

Dr. Peter Steiner/Dr. Michael Mörsch

# Kritische Bestandsaufnahme der Investitionsfinanzierung in den Bundesländern

**Nicht zuletzt aufgrund der Einführung des DRG-Systems ist der Investitionsbedarf der Krankenhäuser in den vergangenen Jahren deutlich gestiegen. Diesem zunehmenden Bedarf stehen jedoch immer weiter sinkende Investitionsmittel der Bundesländer und ein ungebremsster Anstieg des Investitionsstaus gegenüber. Die nachfolgende Analyse zeichnet die bisherige Entwicklung der Investitionsförderung der Länder nach und identifiziert die wesentlichen Faktoren, die für eine Lösung der bestehenden Probleme unbedingt berücksichtigt werden sollten.**

Das Prinzip der dualen Krankenhausfinanzierung ist im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) aus dem Jahr 1972 verankert. Demnach sind die Investitionskosten der Krankenhäuser im Wege der öffentlichen Förderung und die laufenden Betriebskosten von den Patienten bzw. deren Krankenkassen oder -versicherungen zu übernehmen. In Wissenschaft, Politik und Praxis ist im Grundsatz unstrittig, dass zwischen der Investitionsfinanzierung, der Krankenhausplanung und der Finanzierung der Betriebskosten weitreichende Wechselwirkungen bestehen. Schon die zahlreichen Veränderungen, die seit dem Jahr 1972 am System der Betriebskostenfinanzierung vorgenommen wurden und in der Einführung des DRG-Systems im Jahr 2004 (optional im Jahr 2003) gipfelten, werfen somit die Frage nach einer Neuordnung der Investitionsfinanzierung auf.

Der deutliche Rückgang der von den Bundesländern nach § 9 KHG zur Investitionsfinanzierung bereitgestellten Fördermittel ist ein weiterer Grund, weshalb die derzeitige Ausgestaltung der Finanzierung von Krankenhausinvestitionen immer häufiger kritisch hinterfragt wird. Angesichts der angespannten Situation der Länderhaushalte stellt sich jedoch nicht nur die Frage, wie den Krankenhäusern in Zukunft die zwingend notwendigen Investitionsmittel bereitgestellt werden können. Vielmehr ist auch zu beantworten, wie der bislang auf rund 25 bis 50 Mrd. € angewachsene Investitionsstau in Zukunft schrittweise abgebaut werden kann.

Die zwischen der Investitionsfinanzierung, der Krankenhausplanung und der Betriebskostenfinanzierung auftretenden Wechselwirkungen sind nicht nur weit reichend, sondern auch äußerst komplex. Die Entwicklung eines in sich schlüssigen Konzepts zur künftigen Finanzierung von Krankenhausinvestitionen ist deshalb ohne Einbeziehung der übrigen, für das Krankenhauswesen maßgeblichen Rahmenbedingungen nicht möglich. Gegenwärtig ist jedoch weder absehbar, wie die Bundesländer in Zukunft ihrer Verantwortung für eine bedarfsgerechte Versorgung mit Krankenhausleistungen gerecht werden sollen, noch ist die damit einhergehende Frage nach der künftigen Ausge-

staltung der Krankenhausplanung beantwortet. Vor diesem Hintergrund kommt es derzeit vor allem darauf an, die bisherige Entwicklung der Investitionsförderung zu beleuchten und die Unterschiede in der bisherigen Förderpraxis der einzelnen Bundesländer zu identifizieren, sodass sie bei einer möglichen Neuordnung der Investitionsfinanzierung angemessene Berücksichtigung finden können.

## Rechtliche Auswirkungen

Die Einführung des DRG-Systems hat bislang zu keinen wesentlichen Veränderungen der für die Investitionsförderung maßgeblichen, im KHG verankerten Rechtsgrundlagen geführt. Nach wie vor sind es die Bundesländer, die eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern sicherzustellen haben: Zur Verwirklichung der genannten Ziele verpflichtet das KHG die Länder, Krankenhauspläne und Investitionsprogramme aufzustellen. Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan ihres Landes aufgenommen sind, haben nach § 8 Absatz 1 KHG Anspruch auf Investitionsförderung. Zu unterscheiden ist da-



### Eine wesentliche Ergänzung zum Qualitätsmanagement

Krankenhäuser sehen sich durch die Verrechtlichung der medizinischen Behandlung und die zunehmenden Haftpflichtschäden einem nicht mehr kalkulierbaren Risiko ausgesetzt.

### AssTech bietet Ihnen kompetente Unterstützung:

Das interdisziplinäre Team des AssTech Krankenhaus Risk Management entwickelt zusammen mit Ihnen effektive Strategien, um die Patientensicherheit zu erhöhen und Haftpflichtrisiken präventiv zu vermeiden.

### Neugierig geworden?

### Dann fordern Sie unsere Informationsbroschüre an:

AssTech, Assekuranz und Technik  
Risk Management Service GmbH  
Dieselstraße 11  
85774 Unterföhring bei München  
Deutschland  
Telefon +49 89 3844-1585  
www.asstech.com

Tabelle 1: KHG-Fördermittel\*

	KHG-Fördermittel					
	Gesamt		Einzelförderung (§ 9 Abs. 1 u. 2 KHG)		Pauschalförderung (§ 9 Abs. 3 KHG)	
	2004 in Mio. EUR	reale Veränderung ggü. 1994***	2004 in Mio. EUR	reale Veränderung ggü. 1994***	2004 in Mio. EUR	reale Veränderung ggü. 1994***
Baden-Württemberg	322,30	-18,54%	168,30	-27,50%	154,00	-5,83%
Bayern	452,55	-35,08%	270,55	-45,88%	182,00	-7,69%
Berlin	144,68	-64,58%	113,50	-66,03%	31,18	-58,03%
Brandenburg	127,04	-51,25%	103,43	-49,04%	23,61	-59,04%
Bremen	34,10	-10,09%	16,98	-9,10%	17,12	-11,05%
Hamburg	70,73	-27,40%	40,07	-38,58%	30,66	-4,75%
Hessen	230,10	1,74%	132,60	3,94%	97,50	-1,10%
Meckl.-Vorpommern	127,80	-24,24%	111,30	-21,91%	16,50	-36,91%
Niedersachsen	183,92	-26,77%	88,55	-30,90%	95,37	-22,46%
Nordrhein-Westfalen	485,82	-25,11%	174,64	-47,95%	311,18	-0,63%
Rheinland-Pfalz	118,80	-24,10%	67,67	-35,74%	51,13	-0,15%
Saarland	38,18	-12,22%	20,86	-28,63%	17,32	21,39%
Sachsen	154,25	-49,76%	115,65	-53,56%	38,60	-33,44%
Sachsen-Anhalt	172,51	-30,72%	148,84	-22,48%	23,67	-58,48%
Schleswig-Holstein	86,40	15,40%	48,40	32,04%	38,00	-0,55%
Thüringen	134,08	-43,47%	113,78	-35,88%	20,30	-66,01%
Alte Bundesländer***	2 167,58	-28,64%	1 142,12	-40,28%	1 025,46	-8,84%
Neue Bundesländer	715,68	-41,46%	593,00	-38,48%	122,68	-52,54%
<b>Deutschland</b>	<b>2 883,26</b>	<b>-32,31%</b>	<b>1 735,12</b>	<b>-39,68%</b>	<b>1 148,14</b>	<b>-17,00%</b>

\* Bei den ausgewiesenen KHG-Mitteln handelt es sich um Haushaltsansätze. Nicht berücksichtigt sind insbesondere die Investitionsmittel für Hochschulkliniken, die Investitionsmittel für Vertragskrankenhäuser sowie die Eigenmittel für Plankrankenhäuser.

\*\* Unter Zugrundelegung des HVPI

\*\*\* Alte Bundesländer einschließlich Berlin

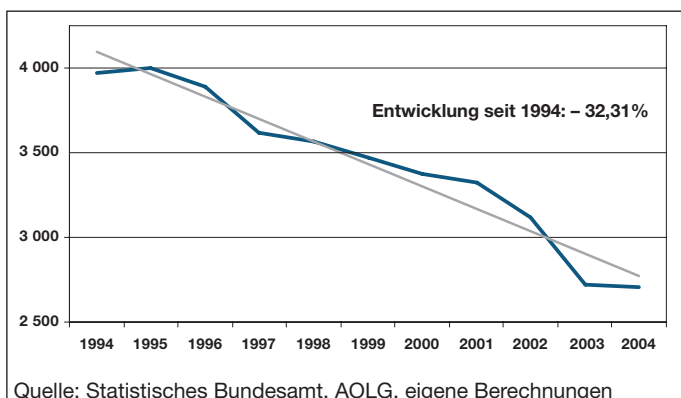
Quelle: Umfrage der AG Krankenhauswesen der AOLG, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen

bei zwischen der Einzelförderung nach § 9 Absatz 1 und 2 KHG, deren Gegenstand vor allem die Errichtung von Krankenhäusern und deren Erstausrüstung sowie die Wiederbeschaffung langfristiger Anlagegüter ist, und der Pauschalförderung nach § 9 Absatz 3 KHG, über die kurzfristige Anlagegüter und kleine bauliche Maßnahmen zu finanzieren sind. Die Einzelheiten der Investitionsförderung sind in den Krankenhausgesetzen der Länder geregelt.

## Steigender Investitionsbedarf, sinkende Investitionsfördermittel

Gezielte Investitionen zur Verbesserung der Betriebsabläufe sind eines der zentralen Instrumente zur Senkung der

Abbildung 1: KHG-Fördermittel insgesamt (in Preisen von 2000), in Mio. €



laufenden Kosten von Krankenhäusern. Angesichts dieser Einschätzung des Gesundheitsökonom Prof. Dr. Günter Neubauer<sup>1)</sup> und des immensen Wettbewerbs- und Kostendrucks, dem sich die Krankenhäuser derzeit ausgesetzt sehen, überrascht es nicht, dass in einer Umfrage der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) rund 2 Drittel der befragten Krankenhäuser angaben, dass die Einführung des DRG-Systems innerhalb der nächsten 3 bis 4 Jahre außergewöhnliche Investitionen dringend erforderlich mache.<sup>2)</sup>

Der steigende Investitionsbedarf der Krankenhäuser spiegelt sich jedoch nicht in der Entwicklung der KHG-Investitionsfördermittel wider. Vielmehr ist das Gegenteil der Fall.

### ■ Gesamtentwicklung der KHG-Fördermittel

Im Jahr 2004 haben die Bundesländer insgesamt 2,88 Mrd. € zur Investitionsförderung nach § 9 KHG bereitgestellt (Tabelle 1). Seit dem Jahr 1994 sind die gesamten KHG-Fördermittel somit um real<sup>3)</sup> 32,31 Prozent zurückgegangen (Abbildung 1). Der Gesamtförderbetrag

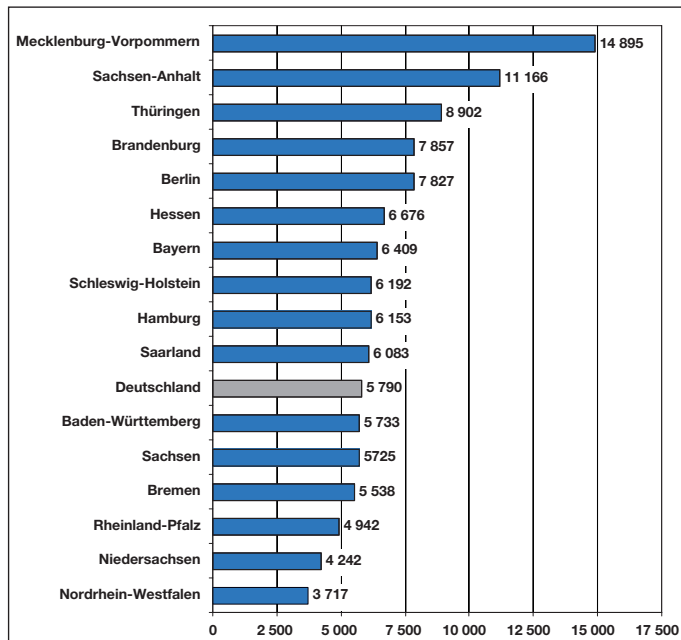
des Jahres 2004 setzt sich aus der Einzelförderung in Höhe von rund 1,74 Mrd. € und der Pauschalförderung, die sich auf rund 1,15 Mrd. € belief, zusammen. Mit 39,68 Prozent fiel der reale Rückgang der Einzelförderung dabei im betrachteten Zeitraum deutlich stärker aus als der Rückgang der Pauschalförderung, die um real 17 Prozent sank. Im Durchschnitt ist damit seit 1994 eine Abnahme des Fördermittelvolumens um real 3,8 Prozent per annum zu verzeichnen (Einzelförderung: -4,4 Prozent per annum.; Pauschalförderung: -2,6 Prozent per annum).

### ■ Vergleich der Bundesländer

Vom gesamten KHG-Fördermittelvolumen des Jahres 2004 entfielen rund 2,17 Mrd. € auf die alten Bundesländer (ABL, einschließlich Berlin) und rund 0,72 Mrd. € auf die neuen Bundesländer (NBL). Je Planbett wurden damit in den ABL im Durchschnitt 5 213 € und in den NBL 8 706 € an KHG-Fördermitteln von den Bundesländern bereitgestellt. Die Bandbreite der Fördermittel je Planbett reicht dabei von 3 717 € in Nordrhein-Westfalen bis 14 895 € in Mecklenburg-Vorpommern. Einen Überblick über die KHG-Mittel je Planbett in den einzelnen Bundesländern gibt Abbildung 2.

Ein sehr ähnliches Bild ergibt sich, wenn man die Verteilung der KHG-Fördermittel über einen längeren Zeitraum betrachtet. So entfielen von den zwischen den Jahren 1991 und 2004 insgesamt bereitgestellten KHG-Fördermitteln in Höhe von 48,64 Mrd. € rund 34,91 Mrd. € auf die ABL und 13,73 Mrd. € auf die NBL. Je Planbett wurden damit seit dem Jahr 1991 in den ABL rund 83 973 € und in den NBL

Abbildung 2: KHG-Mittel je Planbett\* im Jahr 2004, in €



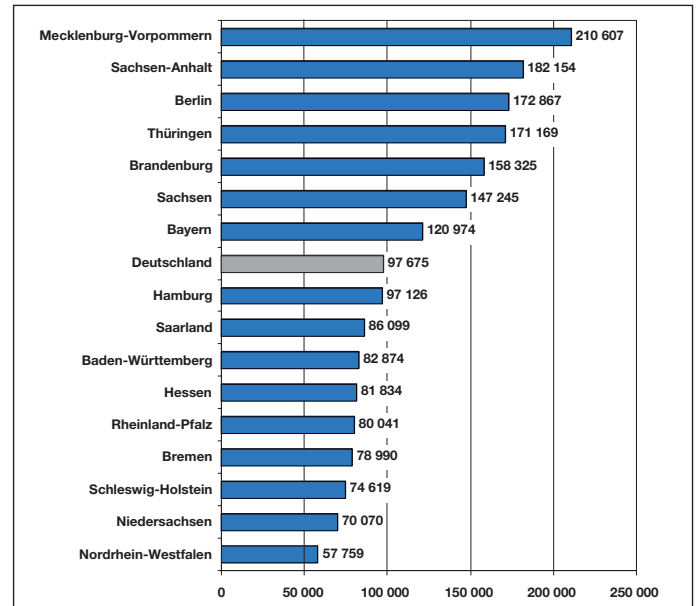
\* Voll- und teilstationäre Betten/Plätze in nach § 108 Absatz 2 KHG zugelassenen Krankenhäusern, Stand: 1. Januar 2004

Quelle: Umfrage des Krankenhausausschusses der AOLG, eigene Berechnungen

166 982 € je Planbett an KHG-Fördermitteln zur Verfügung gestellt. Auch in diesem Vergleich liefern Mecklenburg-Vorpommern mit 210 607 € und Nordrhein-Westfalen mit 57 759 € den Höchst- und Tiefstwert (vergleiche dazu Abbildung 3).

Deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern lassen sich jedoch nicht nur für die Höhe der KHG-Fördermittel, sondern auch für deren Verteilung auf die Pauschal- und die Einzelförderung ausmachen. Denn während der Anteil der Pauschalförderung im Jahr 2004 im Bundesdurchschnitt rund 40 Prozent betrug, belief er sich in den ABL auf etwa 47 Prozent und in den NBL auf rund 17 Pro-

Abbildung 3: Summe der KHG-Mittel im Zeitraum von 1991 bis 2004 je Planbett\*, in €



\* Voll- und teilstationäre Betten/Plätze in nach § 108 Absatz 2 KHG zugelassenen Krankenhäusern, Stand: 1. Januar 2004

Quelle: Umfrage des Krankenhausausschusses der AOLG, eigene Berechnungen

zent. Den höchsten Pauschalfördermittel-Anteil wies dabei Nordrhein-Westfalen mit 64 Prozent und den niedrigsten Mecklenburg-Vorpommern mit 13 Prozent auf (vergleiche Abbildung 4).

Die zwischen den Bundesländern zu beobachtenden Unterschiede in der Verteilung der KHG-Fördermittel auf die Pauschal- und die Einzelförderung wirken sich auch auf die absoluten Beträge der Pauschalförderung aus. So wurden im Jahr 2004 in den ABL durchschnittlich 2 466 €, in den NBL aber nur 1 492 € je Planbett bereitgestellt (Bundesdurchschnitt: 2 306 €). Wie auf der linken Seite von Abbildung 5 zu sehen ist, zahlten die Länder Hessen und Thü-



**Z E H N A C K E R** SOLUTIONS



## Erfahrungsaustausch, Informationen, Aktuelles

**Wir freuen uns auf den Dialog.**

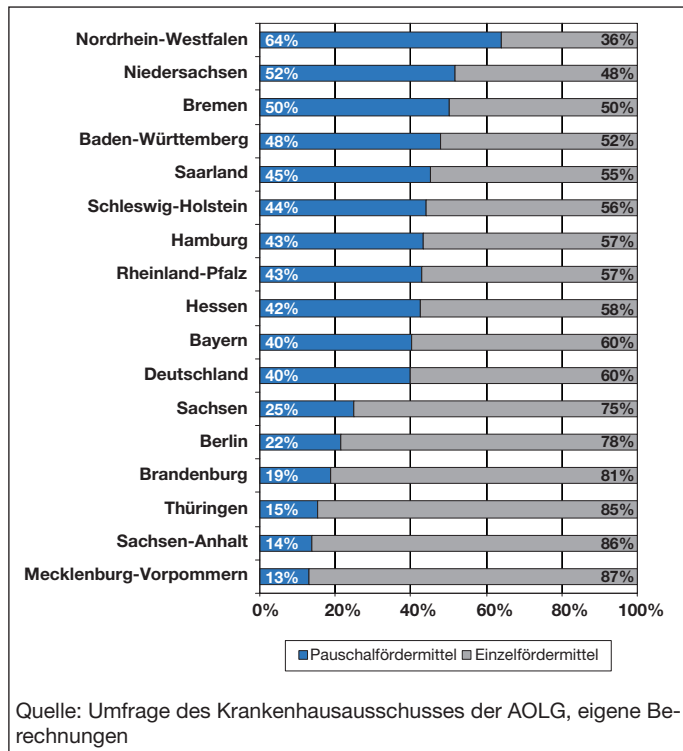
Und sind deshalb Hauptsponsor und Aussteller des Hauptstadtkongress für Medizin und Gesundheit 2005 in Berlin.

*What a Help!*

Sie finden uns vom 15.–17. Juni 2005 im ICC Berlin im Foyer der Haupthalle.

Vortrag des Geschäftsführenden Gesellschafters Nikolai P. Burkart zum Thema Horizontales Outsourcing am 16. Juni 2005 von 14:00h–15:45h.

Abbildung 4: Verteilung der KHG-Fördermittel auf die Pauschal- und die Einzelförderung im Jahr 2004



ringen mit 2 829 € bzw. 1 348 € die höchste bzw. die niedrigste Pauschalfördermittelsumme je Planbett.

Als Bemessungsgrundlage der Pauschalförderung hat die Anzahl der Planbetten in den vergangenen Jahren allerdings immer mehr an Bedeutung verloren. Abbildung 5 weist deshalb ergänzend die Pauschalfördermittelbeträge je stationären Behandlungsfall und je Einwohner aus. Auch bei Zugrundelegung dieser Bezugsgrößen zeigt sich, dass die Pauschalförderung in den NBL mit durchschnittlich

41,60 € je Fall bzw. 9,07 € je Einwohner deutlich niedriger ausfällt als in den ABL, in denen im Durchschnitt 71,45 € je Fall bzw. 14,86 € je Einwohner bereitgestellt wurden.

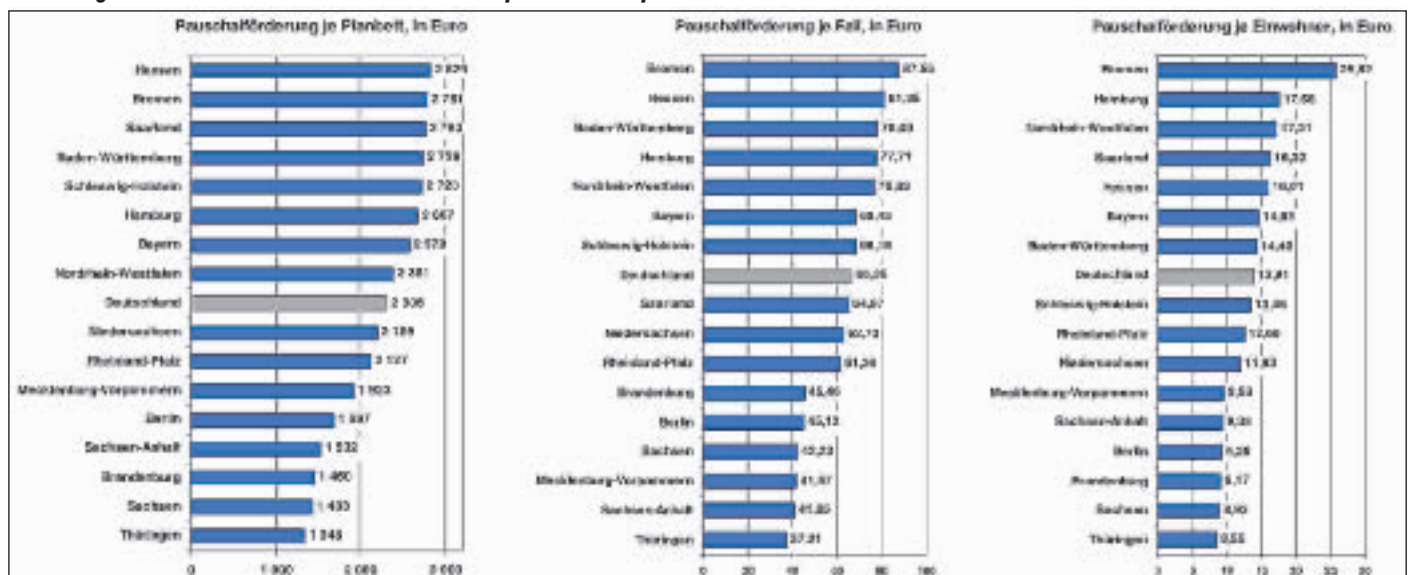
### Investitionsquoten, investive Förderlücke, investiver Nachholbedarf

Der deutliche Rückgang der KHG-Fördermittel schlägt sich auch in den für den Krankenhaussektor üblicherweise ermittelten Investitionsquoten nieder. Zieht man zur Berechnung der Krankenhausinvestitionsquote die gesamten Krankenhausaufgaben als Bezugsgröße für die KHG-Fördermittel heran (Investitionsquote I), so ergibt sich für den Zeitraum zwischen 1991 und 2003 eine Abnahme der Investitionsquote von 8,5 Prozent auf 4,4 Prozent. Verwendet man anstelle der gesamten Krankenhausaufgaben nur die Krankenhausaufgaben der GKV und PKV (Investitionsquote II), so beläuft sich die Krankenhausinvestitionsquote auf 11,1 (1991) bzw. 5,1 Prozent (2003).

Aufgrund des erheblichen Investitionsbedarfs, den die DRG-Einführung mit sich gebracht hat, aber auch angesichts des medizinisch-technischen Fortschritts, der Jahr für Jahr hohe Investitionen der Krankenhäuser in neue Technologien unumgänglich macht, erscheint es plausibel, dass die Investitionsquote der Krankenhäuser mindestens so hoch sein muss wie die volkswirtschaftliche Investitionsquote.<sup>4)</sup> Wie Abbildung 6 illustriert, lag die volkswirtschaftliche Investitionsquote im Jahr 2003 jedoch bei 17,8 Prozent und übertraf damit die Investitionsquoten der Krankenhäuser um mehr als das Drei- bzw. Vierfache!

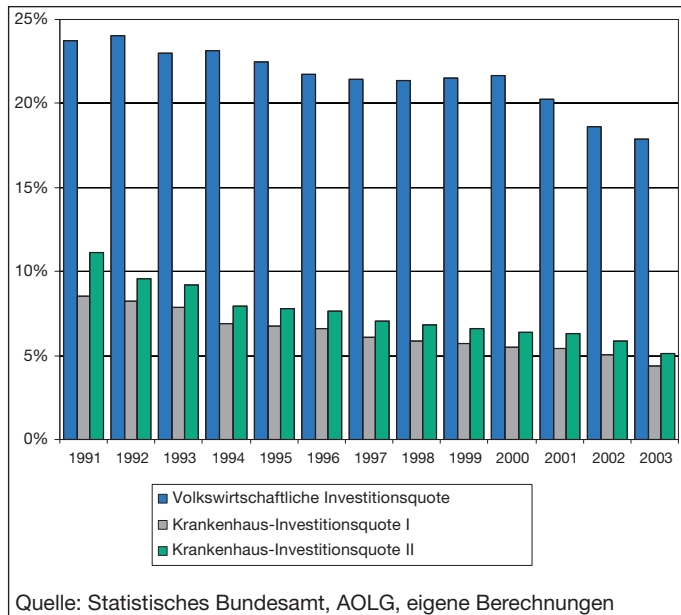
Setzt man – wie Neubauer<sup>5)</sup> – die volkswirtschaftliche Investitionsquote auch für die Krankenhäuser an, so ergibt sich für das Jahr 2003 ein Investitionsbedarf der Krankenhäuser in Höhe von rund 11,3 Mrd. € und damit alleine für dieses Jahr eine investive Förderlücke von rund 8,5 Mrd. €.

Abbildung 5: Pauschalfördermittel im Jahr 2004 je Planbett\*, je Fall\*\* und Einwohner



\* Voll- und teilstationäre Betten/Plätze in nach § 108 Absatz 2 KHG zugelassenen Krankenhäusern, Stand: 1. Januar 2004  
 \*\* Stationär behandelte Fälle im Jahr 2003  
 \*\*\* Stand: 31. Dezember 2003

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

**Abbildung 6: Krankenhausinvestitionsquoten und volkswirtschaftliche Investitionsquote**

Zur Schätzung des über die Jahre angelaufenen Investitionsstaus hat sich der von Brucknerberger entwickelte Ansatz des „investiven Nachholbedarfs“ durchgesetzt. Legt man die seit dem Jahr 1973 in Bayern zur Verfügung gestellten KHG-Mittel als Maßstab einer vergleichsweise angemessenen Investitionsförderung zugrunde, so beläuft sich der investive Nachholbedarf in Deutschland derzeit auf rund 29 Mrd. €. <sup>6)</sup> Andere Quellen beziffern den Investitionsstau sogar auf bis zu 50 Mrd. €.

## Fazit

Aus den vorangegangenen Ausführungen geht eindrücklich hervor, dass die aus der derzeitigen Situation der Investitionsfinanzierung für die Krankenhäuser entstehenden Probleme dringend einer Lösung zugeführt werden müssen. Dem zunehmenden Investitionsbedarf der Krankenhäuser stehen immer weiter sinkende Investitionsfördermittel der Bundesländer gegenüber. Die Frage, wie den Krankenhäusern die zwingend erforderlichen Investitionsmittel bereitgestellt und der bestehende Investitionsstau schrittweise abgebaut werden kann, bleibt bislang jedoch völlig unbeantwortet. Das Gleiche gilt für die Frage, wie die zunehmend aus Eigenmitteln der Krankenhäuser oder über Kredite finanzierten Investitionen angesichts der ausgeschöpften Wirtschaftlichkeitsreserven von den Krankenhäusern refinanziert werden sollen. Da die Investitionsförderung nach wie vor keineswegs in das Belieben der öffentlichen Hand gestellt ist, sondern die Krankenhäuser einen eindeutigen Rechtsanspruch auf öffentliche Finan-

zierung ihrer Investitionskosten haben, kann der Hinweis auf die angespannte Situation der öffentlichen Haushalte für die Krankenhäuser auf Dauer keine akzeptable Antwort auf die zuvor gestellten Fragen sein.

Außerdem wurde deutlich, dass sowohl im Hinblick auf den Umfang der Investitionsförderung als auch in Bezug auf deren Struktur bedeutende Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern existieren. Darüber hinaus gibt es auch erhebliche Förderunterschiede innerhalb der Länder, da in der Vergangenheit nicht alle Krankenhäuser in gleichem Umfang mit Hilfe von Einzelfördermitteln die Voraussetzungen für optimale Betriebsabläufe schaffen konnten. Im Rahmen der stufenweisen Einführung der DRG-Finanzierung werden die geschilderten Unterschiede in Zukunft nicht mehr über unterschiedliche Vergütungen der Betriebskosten ausgeglichen. Um Wettbewerbsverzerrungen zu vermeiden, ist es unabdingbar, den rechtlichen Rahmen der Investitionsfinanzierung und Krankenhausplanung sowie die Förderungsrealität in Einklang mit der Betriebskostenfinanzierung zu bringen.

## Literatur / Anmerkungen

- 1) Vergleiche Clade, H., Länderfinanzierung vor dem Aus. Deutsches Ärzteblatt; 101(5): A 227
- 2) Buscher, F., Bericht zur Lage der Krankenhäuser in Deutschland bei der Einführung der Fallpauschalen. das Krankenhaus 3/2005: 181-185
- 3) Unter Zugrundelegung des Harmonisierten Verbraucherpreisindex (HVPI)
- 4) Die volkswirtschaftliche Investitionsquote entspricht dem Quotienten aus Bruttoanlageinvestitionen und Bruttoinlandsprodukt.
- 5) Neubauer, G., Zur Zukunft der dualen Finanzierung unter Wettbewerbsbedingungen, in: WIdO, Krankenhaus-Report 2002
- 6) Brucknerberger, E., Privatisierung der Krankenhäuser, eine Alternative zum Investitionsstau, Fassung vom 24. März 2005

Anschrift der Verfasser:

Dr. Peter Steiner,  
Geschäftsführer im Dezernat für Krankenhausfinanzierung und -planung der DKG/  
Dr. Michael Mörsch,  
Referent im Dezernat für Krankenhausfinanzierung und -planung der DKG,  
Wegelystraße 3, 10623 Berlin ■

your dictation company

**PHILIPS**

Kuhlmann  
Informations-Systeme  
GmbH  
Damit Ihr Computer  
Sie richtig versteht!

**MBS-easy mit SpeechMagic beschleunigt die Erstellung medizinischer Befunde um 50%.**

Nur 1 Grund von vielen, warum 40 IT-Hersteller, 33 Uni-Kliniken, über 220 Krankenhäuser und über 400 radiologische Institute dem digitalen Diktiersystem mit der Philips Spracherkennung vertrauen.

Produktivität erhöhen – Qualität verbessern – Prozesse beschleunigen

Otto-Hahn-Str. 9a, 25337 Elmshorn, Tel.: +49 4121 800 48 0, Fax: +49 4121 800 48 18, www.kuhlmann-is.de, info@kuhlmann-is.de