*\*\*\* Hinsichtlich der Laufzeit haben alle im KH-Planungsausschuss vertretenen Parteien für eine Verlängerung um mindestens 1 Jahr votiert; dem entspricht die Absicht der Landesregierung, einen 5. Thüringer KH-Plan (erst) ab dem 1.1.2006 in Kraft treten zu lassen; Schriftliches ist dazu allerdings noch nicht ergangen.

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.

### 3.5. Ausbildungsstätten in den Krankenhausplänen

Tabelle 3.6: Ausbildungsstätten in den Krankenhausplänen

Bundesland	Inhalt
Baden-Württemberg	Ausweisung der Anzahl der Ausbildungsplätze pro Krankenhaus nach den Berufsgruppen gemäß § 2 Nr. 1a KHG
Bayern	Ausweisung der Anzahl der Ausbildungsplätze pro Krankenhaus nach den Berufsgruppen gemäß § 2 Nr. 1a KHG
Berlin	Keine Angaben
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, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Weiterbildung Geriatrie/Rehabilitation
Hessen	Ausweisung der Ausbildungsstätten nach (§17 Abs. 5 HKHG)
Mecklenburg-Vorpommern	Ausweisung der Gesamtanzahl der Ausbildungsplätze und Vorgabe der auszubildenden Fachberufe gemäß § 2 Nr. 1a KHG pro Krankenhaus
Niedersachsen	Ausweisung einer IST-Liste der mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten gemäß § 2 Nr. 1a KHG sowie der in den einzelnen Krankenhäusern vorhandenen Ausbildungsstätten  Keine Angabe über die Anzahl der vorhandenen 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. 1a KHG sind derzeit in der Umsetzung

Rheinland-Pfalz	Ausweisung der Anzahl der Ausbildungsplätze pro Krankenhaus nach den Berufsgruppen gemäß § 2 Nr. 1a KHG (aktueller Bestand der Bescheide)
Saarland	Ausweisung der Anzahl der Ausbildungsplätze pro Krankenhaus nach Berufsgruppen gemäß § 2 Nr. 1a 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. 1a KHG
Sachsen-Anhalt	Ausweisung der Anzahl der Ausbildungsplätze pro Krankenhaus nach den Berufsgruppen gemäß § 2 Nr. 1a KHG
Schleswig-Holstein	Ausweisung von Ausbildungsstätten gemäß § 2 Nr. 1a KHG pro Krankenhaus sowie Masseure und Medizinische Bademeister, Physiotherapie je Krankenhaus;  Keine Angaben über die Anzahl der Ausbildungsplätze
Thüringen	Ausweisung von fünf Ausbildungsstätten, in denen ausschließlich der Beruf Krankenpflege erlernt werden kann;  Keine weiteren Angaben

### 3.6. Frührehabilitation in den Krankenhausplänen

Tabelle 3.7: Frührehabilitation in den Krankenhausplänen

<b>Bundesland</b>	<b>Inhalt</b>
Baden-Württemberg	Ausweisung der Frührehabplätze pro Krankenhaus
Bayern	Ausweisung der Frührehabplätze pro Krankenhaus (nur für Schädel-Hirnverletzte)
Berlin	Keine Angaben
Brandenburg	Keine Angaben
Bremen	Prognose über Neurologische Frührehabilitation
Hamburg	Ausweisung der Frührehabplätze pro Krankenhaus
Hessen	Ausweisung des landesweiten Gesamtbedarfs (nur für Schädel-Hirnverletzte)
Mecklenburg-Vorpommern	Ausweisung der Frührehabplätze pro Krankenhaus
Niedersachsen	Keine Angaben
Nordrhein-Westfalen	Zuordnung von Frührehabplätzen auf Fachabteilungen und zum Teil pro Krankenhaus
Rheinland-Pfalz	Keine Angaben
Saarland	Krankenhausindividuelle Festlegungen
Sachsen	Keine Angaben
Sachsen-Anhalt	Keine Angaben
Schleswig-Holstein	Ausweisung der Frührehabplätze pro Krankenhaus
Thüringen	Keine Angaben

### 3.7. Teilstationäre Einrichtungen und Regelungen zu teilstationären Leistungen in den Krankenhausplänen

Tabelle 3.8: Teilstationäre Einrichtungen und Regelungen zu teilstationären Leistungen in den Krankenhausplänen

Bundesland	Inhalt
Baden-Württemberg	<p>Ausweisung der teilstationären Plätze (Innere Medizin, Hämatologie, Onkologie, Psychiatrie, Geriatrie, Dermatologie) und Tages- und Nachtambulanzplätze pro Fachabteilung und Krankenhaus</p> <p>Die teilstationäre, insbesondere tagesklinische Behandlung enthält Elemente der vollstationären wie der ambulanten Behandlung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• die Behandlung erfordert Krankenhausbedingungen,</li> <li>• die Behandlung kann nicht mit der ausreichenden Qualität und Sicherheit ambulant erfolgen,</li> <li>• während des Behandlungsablaufs ist die Unterbringung der Patienten in Krankenzimmern erforderlich,</li> <li>• die Behandlung unter klinischen Bedingungen kann noch während des Tages beendet und der</li> <li>• Patient somit wieder nach Hause entlassen werden.</li> </ul> <p>Bei Neuerrichtung von teilstationären Versorgungsangeboten ist regelmäßig eine Anrechnung auf bisherige vollstationäre Bereiche vorzunehmen.</p> <p>Für die teilstationäre/tagesklinische Behandlung innerhalb der psychiatrischen Versorgung gilt ein eigenständiges Konzept.</p>
Bayern	<p>Ausweisung der Tagesambulanzplätze pro Fachabteilung und Krankenhaus</p> <p>Keine weitergehenden Regelungen zu teilstationären Leistungen</p>
Berlin	<p>Ausweisung der Tagesambulanzplätze pro Fachabteilung und Krankenhaus (Innere Medizin, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Strahlentherapie, Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Neurologie, Chirurgie, Kinderheilkunde, Psychosomatik, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Orthopädie)</p> <p>Den Krankenhäusern wird jederzeit die Möglichkeit eingeräumt, im Benehmen mit der Planungsbehörde vollstationäre Betten in teilstationäre Kapazitäten umzuwandeln.</p> <p>Künftige Erhöhungen der teilstationären Kapazitäten müssen zu Lasten des vollstationären Bereiches erfolgen.</p>

Brandenburg	<p>Ausweisung der Tagesklinikplätze pro Fachabteilung und Krankenhaus</p> <p>Keine weitergehenden Regelungen zu teilstationären Leistungen</p>
Bremen	<p>Ausweisung der Tagesklinikplätze bzw. teilstationären Plätze pro Fachabteilung und Krankenhaus (Onkologie, Geriatrie, Gastroenterologie/Diabet., Gynäkologie, Dialyse, Hämatologie-Onkologie, Pädiatrie, Dermatologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Pulmologie-Onkologie)</p> <p>Keine weitergehenden Regelungen zu teilstationären Leistungen</p>
Hamburg	<p>Ausweisung der teilstationären 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)</p> <p>Keine weitergehenden Regelungen zu teilstationären Leistungen</p>
Hessen	<p>Ausweisung der teilstationären Kapazitäten auf der Ebene der Versorgungsgebiete</p> <p>Keine weitergehenden Regelungen zu teilstationären Leistungen</p>
Mecklenburg-Vorpommern	<p>Ausweisung der Tagesklinikplätze pro Fachabteilung und Krankenhaus</p>
Niedersachsen	<p>Ausweisung der geförderten teilstationären Einrichtungen unter Ausweisung der Fachrichtung und der Anzahl der dort vorhandenen Plätze</p> <p>Keine weitergehenden Regelungen zu teilstationären Leistungen</p>
Nordrhein-Westfalen	<p>Zur Behandlung in Tageskliniken:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Behandlung erfordert weitgehend Krankenhausbedingungen, weil sie nicht mit ausreichender Qualität und Sicherheit ambulant erfolgen kann.</li> <li>• Die Behandlung besteht nicht nur aus einer Leistung sondern aus einem komplexen Angebot, das typischerweise strukturiert über den Tag verteilt erbracht wird.</li> <li>• Während des Behandlungsablaufs sind grundsätzlich Unterbringung und Pflege der Patientinnen und Patienten in Krankenzimmern nicht erforderlich.</li> <li>• Die Behandlung unter klinischen Bedingungen wird noch während des Tages beendet und die Patientin oder der Patient wieder nach Hause entlassen.</li> </ul> <p>Bei der Neuerrichtung von Tageskliniken ist grundsätzlich eine Anrechnung der Behandlungsplätze auf die vollstationären Betten vorzunehmen. Dies gilt auch, wenn teilstationäre Leistungen unabhängig von Tageskliniken im Rahmen vollstationärer Kapazitäten zwischen Krankenhausträgern und den Krankenkassen vereinbart werden.</p>

Rheinland-Pfalz	<p>Ausweisung der Tagesklinikplätze pro Fachabteilung und Krankenhaus</p> <p>Keine weitergehenden Regelungen zu teilstationären Leistungen</p>
Saarland	<p>Ausweisung der teilstationären 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)</p> <p>Keine weitergehenden Regelungen zu teilstationären Leistungen</p>
Sachsen	<p>Ausweisung der Tagesklinikplätze pro Fachabteilung und Krankenhaus</p> <p>Keine weitergehenden Regelungen zu teilstationären Leistungen</p>
Sachsen-Anhalt	<p>Ausweisung der Tagesklinikplätze pro Fachabteilung und Krankenhaus</p> <p>Keine weitergehenden Regelungen zu teilstationären Leistungen</p>
Schleswig-Holstein	<p>Ausweisung der teilstationären Plätze und Tagesklinikplätze pro Krankenhaus</p> <p>Keine weitergehenden Regelungen zu teilstationären Leistungen</p>
Thüringen	<p>Ausweisung der Tagesklinikplätze pro Fachabteilung und Krankenhaus</p> <p>Keine weitergehenden Regelungen zu teilstationären Leistungen</p>

## 4. Investitionsfinanzierung

### 4.1. Entwicklung der KHG-Fördermittel insgesamt

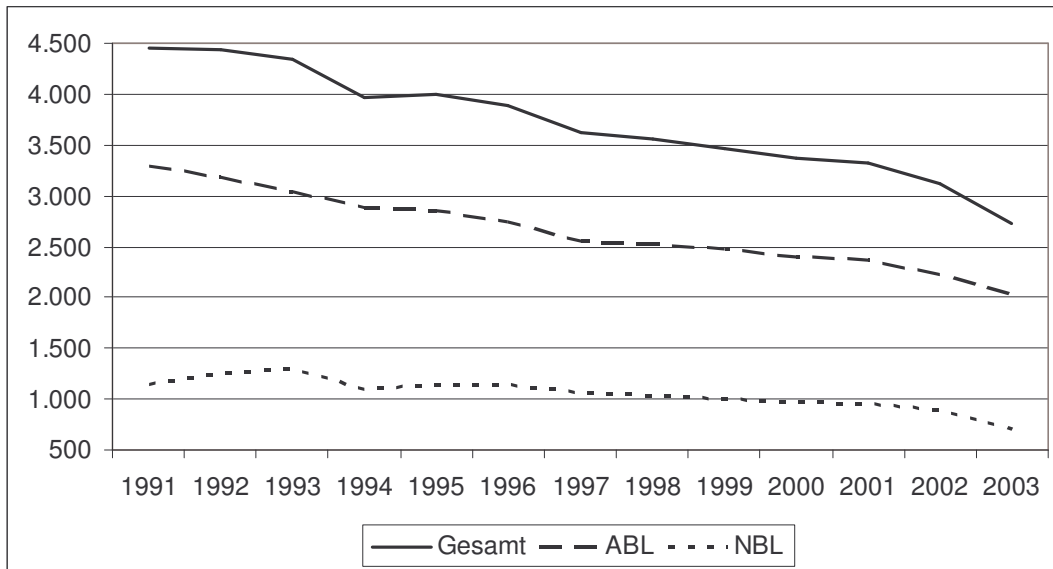
Gegenüber dem Vorjahr sind die im Jahr 2003 zur Investitionsfinanzierung bereit gestellten KHG-Fördermittel um nominal 11,75% gesunken. In den alten Bundesländern (inkl. Berlin) sanken die Fördermittel gegenüber dem Vorjahr um 8,54%, in den neuen Bundesländern um 19,77% (vgl. dazu Tabelle 4.1).

Tabelle 4.1: Überblick über die Entwicklung der KHG-Fördermittel insgesamt

KHG-Fördermittel insgesamt							
	Mittel 2003 in Mio. EUR	nominale Veränderung in %			reale Veränderung in %		
		ggü. Vorjahr	ggü. 1991	ggü. 1994	ggü. Vorjahr	ggü. 1991	ggü. 1994
BW	331,70	+6,08	+1,81	-6,13	+4,96	-20,21	-17,09
BAY	501,55	-18,25	-24,54	-24,54	-19,11	-40,86	-33,35
B	103,70	-41,41	-67,53	-63,70	-42,03	-74,55	-67,94
BR	128,37	-20,59	-39,02	-36,73	-21,43	-52,21	-44,11
HB	33,58	+1,79	-9,66	-0,33	+0,72	-29,20	-11,96
HH	64,51	+4,49	-7,91	+5,84	+3,39	-27,83	-6,52
HE	159,85	-21,35	-12,18	-17,94	-22,18	-31,17	-27,52
MVP	121,99	+2,77	0,00	+2,31	+1,69	-21,63	-9,63
NIE	186,45	-0,82	-10,36	-17,33	-1,87	-29,74	-26,98
NRW	482,10	-0,41	-25,77	-20,77	-1,46	-41,82	-30,02
RP	118,80	-14,41	-11,11	-13,43	-15,31	-30,33	-23,54
SAAR	38,34	-6,26	-3,26	+21,33	-7,25	-24,18	+7,16
SA	184,25	-38,32	-39,94	-34,48	-38,97	-52,93	-42,13
SAA	170,36	-2,27	-2,00	-19,19	-3,30	-23,20	-28,62
SH	84,32	+73,86	+22,17	+40,96	+72,03	-4,25	+24,50
TH	133,90	-20,10	+3,80	-31,41	-20,94	-18,65	-39,42
ABL	2.104,90	-8,54	-22,01	-20,74	-9,51	-38,87	-30,00
NBL	738,87	-19,77	-21,57	-26,80	-20,62	-38,53	-35,34
<b>Gesamt</b>	<b>2.843,77</b>	<b>-11,75</b>	<b>-21,90</b>	<b>-22,41</b>	<b>-12,68</b>	<b>-38,79</b>	<b>-31,47</b>

Quelle: Umfrage des Krankenhausausschusses der AOLG; Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen

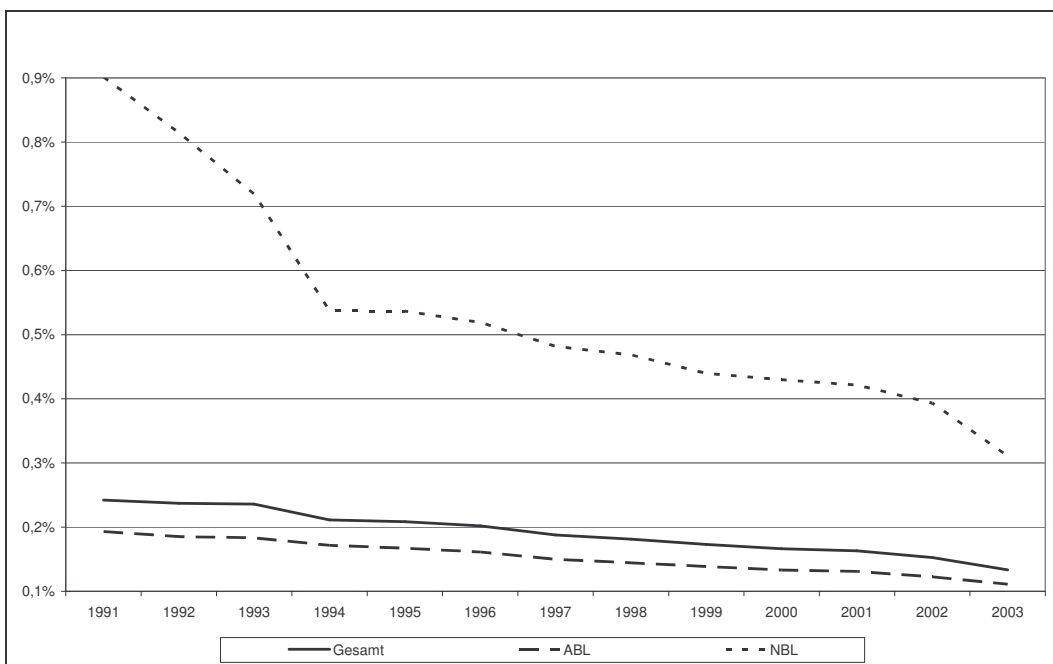
Betrachtet man die Entwicklung der Fördermittel seit dem Jahr 1991, so wird deutlich, dass der drastische Einbruch im Jahr 2003 kein einmaliges Ereignis darstellt. So sanken die Fördermittel alleine zwischen den Jahren 1991 und 2003 um insgesamt 797 Mio. EUR (ABL: 594 Mio. EUR, NBL: 203 Mio. EUR). Dies entspricht einem Rückgang von 21,90% (ABL: 22,01%, NBL: 21,57%). Real (in Preisen von 2000) betrug der Rückgang sogar 38,79%. Abbildung 4.1 illustriert die geschilderte Entwicklung.

**Abbildung 4.1: Entwicklung der KHG-Mittel insgesamt (in Preisen von 2000)**

Quelle: Umfrage des Krankenhausausschusses der AOLG; Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen

Wenngleich die KHG-Fördermittel sowohl in den alten als auch in den neuen Bundesländern im betrachteten Zeitraum um rund 39% zurückgegangen sind (ABL: 38,87%, NBL: 38,53%) zeigt die nähere Betrachtung von Abbildung 4.1, dass die Entwicklungen nicht parallel verlaufen sind. So verzeichneten die neuen Bundesländer zumindest in den Jahren 1992 und 1993 einen realen Anstieg der Fördermittel. In den alten Bundesländern sanken sie demgegenüber von Jahr zu Jahr.

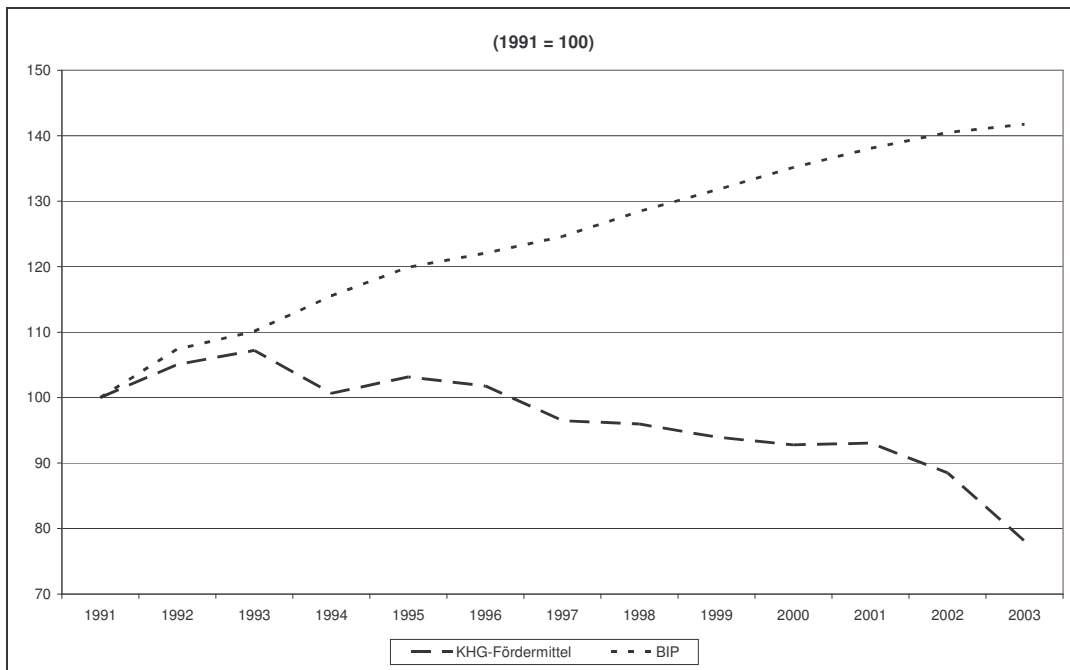
Der Anteil der KHG-Fördermittel am Bruttoinlandsprodukt (BIP) ist seit dem Jahr 1991 von 0,24% auf 0,13% im Jahr 2003 gesunken (vgl. Abbildung 4.2). Innerhalb von nur zwölf Jahren ging der Anteil am BIP somit um fast die Hälfte zurück.

**Abbildung 4.2: Anteil der KHG-Fördermittel am Bruttoinlandsprodukt**

Quelle: Umfrage des Ausschusses für Krankenhauswesen der AOLG; Arbeitskreis Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen der Länder; eigene Berechnungen

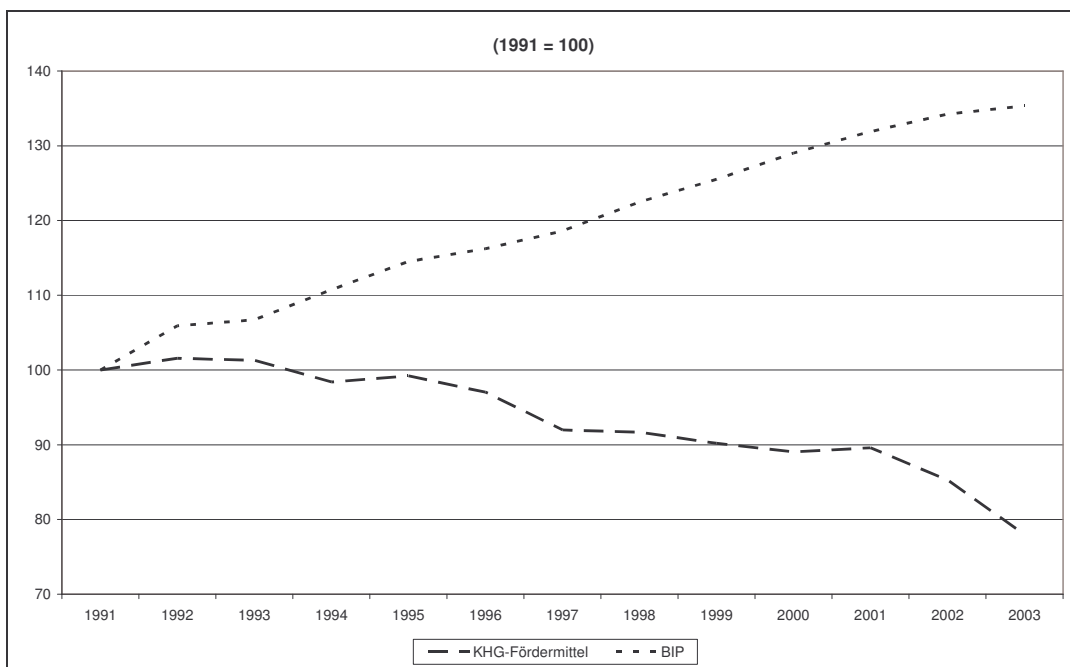
Die Abbildungen 4.3, 4.4 und 4.5 stellen die Entwicklungen der KHG-Fördermittel und des Bruttoinlandsproduktes gegenüber und veranschaulichen die immer weiter auseinander klaffende Schere zwischen den KHG-Fördermitteln und dem BIP.

**Abbildung 4.3: Vergleich von KHG-Fördermitteln mit dem BIP - Deutschland**



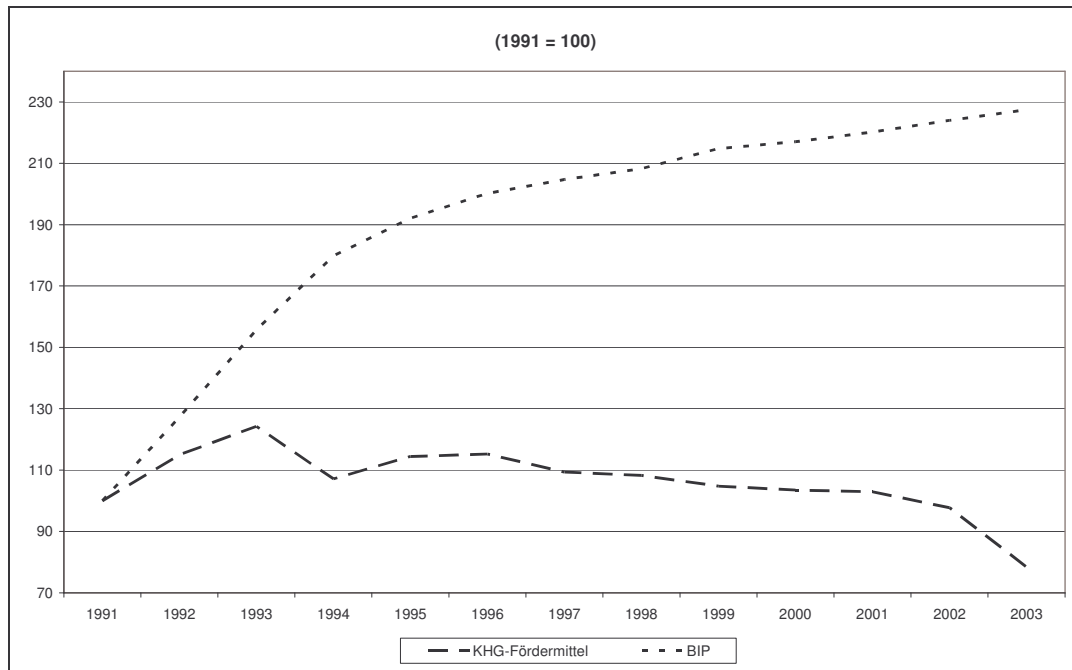
Quelle: Umfrage des Ausschusses für Krankenhauswesen der AOLG; Arbeitskreis Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen der Länder; eigene Berechnungen

**Abbildung 4.4: Vergleich von KHG-Fördermitteln mit dem BIP - Alte Bundesländer**



Quelle: Umfrage des Ausschusses für Krankenhauswesen der AOLG; Arbeitskreis Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen der Länder; eigene Berechnungen

Abbildung 4.5: Vergleich von KHG-Fördermitteln mit dem BIP - Neue Bundesländer



Quelle: Umfrage des Ausschusses für Krankenhauswesen der AOLG; 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 strukturellen Voraussetzungen für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen zu gewährleisten.

Der Trend in der KHG-Mittelfinanzierung zeigt auch für die Zukunft weiter nach unten. Die angespannte wirtschaftliche Lage in Deutschland und die Entwicklung des Steueraufkommens lassen den Kommunen und den Ländern offenbar wenig finanziellen Spielraum. Für eine Aufstockung der KHG-Fördermittel besteht daher auch weiterhin nur wenig Aussicht. Der bereits im Jahr 2001 von der Oppenheim Research auf rund 30 Mrd. EUR geschätzte Investitionsstau<sup>\*</sup> wird somit eher weiter anwachsen, als dass mit einem Abbau für die nächsten Jahre gerechnet werden kann.

<sup>\*</sup> Sal. Oppenheim, Life Science Gesunde Erträge, S. 24, 2001.

## 4.2. Entwicklung der Einzel- und Pauschalfördermittel

Die Mittel zur Einzelförderung sind im Jahr 2003 gegenüber dem Vorjahr um nominal 18,62% zurückgegangen. In den alten Bundesländern fielen die Einzelfördermittel um 15,23%, in den neuen Bundesländern um 24,01% (vgl. dazu Tabelle 4.2).

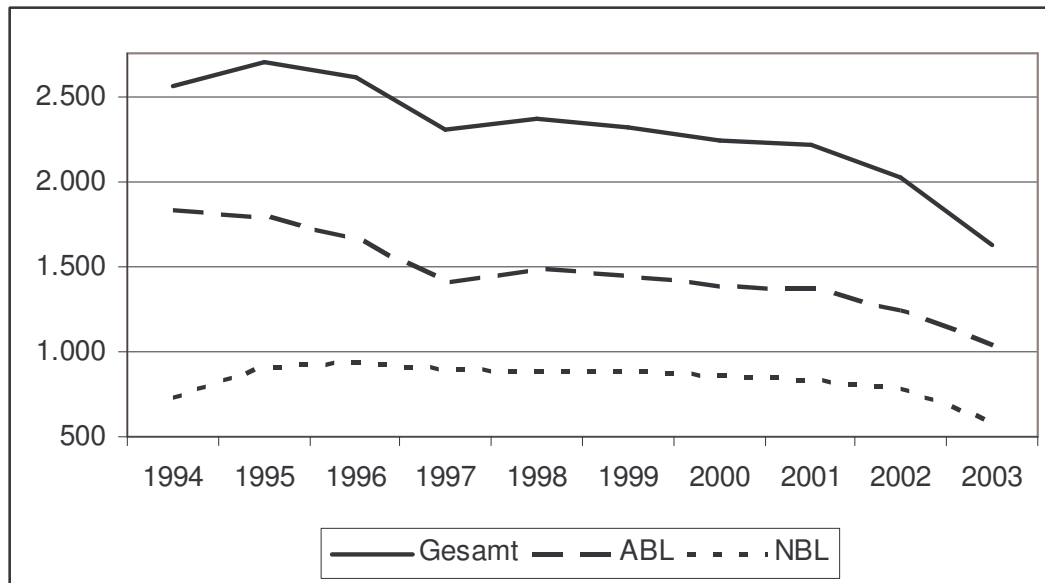
Tabelle 4.2: Überblick über die Entwicklung der KHG-Mittel zur Einzelförderung

Einzelförderung					
	Mittel 2003 in Mio. EUR	nominale Veränderung in %		reale Veränderung in %	
		ggü. Vorjahr	ggü. 1994	ggü. Vorjahr	ggü. 1994
BW	173,70	+11,78	-21,47	+10,60	-30,64
BAY	320,05	-26,18	-33,76	-26,96	-41,49
B	72,50	-48,63	-67,07	-49,17	-70,91
BR	104,76	-24,11	+30,67	-24,91	+15,42
HB	16,51	+3,71	+0,61	+2,61	-11,14
HH	34,02	+4,32	+4,45	+3,23	-7,74
HE	64,85	-40,09	-41,28	-40,72	-48,14
MVP	107,37	+2,55	+11,65	+1,47	-1,39
NIE	90,76	-1,68	-22,95	-2,71	-31,95
NRW	178,92	-1,12	-49,07	-2,16	-55,01
RP	67,67	-22,81	-26,60	-23,63	-35,17
SAAR	21,84	-10,49	+14,83	-11,43	+1,42
SA	145,65	-43,72	-36,70	-44,31	-44,09
SAA	140,83	-10,27	-11,49	-11,21	-21,83
SH	46,39	+363,90	+77,94	+359,02	+57,17
TH	113,70	-22,83	+1,08	-23,64	-10,72
ABU	1686,38	-15,23	-35,65	-16,12	-43,16
NBU	678,02	-24,01	-9,69	-24,81	-20,23
<b>Gesamt</b>	<b>2364,40</b>	<b>-18,62</b>	<b>-28,21</b>	<b>-19,48</b>	<b>-36,59</b>

Quelle: Umfrage des Krankenhausausschusses der AOLG; Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen

Seit dem Jahr 1994 sind die Einzelfördermittel um insgesamt 667 Mio. EUR (ABL: 601 Mio. EUR, NBL: 66 Mio. EUR) gesunken. Dies entspricht einem nominalen Rückgang von 28,21% (ABL: 35,65%, NBL: 9,69%). Der reale Rückgang (in Preisen von 2000) betrug 36,59% (ABL: 43,16%, NBL: 20,23%). Abbildung 4.7 gibt einen Überblick über die Entwicklung der Einzelförderung.

Abbildung 4.6 : Entwicklung der KHG-Einzelfördermittel (in Preisen von 2000)



Quelle: Umfrage des Krankenhausausschusses der AOLG; Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen

Wie deutlich zu sehen ist, verliefen die Entwicklungen in den alten und neuen Bundesländern im Zeitraum zwischen 1994 und 1997 entgegengesetzt: dem realen Rückgang der Fördermittel von 22,69% in den alten Bundesländern stand ein Anstieg von 21,48% in den neuen Bundesländern gegenüber. Im Zeitraum zwischen 1997 und 2003 sind hingegen fast parallele Entwicklungen zu beobachten. So sanken die Einzelfördermittel in den alten Bundesländern seit 1997 um real 29,74% und in den neuen Bundesländern um 33,33%.

Die Pauschalfördermittel sind in Deutschland im Jahr 2003 gegenüber dem Vorjahr nominal leicht gestiegen (+0,86%). Real gingen sie allerdings um 0,20% zurück. In den alten Bundesländern fielen die Mittel nominal um 0,16% (real: -1,21%). Für die neuen Bundesländern ist ein nominaler Anstieg um 9,92% gegenüber dem Vorjahr zu verzeichnen. Real betrug der Anstieg in den neuen Bundesländern 8,76% (vgl. dazu Tabelle 4.3).

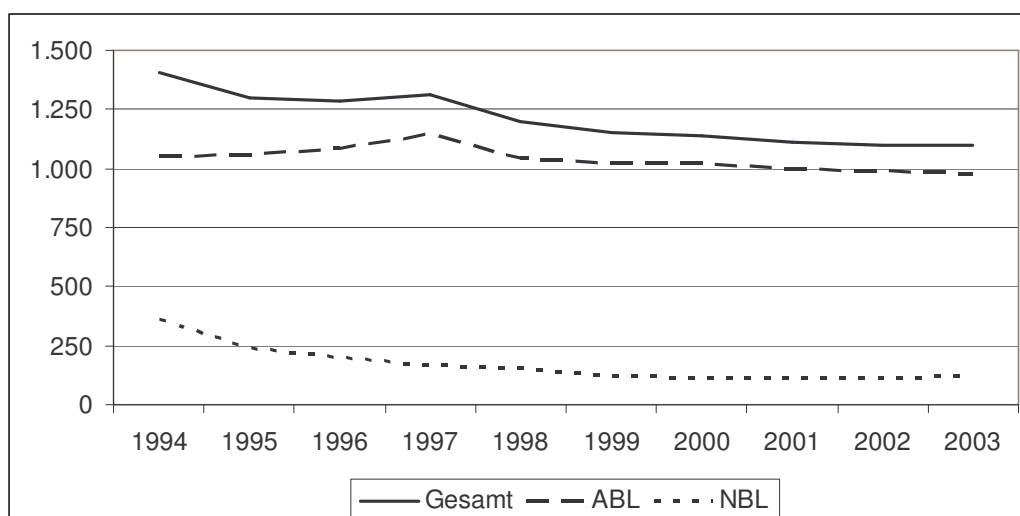
Tabelle 4.3: Überblick über die Entwicklung der KHG-Mittel zur Pauschalförderung

Pauschalförderung					
	Mittel 2003 in Mio. EUR	nominale Veränderung in %		reale Veränderung in %	
		ggü. Vorjahr	ggü. 1994	ggü. Vorjahr	ggü. 1994
BW	158,00	+0,45	+19,54	-0,61	+5,59
BAY	181,50	+0,83	-0,01	-0,23	-11,68
B	31,20	-12,99	-52,4	-13,91	-57,96
BR	23,61	0,00	-80,76	-1,05	-83,01
HB	17,07	0,00	-1,22	-1,05	-12,75
HH	30,49	+4,67	+7,43	+3,57	-5,11
HE	95,00	0,00	+12,61	-1,05	-0,53
MVP	14,62	+4,43	-36,6	+3,33	-44,00
NIE	95,69	0,00	-11,18	-1,05	-21,55
NRW	305,18	0,00	+16,87	-1,05	+3,23
RP	51,13	0,00	+13,52	-1,05	+0,27
SAAR	16,50	0,00	+31,16	-1,05	+15,85
SA	38,60	-3,26	-24,51	-4,28	-33,32
SAA	29,53	+69,91	-42,87	+68,12	-49,54
SH	37,93	-1,48	+12,39	-2,52	-0,74
TH	20,20	-0,25	-75,58	-1,30	-78,43
ABU	1.019,69	-0,16	+5,18	-1,21	-7,10
NBU	126,56	+9,92	-61,80	+8,76	-66,26
<b>Gesamt</b>	<b>1.146,25</b>	<b>+0,86</b>	<b>-11,88</b>	<b>-0,20</b>	<b>-22,17</b>

Quelle: Umfrage des Krankenhausausschusses der AOLG; Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen

Im Vergleich zum Jahr 1994 sind die Pauschalfördermittel um 154,54 Mio. EUR gesunken (ABL: +50,22 Mio. EUR, NBL: -204,76 Mio. EUR). Dies entspricht einem nominalen Rückgang von 11,88% (ABL: +5,18%, NBL: -61,80%). Real (in Preisen von 2000) fielen die Pauschalfördermittel gegenüber 1994 um insgesamt 22,17%. Abbildung 4.7 illustriert die Verläufe der Entwicklungen in den alten und neuen Bundesländern.

Abbildung 4.7: Entwicklung der KHG-Pauschalfördermittel (in Preisen von 2000)



Quelle: Umfrage des Krankenhausausschusses der AOLG; Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen

### 4.3. Verordnungen der Bundesländer zur Pauschalförderung nach § 9 Abs. 3 KHG

<b>Baden-Württemberg</b>									
Verordnung vom 29. Juni 1998, Änderung vom 22. Mai 2001									
<b>Gegenstand der Pauschalförderung</b>	<b>Höhe der Pauschalförderung/ Jahr</b>								
<p>Jahrespauschalen für:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Wiederbeschaffung sowie die nicht zur Instandhaltung gehörende Erhaltung, Wiederherstellung und Verbesserung von Einrichtungs- und Ausstattungsgegenständen, ausgenommen Verbrauchsgüter und Gebrauchsgüter (kurzfristige Anlagegüter).</li> <li>▪ 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.</li> </ul> <p>Kostengrenzen für Krankenhäuser mit:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <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"> <li>- reduziert die Planbetten um mehr als 20%</li> <li>- scheidet mit einer ganzen bettenführenden Fachabteilung aus dem Krankenhausplan des Landes aus</li> <li>- wird mit einer um mindestens 20% höheren Planbettenzahl in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen.</li> </ul> <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"> <li>- Fallzahlen werden nach Fachgebieten aufgeschlüsselt der amtlichen Krankenhausstatistik entnommen; maßgeblich sind die gemeldeten Daten des Vorvorjahres; Stundenfälle, teilstationäre Behandlungsfälle und Dialysefälle werden nicht berücksichtigt</li> <li>- Die Ermittlung der Fallwerte geschieht auf folgende Weise:</li> </ul> <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 Geschlechtskrank-</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>heiten, Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgie, Neurochirurgie, 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 €												

<b>Bayern*</b>	
Verordnung vom 12. Oktober 2002	
<b>Gegenstand der Pauschalförderung</b>	<b>Höhe der Pauschalförderung/ Jahr</b>
Jahrespauschalen für:	1) Grundbetrag je im Krankenhausplan aufgenommenen Behandlungsplatz (Plätze, Betten)
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ die Wiederbeschaffung einschließlich der Ergänzungsbeschaffung von kurzfristigen Anlagegütern</li> <li>▪ sonstige nach Art. 11 Abs. 1 Satz 1 BayKrG förderfähige Investitionen mit den nachfolgenden Kostengrenzen (einschließlich Umsatzsteuer).</li> </ul>	<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"> <li>≤ 150 Betten 50.000 €</li> <li>&gt; 150 ≤ 350 Betten 100.000 €</li> <li>&gt; 350 ≤ 650 Betten 150.000 €</li> <li>&gt; 650 Betten 200.000 €</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 3. Versorgungsstufe 420 €</li> <li>- 4. Versorgungsstufe 560 €</li> </ul>
	je Behandlungsplatz in Fachkrankenhäusern für Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Sucht- oder psychosomatische Krankheiten
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vollstationär 1.669 €</li> <li>- teilstationär 1.373 €</li> </ul>
	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"> <li>- jeden betriebenen Hämodialyseplatz 256 €</li> <li>- jedes weitere Intensivbett, wenn mehr als 3% der geförderten Behandlungsplätze als bedarfsnotwendige Intensivbetten betrieben werden 3.579 €</li> <li>- jeden Behandlungsplatz der Fachrichtung Neurochirurgie 767 €</li> <li>- jeden Behandlungsplatz des Fachgebiets neurologische Frührehabilitation von Schädel-Hirn-Verletzten und Schlaganfallpatienten, wenn das Krankenhaus nicht der Versorgungsstufe III oder IV zugeordnet ist 511 €</li> </ul>

\* Das Land Bayern erhält - voraussichtlich zum 01.01.2005 - ein neues Landeskrankenhausgesetz. Dieses wird vermutlich neue Regelungen zur Pauschalförderung und zur Rückzahlung von Fördermitteln beinhalten.

	<p>- für die Vorhaltung von Linksherzkathetermessplätzen, Linearbeschleunigern und Kernspintomographie-Geräten, die für die akutstationäre 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>
--	--

<b>Berlin</b>	
Verordnung vom 04. Juli 2000, Änderung vom 02. Dezember 2002	
<b>Gegenstand der Pauschalförderung</b>	<b>Höhe der Pauschalförderung/ Jahr</b>
Jahrespauschalen für:	Der Fallwert beträgt jährlich für jeden im vorangegangenen Jahr abgeschlossenen Behandlungsfall 50,29 €
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 3 bis zu 15 Jahren (kurzfristige Anlagegüter)</li> <li>▪ sonstige nach § 7 Abs. 1 LKG Berlin förderungsfähige Investitionen, wenn die veranschlagten Kosten einschließlich Mehrwertsteuer für das einzelne Vorhaben bei Krankenhäusern mit einer Jahrespauschale</li> </ul>	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"> <li>≤ 511.292 € den Betrag von 51.130 €</li> <li>&gt; 511.292 € ≤ 1.022.584 € den Betrag von 102.259 €</li> <li>&gt; 1.022.584 € ≤ 1.533.876 € den Betrag von 153.388 €</li> <li>&gt; 1.533.876 € den Betrag von 204.517 €</li> </ul>	
nicht übersteigen.	

<b>Brandenburg</b>	
Verordnung vom 07. Juli 2004 aufgrund des § 17 Abs. 2 Satz 1 LKGBbg	
<b>Gegenstand der Pauschalförderung</b>	<b>Höhe der Pauschalförderung/ Jahr</b>
<p>Auf Antrag werden Fördermittel für</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 3 bis zu 15 Jahren (kurzfristige Anlagegüter)</li> <li>▪ kleine bauliche Maßnahmen, wenn die Anschaffungs- oder Herstellungskosten für das einzelne Vorhaben den in der Rechtsverordnung festgelegten Betrag (125.000 €) nicht übersteigen.</li> </ul>	<p>Die Pauschale je Bett beträgt bei Krankenhäusern</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• der Grundversorgung 1.124 €</li> <li>• der Regelversorgung 1.413 €</li> <li>• der Schwerpunktversorgung 1.988 €</li> <li>• bei Fachkrankenhäusern 1.307 €</li> </ul> <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 2004 einen Zuschlag zur Pauschalförderung in Höhe von 87 €.</p>

<b>Bremen</b>	
Verordnung vom 15. Juli 2003	
<b>Gegenstand der Pauschalförderung</b>	<b>Höhe der Pauschalförderung/ Jahr</b>
<p>1. Durch feste jährliche Beträge werden gefördert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 3 bis zu 15 Jahren (kurzfristige Anlagegüter),</li> <li>▪ die nicht zur Instandhaltung gehörende Erhaltung, Wiederherstellung und Verbesserung von Einrichtungs- und Ausstattungsgegenständen mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer,</li> <li>▪ 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.</li> </ul> <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"> <li>(1) Grundförderung nach den im Krankenhaus ausgewiesenen Planbetten und Behandlungsplätzen,</li> <li>(2) Leistungsförderung nach Versorgungsstufen und nach der Anzahl der Krankenhausaufnahmen,</li> <li>(3) Sonderförderung insbesondere für Intensivbetten, medizinisch-technische Großgeräte und mit den Beteiligten abgestimmte Leistungsschwerpunkte</li> </ol> <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 €</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 bei Krankenhäusern</u></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"> <li>➤ Zuschlag für jedes vorgehaltene Intensivbett in Höhe von 2.045,00 €.</li> <li>➤ Bei Erreichen der Auslastungszahlen werden die Jahrespauschalen für die medizinisch-technischen Großgeräte folgendermaßen in voller Höhe gewährt:</li> </ul> <p>- CT Volumen CT 51.129,00 € Konventioneller CT 51.129,00 €</p> <p>- MR 81.807,00 €</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</p>

(2. Versorgungsstufe)	102.258,00 €	Konventioneller CT	3.400
über 650 Krankenhausbetten		- MR	2.400
(3. Versorgungsstufe)		- 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>	

<b>Hamburg</b>	
Verordnung vom 28. November 1995, Änderung vom 03. August 2004	
<b>Gegenstand der Pauschalförderung</b>	<b>Höhe der Pauschalförderung/ Jahr</b>
Jahrespauschalen für:	- Fallbezogene Pauschale für Krankenhäuser der
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 3 bis zu 15 Jahren (kurzfristige Anlagegüter),</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grundversorgung 36 €</li> <li>- Regelversorgung 43 €</li> <li>- Schwerpunktversorgung 51 €</li> <li>- Zentralversorgung 65 €</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ die nicht zur Instandhaltung gehörende Erhaltung, Wiederherstellung und Verbesserung von Einrichtungs- und Ausstattungsgegenständen, ausgenommen Verbrauchsgüter und Gebrauchsgüter,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pauschale pro Bett für Krankenhäuser der</li> <li>- Grundversorgung 594 €</li> <li>- Regelversorgung 713 €</li> <li>- Schwerpunktversorgung 832 €</li> <li>- Zentralversorgung 1069 €</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ kleine Baumaßnahmen, wenn die Kosten für das einzelne Vorhaben den in der Rechtsverordnung nach Absatz 4 festgelegten Betrag (Kostengrenze) nicht übersteigen,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pauschale je Ausbildungsplatz 77 €</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ sonstige nach § 21 HmbKHG förderungsfähige Investitionen, wenn die Kosten für das einzelne Vorhaben den in der Rechtsverordnung festgelegten Betrag (100.000 €) nicht übersteigen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ambulante Notfälle 6 €</li> <li>- Fälle der psychiatrischen Institutsambulanzen sowie der Suchtambulanzen je Quartalsschein 33 €</li> </ul>

<b>Hessen</b>									
Verordnung vom 21. Oktober 1998*									
<b>Gegenstand der Pauschalförderung</b>	<b>Höhe der Pauschalförderung/ Jahr</b>								
Jahrespauschalen für:	Die Jahrespauschalen pro Planbett betragen für Krankenhäuser der								
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 3 bis zu 15 Jahren (kurzfristige Anlagegüter);</li> <li>▪ 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;</li> <li>▪ den Ergänzungsbedarf an kurz- oder mittelfristigen Anlagegütern, soweit dieser über die übliche Anpassung an die medizinische und technische Entwicklung nicht wesentlich hinausgeht</li> </ul>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">Grundversorgung</td> <td style="text-align: right;">1.239,37 €</td> </tr> <tr> <td>Regelversorgung</td> <td style="text-align: right;">1.407,59 €</td> </tr> <tr> <td>Schwerpunktversorgung</td> <td style="text-align: right;">1.573,76 €</td> </tr> <tr> <td>Zentralversorgung</td> <td style="text-align: right;">1.898,94 €</td> </tr> </table> <p>(Anmerkung: Die bettenbezogene Grundpauschale ist inzwischen auf den Stand des Jahres 1999 festgeschrieben worden. Eine Anpassung der Grundpauschale erfolgt nur noch, wenn sich die ihr zugrunde liegende Bettenzahl kumulativ um mehr als 20% verändert.)</p> <p>Anteilig fallbezogene Jahrespauschale:</p> <p>Gewichtungsfaktoren:</p> <p><u>Gruppe A</u></p> <p>Augenheilkunde Chirurgie Frauenheilkunde und Geburtshilfe HNO Haut- und Geschlechtskrankheiten Mund-, Kiefer- und Geschlechtschirurgie Neurochirurgie Orthopädie Urologie Radiologie                    1,4 (Fachkrankenhäuser: 1,6)</p> <p><u>Gruppe B</u></p> <p>Innere Medizin Kinderheilkunde Geriatric Neurologie                    1,0 (Fachkrankenhäuser: 1,2)</p> <p><u>Gruppe C</u></p> <p>Psychiatrie Kinder- und Jugendpsychiatrie Psychosomatik Suchtkrankheiten                    0,6</p> <p>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.</p> <p>Der Zuschlag für geförderte Ausbildungsstätten beträgt für jeden als förderungsfähig zugrunde gelegten Ausbildungsplatz 63 €.</p>	Grundversorgung	1.239,37 €	Regelversorgung	1.407,59 €	Schwerpunktversorgung	1.573,76 €	Zentralversorgung	1.898,94 €
Grundversorgung	1.239,37 €								
Regelversorgung	1.407,59 €								
Schwerpunktversorgung	1.573,76 €								
Zentralversorgung	1.898,94 €								
Die Kostengrenzen betragen für Krankenhäuser der									
Grundversorgung	40.392,07 €								
Regelversorgung	80.784,14 €								
Schwerpunktversorgung	107.371,32 €								
Zentralversorgung	134.469,80 €								

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

<b>Mecklenburg-Vorpommern</b>	
Verordnung vom 25. August 2003	
<b>Gegenstand der Pauschalförderung</b>	<b>Höhe der Pauschalförderung/ Jahr</b>
<p>Jahrespauschalen für:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 3 bis zu 15 Jahren (kurzfristige Anlagegüter),</li> <li>▪ die nicht zur Instandhaltung gehörende Erhaltung, Wiederherstellung und Verbesserung von Einrichtungs- und Ausstattungsgegenständen mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer,</li> <li>▪ 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.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. bei den Universitätskliniken 1.525 € je Bett 1.220 € je Tagesklinikplatz</li> <li>2. bei den übrigen Krankenhäusern 1,77% der pflegesatzfähigen Kosten, die Grundlage einer von den Vertragsparteien vor dem 1. Januar 2003 geschlossenen Pflegesatzvereinbarung oder, soweit eine solche nicht zustande gekommen ist, einer vor dem 1. Januar 2003 verkündeten Schiedsstellenentscheidung gewesen sind. Maßgebend ist jeweils die Pflegesatzvereinbarung oder Schiedsstellenentscheidung, die den letzten vor dem 1. Januar 2003 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.</li> </ol>

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

<b>Nordrhein-Westfalen</b>																																			
§ 25 KHG NRW, zuletzt geändert durch Verordnung vom 20. September 2002																																			
<b>Gegenstand der Pauschalförderung</b>	<b>Höhe der Pauschalförderung/ Jahr</b>																																		
<p>Jahrespauschalen für:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 3 bis zu 15 Jahren (kurzfristige Anlagegüter)</li> <li>▪ 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.             </li> </ul> <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"> <li>▪ 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> </li> <li>▪ 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.</li> <li>▪ Teilstationäre Einrichtungen erhalten 50% der ersten Anforderungsstufe</li> <li>▪ Krankenhäuser mit kardiovaskular- und epilepsiechirurgischen Abteilungen gehören zur vierten Anforderungsstufe</li> <li>▪ Bemessungsgrundlage für die pauschale Förderung jedes Krankenhauses bei Änderung der Planbetten- und Behandlungsplatzzahlen sind               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. eine Leistungspauschale für die Vorkhaltung kurzfristiger Anlagegüter</li> <li>2. ein planbetten- und behandlungsplatzabhängiger Zuschlag</li> </ol> </li> <li>▪ 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.</li> </ul>	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 €																																		

<b>Rheinland-Pfalz</b>	
Verordnung vom 29. April 1996	
<b>Gegenstand der Pauschalförderung</b>	<b>Höhe der Pauschalförderung/ Jahr</b>
<p>Jahrespauschalen für:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter</li> <li>▪ Die Investitionskosten für kleine bauliche Maßnahmen, die den festzusetzenden Betrag (Kostengrenze) nicht übersteigen</li> </ul> <p>Die Kostengrenze beträgt für</p> <p>Tageskliniken <span style="float: right;">10.225,84 €</span></p> <p>- Krankenhäusern der Grundversorgung sowie bei Fachkrankenhäusern mit bis zu 250 Planbetten <span style="float: right;">43.459,81 €</span></p> <p>- Krankenhäusern der Regelversorgung sowie bei Fachkrankenhäusern mit 251 bis zu 500 Planbetten <span style="float: right;">51.129,19 €</span></p> <p>- Krankenhäusern der Schwerpunktversorgung sowie bei Fachkrankenhäusern mit 501 bis zu 800 Planbetten <span style="float: right;">61.355,03 €</span></p> <p>- Krankenhäusern der Maximalversorgung sowie bei Fachkrankenhäusern mit mehr als 800 Planbetten <span style="float: right;">76.693,78 €</span></p> <p>ohne Umsatzsteuer.</p>	<p>1) Der Grundbetrag beträgt bei</p> <p>- Krankenhäusern der Grundversorgung sowie bei Fachkrankenhäusern mit bis zu 250 Planbetten <span style="float: right;">30.677,51 €</span></p> <p>- Krankenhäusern der Regelversorgung sowie bei Fachkrankenhäusern mit 251 bis zu 500 Planbetten <span style="float: right;">61.355,03 €</span></p> <p>- Krankenhäusern der Schwerpunktversorgung sowie bei Fachkrankenhäusern mit 501 bis zu 800 Planbetten <span style="float: right;">122.710,05 €</span></p> <p>- Krankenhäusern der Maximalversorgung sowie bei Fachkrankenhäusern mit mehr als 800 Planbetten <span style="float: right;">245.420,10 €</span></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"> <li>- CT <span style="float: right;">25.564,59 €</span></li> <li>- KT (MR-Geräte) <span style="float: right;">81.806,70 €</span></li> <li>- LHKM <span style="float: right;">81.806,70 €</span></li> <li>- LIN <span style="float: right;">97.145,46 €</span></li> <li>- Lithotriptern <span style="float: right;">61.355,03 €</span></li> </ul> <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>

<b>Saarland</b>	
Verordnung vom 19. Dezember 1995*	
<b>Gegenstand der Pauschalförderung</b>	<b>Höhe der Pauschalförderung/ Jahr</b>
<p>Jahrespauschalen für:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 3 bis zu 15 Jahren (kurzfristige Anlagegüter)</li> <li>▪ 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</li> </ul> <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).

<b>Sachsen</b>																	
Verordnung vom 15. Juli 1998 i.V. Bekanntmachung vom 16. Dezember 2003																	
<b>Gegenstand der Pauschalförderung</b>	<b>Höhe der Pauschalförderung/ Jahr</b>																
Jahrespauschalen für:	1. Der Sockelbetrag ergibt sich aus dem Sockelwert, Sockelwertfaktor sowie der Anzahl der Planbetten/ tagesklinischen Plätze																
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ die Wiederbeschaffung einschließlich der Ergänzungsbeschaffung von kurzfristigen Anlagegütern (Einrichtungs- und Ausstattungsgegenstände), ausgenommen Gebrauchs- und Verbrauchsgüter</li> <li>▪ 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</li> </ul>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <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-collapse: collapse;"> <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-collapse: collapse;"> <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-collapse: collapse;"> <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-collapse: collapse;"> <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 €																



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

<b>Thüringen</b>	
Verordnung vom 22. Dezember 2003	
<b>Gegenstand der Pauschalförderung</b>	<b>Höhe der Pauschalförderung/ Jahr</b>
<p>Jahrespauschalen für:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ die Wiederbeschaffung sowie die Ergänzungsbeschaffung (§9 Abs. 4 KHG) kurzfristiger Anlagegüter,</li> <li>▪ Baumaßnahmen, deren Anschaffungs- oder Herstellungskosten für die einzelne Maßnahme den in der Rechtsverordnung nach Absatz 4 festgelegten Betrag (Wertgrenze 200.000 € ohne Umsatzsteuer) nicht überschreiten.</li> </ul> <p><b>Anm.:</b> In Vorbereitung befindet sich eine 7. Pauschalförderverordnung, die eine nochmalige Absenkung von Pauschalfördermitteln bei Beibehaltung der vorgenannten Leistungsgruppen, aber Aufgabe der Begrenzung aufgrund von in Betrieb genommenen Einzelfördermaßnahmen beinhaltet.</p>	<p>Jahrespauschale</p> <p>- je im Jahr 2001 abgeschlossenen vollstationären sowie ausschließlich vorstationären Behandlungsfall nach folgender Leistungsgruppierung:</p> <p>A1: Allgemeinkrankenhäuser mit ≤ 15.000 Fällen/a  A2: Allgemeinkrankenhäuser mit &gt; 15.000 Fällen und ≤ 20.000 Fällen/a  A3: Allgemeinkrankenhäuser mit &gt; 20.000 Fällen/a  F1: Fachkrankenhäuser für INN, GER, PSY  F2: Fachkrankenhäuser für ORT  mit</p> <p>A1: 31 Euro  A2: 50 Euro  A3: 38 Euro  F1: 42 Euro  F2: 60 Euro</p> <p>in den Haushaltsjahren 2003 und 2004</p> <p>Einen Zuschlag für Ausbildungsstätten für jeden im Krankenhausplan als bedarfsgerecht anerkannten Ausbildungsplatz in Höhe von 100 €.</p> <p>Begrenzung der Höhe der Pauschalförderung für Nutzflächen neu in Betrieb genommener Bauvorhaben</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- im ersten Jahr nach Inbetriebnahme auf 50%.</li> <li>- im zweiten Jahr nach Inbetriebnahme auf 65%</li> <li>- im dritten Jahr nach Inbetriebnahme auf 80%</li> </ul>

## 5. Anhang

### 5.1. Versorgungsstufen

Tabelle 5.1: Versorgungsstufen der Bundesländer

Bundesland	Kriterien	Versorgungs-/ Leistungsstufen
<b>Baden-Württemberg</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Art und Anzahl der Fachabteilungen</li> <li>- Art und Anzahl der vorhandenen medizinisch-technischen Großgeräte</li> </ul> <p>Die Angabe der für die Versorgungsstufen typischen Bettenzahl bleibt unverbindlich</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grundversorgung (ca. 80-250 B.)</li> <li>- Regelversorgung (ca. 300-350 B.)</li> <li>- Schwerpunktversorgung (ca. 600-800 B.)</li> <li>- Maximalversorgung (ca. 1500-1700 B.)</li> </ul>
<b>Bayern</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Art und Anzahl der Fachabteilungen</li> <li>- Leistungsangebote</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1. Versorgungsstufe</li> <li>- 2. Versorgungsstufe</li> <li>- 3. Versorgungsstufe</li> <li>- 4. Versorgungsstufe</li> <li>- Fachkrankenhäuser</li> </ul>
<b>Berlin</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Art und Anzahl der <u>Fachgebiete</u></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Basisversorgung</li> <li>- Schwerpunktversorgung (keine direkte Zuordnung)</li> </ul> <p>Für die Notfallversorgung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Erste-Hilfe-Krankenhäuser</li> <li>- Unfallkrankenhäuser</li> <li>- Unfallschwerpunkt- Krankenhäuser</li> </ul>
<b>Brandenburg</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anzahl, Größe und Spezialisierung der Fachabteilungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grundversorgung</li> <li>- Regelversorgung und qualifizierte Regelversorgung</li> <li>- Schwerpunktversorgung</li> <li>- Fachkrankenhäuser</li> </ul>
<b>Bremen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anzahl der Betten</li> <li>- Definition gilt ausschließlich für die Pauschalförderung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1. Versorgungsstufe (bis 350 B.)</li> <li>- 2. Versorgungsstufe (350-650 B.)</li> <li>- 3. Versorgungsstufe (über 650 B.)</li> </ul>
<b>Hamburg</b>	<p><u>Pauschalförderung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Art und Anzahl der Fachabteilungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grund- und Regelversorgung</li> <li>- Schwerpunktversorgung</li> <li>- Zentralversorgung</li> </ul>
	<p><u>Krankenhausplanung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Differenzierung nach Teilnahme an der Not- und Unfallversorgung</li> </ul>	
<b>Hessen</b>		<p>Mit Einführung des Hessischen Krankenhausgesetzes im Jahr 2002 (HKHG) wurde die Unterscheidung von Versorgungsstufen faktisch abgeschafft.</p>

<b>Mecklenburg-Vorpommern</b>		Keine Definition von Versorgungs- oder Leistungsstufen
<b>Niedersachsen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anzahl der Betten</li> <li>- Definition gilt ausschließlich für die Pauschalförderung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anforderungsstufe 1 (bis 230 B.)</li> <li>- Anforderungsstufe 2 (231-330 B.)</li> <li>- Anforderungsstufe 3 (331-630 B.)</li> <li>- Anforderungsstufe 4 (über 630 B.)</li> </ul>
<b>Nordrhein-Westfalen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Art und Anzahl der Fachabteilungen</li> <li>- Erreichbarkeit (Entfernung)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grundversorgung</li> <li>- Regionalversorgung</li> <li>- Maximalversorgung</li> </ul>
<b>Rheinland-Pfalz</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anzahl der Betten</li> <li>- Art und Anzahl der Fachabteilungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grundversorgung (bis 250 B.)</li> <li>- Regelversorgung (251-500 B.)</li> <li>- Schwerpunktversorgung (501-800 B.)</li> <li>- Maximalversorgung (über 800 B.)</li> <li>- Fachkrankenhäuser</li> </ul>
<b>Saarland</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Art und Anzahl der Fachabteilungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grund- und Regelversorgung</li> <li>- Schwerpunktversorgung</li> <li>- Maximalversorgung</li> </ul>
<b>Sachsen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Art und Anzahl der Fachabteilungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Regelversorgung</li> <li>- Schwerpunktversorgung</li> <li>- Maximalversorgung</li> <li>- Fachkrankenhäuser (Ergänzung)</li> </ul>
<b>Sachsen-Anhalt</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Art und Anzahl der Fachabteilungen</li> <li>- Kriterien in der Verordnung zur Pauschalförderung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grund- und Regelversorgung</li> <li>- Schwerpunktversorgung</li> <li>- Zentralversorgung</li> </ul>
<b>Schleswig-Holstein</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Art und Anzahl der Fachabteilungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- begrenzte Regelversorgung</li> <li>- Regelversorgung</li> <li>- Schwerpunktversorgung</li> <li>- Zentralversorgung</li> <li>- Fachkrankenhäuser</li> </ul>
<b>Thüringen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Art und Anzahl der <u>Fachgebiete</u></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- keine Versorgungsstufen</li> <li>- Differenzierung zwischen regionalem und überregionalem Versorgungsauftrag (fachgebietsbezogen), ohne Ausweisung für einzelne Krankenhäuser</li> </ul>

Quelle: Krankenhauspläne, Krankenhausgesetze und Rechtsverordnungen der Bundesländer

## 5.2. KHG-Fördermittel

Tabelle 5.2: KHG-Fördermittel insgesamt

KHG-Mittel insgesamt (in Mio. EUR) - in jeweiligen Preisen																
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003			
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	331,70			
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	501,55			
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	103,70			
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	128,37			
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	33,58			
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	64,51			
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	159,85			
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	121,99			
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	186,45			
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	482,10			
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	118,80			
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	38,34			
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	184,25			
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	170,36			
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	84,32			
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	133,90			
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	2.104,90			
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	738,87			
<b>Gesamt</b>	<b>3.640,96</b>	<b>3.824,45</b>	<b>3.903,63</b>	<b>3.665,19</b>	<b>3.755,84</b>	<b>3.704,69</b>	<b>3.513,15</b>	<b>3.494,28</b>	<b>3.421,48</b>	<b>3.378,31</b>	<b>3.387,70</b>	<b>3.222,48</b>	<b>2.843,77</b>			

Quelle: Umfrage des Ausschusses für Krankenhauswesen der AOLG

Anmerkung: Alte Bundesländer inkl. Berlin

Tabelle 5.3: KHG-Mittel insgesamt – reale Veränderung gegenüber 1991

KHG-Mittel insgesamt - reale Veränderung gegenüber 1991													
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
BW	0,00%	-5,51%	-5,13%	-3,76%	-6,61%	-11,34%	-12,95%	-15,89%	-16,90%	-15,43%	-16,46%	-23,98%	-20,21%
BAY	0,00%	-4,88%	-8,90%	-11,27%	-19,36%	-18,03%	-24,78%	-20,35%	-23,33%	-24,40%	-25,88%	-26,89%	-40,86%
B	0,00%	-5,84%	-5,15%	-20,63%	-1,67%	-20,72%	-46,90%	-52,16%	-58,38%	-63,50%	-56,00%	-56,11%	-74,55%
BR	0,00%	9,26%	9,27%	-14,48%	-4,80%	-25,90%	-35,18%	-33,89%	-34,83%	-35,74%	-36,99%	-39,17%	-52,21%
HB	0,00%	10,30%	-15,03%	-19,58%	-21,53%	-10,27%	-20,87%	-19,64%	-32,83%	-20,35%	-39,58%	-29,70%	-29,20%
HH	0,00%	0,95%	-9,97%	-22,79%	6,96%	6,51%	8,48%	17,12%	14,11%	1,39%	15,75%	-30,19%	-27,83%
HE	0,00%	-3,54%	-2,76%	-5,04%	-4,45%	-1,51%	-1,67%	0,95%	0,33%	-6,25%	-10,35%	-11,55%	-31,17%
MVP	0,00%	-10,45%	-9,77%	-13,28%	6,34%	5,28%	1,29%	-1,93%	-19,89%	-12,47%	-17,21%	-22,93%	-21,63%
NIE	0,00%	-0,48%	-2,49%	-3,78%	-7,14%	-10,59%	-9,16%	-7,72%	-0,44%	-7,11%	-11,41%	-28,41%	-29,74%
NRW	0,00%	-3,35%	-9,96%	-16,86%	-23,19%	-28,05%	-30,64%	-37,81%	-39,82%	-40,77%	-42,56%	-40,96%	-41,82%
RP	0,00%	-0,98%	-5,31%	-8,89%	-9,94%	-8,93%	-9,23%	-10,06%	-10,61%	-11,86%	-13,59%	-17,74%	-30,33%
SAAR	0,00%	1,60%	-35,70%	-29,25%	-15,60%	-14,52%	-17,08%	-17,42%	-18,55%	-9,98%	-12,68%	-18,25%	-24,18%
SA	0,00%	9,70%	1,12%	-18,66%	-23,04%	-17,34%	-19,34%	-20,83%	-18,86%	-20,00%	-21,81%	-22,88%	-52,93%
SAA	0,00%	9,81%	49,17%	7,60%	10,15%	14,50%	4,96%	-1,66%	-8,31%	-18,75%	-12,01%	-20,57%	-23,20%
SH	0,00%	4,85%	-11,18%	-23,10%	-16,58%	-2,02%	-8,90%	-2,43%	3,62%	2,83%	-10,18%	-44,34%	-4,25%
TH	0,00%	26,67%	21,32%	34,27%	41,39%	52,02%	38,97%	39,22%	37,05%	31,73%	17,98%	2,90%	-18,65%
A. Bu.	0,00%	-3,37%	-7,73%	-12,68%	-13,45%	-16,61%	-22,41%	-23,38%	-25,08%	-27,07%	-28,06%	-32,45%	-38,87%
N. Bu.	0,00%	9,34%	13,16%	-4,94%	-0,21%	-0,95%	-7,74%	-9,54%	-12,96%	-15,23%	-17,35%	-22,57%	-38,53%
Gesamt	0,00%	-0,08%	-2,33%	-10,68%	-10,03%	-12,56%	-18,61%	-19,80%	-21,94%	-24,01%	-25,29%	-29,90%	-38,79%

Quelle: Umfrage des Krankenhausausschusses der AGOL; Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen

Anmerkung: Alte Bundesländer inkl. Berlin

Tabelle 5.4: KHG-Fördermittel, Pauschalförderung

KHG-Mittel Pauschalförderung (in Mio. EUR) - in jeweiligen Preisen													
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
BW				132,17	144,18	144,18	156,97	153,08	152,42	151,90	157,99	157,30	158,00
BAY				181,51	173,84	186,62	185,96	189,18	181,51	183,55	178,95	180,00	181,50
B				65,55	65,50	75,88	152,62	46,83	45,50	39,83	36,46	35,86	31,20
BR				122,71	50,82	25,05	28,84	28,48	27,10	27,10	27,15	23,61	23,61
HB				17,28	16,97	16,97	17,03	17,03	17,03	17,03	17,03	17,07	17,07
HH				28,38	28,38	29,04	29,04	29,96	31,14	31,50	31,50	29,13	30,49
HE				84,36	86,92	91,01	89,48	89,48	89,48	92,03	92,03	95,00	95,00
MVP				23,06	23,06	23,78	23,78	20,45	12,83	12,78	13,29	14,00	14,62
NIE				107,73	108,45	100,62	104,20	108,70	107,01	105,99	102,41	95,69	95,69
NRW				261,12	276,10	288,88	274,82	286,32	286,32	296,55	296,55	305,18	305,18
RP				45,04	45,15	50,52	50,52	50,52	50,52	50,87	51,13	51,13	51,13
SAAR				12,58	12,58	13,75	13,75	14,52	14,52	15,59	15,59	16,50	16,50
SA				51,13	51,13	46,32	44,18	41,41	39,88	39,88	39,88	39,90	38,60
SAA				51,69	50,26	43,51	29,40	29,55	13,91	11,35	17,38	17,38	29,53
SH				33,75	33,69	36,76	36,76	40,19	36,20	37,43	37,43	38,50	37,93
TH				82,73	52,66	51,13	37,84	30,68	28,12	22,75	20,45	20,25	20,20
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	1.019,69
N. Bu.				331,32	227,93	189,79	164,04	150,57	121,84	113,86	118,15	115,14	126,56
<b>Gesamt</b>				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	1.146,25
Quelle: Umfrage des Ausschusses für Krankenhauswesen der AOLG													
Anmerkung: Alte Bundesländer inkl. Berlin													

Tabelle 5.5: KHG-Fördermittel, Einzelförderung

KHG-Mittel Einzelförderung (in Mio. EUR) - in jeweiligen Preisen													
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
BW				221,18	204,67	191,94	179,26	174,81	173,53	184,53	181,00	155,40	173,70
BAY				483,17	440,73	447,38	406,83	444,31	432,04	430,00	434,60	433,55	320,05
B				220,16	294,60	218,78	48,47	136,01	114,53	102,51	138,56	141,13	72,50
BR				80,17	178,95	156,46	132,93	138,05	138,05	138,05	138,05	138,05	104,76
HB				16,41	16,47	21,84	17,84	18,71	13,03	19,12	10,94	15,92	16,51
HH				32,57	57,52	57,78	61,05	68,21	65,09	55,22	69,48	32,61	34,02
HE				110,44	112,48	117,60	122,71	130,38	130,38	116,32	111,21	108,25	64,85
MVP				96,17	125,67	125,67	122,71	122,71	104,82	117,60	112,49	104,70	107,37
NIE				117,80	112,99	115,76	119,80	120,97	142,30	129,92	127,06	92,31	90,76
NRW				347,37	295,83	254,83	259,22	196,95	184,17	173,12	168,01	178,92	176,92
RP				92,19	92,85	91,11	93,31	93,31	93,31	92,96	92,70	87,67	67,67
SAAR				19,02	25,77	25,67	25,21	24,64	24,34	27,97	27,51	24,40	21,84
SA				230,08	219,55	248,75	249,20	249,21	259,79	259,79	258,87	258,80	145,65
SAA				159,12	169,29	188,11	186,93	175,02	177,98	161,11	173,13	156,94	140,83
SH				26,07	32,32	41,93	37,79	40,39	49,90	49,23	39,78	10,00	46,39
TH				112,48	156,46	177,06	174,70	184,22	184,73	184,73	169,09	147,33	113,70
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	1.085,21
N. Bu.				678,02	849,92	896,05	866,47	869,21	865,37	861,28	851,63	805,82	612,31
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	1.697,52
Quelle: Umfrage des Ausschusses für Krankenhauswesen der AOLG													
Anmerkung: Alte Bundesländer inkl. Berlin													

Tabelle 5.6: Entwicklung von KHG-Fördermitteln und BIP seit 1991

<b>Deutschland insgesamt</b>					
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	1.654.200	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	1.833.700	122	0,20%
1997	3.513,15	96	1.871.600	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	2.030.000	135	0,17%
2001	3.387,70	93	2.073.700	138	0,16%
2002	3.222,48	89	2.110.400	140	0,15%
2003	2.843,77	78	2.129.200	142	0,13%
<b>Alte Bundesländer (inkl. Berlin)</b>					
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	1397645	100	0,19%
1992	2.741,54	102	1480213	106	0,19%
1993	2.733,38	101	1491430	107	0,18%
1994	2.655,85	98	1547513	111	0,17%
1995	2.677,99	99	1600479	115	0,17%
1996	2.618,85	97	1624431	116	0,16%
1997	2.482,64	92	1657569	119	0,15%
1998	2.474,50	92	1711689	122	0,14%
1999	2.434,27	90	1754051	126	0,14%
2000	2.403,17	89	1803054	129	0,13%
2001	2.417,92	90	1843477	132	0,13%
2002	2.301,52	85	1876219	134	0,12%
2003	2.104,90	78	1891399	135	0,11%
<b>Neue Bundesländer (ohne Berlin)</b>					
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	209.269	200	0,52%
1997	1.030,51	109	214.031	205	0,48%
1998	1.019,78	108	217.711	208	0,47%
1999	987,21	105	224.549	215	0,44%
2000	975,14	104	226.946	217	0,43%
2001	969,78	103	230.223	220	0,42%
2002	920,96	98	234.181	224	0,39%
2003	738,87	78	237.801	227	0,31%

Quelle: Umfrage des Ausschusses für Krankenhauswesen der AOLG; Arbeitskreis Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen der Länder; Eigene Berechnungen

### 5.3. Bettendichte in den Bundesländern

Tabelle 5.7: 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	62,7	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	68,1	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	67,1	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	
2002	66,4	59,9	66,8	63,1	62,1	91,1	72,4	62,9	62,0	59,6	74,2	65,1	70,4	67,1	69,3	58,5	70,7	

Veränderung gegenüber dem Vorjahr																		
Jahr	D	BW	BAY	B	BR	HB	HH	HE	MVP	NIE	NRW	RP	SAAR	SA	SAA	SH	TH	
1995	-1,7%	-1,0%	-1,2%	-5,0%	-3,5%	-1,7%	-2,4%	-2,5%	-2,6%	-1,4%	-1,6%	-0,8%	-0,4%	-0,4%	-3,8%	-1,1%	-0,4%	
1996	-2,8%	-1,2%	-1,5%	-14,6%	-0,7%	-3,7%	0,9%	-0,9%	1,0%	-4,8%	-3,6%	-1,0%	-1,5%	-2,3%	0,3%	-4,3%	0,3%	
1997	-2,5%	-1,8%	-1,4%	-7,6%	-1,2%	-1,2%	-4,5%	-1,0%	-5,1%	-3,0%	-3,2%	-1,4%	-2,7%	-0,6%	-2,4%	-0,3%	-0,8%	
1998	-1,4%	-1,9%	-0,6%	-4,3%	-2,0%	-1,0%	-1,8%	-0,1%	-1,2%	-1,4%	-2,0%	-1,3%	-1,3%	-1,5%	0,0%	-0,3%	-1,6%	
1999	-1,1%	-1,6%	-1,0%	-3,1%	-1,4%	-0,8%	-0,6%	-0,9%	-1,1%	-1,9%	-1,4%	-1,7%	0,3%	1,2%	0,6%	1,3%	-1,9%	
2000	-1,2%	-0,8%	-1,2%	-3,2%	-1,1%	-0,5%	-4,5%	-1,9%	-2,5%	-1,1%	-0,7%	-2,0%	-0,3%	-0,1%	-0,4%	-0,5%	-1,0%	
2001	-1,5%	-1,5%	-1,3%	-3,0%	-0,6%	-3,5%	-3,7%	-3,6%	1,1%	-1,0%	-1,1%	-2,8%	-6,1%	1,0%	0,4%	-2,2%	-1,2%	
2002	-1,0%	-0,8%	-0,9%	-5,5%	-0,2%	-0,7%	-1,9%	-0,8%	-2,1%	-1,0%	-0,7%	-0,8%	-0,4%	-0,7%	-1,3%	-0,3%	-1,1%	

Veränderung gegenüber 1994																		
Jahr	D	BW	BAY	B	BR	HB	HH	HE	MVP	NIE	NRW	RP	SAAR	SA	SAA	SH	TH	
1995	-1,7%	-1,0%	-1,2%	-5,0%	-3,5%	-1,7%	-2,4%	-2,5%	-2,6%	-1,4%	-1,6%	-0,8%	-0,4%	-0,4%	-3,8%	-1,1%	-0,4%	
1996	-4,5%	-2,2%	-2,7%	-18,8%	-4,2%	-5,4%	-1,5%	-3,4%	-1,6%	-6,2%	-5,1%	-1,8%	-1,9%	-2,7%	-3,5%	-5,4%	-0,1%	
1997	-6,9%	-4,0%	-4,1%	-25,0%	-5,3%	-6,5%	-5,9%	-4,4%	-6,5%	-9,0%	-8,2%	-3,1%	-4,5%	-3,3%	-5,8%	-5,7%	-0,9%	
1998	-8,2%	-5,8%	-4,6%	-28,2%	-7,2%	-7,5%	-7,7%	-4,5%	-7,7%	-10,3%	-10,0%	-4,4%	-5,8%	-4,7%	-5,8%	-6,0%	-2,5%	
1999	-9,2%	-7,3%	-5,6%	-30,5%	-8,5%	-8,3%	-8,2%	-5,4%	-8,7%	-12,0%	-11,3%	-6,0%	-5,5%	-3,6%	-5,3%	-4,7%	-4,3%	
2000	-10,3%	-8,1%	-6,7%	-32,7%	-9,5%	-8,7%	-12,4%	-7,2%	-11,0%	-13,0%	-11,9%	-7,9%	-5,8%	-3,7%	-5,7%	-5,2%	-5,2%	
2001	-11,6%	-9,4%	-7,9%	-34,8%	-10,1%	-11,9%	-15,6%	-10,6%	-10,0%	-13,9%	-12,8%	-10,5%	-11,5%	-2,7%	-5,3%	-7,3%	-6,4%	
2002	-12,5%	-10,2%	-8,7%	-38,4%	-10,3%	-12,5%	-17,2%	-11,3%	-11,8%	-14,7%	-13,4%	-11,2%	-11,9%	-3,5%	-6,5%	-7,6%	-7,5%	

Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen

## 5.4. Medizinisch-technische Großgeräte in den Bundesländern

Tabelle 5.8: Medizinisch-technische Großgeräte in allen Krankenhäusern im Jahr 2001

	Gesamt	Computer-Tomographen	Dialysegeräte	Digitale Subtraktions-Angiographiegeräte	Gamma-kameras	Herz-Lungen-Maschinen	Kernspin-Tomographen	Koronar-angiographische Arbeitsplätze	Linearbeschleuniger	Positronen-Emissions-Computer-Tomographen (PET)	Stoßwellenlithotripter	Tele-Kobalt-Therapiegeräte
<b>Deutschland</b>	<b>8.014</b>	<b>1.101</b>	<b>3.915</b>	<b>454</b>	<b>546</b>	<b>338</b>	<b>481</b>	<b>484</b>	<b>341</b>	<b>50</b>	<b>268</b>	<b>36</b>
Baden-Württemberg	869	119	384	45	71	35	70	57	46	9	29	4
Bayern	1.297	159	667	70	106	45	68	77	55	9	37	4
Berlin	383	52	173	27	36	19	24	24	15	1	11	1
Brandenburg	189	31	90	7	11	8	10	12	8	-	12	-
Bremen	110	9	72	6	5	4	2	4	5	-	2	1
Hamburg	139	28	31	13	12	11	16	11	8	1	8	-
Hessen	561	81	259	32	35	31	33	45	25	3	16	1
Mecklenburg-Vorpommern	145	25	55	9	16	8	9	8	8	-	5	2
Niedersachsen	743	94	397	38	35	15	46	49	28	5	32	4
Nordrhein-Westfalen	2.019	258	1.069	109	110	82	103	114	78	14	67	15
Rheinland-Pfalz	315	50	156	16	19	14	21	16	10	1	11	1
Saarland	161	19	81	10	12	8	10	7	7	1	5	1
Sachsen	299	68	100	25	20	18	21	18	17	1	11	-
Sachsen-Anhalt	291	39	164	17	17	11	14	13	8	1	7	-
Schleswig-Holstein	229	28	109	16	22	7	14	17	10	2	3	1
Thüringen	264	41	108	14	19	22	20	12	13	2	12	1

Quelle: Statistisches Bundesamt