



DEUTSCHE  
KRANKENHAUS  
GESELLSCHAFT

Dezernat II - Krankenhausfinanzierung und -planung

**Bestandsaufnahme zur  
Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung  
in den Bundesländern**

**- Stand: April 2007 -**

Ansprechpartner für  
Rückfragen/Anmerkungen:

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

## Inhaltsverzeichnis

<b>ABBILDUNGSVERZEICHNIS .....</b>	<b>II</b>
<b>TABELLENVERZEICHNIS .....</b>	<b>III</b>
<b>ABKÜRZUNGEN .....</b>	<b>IV</b>
<b>1 VORBEMERKUNGEN .....</b>	<b>6</b>
<b>2 RECHTSGRUNDLAGEN .....</b>	<b>7</b>
2.1 KRANKENHAUSPLANUNG .....	7
2.2 INVESTITIONSFINANZIERUNG .....	7
2.2.1 Krankenhausfinanzierungsgesetz .....	7
2.2.2 Artikel 14 Gesundheitsstrukturgesetz.....	10
2.2.3 Aus- und Neubau von Hochschulkliniken.....	11
<b>3 KRANKENHAUSPLANUNG.....</b>	<b>13</b>
3.1 METHODEN UND GUTACHTEN IN DER KRANKENHAUSPLANUNG.....	13
3.1.1 Die Hill-Burton-Formel.....	13
3.1.2 Dornier/IGES-Gutachten .....	14
3.1.3 IGSF/Beske-Gutachten .....	14
3.1.4 Rüschemann (GSbG)-Gutachten .....	14
3.1.5 BASYS/I+G-Gutachten.....	15
3.1.6 Gebera-Gutachten.....	15
3.2 ENTWICKLUNG DER KRANKENHAUSLANDSCHAFT IN DEUTSCHLAND .....	16
3.3 KRANKENHAUSPLANUNG IN DEN BUNDESLÄNDERN .....	25
3.3.1 Baden-Württemberg .....	25
3.3.2 Bayern .....	26
3.3.3 Berlin .....	27
3.3.4 Brandenburg.....	29
3.3.5 Bremen .....	31
3.3.6 Hamburg.....	33
3.3.7 Hessen .....	34
3.3.8 Mecklenburg-Vorpommern.....	36
3.3.9 Niedersachsen.....	37
3.3.10 Nordrhein-Westfalen .....	38
3.3.11 Rheinland-Pfalz .....	39
3.3.12 Saarland .....	41
3.3.13 Sachsen.....	43
3.3.14 Sachsen-Anhalt .....	45
3.3.15 Schleswig-Holstein .....	46
3.3.16 Thüringen .....	47
3.4 AUSBILDUNGSSTÄTTEN IN DEN KRANKENHAUSPLÄNEN .....	49
3.5 FRÜHREHABILITATION IN DEN KRANKENHAUSPLÄNEN.....	51
3.6 TEILSTATIONÄRE EINRICHTUNGEN UND REGELUNGEN ZU TEILSTATIONÄREN LEISTUNGEN IN DEN KRANKENHAUSPLÄNEN .....	52
3.7 ABGRENZUNG VON VERSORGUNGSSTUFEN IN DEN BUNDESLÄNDERN .....	55
<b>4 INVESTITIONSFINANZIERUNG.....</b>	<b>57</b>
4.1 GESAMTENTWICKLUNG .....	57
4.2 EINZEL- UND PAUSCHALFÖRDERUNG .....	58
4.3 VERGLEICH DER BUNDESLÄNDER .....	60
4.4 INVESTITIONSQUOTE UND INVESTIVE FÖRDERLÜCKE.....	64
4.5 VERORDNUNGEN DER BUNDESLÄNDER ZUR PAUSCHALFÖRDERUNG NACH § 9 ABS. 3 KHG .....	65
<b>5 ANHANG .....</b>	<b>86</b>
5.1 KHG-FÖRDERMITTEL, 1991 BIS 2006 – GESAMT .....	86
5.2 KHG-FÖRDERMITTEL, 1994 BIS 2006 - PAUSCHALFÖRDERUNG.....	87
5.3 KHG-FÖRDERMITTEL, 1994 BIS 2006 - EINZELFÖRDERUNG .....	88

## **Abbildungsverzeichnis**

ABBILDUNG 3.1: ENTWICKLUNG DER KRANKENHAUS- UND BETTENZAHLEN .....	16
ABBILDUNG 3.2: FÄLLE, BETTENDICHTE, BERECHNUNGS- UND BELEGUNGSTAGE, VERWEILDAUER UND BETTENAUSLASTUNG.....	17
ABBILDUNG 3.3: KRANKENHÄUSER UND BETTEN NACH TRÄGERSCHAFT, ANTEILE IM JAHR 2005.....	17
ABBILDUNG 3.4: KRANKENHÄUSER NACH TRÄGERSCHAFT, VERGLEICH ABL / NBL, ANTEILE IM JAHR 2005 .	18
ABBILDUNG 3.5: BETTEN NACH TRÄGERSCHAFT, VERGLEICH ABL / NBL, ANTEILE IM JAHR 2005.....	18
ABBILDUNG 3.6: KRANKENHÄUSER NACH TRÄGERSCHAFT IM JAHR 2005.....	19
ABBILDUNG 3.7: BETTEN NACH TRÄGERSCHAFT IM JAHR 2005 .....	19
ABBILDUNG 3.8: KRANKENHAUSPLANUNG IN BADEN-WÜRTTEMBERG .....	25
ABBILDUNG 3.9: KRANKENHAUSPLANUNG IN BAYERN .....	27
ABBILDUNG 3.10: KRANKENHAUSPLANUNG IN BERLIN.....	28
ABBILDUNG 3.11: KRANKENHAUSPLANUNG IN BRANDENBURG.....	30
ABBILDUNG 3.12: KRANKENHAUSPLANUNG IN BREMEN .....	32
ABBILDUNG 3.13: KRANKENHAUSPLANUNG IN HAMBURG .....	33
ABBILDUNG 3.14: KRANKENHAUSPLANUNG IN HESSEN .....	35
ABBILDUNG 3.15: KRANKENHAUSPLANUNG IN MECKLENBURG-VORPOMMERN.....	36
ABBILDUNG 3.16: KRANKENHAUSPLANUNG IN NIEDERSACHSEN .....	37
ABBILDUNG 3.17: KRANKENHAUSPLANUNG IN NORDRHEIN-WESTFALEN .....	38
ABBILDUNG 3.18: KRANKENHAUSPLANUNG IN RHEINLAND-PFALZ.....	40
ABBILDUNG 3.19: KRANKENHAUSPLANUNG IM SAARLAND .....	42
ABBILDUNG 3.20: KRANKENHAUSPLANUNG IN SACHSEN .....	43
ABBILDUNG 3.21: KRANKENHAUSPLANUNG IN SACHSEN-ANHALT .....	45
ABBILDUNG 3.22: KRANKENHAUSPLANUNG IN SCHLESWIG-HOLSTEIN.....	46
ABBILDUNG 3.23: KRANKENHAUSPLANUNG IN THÜRINGEN .....	47
ABBILDUNG 4.1: VERGLEICH DER ENTWICKLUNGEN DES KHG-FÖRDERMITTELVOLUMENS UND DES BIP.....	58
ABBILDUNG 4.2: KHG-MITTEL JE PLANBETT IM JAHR 2006, IN EURO.....	60
ABBILDUNG 4.3: SUMME DER KHG-MITTEL IM ZEITRAUM VON 1991 BIS 2006 JE PLANBETT, IN EURO.....	61
ABBILDUNG 4.4: VERTEILUNG DER KHG-FÖRDERMITTEL AUF PAUSCHAL- UND EINZELFÖRDERUNG IM JAHR 2006 .....	62
ABBILDUNG 4.5: PAUSCHALFÖRDERMITTEL IM JAHR 2006 JE PLANBETT, JE FALL UND JE EINWOHNER .....	63
ABBILDUNG 4.6: KRANKENHAUS-INVESTITIONSQUOTE UND VOLKSWIRTSCHAFTLICHE INVESTITIONSQUOTE ...	64

## **Tabellenverzeichnis**

TABELLE 3.1: GRUNDDATEN DER KRANKENHÄUSER FÜR DAS JAHR 2005, DEUTSCHLAND .....	20
TABELLE 3.2: GRUNDDATEN DER KRANKENHÄUSER FÜR DAS JAHR 2005, VERGLEICH DER BUNDESLÄNDER	21
TABELLE 3.3: KOSTEN- UND PERSONALENTWICKLUNG, DEUTSCHLAND .....	22
TABELLE 3.4: KRANKENHAUSTRÄGER, DEUTSCHLAND .....	23
TABELLE 3.5: KRANKENHAUSTRÄGER IM JAHR 2005, VERGLEICH DER BUNDESLÄNDER.....	24
TABELLE 3.6: AUSBILDUNGSSTÄTTEN IN DEN KRANKENHAUSPLÄNEN .....	49
TABELLE 3.7: FRÜHREHABILITATION IN DEN KRANKENHAUSPLÄNEN .....	51
TABELLE 3.8: TEILSTATIONÄRE EINRICHTUNGEN UND REGELUNGEN ZU TEILSTATIONÄREN LEISTUNGEN IN DEN KRANKENHAUSPLÄNEN .....	52
TABELLE 3.9: VERSORGUNGSSTUFEN DER BUNDESLÄNDER .....	55
TABELLE 4.1: KHG-FÖRDERMITTEL <sup>1</sup> .....	57
TABELLE 4.2: EINZELFÖRDERUNG.....	59
TABELLE 4.3: KHG-PAUSCHALFÖRDERUNG .....	59
TABELLE 5.1: KHG-FÖRDERMITTEL INSGESAMT (IN MIO. EUR) – IN JEWEILIGEN PREISEN.....	86
TABELLE 5.2: KHG-FÖRDERMITTEL, PAUSCHALFÖRDERUNG (IN MIO. EUR) – IN JEWEILIGEN PREISEN.....	87
TABELLE 5.3: KHG-FÖRDERMITTEL, EINZELFÖRDERUNG (IN MIO. EUR) – IN JEWEILIGEN PREISEN .....	88

## Abkürzungen

Abs.	Absatz
ABL	Alte Bundesländer
AEB	Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlungen
AOLG	Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden
Art.	Artikel
B	Berlin
BAY	Bayern
BPfIV	Bundespflegesatzverordnung
BR	Brandenburg
BW	Baden-Württemberg
BIP	Bruttoinlandsprodukt
DRGs	Diagnosis Related Groups
EUR	Euro
GEBERA	Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung mbH
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GSbG	Gesellschaft für Systemberatung im Gesundheitswesen
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
HB	Hansestadt Bremen
HBF	Hill-Burton-Formel
HBFG	Hochschulbauförderungsgesetz
HH	Hansestadt Hamburg
HE	Hessen
HNO	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
IGSF	Institut für Gesundheits-System-Forschung
i.V.	in Verbindung
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
LKHG	Landeskrankenhausgesetz
MVP	Mecklenburg-Vorpommern
NBL	Neue Bundesländer
NIE	Niedersachsen

NRW	Nordrhein-Westfalen
PKV	Private Krankenversicherung
RP	Rheinland-Pfalz
SA	Sachsen
SAA	Sachsen-Anhalt
SAAR	Saarland
SFG	Solidarpaktfortführungsgesetz
SGB	Sozialgesetzbuch
SH	Schleswig-Holstein
TH	Thüringen
u.a.	unter anderem
VPI	Verbraucherpreisindex
VV	Verwaltungsvereinbarung

## **1 Vorbemerkungen**

Die vorliegende Bestandsaufnahme gibt einen umfassenden Überblick über den derzeitigen Stand der Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern. In die Überarbeitung der letztjährigen Bestandsaufnahme sind neben neu herausgegebenen bzw. fortgeschriebenen Krankenhausplänen die aktuellen Verordnungen der Bundesländer zur Pauschalförderung nach § 9 Abs. 3 KHG eingeflossen. Darüber hinaus wurden die aktuellen Zahlen zur Entwicklung der KHG-Investitionsfördermittel und aktualisierte Daten des Statistischen Bundesamtes berücksichtigt. Auf die zentralen Auswirkungen der im Juli 2006 verabschiedeten Föderalismusreform auf die zukünftige Finanzierung des Aus- und Neubaus von Hochschulkliniken wird in Abschnitt 2.2.3 eingegangen.

Die Geschäftsstelle der Deutschen Krankenhausgesellschaft wird die Übersicht zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung auch in Zukunft in enger Kooperation mit den Landeskrankenhausgesellschaften regelmäßig aktualisieren.

## **2 Rechtsgrundlagen**

### **2.1 Krankenhausplanung**

Zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern verpflichtet das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) die Bundesländer, Krankenhauspläne aufzustellen (§ 6 KHG). Hat ein Krankenhaus auch für die Versorgung der Bevölkerung anderer Länder wesentliche Bedeutung, so ist die Krankenhausplanung zwischen den beteiligten Ländern abzustimmen.

Die Aufnahme oder Nichtaufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan wird durch Bescheid, gegen den der Verwaltungsrechtsweg gegeben ist, festgestellt. Ein Anspruch auf Aufnahme in den Krankenhausplan besteht nicht. Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern entscheidet die zuständige Landesbehörde unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen und der Vielfalt der Krankenhausträger nach pflichtgemäßem Ermessen, welches Krankenhaus den Zielen der Krankenhausplanung des Landes am besten gerecht wird (§ 8 KHG). Im Gegensatz zu den Feststellungsbescheiden besitzen die Krankenhauspläne keine verbindliche Rechtswirkung.

Insbesondere mit dem Ziel, die Krankenhäuser von Pflegefällen zu entlasten und dadurch entbehrlich werdende Teile eines Krankenhauses nahtlos in wirtschaftlich selbständige ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtungen umzuwidmen, haben die Länder ihre Krankenhausplanung auf die pflegerischen Leistungserfordernisse nach dem Elften Buch des Sozialgesetzbuches (SGB XI) abzustimmen.

Näheres zu Form und Inhalt der Krankenhauspläne bestimmen die Krankenhausgesetze der Länder (vgl. dazu auch die Abschnitte 3.3.2 bis 3.3.17).

### **2.2 Investitionsfinanzierung**

#### **2.2.1 Krankenhausfinanzierungsgesetz**

Auf der Bundesebene ist das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) die bedeutendste rechtliche Grundlage für die Krankenhausfinanzierung und die Krankenhausplanung. Mit der Verabschiedung des KHG im Jahr 1972 wurde die duale Finanzierung, also die Investitionsfinanzierung als Aufgabe der öffentlichen Hand und die Begleichung der Betriebskosten über die Krankenkassen, eingeführt.

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 Pflegefällen beizutragen (§ 1 Abs. 1 KHG).

Durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz soll außerdem die Vielfalt der Krankenhausträger 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 dua-



len Krankenhausfinanzierung, aber auch des föderalistischen Systems der Bundesrepublik Deutschland, gesehen werden.

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.

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.

### **Ø 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.

### **Ø 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 4.5 zu entnehmen.

### **Ø Rationalisierungsinvestitionen**

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

### **Ø 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.

### 2.2.2 Artikel 14 Gesundheitsstrukturgesetz

Unmittelbar mit dem Beitritt der neuen Bundesländer bestand u. a. auch politischer Konsens hinsichtlich der Notwendigkeit einer zügigen und nachhaltigen Verbesserung des Niveaus der stationären Versorgung der Bevölkerung in den neuen Bundesländern mit dem Ziel der Anpassung des Versorgungsniveaus an das in den alten Bundesländern.

Frühzeitig und nicht zuletzt auf Grund mehrerer einschlägiger Gutachten (z. B. DKI) wurde ein bestandsbezogener Investitionsstau von ca. 31 Mrd. DM konstatiert, der sich in der politischen Meinungs- und Willensbildung in dieser Größenordnung auch festsetzte, ebenso wie die Auffassung, dass ein solcher Bedarf im Wesentlichen nur auf dem Weg einer öffentlichen Finanzierung gedeckt werden kann.

So wurde im Jahre 1992 im Zuge des GSG ein gemeinsam und paritätisch von Bund, neuen Bundesländern (einschließlich Berlin) und GKV zu finanzierendes Investitionsprogramm gesetzlich verankert.

Dieses beinhaltet ein Gesamtfinanzierungsvolumen von 21 Mrd. DM, das zu gleichen Teilen – also jeweils insgesamt 7 Mrd. DM - von Bund und Länder im Zeitraum von 10 Jahren (1994 bis 2004) und von der GKV in 20 Jahren (1994 bis 2014) zu finanzieren ist.

Die länderbezogenen Finanzhilfen des Bundes betragen – orientiert an der Einwohnerzahl – für

Berlin	68,3 Mio. DM
Brandenburg	110,0 Mio. DM
Mecklenburg-Vorpommern	82,1 Mio. DM
Sachsen	204,4 Mio. DM
Sachsen-Anhalt	123,1 Mio. DM
Thüringen	112,1 Mio. DM

Im Lande Berlin durften diese Finanzhilfen des Bundes nur für entsprechende Investitionen im östlichen Teil eingesetzt werden.

Voraussetzung für die Gewährung des Bundesanteiles war, dass die Länder Beträge in mindestens gleicher Höhe für Krankenhausinvestitionen über die Länderhaushalte zur Verfügung stellten (Komplementärfinanzierung), was in praxi auch weitestgehend geschah.

Der Investitionsbeitrag der GKV wurde und wird als abrechnungsbezogener Investitionszuschlag i. H. v. 8 DM (1995 bis 1997) bzw. 11 DM (1998 bis 2014), gegenwärtig 5,62 € für jeden Berechnungstag eines tagesgleichen Pflegesatzes, bei Fallpauschalen für die entsprechenden Belegungstage aufgebracht.

Verwaltungstechnisch (Verteilung, Finanzierungsformen, Entscheidungsverfahren, Abrechnung, u. a.) wurde das Gesetz über eine entsprechende Bund-Länder-Vereinbarung umgesetzt.

Während die Bundes- und Landesmittel zunächst für eine unmittelbare Investitionsfinanzierung zu nutzen waren, hatte der Gesetzgeber für die Verwendung der Benut-

zerbeiträge (GKV-Anteil) auch die optionale Finanzierung von Zinskosten für Darlehen oder von Kosten anderer privatwirtschaftlicher Finanzierungsformen vorgesehen, wovon im Späteren i. d. R. von den Beteiligten jedoch kein Gebrauch gemacht wurde.

Die Länder waren verpflichtet, die Einzelheiten des Verfahrens und der Verwaltung der Mittel der GKV mit den Beteiligten nach § 18 Abs. 1 Satz 2 KHG (GKV-Landesverbände und Landeskrankenhausgesellschaften) zu vereinbaren, was in einigen Ländern zur Bildung selbstverwalteter Fonds, in Sachsen und Brandenburg zur Verwaltung dieser Mittel im Rahmen des Landeshaushaltes, führte.

Die Verpflichtung der Länder zur Investitionsfinanzierung nach dem KHG und ihre Zuständigkeit blieben unberührt, faktisch wurden jedoch darüber hinaus keine KHG-Mittel zur Verfügung gestellt.

Zur Umsetzung der Programmziele (zügig, nachhaltig) stellten die Länder im Einvernehmen mit den Beteiligten nach § 18 Abs. 1 Satz 2 KHG jährlich fortzuschreibende, gemeinsam finanzierte Investitionsprogramme auf.

### **2.2.3 Aus- und Neubau von Hochschulkliniken**

Der Aus- und Neubau von Hochschulen einschließlich der Hochschulkliniken wurde bis Ende des Jahres 2006 von Bund und Ländern als Gemeinschaftsaufgabe wahrgenommen. Artikel 91a Abs. 4 GG legte fest, dass der Bund die Hälfte der im Rahmen der Gemeinschaftsaufgabe Hochschulbau anfallenden Ausgaben in jedem Land zu tragen hatte.

Neben Bund und Ländern war auch der Wissenschaftsrat in die Gemeinschaftsaufgabe Hochschulbau eingebunden. So war der Wissenschaftsrat gehalten, Empfehlungen zur Rahmenplanung der Gemeinschaftsaufgabe Hochschulbau auszusprechen. Maßgebliche gesetzliche Grundlage der Gemeinschaftsaufgabe Hochschulbau war das Hochschulbauförderungsgesetz (HBFG).

Infolge der im Juli 2006 verabschiedeten Föderalismusreform wurde die Gemeinschaftsaufgabe Hochschulbau aufgehoben. Das Hochschulbauförderungsgesetz soll ab dem 01. Januar 2007 durch landesrechtliche Vorschriften ersetzt werden. Die Mitwirkung des Bundes und des Wissenschaftsrates im Rahmen des Hochschulbaus wurde auf Fördermaßnahmen mit überregionaler Bedeutung gemäß Artikel 91b GG beschränkt.

Für die zukünftige Finanzierung des Hochschulbaus wurden im Rahmen der Föderalismusreform die folgenden Regelungen beschlossen:

Im Zeitraum vom 1. Januar 2007 bis zum 31. Dezember 2019 stehen den Ländern jährliche Beträge aus dem Haushalt des Bundes zur Kompensation des Wegfalls der Finanzierungsanteile des Bundes durch die Abschaffung der Gemeinschaftsaufgabe Hochschulbau zu. Die Beträge sind bis Ende 2013 festgelegt und für die Aufgabengebiete der bisherigen Mischfinanzierung zweckgebunden.

Das Gesamtvolumen der Beträge beruht auf dem Umfang der Finanzierungsanteile des Bundes im Referenzzeitraum von 2000 bis 2008 gemäß den entsprechenden Rahmenplänen. Die Länder erhalten demnach von 2007 bis 2013 jährlich 695,3 Mio.

Euro (70% des Kompensationsvolumens) für den Bereich Ausbau und Neubau von Hochschulen einschließlich Hochschulkliniken. Dieser Betrag wird mit den folgenden Prozentsätzen auf die Länder verteilt:

Baden-Württemberg	14,684002%
Bayern	17,256483%
Berlin	4,917843%
Brandenburg	3,223713%
Bremen	1,847088%
Hamburg	2,683724%
Hessen	4,319915%
Mecklenburg-Vorpommern	3,460103%
Niedersachsen	6,934112%
Nordrhein-Westfalen	15,395490%
Rheinland-Pfalz	3,654778%
Saarland	1,476280%
Sachsen	8,201812%
Sachsen-Anhalt	5,172773%
Schleswig-Holstein	2,553941%
Thüringen	4,217943%

Die Anteile der einzelnen Länder ergeben sich dabei aus dem Durchschnittsanteil eines jeden Landes im Zeitraum 2000 bis 2003.

Weitere 298 Mio. Euro (30% des Kompensationsvolumens) stellt der Bund jährlich für überregionale Fördermaßnahmen im Hochschulbereich zur Verfügung.

Bis Ende 2013 sollen der Bund und die Länder überprüfen, in welcher Höhe die zuvor genannten Zuweisungen zur Aufgabenerfüllung der Länder noch angemessen und erforderlich sind.

Ab dem 1. Januar 2014 entfällt die Zweckbindung der Zuweisungen für die Aufgabenbereiche der bisherigen Mischfinanzierung; die investive Zweckbindung des Mittelvolumens bleibt bestehen.

### 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 vom Stadtstaat Hamburg bei Dornier und IGES in Auftrag gegebene Gutachten basiert 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 Krankenhausplanung. 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 besitzt. 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 IGSGF-Gutachten, das aus zwei Schritten besteht, die beide übernommen werden. Der Unterschied liegt darin, dass nicht nur die krankenhausesbezogene Morbidität, sondern die bevölkerungsbezogene Morbidität zur Prognose hinzugezogen wird, die anhand von Survey- und Registerdaten ermittelt wird. Die Ergebnisse werden jedoch nicht zur Ermittlung des zukünftigen Bedarfs an Betten, sondern lediglich zur Feststellung eines Zusammenhangs von Morbidität und Krankenhausinanspruchnahme verwendet. Ein zukünftiger Bettenbedarf wird in diesem Gutachten nicht berechnet.

### **3.1.6 Gebera-Gutachten**

Die Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung mbH (GEBERA) hat in den vergangenen Jahren im Auftrag der Länder Rheinland-Pfalz (2003), Thüringen (2005) und Saarland (2005) vorbereitende Gutachten zur Krankenhausplanung erstellt. Die Berechnungen zum zukünftigen Bettenbedarf in den Ländern erfolgten anhand der Hill-Burton-Formel. Als bedarfsbeeinflussende Determinanten wurde insbesondere die demographische Entwicklung in Verbindung mit Morbiditätsanalysen berücksichtigt. Die Darstellung und Quantifizierung der bedarfsbeeinflussenden Determinanten basieren auf Material- und Literaturrecherchen und Expertenbefragungen.



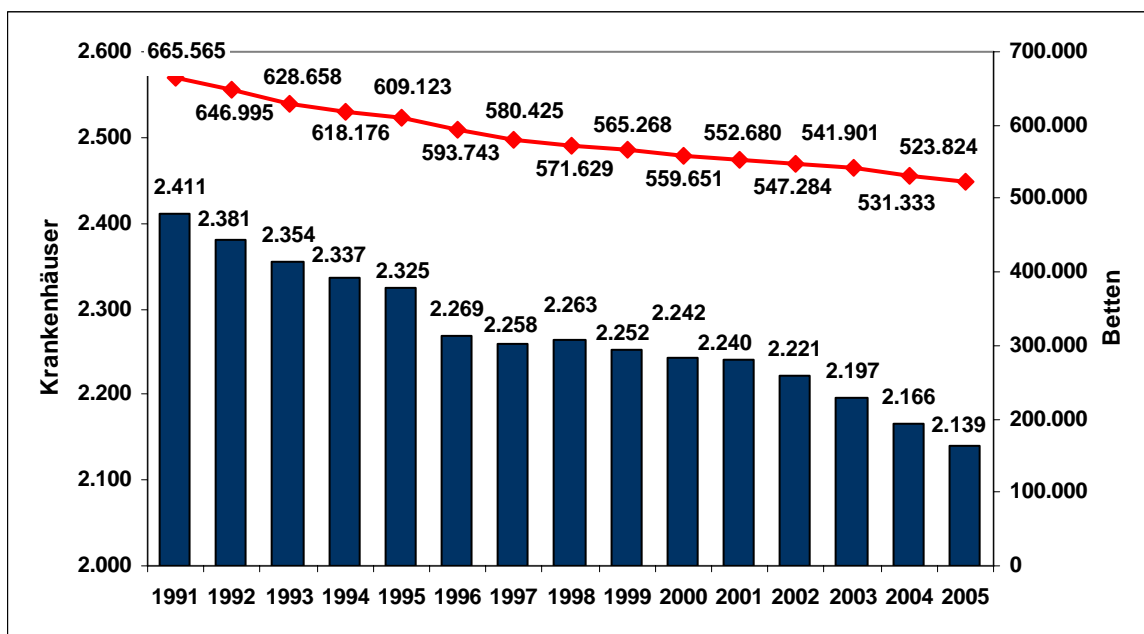
### 3.2 Entwicklung der Krankenhauslandschaft in Deutschland

Die deutsche Krankenhauslandschaft unterliegt einem tief gehenden Wandel. Besonders deutlich spiegelt sich der Wandel in der Entwicklung der Krankenhaus- und Bettenzahlen sowie in deren Verteilung auf öffentliche, freigemeinnützige und private Krankenhausträger wider. Aber auch viele andere Indikatoren, darunter z. B. die durchschnittliche Verweildauer der Patienten oder die Anzahl der stationären Behandlungsfälle, machen deutlich, dass sich sowohl die Strukturen als auch das Leistungsgeschehen der Krankenhäuser in Deutschland mit hoher Geschwindigkeit fortentwickeln. Im Folgenden sind die zentralen Entwicklungen dargestellt.

#### • **Krankenhäuser, aufgestellte Betten, Bettendichte**

Die Anzahl der Krankenhäuser ist zwischen den Jahren 1991 und 2005 von 2.411 auf 2.139 und damit um rund 11 Prozent gesunken. Die Anzahl der aufgestellten Betten fiel im gleichen Zeitraum von 665.565 auf 523.824 und somit sogar um 21 Prozent (vgl. Abbildung 3.1). Die Bettendichte, die die Zahl der Betten je 10.000 Einwohner angibt, sank zwischen 1991 und 2005 um 24 Prozent.

Abbildung 3.1: Entwicklung der Krankenhaus- und Bettenzahlen

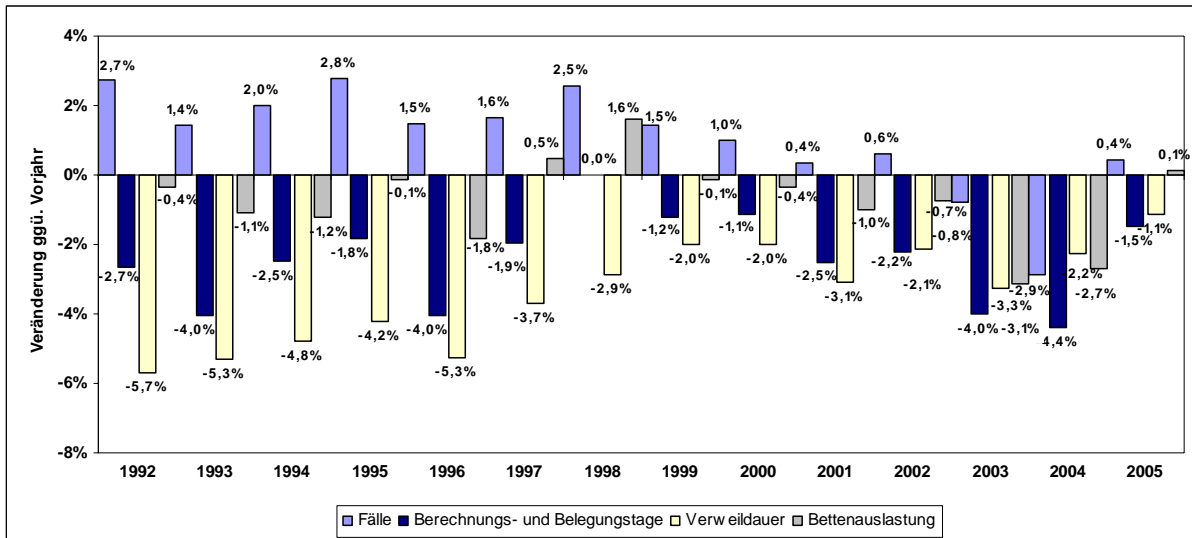


Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen.

#### • **Fälle, Berechnungs- und Belegungstage, Verweildauer, Bettenauslastung**

Dem Rückgang der Krankenhaus- und Bettenzahlen steht ein erheblicher Anstieg der Zahl der stationären Behandlungsfälle gegenüber. So stieg die Fallzahl von 14,6 Mio. im Jahr 1991 auf 16,9 Mio. im Jahr 2005 und damit um rund 16 Prozent. Die Anzahl der Berechnungs- und Belegungstage ist im betrachteten Zeitraum von 204,2 Mio. auf 144,6 Mio. (- 29 Prozent) gesunken. Die durchschnittliche Verweildauer sank von 14,0 Tagen auf 8,6 Tage und somit um 39 Prozent. Die Bettenauslastung belief sich im Jahr 2005 auf 75,6 Prozent (1991: 84,0 Prozent). Abbildung 3.2 weist die jeweiligen Veränderungsraten gegenüber dem Vorjahr aus. Die dazugehörigen Einzeldaten sind den Tabellen 3.1 und 3.2 am Ende des Kapitels zu entnehmen.

Abbildung 3.2: Fälle, Bettendichte, Berechnungs- und Belegungstage, Verweildauer und Bettenauslastung



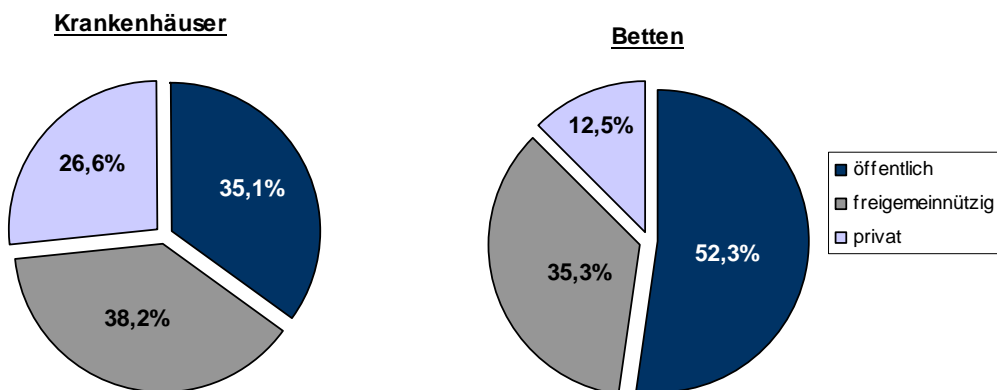
Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen.

• **Krankenhausträger**

Deutliche Veränderungen sind auch in der Verteilung der Krankenhäuser auf öffentliche, freigemeinnützige und private Träger zu beobachten. Befanden sich im Jahr 1991 noch 46 Prozent der Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft, so waren es im Jahr 2005 nur noch 35 Prozent. Der Anteil der privaten Krankenhausträger stieg im selben Zeitraum von 15 auf 27 Prozent. Der Anteil der freigemeinnützigen Krankenhäuser blieb mit 38 Prozent im Jahr 2005 gegenüber 39 Prozent im Jahr 1991 weitgehend konstant.

Der Anteil der privaten Krankenhausträger fällt niedriger aus, wenn man als Bezugsgröße nicht die Zahl der Krankenhäuser, sondern die Zahl der aufgestellten Betten heranzieht. Der Anteil der privaten Träger beläuft sich dann auf 12,5 Prozent im Jahr 2005. Die entsprechenden Anteile der öffentlichen und freigemeinnützigen Träger betragen 52,3 Prozent bzw. 35,3 Prozent (vgl. Abbildung 3.3 sowie Tabelle 3.4 am Ende des Kapitels).

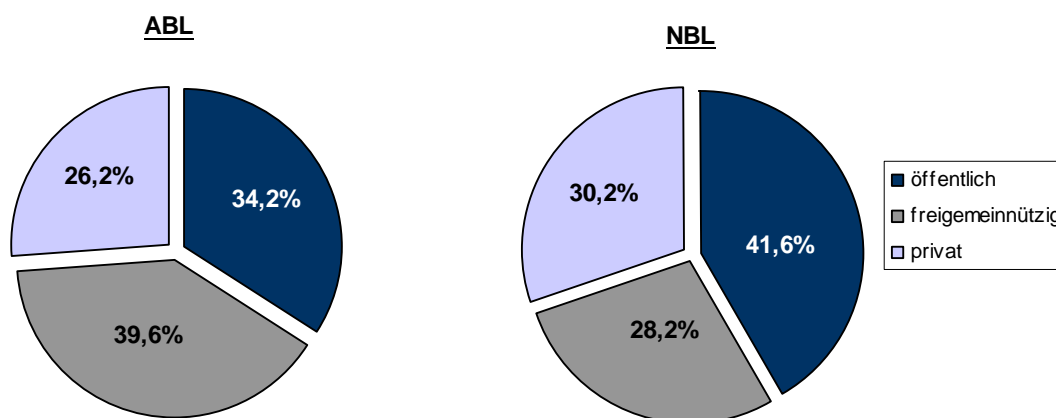
Abbildung 3.3: Krankenhäuser und Betten nach Trägerschaft, Anteile im Jahr 2005



Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen.

Zwischen den Bundesländern gibt es im Hinblick auf die Verteilung der Krankenhäuser und Betten auf öffentliche, freigemeinnützige und private Träger deutliche Unterschiede. So betrug der Anteil der öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Krankenhäuser im Jahr 2005 in den Alten Bundesländern (ABL, inkl. Berlin) 34, 40 und 26 Prozent gegenüber 42, 28 und 30 Prozent in den Neuen Bundesländern (NBL, vgl. Abbildung 3.4).

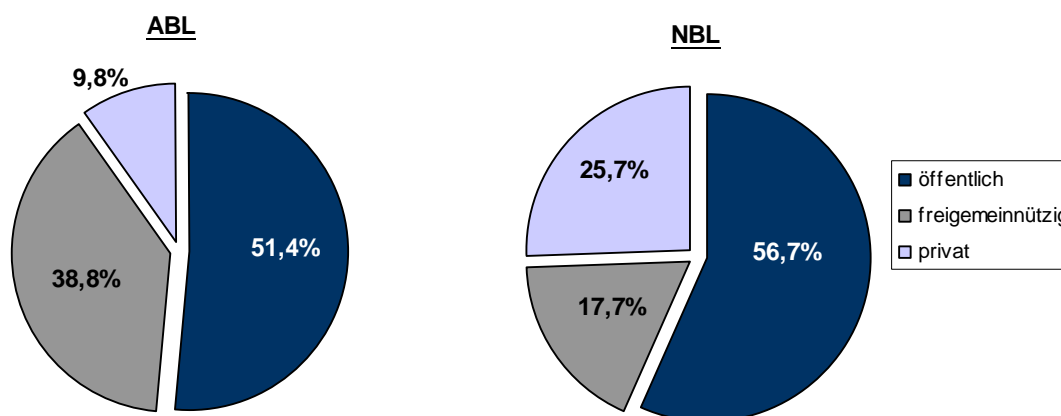
Abbildung 3.4: Krankenhäuser nach Trägerschaft, Vergleich ABL / NBL, Anteile im Jahr 2005



Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen.

Die Unterschiede zwischen den ABL und den NBL treten deutlicher zu Tage, wenn man die Anteile der Träger an der Zahl der aufgestellten Betten betrachtet. Besonders auffällig ist in diesem Vergleich der mit 26 Prozent gegenüber 10 Prozent rund zweieinhalbmal so hohe Anteil der privaten Träger in den NBL. Auffällig ist aber auch der mit rund 39 Prozent gegenüber 18 Prozent mehr als doppelt so hohe Anteil der freigemeinnützigen Träger in den ABL (vgl. Abbildung 3.5).

Abbildung 3.5: Betten nach Trägerschaft, Vergleich ABL / NBL, Anteile im Jahr 2005

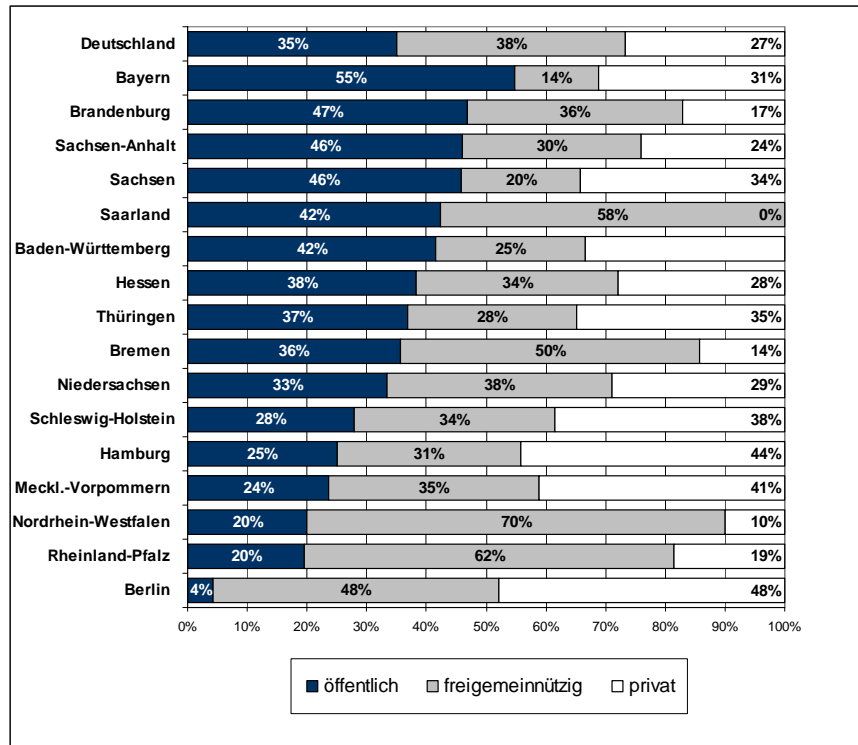


Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen.

Wie die Abbildungen 3.6 und 3.7 illustrieren, bleiben die Unterschiede in der Verteilung der Krankenhäuser und Betten auf öffentliche, freigemeinnützige und private Träger nicht auf den Vergleich zwischen ABL und NBL beschränkt. Vielmehr weichen die Anteile der Trägerarten auch innerhalb der ABL (z. B. Bayern mit einem Anteil von 74 Prozent der Betten in öffentlicher Trägerschaft gegenüber Nordrhein-

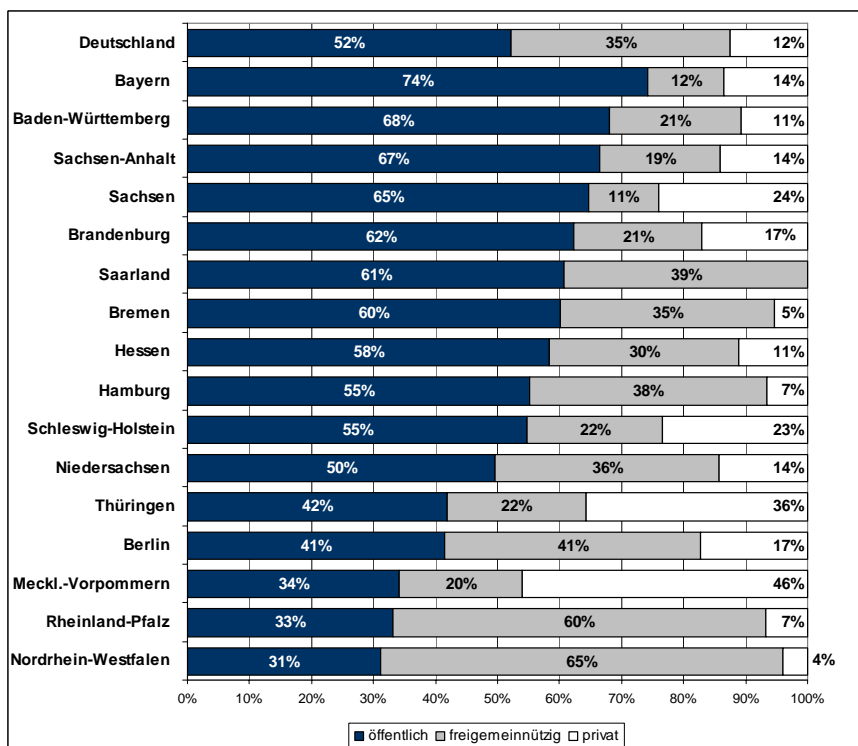
Westfalen mit einem Anteil von 31 Prozent) und innerhalb der NBL (z. B. Thüringen mit einem Anteil von 36 Prozent der Betten in privater Trägerschaft gegenüber einem Anteil von 14 Prozent in Sachsen-Anhalt) zum Teil deutlich voneinander ab.

Abbildung 3.6: Krankenhäuser nach Trägerschaft im Jahr 2005



Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen.

Abbildung 3.7: Betten nach Trägerschaft im Jahr 2005



Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen.

Tabelle 3.1: Grunddaten der Krankenhäuser für das Jahr 2005, Deutschland

Entwicklung seit 1991							
Jahr	Krankenhäuser	Aufgestellte Betten	Betten-dichte	Fälle	Berechnungs- und Belegungstage in Tsd.	Ø Verweildauer (in Tagen)	Bettenauslastung (in %)
1991	2.411	665.565	83,2	14.576.613	204.204	14,0	84,0
1992	2.381	646.995	80,3	14.974.845	198.769	13,2	83,7
1993	2.354	628.658	77,4	15.191.174	190.741	12,5	82,8
1994	2.337	618.176	75,9	15.497.702	186.049	11,9	81,8
1995	2.325	609.123	74,6	15.931.168	182.627	11,4	81,7
1996	2.269	593.743	72,5	16.165.019	175.247	10,8	80,2
1997	2.258	580.425	70,7	16.429.031	171.837	10,4	80,6
1998	2.263	571.629	69,7	16.847.477	171.802	10,1	81,9
1999	2.252	565.268	68,9	17.092.707	169.696	9,9	81,8
2000	2.242	559.651	68,1	17.262.929	167.789	9,7	81,5
2001	2.240	552.680	67,1	17.325.083	163.536	9,4	80,7
2002	2.221	547.284	66,4	17.432.272	159.904	9,2	80,1
2003	2.197	541.901	65,7	17.295.910	153.518	8,9	77,6
2004	2.166	531.333	64,4	16.801.649	146.746	8,7	75,5
2005	2.139	523.824	63,5	16.873.885	144.576	8,6	75,6
Veränderung gegenüber dem Vorjahr							
Jahr	Krankenhäuser	Aufgestellte Betten	Betten-dichte	Fälle	Berechnungs- und Belegungstage	Ø Verweildauer	Bettenauslastung (in %)
1992	-1,2%	-2,8%	-3,5%	2,7%	-2,7%	-5,7%	-0,4%
1993	-1,1%	-2,8%	-3,5%	1,4%	-4,0%	-5,3%	-1,1%
1994	-0,7%	-1,7%	-2,0%	2,0%	-2,5%	-4,8%	-1,2%
1995	-0,5%	-1,5%	-1,8%	2,8%	-1,8%	-4,2%	-0,1%
1996	-2,4%	-2,5%	-2,8%	1,5%	-4,0%	-5,3%	-1,8%
1997	-0,5%	-2,2%	-2,4%	1,6%	-1,9%	-3,7%	0,5%
1998	0,2%	-1,5%	-1,5%	2,5%	0,0%	-2,9%	1,6%
1999	-0,5%	-1,1%	-1,2%	1,5%	-1,2%	-2,0%	-0,1%
2000	-0,4%	-1,0%	-1,1%	1,0%	-1,1%	-2,0%	-0,4%
2001	-0,1%	-1,2%	-1,4%	0,4%	-2,5%	-3,1%	-1,0%
2002	-0,8%	-1,0%	-1,1%	0,6%	-2,2%	-2,1%	-0,7%
2003	-1,1%	-1,0%	-1,0%	-0,8%	-4,0%	-3,3%	-3,1%
2004	-1,4%	-2,0%	-1,9%	-2,9%	-4,4%	-2,2%	-2,7%
2005	-1,2%	-1,4%	-1,4%	0,4%	-1,5%	-1,1%	0,1%
Veränderung gegenüber 1991							
Jahr	Krankenhäuser	Aufgestellte Betten	Betten-dichte	Fälle	Berechnungs- und Belegungstage	Ø Verweildauer	Bettenauslastung (in %)
1992	-1,2%	-2,8%	-3,5%	2,7%	-2,7%	-5,7%	-0,4%
1993	-2,4%	-5,5%	-6,9%	4,2%	-6,6%	-10,7%	-1,4%
1994	-3,1%	-7,1%	-8,8%	6,3%	-8,9%	-15,0%	-2,6%
1995	-3,6%	-8,5%	-10,4%	9,3%	-10,6%	-18,6%	-2,7%
1996	-5,9%	-10,8%	-12,9%	10,9%	-14,2%	-22,9%	-4,5%
1997	-6,3%	-12,8%	-15,0%	12,7%	-15,9%	-25,7%	-4,0%
1998	-6,1%	-14,1%	-16,3%	15,6%	-15,9%	-27,9%	-2,5%
1999	-6,6%	-15,1%	-17,2%	17,3%	-16,9%	-29,3%	-2,6%
2000	-7,0%	-15,9%	-18,2%	18,4%	-17,8%	-30,7%	-3,0%
2001	-7,1%	-17,0%	-19,3%	18,9%	-19,9%	-32,9%	-3,9%
2002	-7,9%	-17,8%	-20,3%	19,6%	-21,7%	-34,3%	-4,6%
2003	-8,9%	-18,6%	-21,1%	18,7%	-24,8%	-36,4%	-7,6%
2004	-10,2%	-20,2%	-22,6%	15,3%	-28,1%	-37,9%	-10,1%
2005	-11,3%	-21,3%	-23,7%	15,8%	-29,2%	-38,6%	-10,0%

Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen.

Tabelle 3.2: Grunddaten der Krankenhäuser für das Jahr 2005, Vergleich der Bundesländer

Vergleich der Bundesländer									
	Krankenhäuser			aufgestellte Betten			Bettendichte		
	Anzahl	Veränderung zum Vorjahr (in %)	Veränderung zum Jahr 1991 (in %)	Anzahl	Veränderung zum Vorjahr (in %)	Veränderung zum Jahr 1991 (in %)	(Betten je 10.000 Einwohner)	Veränderung zum Vorjahr (in %)	Veränderung zum Jahr 1994 (in %)
<b>Deutschland</b> .....	<b>2.139</b>	<b>-1,2</b>	<b>-11,3</b>	<b>523.824</b>	<b>-1,4</b>	<b>-21,3</b>	<b>63,5</b>	<b>-1,4</b>	<b>-16,3</b>
Baden-Württemberg.....	305	-3,5	-3,5	61.371	-1,6	-11,0	57,2	-1,9	-14,2
Bayern.....	385	-0,5	-9,2	80.077	0,5	-8,9	64,3	0,3	-12,2
Berlin.....	71	0,0	-31,7	20.350	-0,9	-49,0	60,0	-1,0	-41,4
Brandenburg.....	47	0,0	-29,9	15.424	-0,7	-32,7	60,2	-0,5	-13,0
Bremen.....	14	0,0	-6,7	5.664	-3,6	-22,5	85,4	-3,7	-18,0
Hamburg.....	52	10,6	23,8	11.502	-2,9	-24,8	66,1	-3,1	-24,4
Hessen.....	175	1,7	-6,9	37.104	0,1	-14,9	60,9	0,0	-14,1
Mecklenburg-Vorpommern....	34	0,0	-27,7	10.232	-1,5	-36,1	59,7	-0,8	-15,1
Niedersachsen.....	204	-1,0	-8,1	44.174	-3,0	-20,8	55,2	-3,0	-21,0
Nordrhein-Westfalen.....	444	-2,6	-8,5	127.405	-2,4	-20,4	70,5	-2,4	-17,7
Rheinland-Pfalz.....	97	-1,0	-16,4	25.604	-0,7	-11,7	63,1	-0,6	-13,9
Saarland.....	26	0,0	-13,3	7.305	-0,6	-22,8	69,4	0,0	-13,1
Sachsen.....	85	-1,2	-24,1	27.601	-3,2	-35,4	64,4	-2,7	-7,3
Sachsen-Anhalt.....	50	-2,0	-29,6	17.129	-1,2	-33,0	69,0	-0,1	-6,9
Schleswig-Holstein.....	104	-1,0	1,0	16.244	-0,3	-10,7	57,4	-0,5	-9,3
Thüringen.....	46	-8,0	-33,3	16.638	-0,7	-26,9	70,9	0,0	-7,2

	Fälle <sup>1)</sup>			Ø Verweildauer			Bettenauslastung		
	Anzahl	Veränderung zum Vorjahr (in %)	Veränderung zum Jahr 1991 (in %)	in Tagen	Veränderung zum Vorjahr (in %)	Veränderung zum Jahr 1991 (in %)	in %	Veränderung zum Vorjahr (in %)	Veränderung zum Jahr 1994 (in %)
<b>Deutschland</b> .....	<b>16.873.889</b>	<b>0,4</b>	<b>15,8</b>	<b>8,6</b>	<b>-1,1</b>	<b>-38,6</b>	<b>75,6</b>	<b>0,1</b>	<b>-7,6</b>
Baden-Württemberg.....	1.927.778	0,7	19,2	8,6	-3,4	-34,8	73,8	-0,7	-10,7
Bayern.....	2.604.621	2,1	26,3	8,3	-2,4	-36,6	74,1	0,0	-10,6
Berlin.....	713.554	2,7	21,1	8,4	-3,4	-60,6	80,6	-0,1	-7,0
Brandenburg.....	517.800	1,9	36,8	8,7	-1,1	-45,6	79,9	1,0	2,8
Bremen.....	192.962	0,0	21,3	8,1	-4,7	-44,9	75,8	-0,1	-6,5
Hamburg.....	384.300	-2,0	16,2	8,6	2,4	-41,5	78,7	4,2	-3,4
Hessen.....	1.182.374	0,4	17,2	8,4	0,0	-37,8	73,2	-0,1	-11,3
Mecklenburg-Vorpommern....	383.653	2,8	14,0	7,9	-2,5	-40,6	81,1	1,5	2,8
Niedersachsen.....	1.457.720	-1,4	13,4	8,6	-2,3	-37,2	77,9	0,3	-4,3
Nordrhein-Westfalen.....	3.887.672	-1,5	17,0	8,9	-1,1	-41,4	74,6	0,0	-8,9
Rheinland-Pfalz.....	817.238	1,0	17,6	8,3	-1,2	-37,1	72,3	0,4	-12,6
Saarland.....	257.686	-0,5	14,5	8,2	-1,2	-39,3	79,4	-0,4	-8,5
Sachsen.....	916.731	3,2	43,0	8,7	-4,4	-52,7	79,0	2,3	-1,1
Sachsen-Anhalt.....	563.947	0,0	24,7	8,6	-1,1	-44,5	77,5	0,1	-2,0
Schleswig-Holstein.....	534.247	0,0	27,7	8,5	-1,2	-39,3	77,0	-0,1	-8,6
Thüringen.....	531.606	2,3	32,2	8,7	-2,2	-43,5	75,8	0,4	-3,8

<sup>1)</sup> Einschließlich Stundenfälle.

Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen.

Tabelle 3.3: Kosten- und Personalentwicklung, Deutschland

Entwicklung seit 1991, Deutschland						
Jahr	Bereinigte Kosten in Tsd. EUR	Bereinigte Kosten je Fall in EUR	Personal (Vollkräfte)	Personal-kosten* (Pk)	Sachkosten*	Verhältnis Pk/Gesamtkosten
1991	37.420.720	2.567	875.816	27.147.039	13.272.833	67,2%
1992	41.266.737	2.756	882.449	30.100.433	14.373.786	67,7%
1993	43.268.287	2.848	875.115	31.881.926	14.944.961	68,1%
1994	45.072.329	2.908	880.150	32.845.702	15.837.711	67,5%
1995	47.846.083	3.003	887.564	34.738.968	16.828.410	67,4%
1996	48.359.230	2.992	880.000	(33.437.841)	(15.816.378)	67,9%
1997	48.684.661	2.963	861.549	(33.499.157)	(16.026.491)	67,6%
1998	49.629.682	2.946	850.948	(33.942.425)	(16.558.408)	67,2%
1999	50.599.457	2.960	843.452	(34.693.182)	(16.826.417)	67,3%
2000	51.603.474	2.989	834.585	(35.168.197)	(17.414.487)	66,9%
2001	52.940.317	3.056	832.530	(35.861.114)	(18.075.259)	66,5%
2002	54.715.328	3.139	833.541	39.541.980	20.415.267	66,0%
2003	55.664.518	3.218	823.939	40.360.776	20.720.403	66,1%
2004	56.287.835	3.350	805.899	40.859.407	21.525.913	65,5%
2005	56.732.375	3.362	796.097	40.957.758	22.621.447	64,4%
Veränderung gegenüber dem Vorjahr						
Jahr	Bereinigte Kosten	Bereinigte Kosten je Fall	Personal (Vollkräfte)	Personal-kosten*	Sachkosten*	Verhältnis Pk/Gesamtkosten
1992	10,3%	7,3%	0,8%	10,9%	8,3%	0,8%
1993	4,9%	3,4%	-0,8%	5,9%	4,0%	0,6%
1994	4,2%	2,1%	0,6%	3,0%	6,0%	-0,9%
1995	6,2%	3,3%	0,8%	5,8%	6,3%	-0,2%
1996	1,1%	-0,4%	-0,9%	-	-	0,8%
1997	0,7%	-0,9%	-2,1%	0,2%	1,3%	-0,4%
1998	1,9%	-0,6%	-1,2%	1,3%	3,3%	-0,6%
1999	2,0%	0,5%	-0,9%	2,2%	1,6%	0,2%
2000	2,0%	1,0%	-1,1%	1,4%	3,5%	-0,7%
2001	2,6%	2,2%	-0,2%	2,0%	3,8%	-0,6%
2002	3,4%	2,7%	0,1%	-	-	-0,8%
2003	1,7%	2,5%	-1,2%	2,1%	1,5%	0,2%
2004	1,1%	4,1%	-2,2%	1,2%	3,9%	-0,9%
2005	0,8%	0,4%	-1,2%	0,2%	5,1%	-1,6%
Daten indiziert (1991 = 100)						
Jahr	Bereinigte Kosten	Bereinigte Kosten je Fall	Personal (Vollkräfte)	Personal-kosten*	Sachkosten*	Verhältnis Pk/Gesamtkosten
1991	100	100	100	100	100	100
1992	110	107	101	111	108	101
1993	116	111	100	117	113	101
1994	120	113	100	121	119	100
1995	128	117	101	128	127	100
1996	129	117	100	-	-	-
1997	130	115	98	-	-	-
1998	133	115	97	-	-	-
1999	135	115	96	-	-	-
2000	138	116	95	-	-	-
2001	141	119	95	-	-	-
2002	146	122	95	146	154	98
2003	149	125	94	149	156	98
2004	118	112	91	-	-	-
2005	119	112	90	-	-	-

\* Seit 2002 ermittelt das Statistische Bundesamt die Personal- und Sachkosten wieder nach dem Bruttoprinzip. Damit findet eine Abkehr vom Nettoprinzip, das zwischen den 1996 und 2001 angewendet wurde, statt. Ein Vergleich der Personal- und Sachkosten der Jahre 1991 bis 1995 und 2002 bis 2005 mit den Kosten der Jahre 1996 bis 2001 ist deshalb nicht möglich. Bei der Kostenermittlung auf Basis des Bruttoprinzips werden zunächst die gesamten Kosten der Buchhaltung ausgewiesen und erst später um die nicht-pflegesatzfähigen Kosten für z. B. Ambulanzen sowie Forschung und Lehre bereinigt.

Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen.

Tabelle 3.4: Krankenhausträger, Deutschland

		Krankenhäuser					
Jahr	Ins- gesamt	Davon					
		öffentlich		freigemeinnützig		privat	
		Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
1991.....	2.411	1.110	46,0%	943	39,1%	358	14,8%
1992.....	2.381	1.062	44,6%	950	39,9%	369	15,5%
1993.....	2.354	1.023	43,5%	950	40,4%	381	16,2%
1994.....	2.337	987	42,2%	949	40,6%	401	17,2%
1995.....	2.325	972	41,8%	944	40,6%	409	17,6%
1996.....	2.269	933	41,1%	929	40,9%	407	17,9%
1997.....	2.258	919	40,7%	919	40,7%	420	18,6%
1998.....	2.263	890	39,3%	920	40,7%	453	20,0%
1999.....	2.252	854	37,9%	930	41,3%	468	20,8%
2000.....	2.242	844	37,6%	912	40,7%	486	21,7%
2001.....	2.240	825	36,8%	903	40,3%	512	22,9%
2002.....	2.221	817	36,8%	877	39,5%	527	23,7%
2003.....	2.197	796	36,2%	856	39,0%	545	24,8%
2004.....	2.166	780	36,0%	831	38,4%	555	25,6%
2005.....	2.139	751	35,1%	818	38,2%	570	26,6%
		Aufgestellte Betten					
Jahr	Ins- gesamt	Davon					
		öffentlich		freigemeinnützig		privat	
		Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
1994.....	618.176						
1995.....	609.123						
1996.....	593.743						
1997.....	580.425						
1998.....	571.629						
1999.....	565.268						
2000.....	559.651						
2001.....	552.680						
2002.....	547.284	298.034	54,5%	200.635	36,7%	48.615	8,9%
2003.....	541.901	290.625	53,6%	197.343	36,4%	53.933	10,0%
2004.....	531.333	280.717	52,8%	189.334	35,6%	61.282	11,5%
2005.....	523.824	273.721	52,3%	184.752	35,3%	65.351	12,5%

Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen.



Tabelle 3.5: Krankenhausträger im Jahr 2005, Vergleich der Bundesländer

	Krankenhäuser						
	Ins- gesamt	Davon					
		öffentlich		freigemeinnützig		privat	
Berlin .....	71	3	4,2%	34	47,9%	34	47,9%
Rheinland-Pfalz .....	97	19	19,6%	60	61,9%	18	18,6%
Nordrhein-Westfalen .....	444	89	20,0%	311	70,0%	44	9,9%
Meckl.-Vorpommern .....	34	8	23,5%	12	35,3%	14	41,2%
Hamburg .....	52	13	25,0%	16	30,8%	23	44,2%
Schleswig-Holstein.....	104	29	27,9%	35	33,7%	40	38,5%
Niedersachsen .....	204	68	33,3%	77	37,7%	59	28,9%
Bremen .....	14	5	35,7%	7	50,0%	2	14,3%
Thüringen.....	46	17	37,0%	13	28,3%	16	34,8%
Hessen .....	175	67	38,3%	59	33,7%	49	28,0%
Baden-Württemberg .....	305	127	41,6%	76	24,9%	102	33,4%
Saarland .....	26	11	42,3%	15	57,7%	0	0,0%
Sachsen.....	85	39	45,9%	17	20,0%	29	34,1%
Sachsen-Anhalt.....	50	23	46,0%	15	30,0%	12	24,0%
Brandenburg .....	47	22	46,8%	17	36,2%	8	17,0%
Bayern .....	385	211	54,8%	54	14,0%	120	31,2%
Alte Bundesländer.....	1.877	642	34,2%	744	39,6%	491	26,2%
Neue Bundesländer.....	262	109	41,6%	74	28,2%	79	30,2%
<b>Deutschland.....</b>	<b>2.139</b>	<b>751</b>	<b>35,1%</b>	<b>818</b>	<b>38,2%</b>	<b>570</b>	<b>26,6%</b>
	Betten						
	Ins- gesamt	Davon					
		öffentlich		freigemeinnützig		privat	
Jahr		Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Nordrhein-Westfalen .....	127.405	39.596	31,1%	82.763	65,0%	5.046	4,0%
Rheinland-Pfalz .....	25.604	8.494	33,2%	15.405	60,2%	1.705	6,7%
Meckl.-Vorpommern .....	10.232	3.485	34,1%	2.030	19,8%	4.717	46,1%
Berlin .....	20.350	8.441	41,5%	8.415	41,4%	3.494	17,2%
Thüringen.....	16.638	6.963	41,8%	3.722	22,4%	5.953	35,8%
Niedersachsen .....	44.174	21.930	49,6%	15.971	36,2%	6.273	14,2%
Schleswig-Holstein.....	16.244	8.907	54,8%	3.538	21,8%	3.799	23,4%
Hamburg .....	11.502	6.342	55,1%	4.404	38,3%	756	6,6%
Hessen .....	37.104	21.670	58,4%	11.287	30,4%	4.147	11,2%
Bremen .....	5.664	3.402	60,1%	1.956	34,5%	306	5,4%
Saarland .....	7.305	4.431	60,7%	2.874	39,3%	0	0,0%
Brandenburg .....	15.424	9.611	62,3%	3.193	20,7%	2.620	17,0%
Sachsen.....	27.601	17.848	64,7%	3.104	11,2%	6.649	24,1%
Sachsen-Anhalt.....	17.129	11.393	66,5%	3.322	19,4%	2.414	14,1%
Baden-Württemberg .....	61.371	41.782	68,1%	12.964	21,1%	6.625	10,8%
Bayern .....	80.077	59.426	74,2%	9.804	12,2%	10.847	13,5%
Alte Bundesländer	436.800	224.421	51,4%	169.381	38,8%	42.998	9,8%
Neue Bundesländer	87.024	49.300	56,7%	15.371	17,7%	22.353	25,7%
<b>Deutschland.....</b>	<b>523.824</b>	<b>273.721</b>	<b>52,3%</b>	<b>184.752</b>	<b>35,3%</b>	<b>65.351</b>	<b>12,5%</b>

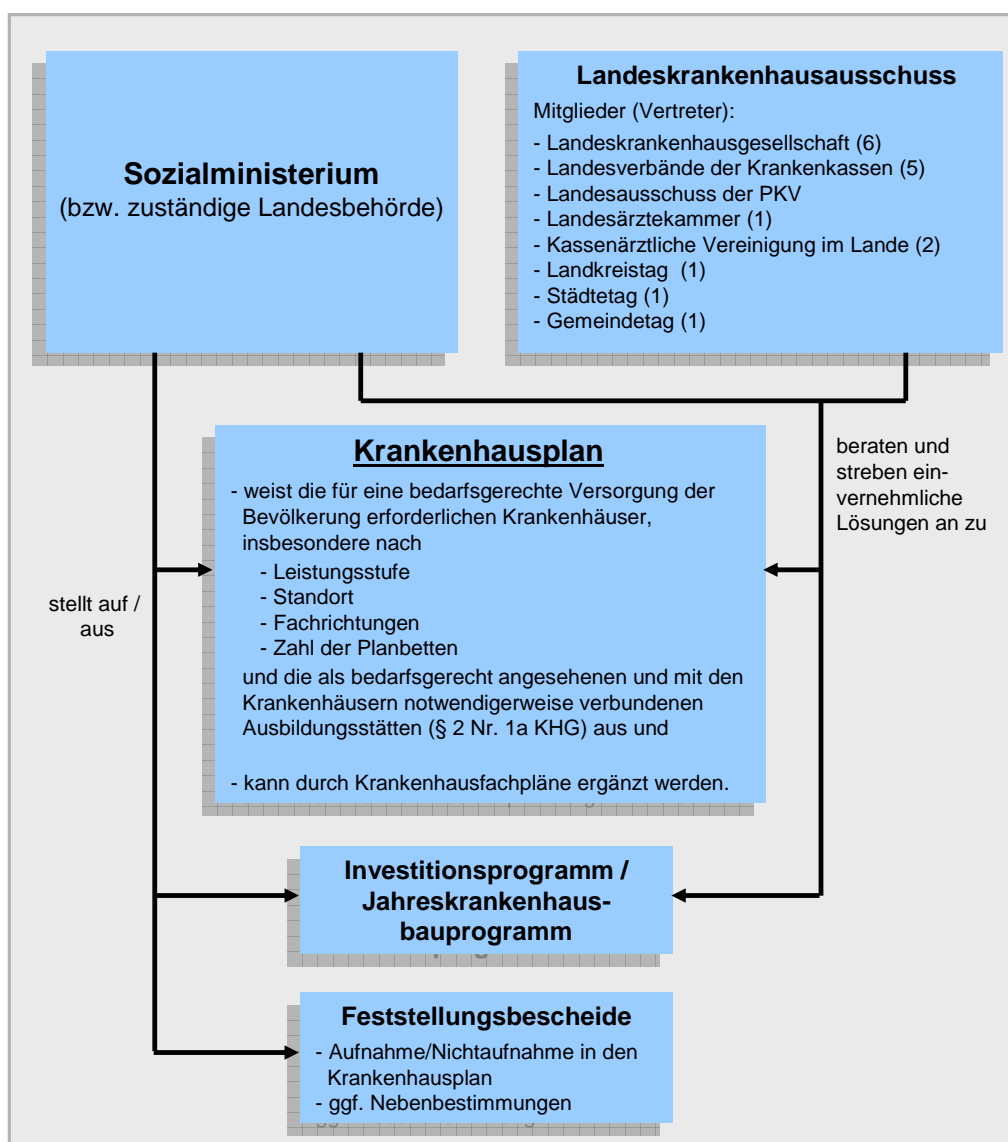
Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen.

### 3.3 Krankenhausplanung in den Bundesländern

#### 3.3.1 Baden-Württemberg

Der Krankenhausplan für das Land Baden-Württemberg wird vom Sozialministerium in enger Zusammenarbeit mit dem Landeskrankenhausausschuss erstellt (vgl. dazu Abbildung 3.8). Er bildet Versorgungsgebiete und ordnet die bedarfsgerechten Krankenhäuser in ein gegliedertes Versorgungssystem verschiedener Leistungsstufen ein. Für Fachkrankenhäuser und besondere zentrale Krankenhauseinrichtungen kann hiervon abgesehen werden. Das Versorgungssystem umfasst neben der Akutversorgung auch die Nachsorge in Krankenhäusern.

Abbildung 3.8: Krankenhausplanung in Baden-Württemberg



Quelle: DKG.

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%, Neu-

rologie 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).

### 3.3.2 Bayern

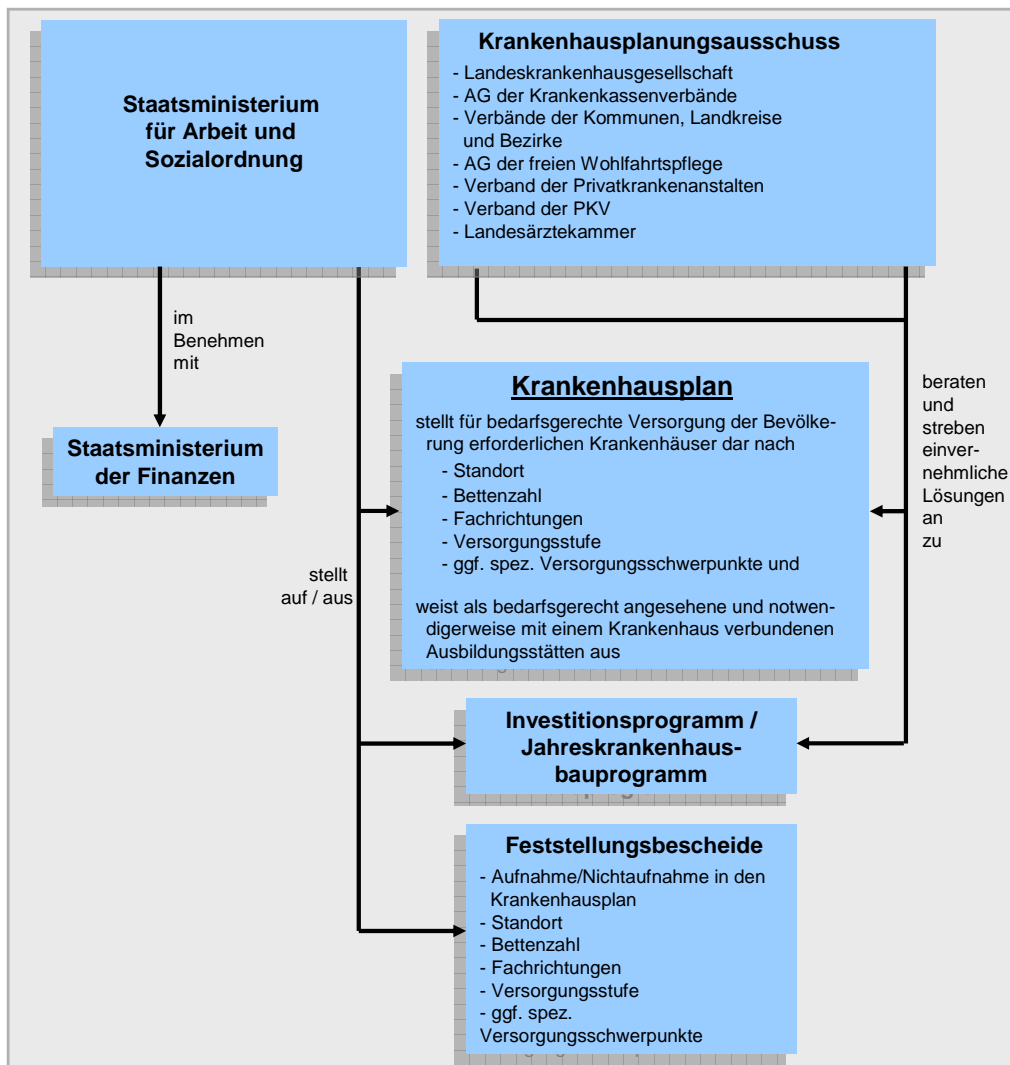
Der Krankenhausplan stellt die für die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser nach Standort, Zahl der Betten und teilstationären Plätze, Fachrichtungen sowie Versorgungsstufe dar. Der Krankenhausplan kann als Bestandteil auch Fachprogramme enthalten, in denen spezifische Versorgungsschwerpunkte ausgewiesen 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) und das Fachprogramm für Palliativstationen. Ein Planungsvorbehalt gilt außerdem für die neonatologische Versorgung und für Zentren für Schwerbrandverletzte.

Krankenhausplanungsbehörde ist das Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen. Unter Mitwirkung der Beteiligten nach Art. 7 BayKrG und im Benehmen mit dem Staatsministerium für Finanzen den Krankenhausplan stellt es den Krankenhausplan auf und schreibt diesen fort. An der Krankenhausplanung wirkt der Bayerische Krankenhausplanungsausschuss nach Art. 7 BayKrG, dem u. a. die Bayerische Krankenhausgesellschaft angehört, mit (vgl. dazu Abbildung 3.9).

Die vorgegebene Auslastung beträgt grundsätzlich 85%.

**Aktueller Krankenhausplan:** Krankenhausplan des Freistaates Bayern, 32. Fortschreibung, Stand: 1. Januar 2007 (Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen vom 22. Januar 2007, online abrufbar unter: <http://www.stmas.bayern.de/krankenhaus/plan/index.htm>)

Abbildung 3.9: Krankenhausplanung in Bayern

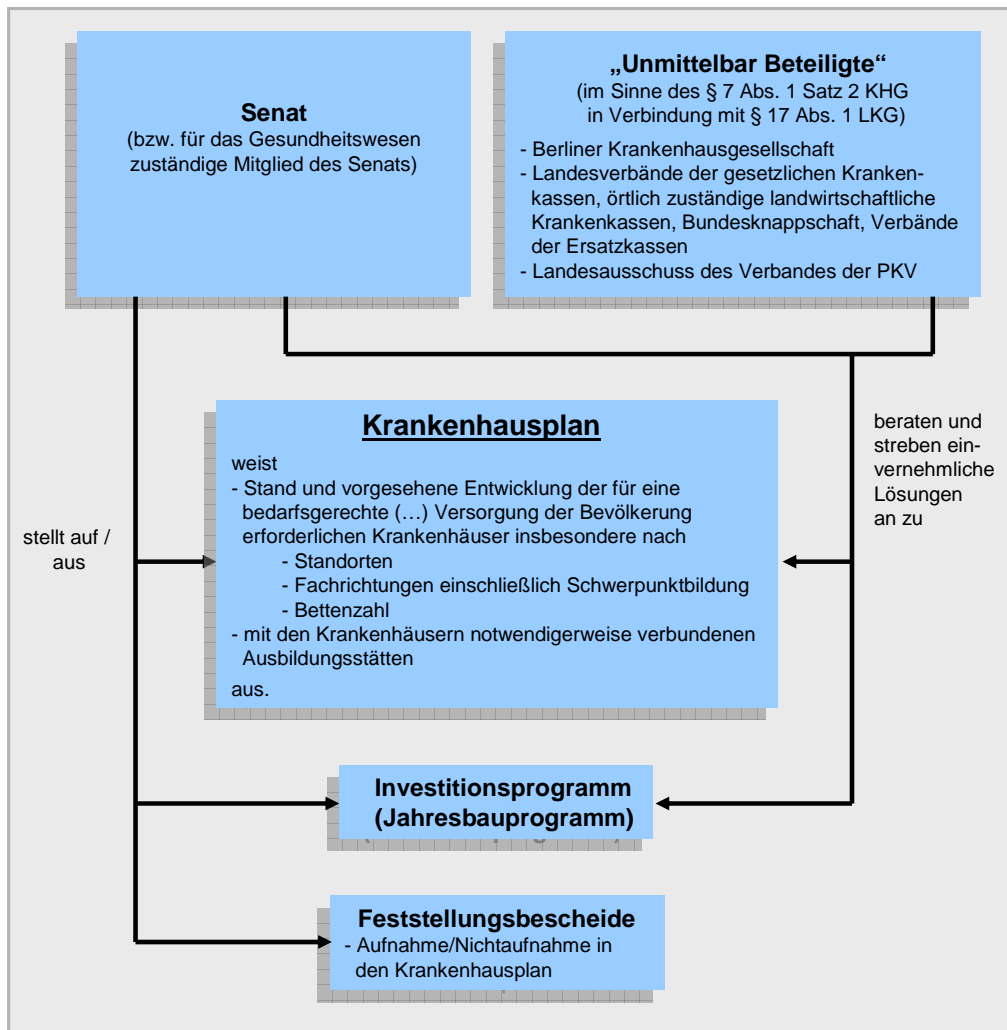


Quelle: DKG.

### 3.3.3 Berlin

Der Krankenhausplan und die Investitionsprogramme werden vom Senat aufgestellt, und fortgeschrieben. 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 (vgl. dazu Abbildung 3.10).

Abbildung 3.10: Krankenhausplanung in Berlin



Quelle: DKG.

Für die Fortschreibung 2006 des Berliner Krankenhausplans 1999 wurde für die somatischen Fachgebiete auf Analysen zur Bedarfsentwicklung vorangegangener Fortschreibungen zurückgegriffen. Außerdem wurden diagnosespezifische Leistungsdaten der einzelnen Krankenhäuser sowie deren Selbsteinschätzung zur künftigen Entwicklung einbezogen. Die Bettenbedarfsberechnung für das Fachgebiet Psychiatrie wurde – abweichend von dem Verfahren in den somatischen Fächern – basierend auf den Empfehlungen der Psychiatrie-Enquete anhand von Bettenmessziffern vorgenommen. Als Planungshorizont für die aktuelle Fortschreibung wurde das Jahr 2008 gewählt.

Als Neuerung wurde in die Fortschreibung 2006 des Berliner Krankenhausplans aufgenommen, dass die im Plan festgelegten Sollbettenzahlen je Abteilung innerhalb der Gesamtbettenzahl des Krankenhauses um  $\pm 10$  Prozent abweichen können.

Die fachabteilungsbezogene Normauslastung wurde für den Zeitraum von 2006 bis 2008 wie folgt festgelegt:

Fachgebiet	Norm- auslastung (%)	Fachgebiet	Norm- auslastung (%)
Augenheilkunde	80	Neurochirurgie	85
Chirurgie	85	Neurologie	85
Frauenheilkunde u. Geburtshilfe	80	Nuklearmedizin	85
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	80	Orthopädie	85
Haut- u. Geschlechtskrankheiten	85	Plastische Chirurgie	85
Herzchirurgie	90	Strahlenheilkunde	85
Innere Medizin	85	Urologie	85
Kinderchirurgie	75	Kinder- und Jugendpsychiatrie	90
Kinderheilkunde	75	Psychiatrie	90
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	80	Psychosomatik	90

Besondere krankenhauplanerische Ausführungen enthält die Fortschreibung für die folgenden Versorgungsbereiche: Tumormedizin, Gefäßmedizin, Kardiologie, Erkrankungen der Atmungsorgane, Geriatrie, Perinatal- und Neonatalversorgung, Psychiatrie, psychosomatische Medizin, Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, Universitätsmedizin, Notfallmedizin.

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.

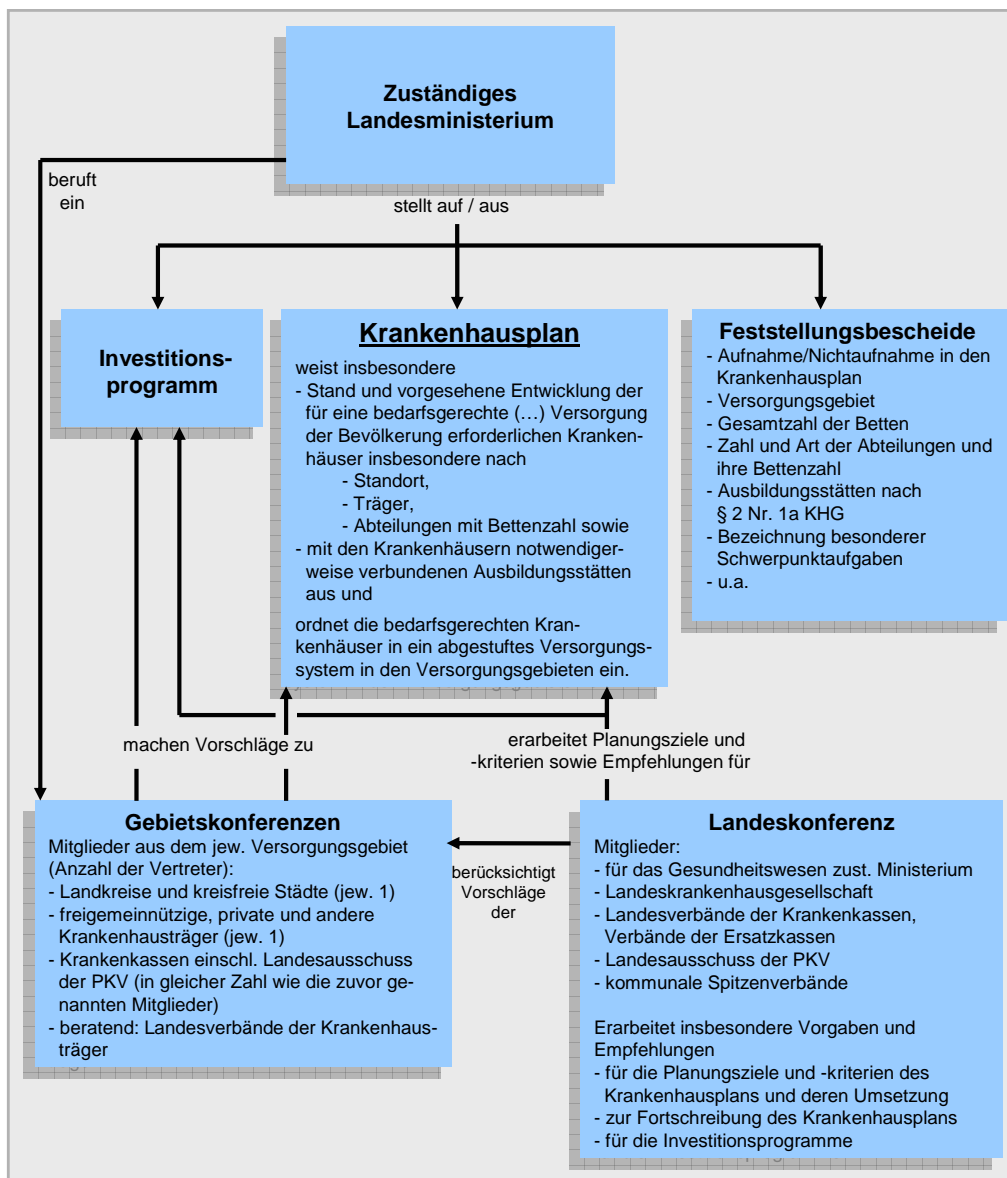
**Aktueller Krankenhausplan:** Fortschreibung 2006 des Berliner Krankenhausplans 1999 (gemäß Senatsbeschluss vom 20. Juni 2006, online abrufbar unter: <http://www.berlin.de/sen/gsv>)

### 3.3.4 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 (vgl. dazu Abbildung 3.11).

Abbildung 3.11: Krankenhausplanung in Brandenburg



Quelle: DKG.

Die Gebietskonferenzen haben insbesondere die Aufgabe, dem zuständigen Ministerium auf der Grundlage der für die Krankenhausplanung maßgebenden Rahmendaaten 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. Rüschmann vorgelegten Gutachtens ⇒ Ermittlung der zukünftigen Bettenzahlen (Korridor-Quoten) in den einzelnen Fach-

gebieten in der jeweiligen Region (Bettenabbauzahlen waren geringer als die Rüschemann-Zahlen)

2. Aufbrechen der regionenbezogenen Bettenabbauzahl (Korridor-Quoten) auf die einzelnen Krankenhäuser
3. Berechnung der bedarfsgerechten Bettenzahl für jedes Krankenhaus nach dessen eigenen Leistungszahlen, landesdurchschnittlichen Verweildauergrößen im jeweiligen Fachgebiet und nach den Vereinbarungsergebnissen der Budgetrunde des Jahres 2001 ⇒ Modifikationen, wenn nötig
4. Vergleich der Ergebnisse mit den aktuellen Leistungszahlen von 2001 und gegebenenfalls Korrektur einiger Ergebnisse ⇒ Vorschlag durch das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen

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

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

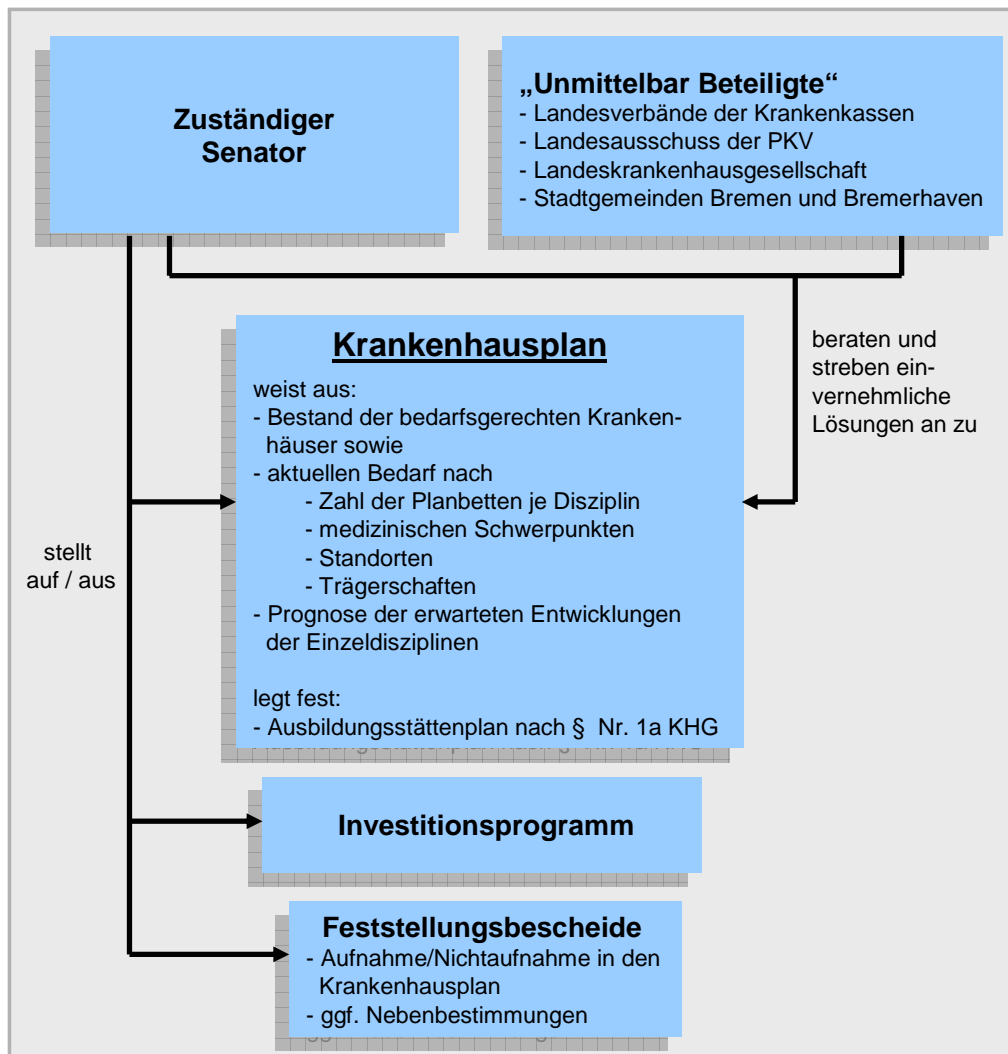
### 3.3.5 Bremen

Der Krankenhausplan wird vom Senator für Gesundheit aufgestellt und auf Grundlage der tatsächlichen Entwicklung fortgeschrieben (vgl. dazu Abbildung 3.12). 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 krankenhausesbezogenen 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.



Abbildung 3.12: Krankenhausplanung in Bremen



Quelle: DKG.

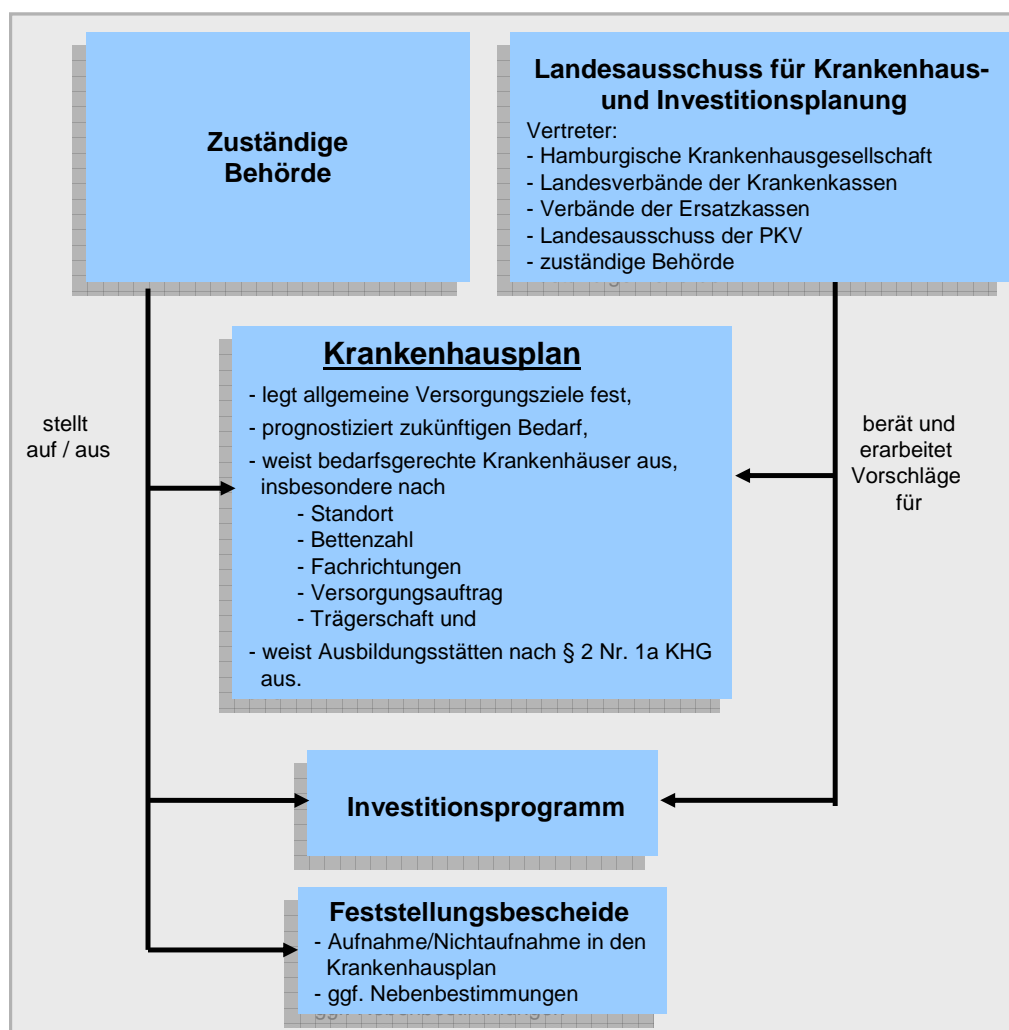
Der vorgegebene Auslastungsgrad beträgt 87%. Ausnahmen gelten für: Pädiatrie 80%, Geburtshilfe 80%, Chirurgie 85%, Gynäkologie 85%, HNO-Heilkunde 85%, Augenheilkunde 85%.

**Aktueller Krankenhausplan:** Krankenhausplan 2006-2009 (Amtsblatt der Freien Hansestadt Bremen Nr. 39 vom 09. März 2007, Bekanntmachung des Landeskrankenhausplanes 2006-2009, S. 301, online abrufbar unter: <http://www.bremen.de/gesundheits senator>)

### 3.3.6 Hamburg

Der Krankenhausplan legt die allgemeinen Versorgungsziele fest und prognostiziert den künftigen Bedarf an Krankenhausleistungen auf der Grundlage wissenschaftlicher Methoden, insbesondere unter Berücksichtigung der Entwicklung der Krankheitsarten, der Bevölkerungszahl, der Bevölkerungsstruktur, der Krankenhaushäufigkeit, der Verweildauer, der Bettenausnutzung sowie vor- und nachstationärer Leistungsangebote (vgl. dazu Abbildung 3.13.).

Abbildung 3.13: Krankenhausplanung in Hamburg



Quelle: DKG.

Zur Erstellung des Krankenhausplans 2005 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.

Der ursprüngliche Planungszeitraum des Krankenhausplans (bis Ende 2005) wurde nach einer Einigung zwischen Gesundheitsbehörde, Krankenkassenverbänden und der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft inzwischen um zwei Jahre bis Ende 2007 verlängert. Der aktuelle Stand des Krankenhausplans 2005 wurde im März 2006 mit der Veröffentlichung der aktuellen Einzelblätter für die in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser bekannt gegeben. Eine umfassende Fortschreibung des Krankenhausplans befindet sich in der Vorbereitung. Die Verabschiedung des neuen Krankenhausplans (Planungszeitraum bis 2010) ist für das 2. Halbjahr 2007 vorgesehen.

**Aktueller Krankenhausplan:** Krankenhausplan 2005 der Freien und Hansestadt Hamburg, verabschiedet im April 2001, in Verbindung mit der 2. Anpassung des Krankenhausplans 2005, veröffentlicht im März 2006, online abrufbar unter: <http://www.gesundheit.hamburg.de>

### 3.3.7 Hessen

Der Krankenhausplan wird von dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium, beraten durch den Landeskrankenhausausschuss, aufgestellt und in angemessenen Zeitabständen fortgeschrieben (vgl. dazu Abbildung 3.14). 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:

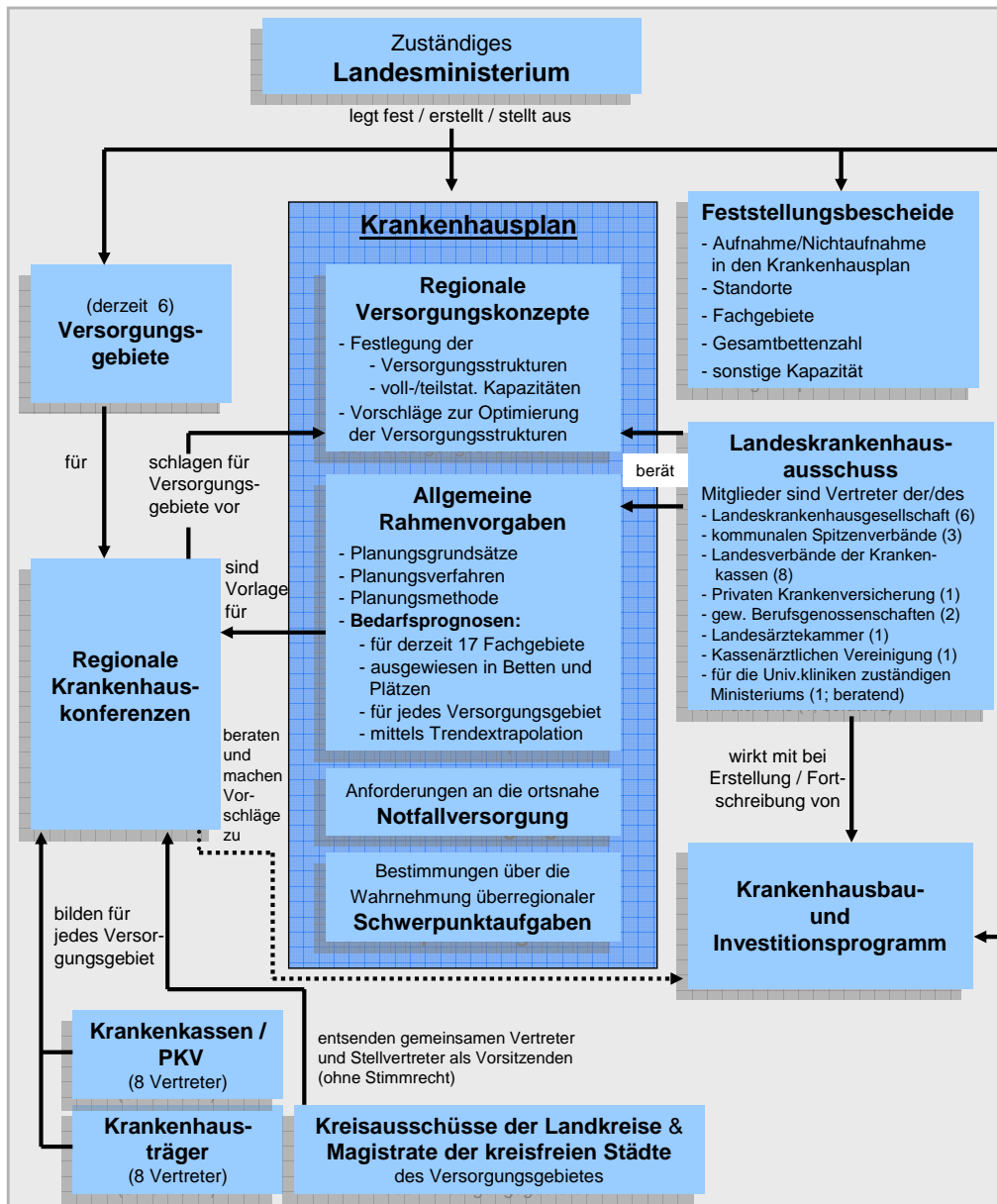
Verweildauer (Bezugsgröße)	Normauslastung
Unter 5,5 Tage	80,0 %
5,5 bis unter 7,0 Tage	82,5 %
7,0 bis unter 9,0 Tage	85,0 %
9,0 bis unter 13,5 Tage	87,5 %
13,5 Tage und höher	90,0 %

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 Planungskompetenzen

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.

Abbildung 3.14: Krankenhausplanung in Hessen



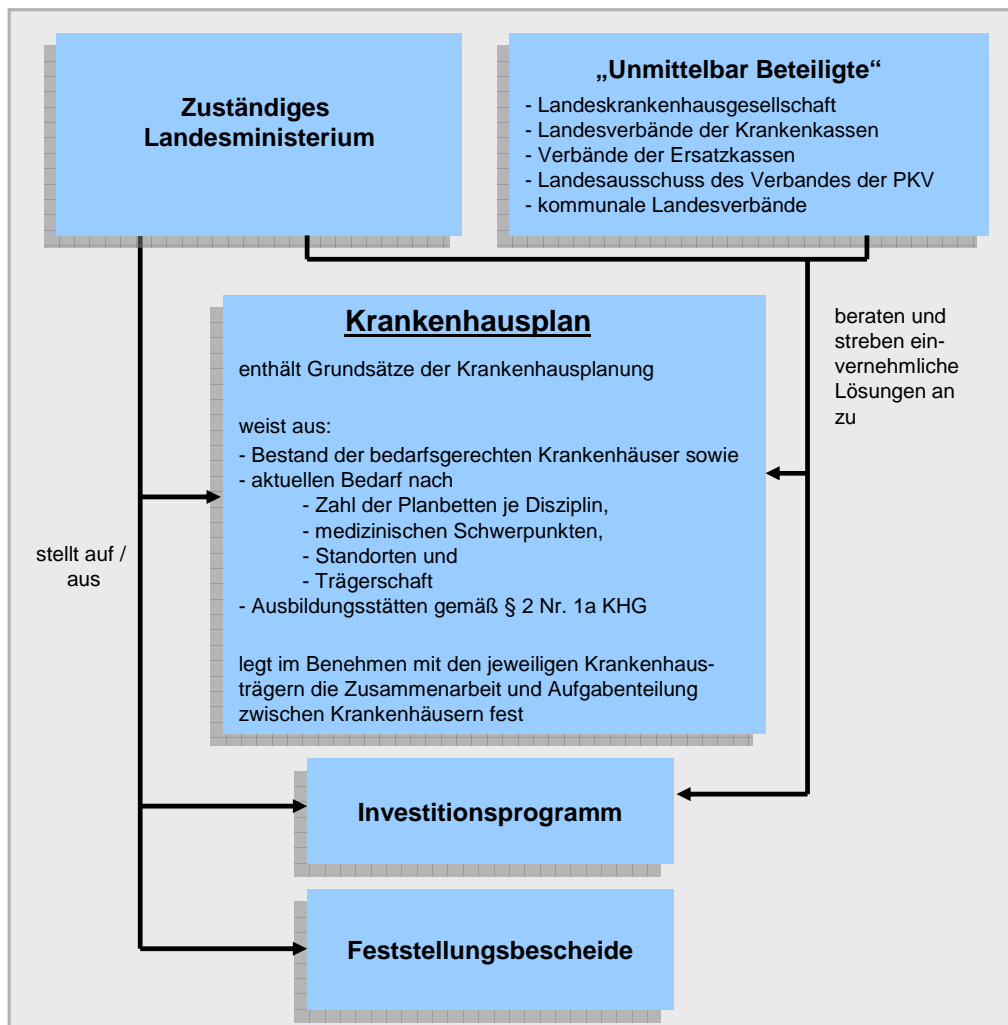
Quelle: DKG.

**Aktueller Krankenhausplan:** Hessischer Krankenhausrahmenplan 2005 - Allgemeiner Teil (online abrufbar unter: <http://www.sozialministerium.hessen.de/ca/i/ob/>) sowie Hessischer Krankenhausrahmenplan 2005 - Besonderer Teil: Regionale Planungskonzepte

### 3.3.8 Mecklenburg-Vorpommern

Der vom Sozialministerium erlassene Krankenhausplan enthält Grundsätze der Krankenhausplanung und weist den Bestand der bedarfsgerechten Krankenhäuser sowie den aktuellen Bedarf insbesondere nach Zahl der Planbetten je Disziplin, medizinischen Schwerpunkten, Standorten und Trägerschaft aus (vgl. dazu Abbildung 3.15). Auf dieser Grundlage stellt er die Prognose der erwarteten Entwicklung der einzelnen Disziplinen (Bedarfsprognose) dar und legt die für den Planungszeitraum vorgesehenen Anpassungsmaßnahmen fest.

Abbildung 3.15: Krankenhausplanung in Mecklenburg-Vorpommern



Quelle: DKG.

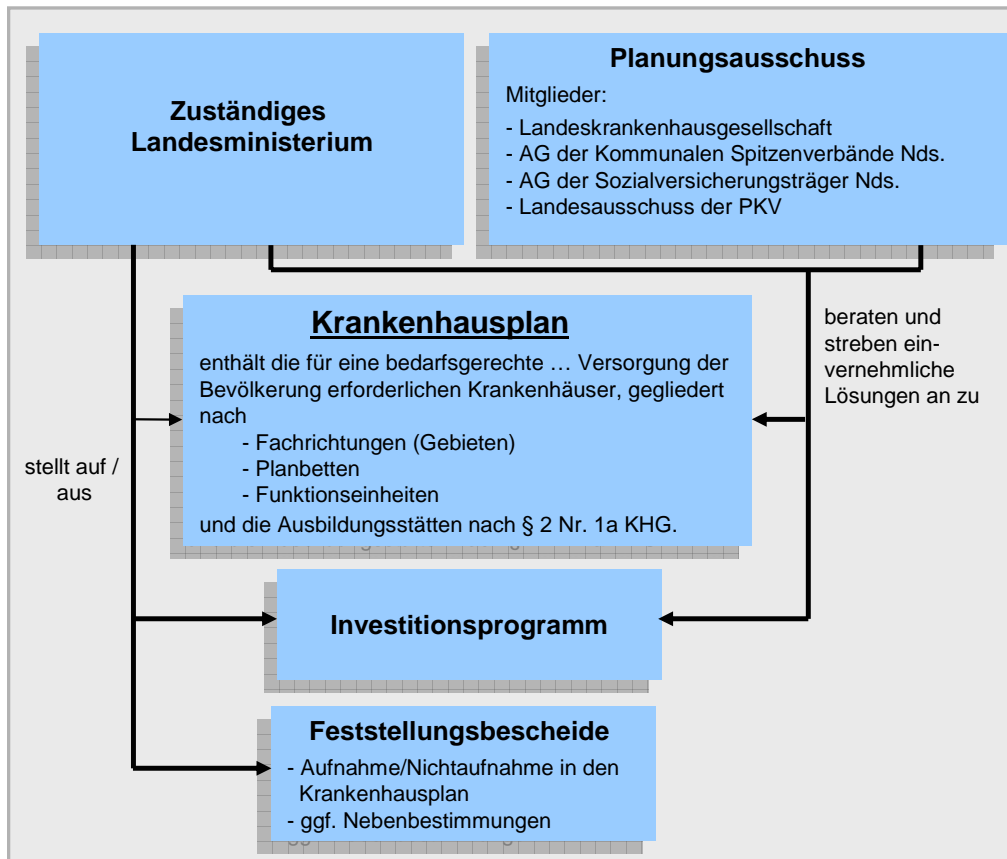
Der vorgegebene Auslastungsgrad beträgt 85%. Ausnahmen gelten für: Kinderheilkunde/Kinderchirurgie 75%, Psychiatrie/Kinder- und Jugendpsychiatrie 90%, Belegbetten 75%. Zudem ist eine Aufstockung der Betten in dem Bereich Psychiatrie vorgesehen.

**Aktueller Krankenhausplan:** Vierter Krankenhausplan für das Land Mecklenburg-Vorpommern (Amtsblatt für das Land Mecklenburg-Vorpommern Nr. 2 vom 07. Januar 2005, S. 17ff., online abrufbar unter: [http://www.sozial-mv.de/doku/1\\_88.pdf](http://www.sozial-mv.de/doku/1_88.pdf))

### 3.3.9 Niedersachsen

Der Krankenhausplan wird vom Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit aufgestellt und jährlich fortgeschrieben (vgl. dazu Abbildung 3.16). Er enthält die für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser, gegliedert nach der Fachrichtung (Gebieten), Planbetten und Funktionseinheiten, sowie den Ausbildungsstätten.

Abbildung 3.16: Krankenhausplanung in Niedersachsen



Quelle: DKG.

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.

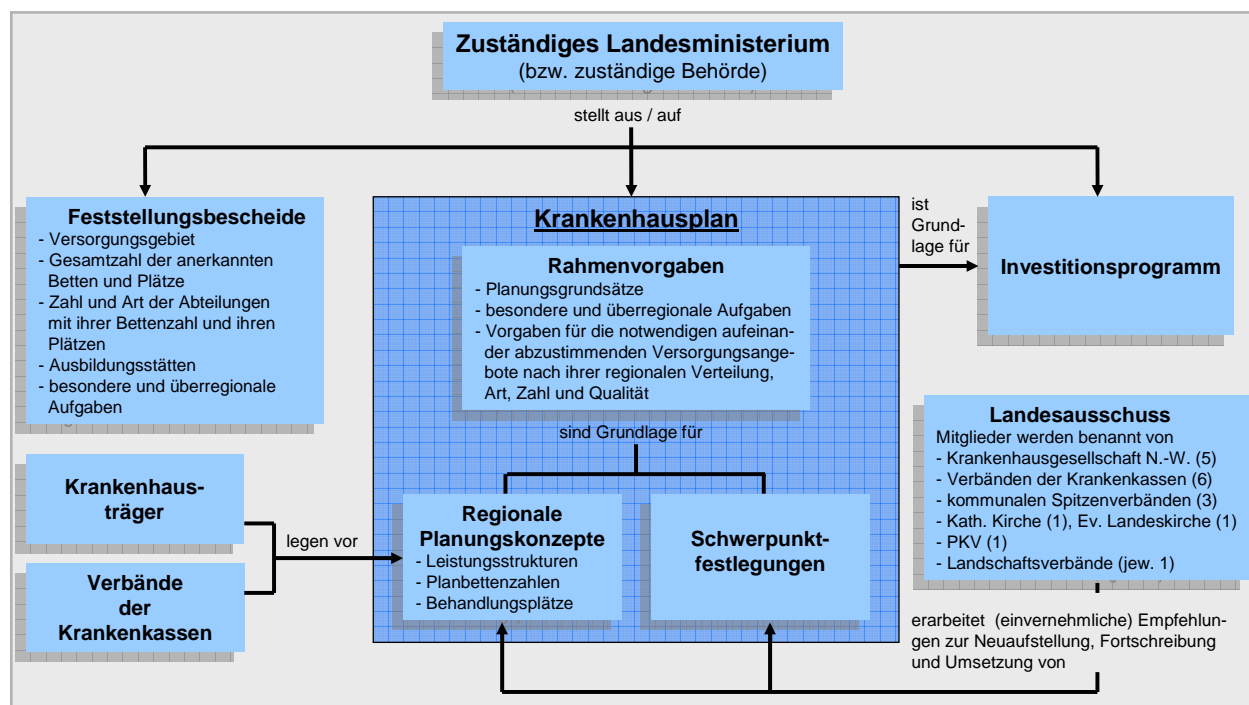
Für die Fachrichtungen werden dabei durchschnittliche Auslastungsgrade von 85% berücksichtigt. Ausnahmen gelten für: Kinderheilkunde 80%, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie 90%.

**Aktueller Krankenhausplan:** Niedersächsischer Krankenhausplan 2006, Stand: 1. Januar 2006, 21. Fortschreibung (online abrufbar unter: <http://www.ms.niedersachsen.de>)

### 3.3.10 Nordrhein-Westfalen

Mit der Verabschiedung des neuen Krankenhausgesetzes (KHG NRW) Ende 1998 hat sich auch das Land Nordrhein-Westfalen für eine Rahmenplanung entschieden. Das zuständige Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW (MAGS) stellt einen Krankenhausplan auf und schreibt ihn fort (vgl. dazu Abbildung 3.17). Der Krankenhausplan wird alle zwei Jahre im Ministerialblatt veröffentlicht. Er besteht nach § 13 KHG NRW aus den Rahmenvorgaben, Schwerpunktfestlegungen und regionalen Planungskonzepten.

Abbildung 3.17: Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen



Quelle: DKG.

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 u. a. die Regelungen von Stroke Units (inkl. Definition der Behandlung) und Palliativstationen.

#### Neufassung der Krankenhausplanung in NRW

Der gesetzliche Rahmen für die Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen soll durch die anstehende Novellierung des aktuellen Krankenhausgesetzes NRW neu gefasst werden. Das MAGS hat die künftigen Rahmenbedingungen für die Krankenhausversorgung in NRW in Form von Eckpunkten eines Entwurfes für ein Krankenhausgestaltungsgesetz (KHGG NRW) zwischenzeitlich vorgestellt. Durch diese Novellierung des Gesetzes soll das durch den Gesundheitsminister vorgegebene Ziel des Bürokratieabbaus durch Straffung bestehender und Streichung überflüssiger Regelungen weiter verfolgt werden. Das Land will die Detailplanung aufgeben, um den Krankenhäusern und Krankenkassen mehr Spielraum zu geben. Es sollen zukünftig nur noch Gebiete und keine Teilgebiete mehr geplant werden.

**Aktueller Krankenhausplan:** Krankenhausplan 2001 des Landes Nordrhein-Westfalen – Rahmenvorgaben (online abrufbar unter: <http://www.kgnw.de>, Rubrik Download, Gesetze/Verordnungen).

Die wesentlichen Inhalte des derzeit geltenden Krankenhausplans werden durch das MAGS im so genannten „Krankenhausverzeichnis“ publiziert. Das Krankenhausverzeichnis des Landes NRW beinhaltet alle allgemeinen und psychiatrischen Krankenhäuser mit ihren Angebotsstrukturen. Abfragen können bis auf die Kreis- und Stadtebene erfolgen. (Das Krankenhausverzeichnis kann online unter <http://www.gesundheit.nrw.de/content/e1/e2723/e2743/e2745/frameset> abgerufen werden).

### **3.3.11 Rheinland-Pfalz**

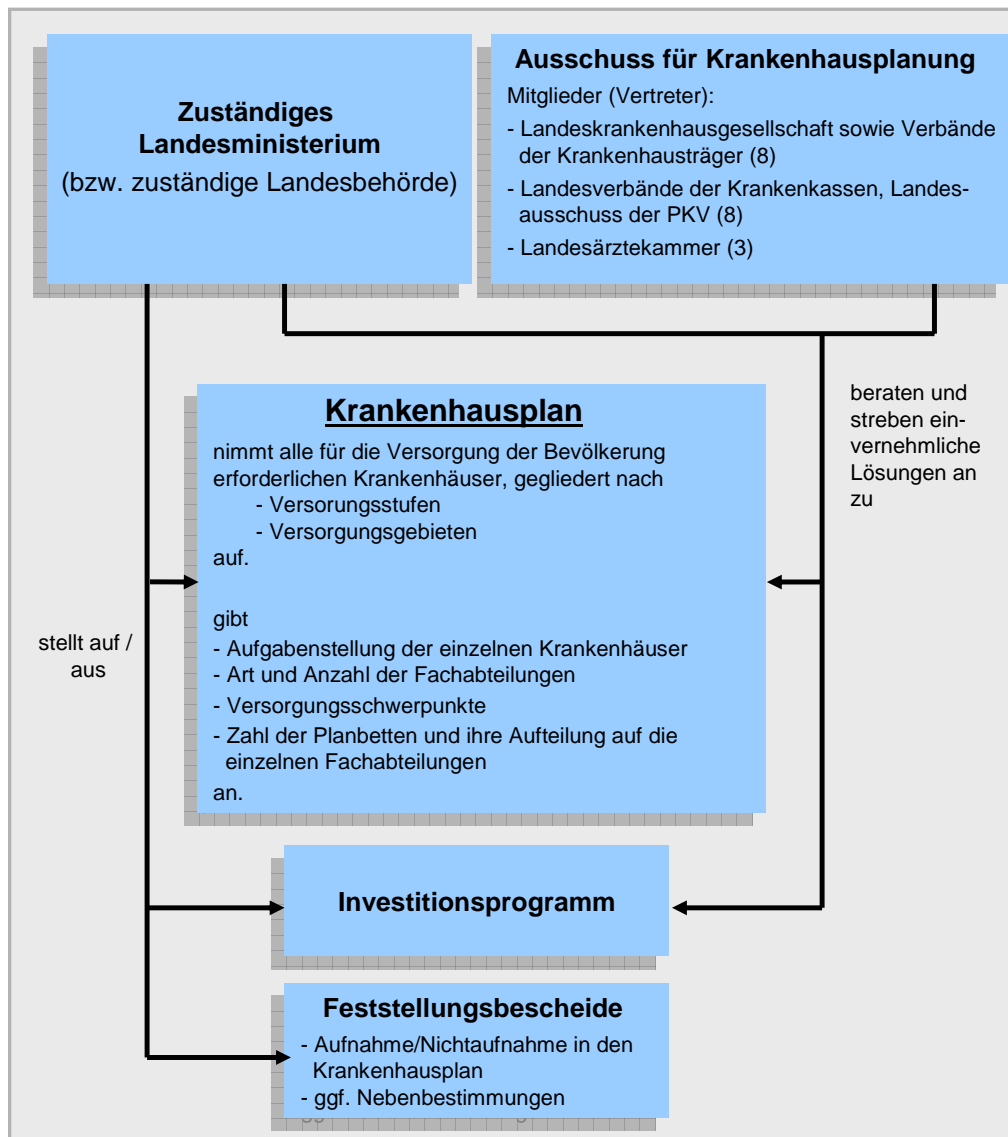
In den Krankenhausplan werden alle gegenwärtig und zukünftig für die Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser, gegliedert nach Versorgungsstufen und Versorgungsgebieten, aufgenommen. Der Krankenhausplan umfasst die gegenwärtige und die zukünftige Aufgabenstellung der einzelnen Krankenhäuser, 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 (vgl. dazu Abbildung 3.18).

Eine wesentliche Grundlage des aktuellen Plans ist ein im Auftrag des Ministeriums erstelltes Gutachten der Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung mbH (GE-BERA). Untersuchungsgegenstand dieses Gutachtens war die Bedarfsentwicklung in Rheinland-Pfalz und in den Versorgungsgebieten sowie die darauf aufbauende Fest-



legung eines Korridors für den zukünftigen Bettenbedarf. Empfehlungen für den Versorgungsauftrag einzelner Krankenhäuser waren nicht Gegenstand des Auftrages.

Abbildung 3.18: Krankenhausplanung in Rheinland-Pfalz



Quelle: DKG.

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>)

### 3.3.12 Saarland

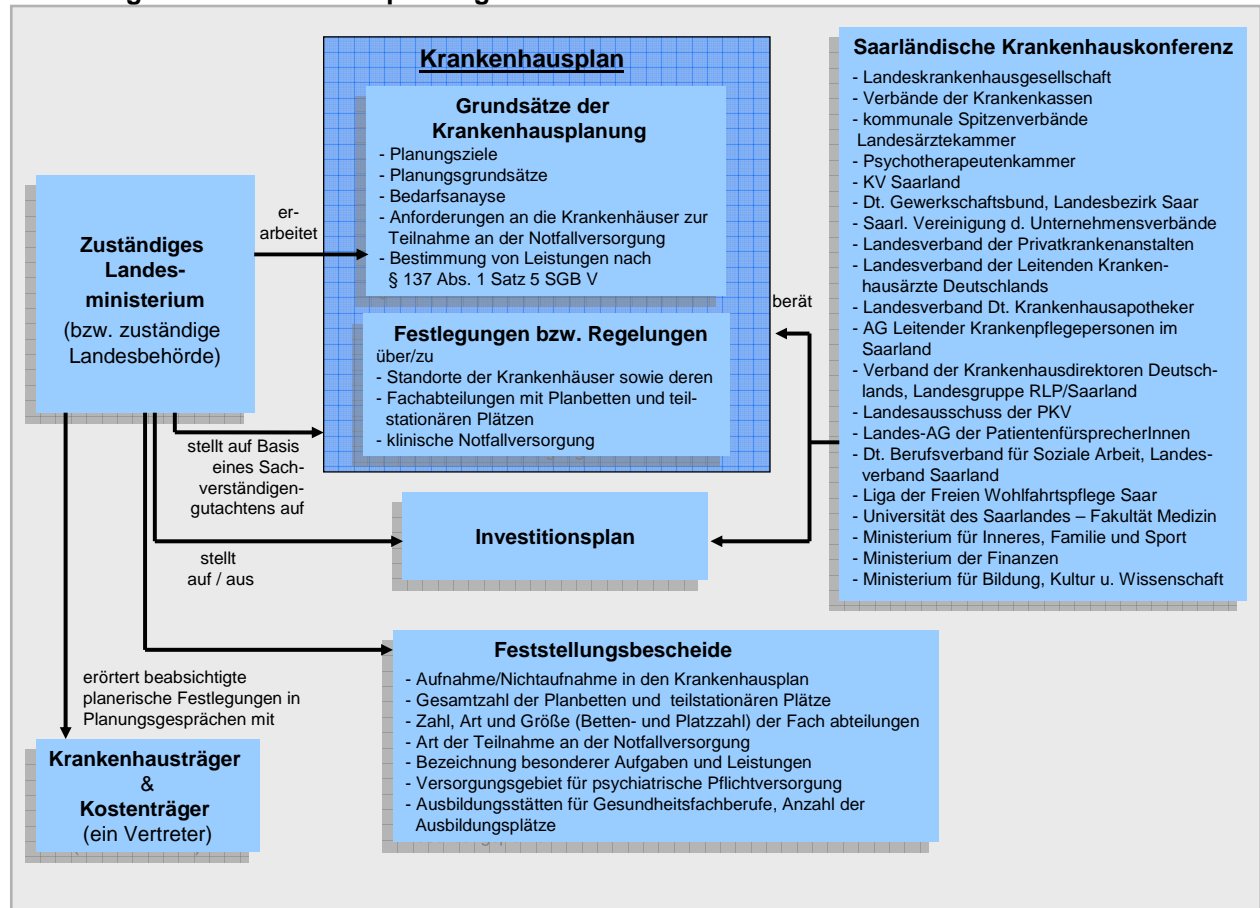
Das Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales (Krankenhausplanungsbehörde) stellt auf der Basis eines von einem Sachverständigen erstellten Gutachtens über die konkrete Versorgungssituation und den künftig zu erwartenden Versorgungsbedarf einen Krankenhausplan für das Saarland auf. Die Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplans erfolgt im Benehmen mit dem Ministerium der Finanzen und unter Mitwirkung der saarländischen Krankenhauskonferenz sowie der unmittelbar an der Krankenhausversorgung Beteiligten. Der Krankenhausplan weist die für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Krankenhausversorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser aus.

Für das Gutachten, auf dessen Basis der aktuelle Krankenhausplan aufgestellt wurde, hat die Planungsbehörde zur Berechnung des Kapazitätenbedarfs die folgenden verweildauerunabhängigen Normauslastungsgrade vorgegeben:

Normauslastung	Fachgebiet
90%	Psychiatrie Kinder- und Jugendpsychiatrie Geriatric
75%	Kinderheilkunde
85%	übrige Fachgebiete

Für die tagesklinischen Plätze wurde ein Normauslastungsgrad von 95% zugrunde gelegt (bezogen auf 250 Tage).

Abbildung 3.19: Krankenhausplanung im Saarland



Quelle: DKG.

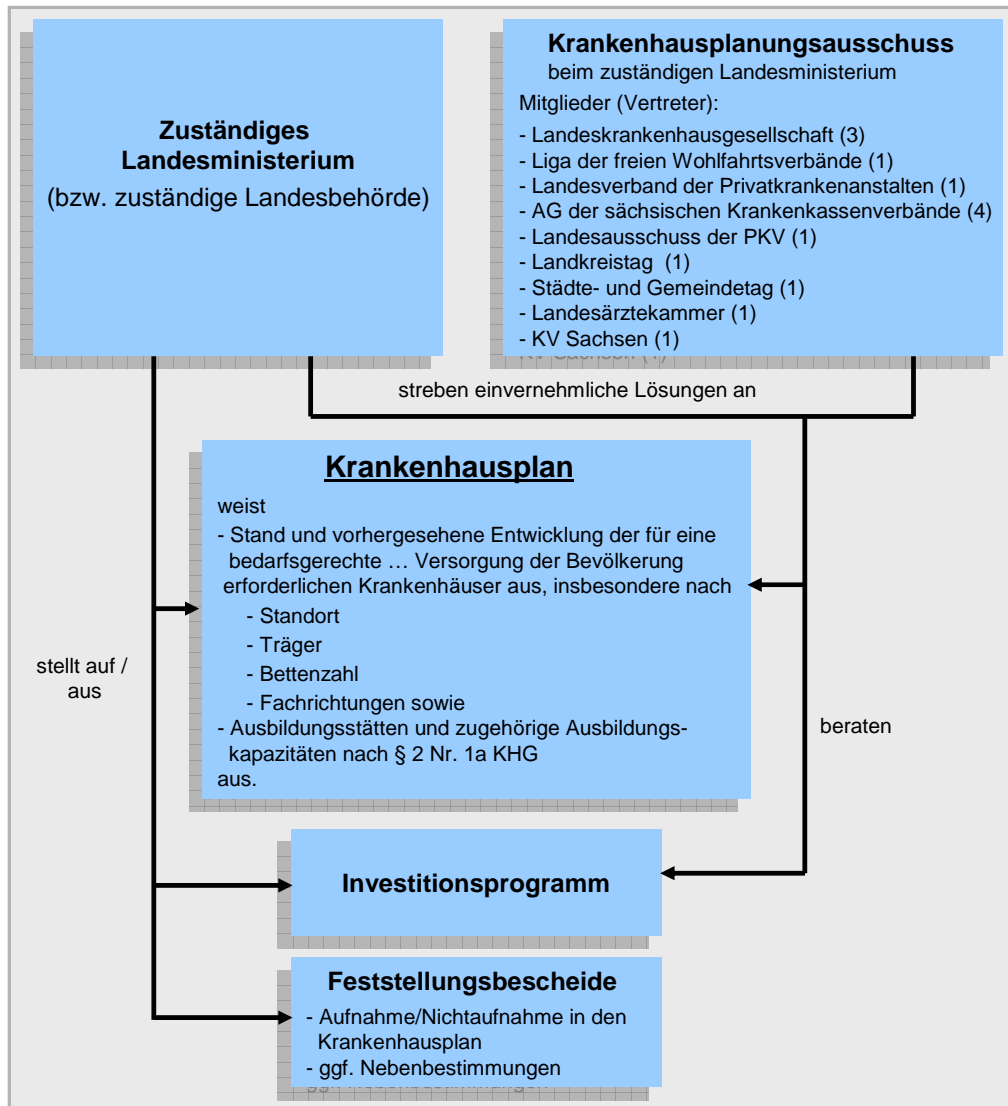
Der Planungszeitraum des aktuellen Krankenhausplans erstreckt sich vom 01. Januar 2006 bis zum 31. Dezember 2010. Bei notwendigen Veränderungen kann der Krankenhausplan auch während des Planungszeitraums fortgeschrieben werden.

**Aktueller Krankenhausplan:** Krankenhausplan für das Saarland 2006 – 2010 (online abrufbar unter: <http://www.soziales.saarland.de>)

### 3.3.13 Sachsen

Der Krankenhausplan weist den Stand und die vorgesehene Entwicklung der für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser, insbesondere nach Standort, Träger, Bettenzahl und Fachrichtung sowie die Ausbildungsstätten und dazugehörige Ausbildungskapazitäten aus. Das zuständige Staatsministerium wird durch das Mitwirken der Beteiligten, u. a. der Krankenhausgesellschaft Sachsen, in einem Krankenhausplanungsausschuss unterstützt (vgl. dazu Abbildung 3.20).

Abbildung 3.20: Krankenhausplanung in Sachsen



Quelle: DKG.

Die Bedarfsanalyse basiert auf den folgenden Bettennutzungsgraden (Sollwerte):

<b>Fachgebiet bzw. Schwerpunkt nach Weiterbildungsordnung</b>	<b>Bettennutzungsgrad (Soll) in %</b>
<u>Somatische Fachgebiete</u>	
<i>Hauptabteilungen</i>	
Augenheilkunde	80
Chirurgie	80
darunter Orthopädie und Unfallchirurgie	85
darunter Herzchirurgie	85
darunter Kinderchirurgie	75
Frauenheilkunde u. Geburtshilfe	80
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	82
Haut- u. Geschlechtskrankheiten	85
Innere Medizin u. Allgemeinmedizin	82
Kinder- und Jugendmedizin	75
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	85
Neurochirurgie	88
Neurologie	85
Nuklearmedizin	80
Strahlentherapie	88
Urologie	82
<i>Alle Belegabteilungen</i>	60
<u>Vom KHEntgG ausgenommene Fachgebiete</u>	
Psychiatrie u. Psychotherapie	90
Kinder- u. Jugendpsychiatrie- u. -psychotherapie	90
Psychosomatische Medizin u. Psychotherapie	90

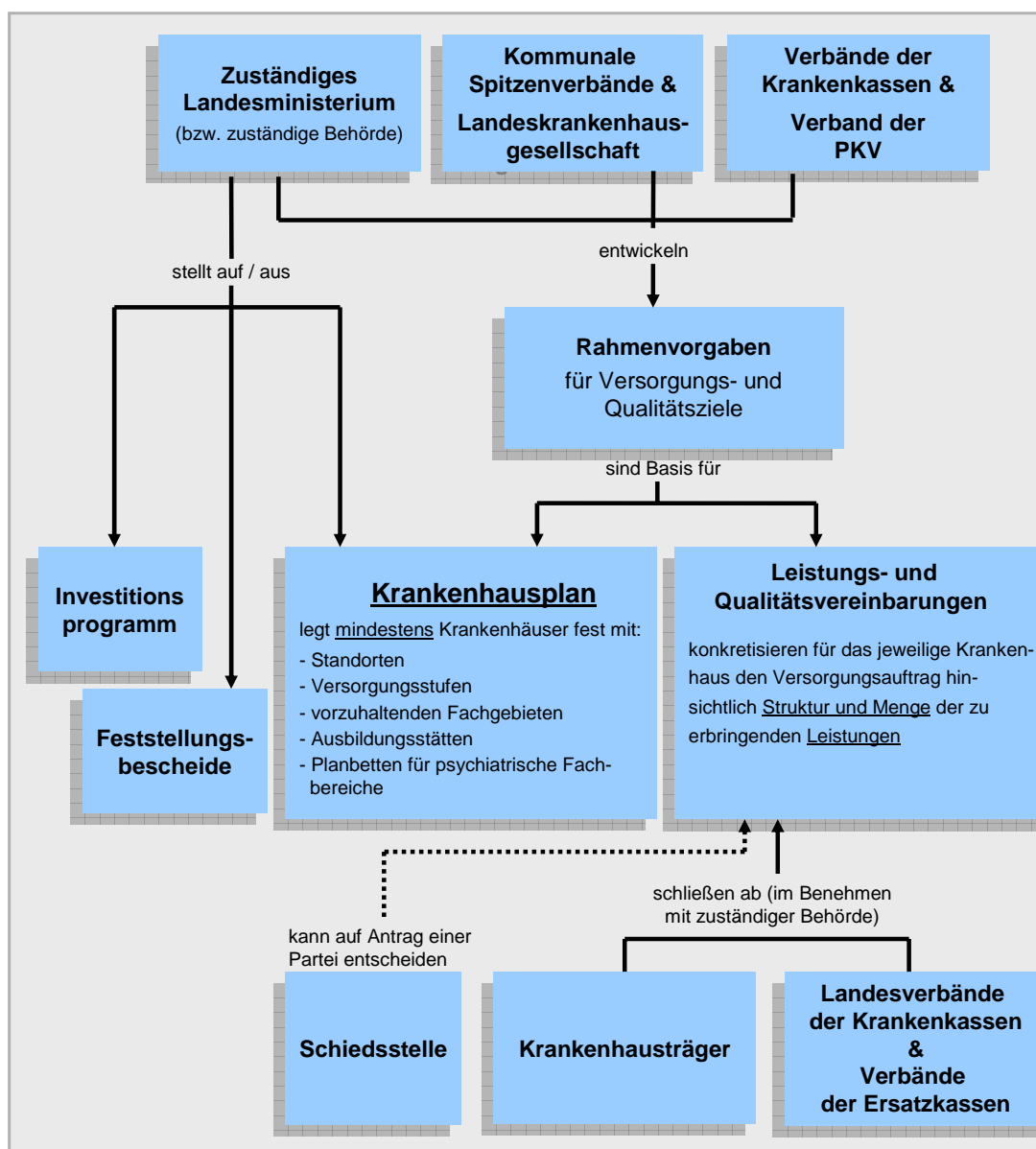
Mittels Gewichtung der fachgebietsbezogenen Bettennutzungsgrad-Sollwerte mit den Pflergetagen je Fachgebiet wurde bei der Bedarfsermittlung für die somatischen Fachgebiete für jedes Krankenhaus ein durchschnittlicher individueller Bettennutzungsgrad zugrunde gelegt.

**Aktueller Krankenhausplan:** Krankenhausplan des Freistaates Sachsen, 8. Fortschreibung vom 20. Dezember 2006 (veröffentlicht für die Jahre 2007 und 2008 im Sächsischen Amtsblatt, online abrufbar unter: <http://www.recht-sachsen.de>)

### 3.3.14 Sachsen-Anhalt

Der Krankenhausplan wird vom Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit aufgestellt und von der Landesregierung beschlossen. Er ist in mindestens zweijährigem Turnus zu überprüfen und legt auf Basis der Rahmenvorgaben nach § 3 Abs. 2 KHG LSA mindestens Krankenhäuser mit Standorten, Versorgungsstufen und vorzuhaltenden Fachgebieten sowie Ausbildungsstätten fest (vgl. dazu Abbildung 3.21). Für die psychiatrischen Fachbereiche werden bis auf Weiteres Planbetten ausgewiesen.

Abbildung 3.21: Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt



Quelle: DKG.

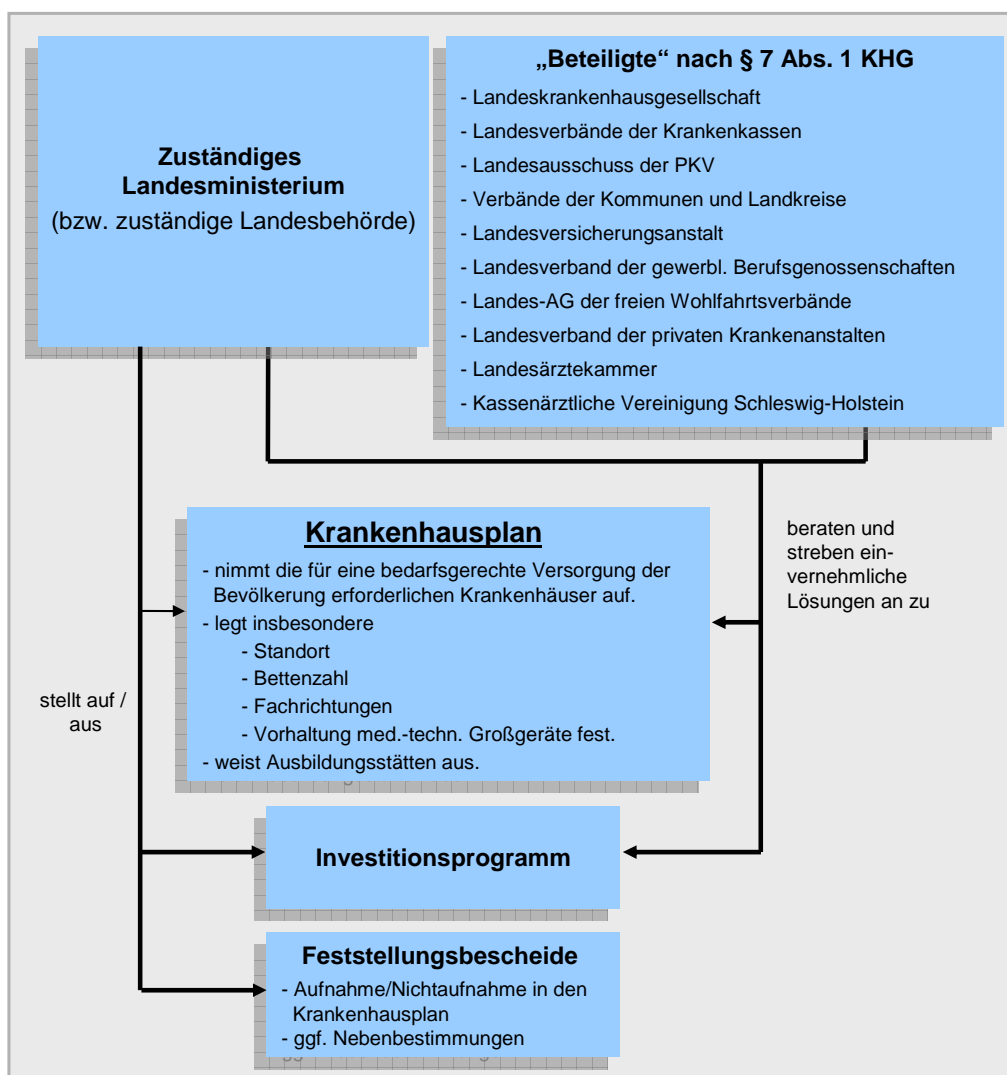
Auslastungsgrade werden im Krankenhausplan nicht angegeben.

**Aktueller Krankenhausplan:** Krankenhausplan des Landes Sachsen-Anhalt ab 2005 (13. Fortschreibung, veröffentlicht im Ministerialblatt des Landes Sachsen-Anhalt Nr. 24/2005 vom 20.06.2005, online abrufbar unter: <http://www.sachsen-anhalt.de/>)

### 3.3.15 Schleswig-Holstein

Der Sozialminister stellt den Krankenhausplan auf und passt ihn der Entwicklung an. Der Plan ist mindestens alle sechs Jahre fortzuschreiben. Er legt insbesondere den Standort, die Bettenzahl, die Fachrichtungen sowie die Vorhaltung medizinisch-technischer Großgeräte der Krankenhäuser fest und weist die Ausbildungsstätten aus (vgl. dazu Abbildung 3.22). 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.

Abbildung 3.22: Krankenhausplanung in Schleswig-Holstein



Quelle: DKG.

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

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%.

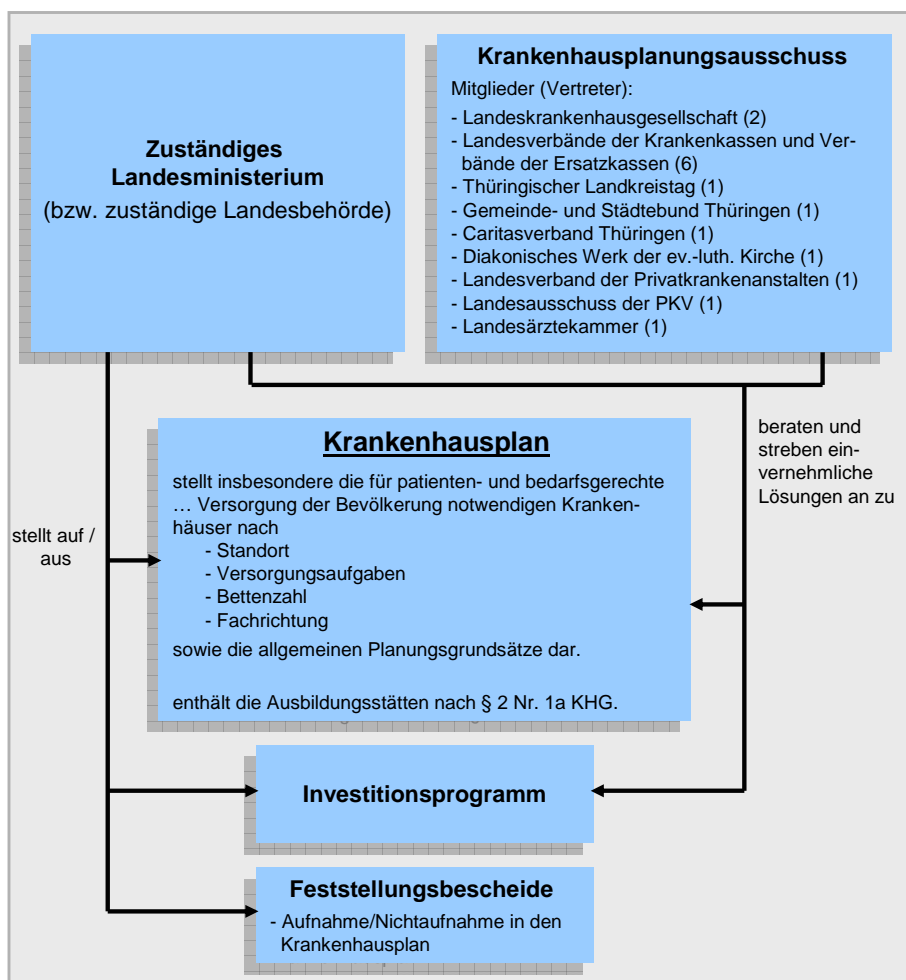
Der Planungszeitraum des geltenden Krankenhausplans – Teil A, Allgemeiner Teil - wurde im November 2005 bis zum 31. Dezember 2009 verlängert. Die Aktualisierung der Teile B (Besonderer Teil) und C (Anlagen) des Krankenhausplans hat das zuständige Ministerium im April 2006 bekannt gegeben.

**Aktueller Krankenhausplan:** Krankenhausplan 2001 bis 2005 des Landes Schleswig-Holstein (veröffentlicht im Amtsblatt Schleswig-Holstein Nummer 21, 2001) in Verbindung mit den aktualisierten Teilen B und C des Krankenhausplans (veröffentlicht im Amtsblatt Schleswig-Holstein Nr. 17, 2006), online abrufbar unter: <http://landesregierung.schleswig-holstein.de>.

### 3.3.16 Thüringen

Das Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit stellt einen Krankenhausplan auf, der die notwendigen Krankenhäuser nach Standort, Versorgungsaufgaben, Bettenzahl, Fachrichtung sowie die allgemeinen Planungsgrundsätze festlegt. Der Krankenhausplan enthält auch die Ausbildungsstätten nach § 2 Nr. 1a KHG und soll in angemessenen Zeiträumen, spätestens jedoch nach fünf Jahren, fortgeschrieben (vgl. dazu Abbildung 3.23).

Abbildung 3.23: Krankenhausplanung in Thüringen



Quelle: DKG.



Der aktuell geltende 5. Thüringer Krankenhausplan ist als Übergangsplan mit einer Laufzeit von zwei Jahren konzipiert. Er enthält sowohl Elemente der Abkehr von einer kapazitätsorientierten Bettenplanung als auch der Hinwendung zu einer qualitätsorientierten Leistungsplanung und beschreibt bereits in Grundzügen die Planungsmethodik sowie die Aufgabenstellungen für die Beteiligten für den sich anschließenden 6. Thüringer Krankenhausplan.

Die bei der Bedarfsprognose berücksichtigten Soll-Auslastungsgrade betragen 85%. Ausnahmen gelten für die Kinderheilkunde 75%, die Orthopädie 90%, die Psychiatrie 90% und die Kinderchirurgie 75%.

**Aktueller Krankenhausplan:** 5. Thüringer Krankenhausplan (gültig seit 01. Januar 2006, online abrufbar unter: <http://www.thueringen.de/de/tmsfg/index.html>)

### 3.4 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	Ausweisung der Ausbildungsstätten mit Angabe der Fachrichtungen
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. Er soll ab dem 01.01.2006 fortgeschrieben werden.
Sachsen	Ausweisung der Anzahl der Ausbildungsplätze pro Krankenhaus nach den Berufsgruppen gemäß § 2 Nr. 1a KHG
Sachsen-Anhalt	Ausweisung der Ausbildung je 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 sechs Ausbildungsstätten, in denen ausschließlich der Beruf Krankenpflege erlernt werden kann;  Keine weiteren Angaben

### 3.5 Frührehabilitation in den Krankenhausplänen

Tabelle 3.7: Frührehabilitation in den Krankenhausplänen

Bundesland	Inhalt
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

### 3.6 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 gegliedert nach Hauptdisziplinen</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 Tagesambulanzplätze 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 inkl. 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 Krankentuägern 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 je Krankenhaus in den Fachgebieten Nephrologie, (Dialyse), der Geriatrie, der Onkologie, der Psychiatrie sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie.</p> <p>Teilstationäre Kapazitäten in anderen Fachgebieten können im Krankenhausplan unter "Sonstige Fachbereiche" ausgewiesen werden, ggf. erfolgt eine entsprechende Präzisierung im Stammblatt Teil 2.</p> <p>Die Umwandlung vollstationärer Betten in teilstationäre Plätze erfolgt ggf. im Verhältnis 1:1.</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 (nur im BpflV-Bereich-Psychiatrie)</p> <p>Keine weitergehenden Regelungen zu teilstationären Leistungen</p>
Schleswig-Holstein	<p>Ausweisung der teilstationären Plätze und Tagesklinikplätze Plätze 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>

### 3.7 Abgrenzung von Versorgungsstufen in den Bundesländern

Tabelle 3.9: 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 med.-techn.Großgeräte</li> </ul> Die Angabe der für die Versorgungsstufen typischen Bettenzahl bleibt unverbindlich.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grundversorgung (ca. 80 - 250 Betten)</li> <li>- Regelversorgung (ca. 300 - 350 Betten)</li> <li>- Zentralversorgung (ca. 600 - 1.000 Betten)</li> <li>- Maximalversorgung (&gt; 1.000 Betten)</li> </ul>
<b>Bayern</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Versorgungsaufgaben der Krankenhäuser</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1. Versorgungsstufe</li> <li>- 2. Versorgungsstufe</li> <li>- 3. Versorgungsstufe</li> <li>- Fachkrankenhäuser</li> </ul>
<b>Berlin</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Spezifische Strukturvorgaben</li> </ul>	<p><u>Für die Peri- und Neonatalversorgung, abweichend von den Vorgaben des GBA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perinatalzentren</li> <li>- Perinatalogische Schwerpunkte</li> <li>- Geburtskliniken</li> </ul> <p><u>Für die Notfallversorgung:</u></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 Betten)</li> <li>- 2. Versorgungsstufe (350 - 650 Betten)</li> <li>- 3. Versorgungsstufe (über 650 Betten)</li> </ul>
<b>Hamburg</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Differenzierung nach der Teilnahme an der Not- und Unfallversorgung</li> </ul>
<b>Hessen</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mit Einführung des Hessischen Krankenhausgesetzes im Jahr 2002 (HKHG) wurde die Unterscheidung von Versorgungsstufen faktisch abgeschafft.</li> </ul>

Quelle: Krankenhauspläne, Krankenhausgesetze und Rechtsverordnungen der Bundesländer.



Tabelle 3.9, Fortsetzung: Versorgungsstufen der Bundesländer

Bundesland	Kriterien	Versorgungs- / Leistungsstufen
Mecklenburg-Vorpommern	Keine Definition von Versorgungs- oder Leistungsstufen.	
Niedersachsen	- Anzahl der Betten - Definition gilt ausschließlich für die Pauschalförderung	- Anforderungsstufe 1 (bis 230 Betten) - Anforderungsstufe 2 (231 - 330 Betten) - Anforderungsstufe 3 (331 - 630 Betten) - Anforderungsstufe 4 (über 630 Betten)
Nordrhein-Westfalen	Auf die Zuordnung der einzelnen Krankenhäuser zu bestimmten Versorgungsstufen wird verzichtet. Das KHG NRW spricht in § 1 zwar von einer gestuften Versorgung, meint damit aber die Bereiche Grund-, Regel- und Schwerpunkt- oder Maximalversorgung. Die Vorschrift verlangt keine Einteilung der Krankenhäuser nach Versorgungsstufen.	
Rheinland-Pfalz	- Anzahl der Betten - Art und Anzahl der Fachabteilungen	- Grundversorgung (bis 250 Betten) - Regelversorgung (251 - 500 Betten) - Schwerpunktversorgung (501 - 800 Betten) - Maximalversorgung (über 800 Betten) - Fachkrankenhäuser
Saarland	Keine Definition von Versorgungs- oder Leistungsstufen.	
Sachsen	- Art und Anzahl der Fachabteilungen	- Regelversorgung - Schwerpunktversorgung - Maximalversorgung - Fachkrankenhäuser (Ergänzung)
Sachsen-Anhalt	Die Definition der Versorgungsstufen erfolgt innerhalb der Rahmenvorgaben für Versorgungs- und Qualitätsziele der Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt gemäß § 3 (2) KHG LSA	- Basisversorgung - Schwerpunktversorgung - Spezialversorgung - Universitäre Versorgung
Schleswig-Holstein	- Art und Anzahl der Fachabteilungen	- begrenzte Regelversorgung - Regelversorgung - Schwerpunktversorgung - Zentralversorgung - Fachkrankenhäuser
Thüringen	Differenzierung zwischen regionalem und überregionalem Versorgungsauftrag (fachgebietsbezogen)	

Quelle: Krankenhauspläne, Krankenhausgesetze und Rechtsverordnungen der Bundesländer.

## 4 Investitionsfinanzierung

### 4.1 Gesamtentwicklung

Im Jahr 2006 stellten die Bundesländer insgesamt 2,72 Mrd. EUR zur Investitionsförderung nach § 9 KHG bereit (vgl. dazu Tabelle 4.1). Gegenüber dem Vorjahr entspricht dies einem realen Rückgang der Investitionsfördermittel in Höhe von 0,63%. Dem leichten Anstieg in den Alten Bundesländern (ABL) in Höhe von 0,93% steht dabei ein deutlicher realer Rückgang der Fördermittel in den Neuen Bundesländern (NBL) in Höhe von 5,35% gegenüber. Im Vergleich zum Jahr 1996 beträgt der reale Rückgang der KHG-Fördermittel 36,34%% (ABL: - 31,25%, NBL: - 48,64%).

Tabelle 4.1: KHG-Fördermittel<sup>1</sup>

	KHG-Fördermittel Gesamt				
	in Mio. EUR			reale Veränderung <sup>2</sup> ggü.	
	2004	2005	2006	Vorjahr	1996
Baden-Württemberg	322,30	281,20	296,70	3,88%	-23,52%
Bayern	452,55	452,55	452,55	-1,55%	-38,16%
Berlin	144,68	114,88	99,60	-14,64%	-70,72%
Brandenburg	127,04	113,61	113,61	-1,55%	-45,77%
Bremen	34,10	34,24	34,31	-1,34%	-23,41%
Hamburg	70,73	86,83	110,01	24,74%	9,78%
Hessen	230,10	247,35	258,19	2,77%	7,23%
Meckl.-Vorpommern	127,80	82,00	80,58	-4,42%	-53,29%
Niedersachsen	87,39	97,27	121,39	22,87%	-51,40%
Nordrhein-Westfalen	485,82	485,82	472,00	-4,35%	-24,79%
Rheinland-Pfalz	118,80	120,30	118,80	-2,77%	-27,33%
Saarland	38,18	23,49	26,17	9,69%	-42,48%
Sachsen	154,25	166,50	167,40	-1,01%	-50,85%
Sachsen-Anhalt	172,51	179,40	154,27	-15,34%	-42,30%
Schleswig-Holstein	86,40	83,49	88,58	4,46%	-2,47%
Thüringen	134,08	127,10	127,90	-0,93%	-51,44%
Alte Bundesländer <sup>3</sup>	2.071,05	2.027,42	2.078,30	0,93%	-31,25%
Neue Bundesländer <sup>4</sup>	715,68	668,61	643,76	-5,35%	-48,64%
<b>Deutschland</b>	<b>2.786,73</b>	<b>2.696,03</b>	<b>2.722,06</b>	<b>-0,63%</b>	<b>-36,34%</b>

<sup>1</sup> Die Ansätze basieren auf den jeweiligen, öffentlich zugänglichen, jährlichen Haushaltsansätzen der Länder (ohne Verpflichtungsermächtigungen für die Folgejahre); nicht mitberücksichtigt wurden: 1. Investitionsmittel der Hochschulkliniken 2. Investitionsmittel der Vertragskrankenhäuser 3. Eigenmittel der Plankrankenhäuser 4. Mittel zur Restfinanzierung noch nicht ausfinanzierter Maßnahmen 5. Finanzierung von Zins und Tilgung noch offener Darlehensbeträge. Einige Bundesländer - darunter z. B. Niedersachsen und Schleswig-Holstein - bedienen sich zunehmend des Instruments der Darlehensfinanzierung. Die Höhe der hier ausgewiesenen Haushaltsansätze stimmt deshalb nicht zwangsläufig mit der Höhe der Mittel, die den Krankenhäusern im jeweiligen Jahr tatsächlich zu Investitionszwecken zur Verfügung stehen, überein.

<sup>2</sup> Unter Zugrundelegung des VPI.

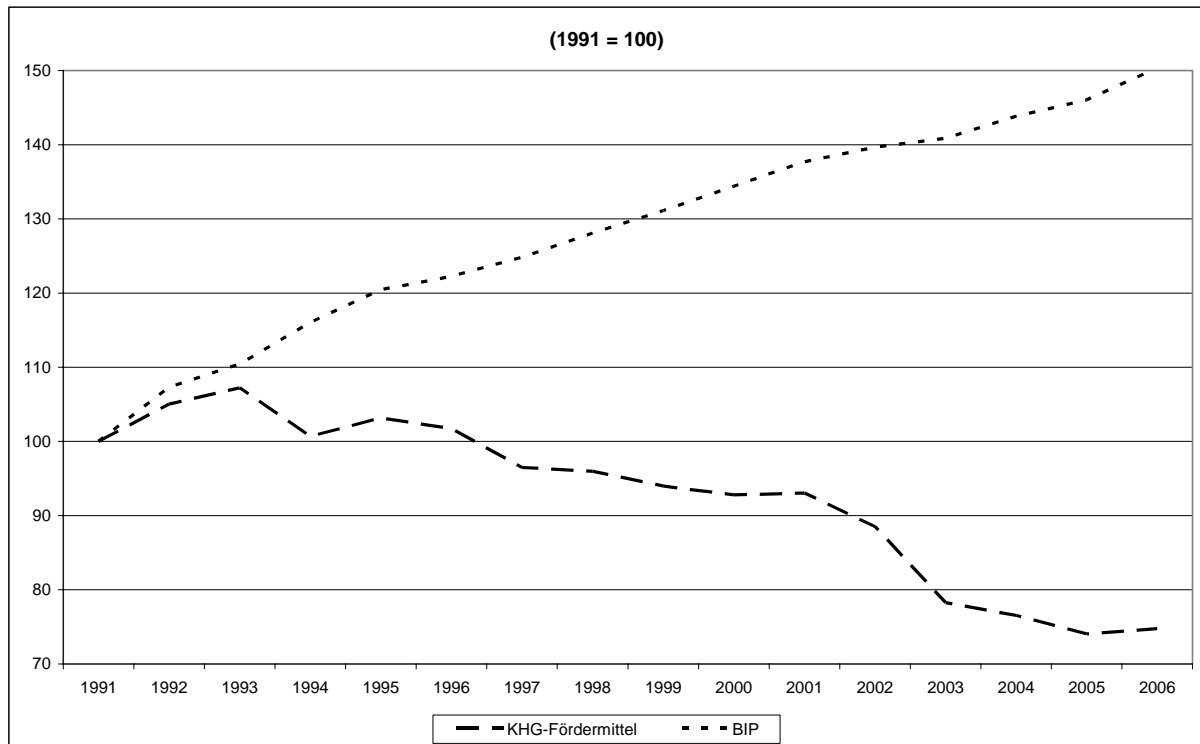
<sup>3</sup> Alte Bundesländer einschließlich Berlin.

<sup>4</sup> Bei den für die Neuen Bundesländer ausgewiesenen Fördermitteln handelt es sich überwiegend um Fördermittel gemäß Artikel 14 GSG (zu den Quellen dieser Mittel und den Details vgl. Kapitel 2.2.2).

**Quelle: Umfrage der Arbeitsgruppe für Krankenhauswesen der AOLG, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen**

Der Anteil der KHG-Fördermittel am Bruttoinlandsprodukt (BIP) ist seit dem Jahr 1991 von 0,24% auf 0,12% im Jahr 2006 gesunken. Innerhalb des betrachteten Zeitraumes halbierte sich der Anteil am BIP somit. Abbildung 4.1 stellt die Entwicklung der KHG-Fördermittel und des Bruttoinlandsproduktes gegenüber und veranschaulicht die immer weiter auseinander klaffende Schere zwischen den KHG-Fördermitteln und dem BIP.

**Abbildung 4.1: Vergleich der Entwicklungen des KHG-Fördermittelvolumens und des BIP**



Quelle: Umfrage der Arbeitsgruppe für Krankenhauswesen der AOLG, Arbeitskreis Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen der Länder, eigene Berechnungen

## 4.2 Einzel- und Pauschalförderung

Der Gesamtförderbetrag setzt sich aus der Förderung nach § 9 Abs. 1 und 2 KHG (Einzelförderung) und der Förderung nach § 9 Abs. 3 KHG (Pauschalförderung) zusammen. Die Einzelförderung belief sich im Jahr 2006 auf rund 1,64 Mrd. EUR (vgl. dazu Tabelle 4.2). Gegenüber dem Vorjahr stieg das Volumen der Einzelförderung somit leicht um real 0,29% (ABL: + 4,37%, NBL: - 7,59%). Gegenüber dem Jahr 1996 belief sich der reale Rückgang der Einzelförderung auf 42,60% (ABL: - 38,41% NBL: - 50,01%).

Das Gesamtvolumen der Pauschalförderung betrug im Jahr 2006 1,08 Mrd. EUR (vgl. dazu Tabelle 4.3). Im Vergleich zum Vorjahr entspricht dies einem realen Rückgang in Höhe von 2,00% (ABL: - 2,87%, NBL: - + 5,09%). Seit dem Jahr 1996 ist das Volumen der Pauschalförderung um 23,67% (ABL: - 20,28%, NBL: - 42,17%) gesunken.

Tabelle 4.2: Einzelförderung

	Einzelförderung (§ 9 Abs. 1 u. 2 KHG)				
	in Mio. EUR			reale Veränderung ggü.	
	2004	2005	2006	Vorjahr	1996
Baden-Württemberg	168,30	132,20	147,70	10,00%	-33,33%
Bayern	270,55	274,05	277,55	-0,29%	-46,25%
Berlin	113,50	83,70	68,42	-19,52%	-72,91%
Brandenburg	103,43	90,00	90,00	-1,55%	-50,16%
Bremen	16,98	17,12	17,19	-1,14%	-31,81%
Hamburg	40,07	56,38	79,51	38,85%	19,22%
Hessen	132,60	151,35	168,19	9,41%	23,91%
Meckl.-Vorpommern	111,30	59,20	57,78	-5,50%	-60,17%
Niedersachsen	49,27	52,81	69,87	30,26%	-47,71%
Nordrhein-Westfalen	174,64	174,64	172,00	-3,03%	-41,52%
Rheinland-Pfalz	67,67	69,10	67,60	-3,68%	-35,72%
Saarland	20,86	6,17	8,85	41,22%	-70,13%
Sachsen	115,65	127,90	128,80	-0,85%	-55,14%
Sachsen-Anhalt	148,84	155,73	130,60	-17,43%	-39,85%
Schleswig-Holstein	48,40	45,18	49,70	8,30%	2,69%
Thüringen	113,78	117,10	109,90	-7,60%	-46,23%
Alte Bundesländer	1.102,84	1.062,70	1.126,58	4,37%	-38,41%
Neue Bundesländer	593,00	549,93	517,08	-7,59%	-50,01%
<b>Deutschland</b>	<b>1.702,78</b>	<b>1.612,63</b>	<b>1.643,66</b>	<b>0,29%</b>	<b>-42,60%</b>

Quelle: Umfrage der Arbeitsgruppe für Krankenhauswesen der AOLG, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen

Tabelle 4.3: KHG-Pauschalförderung

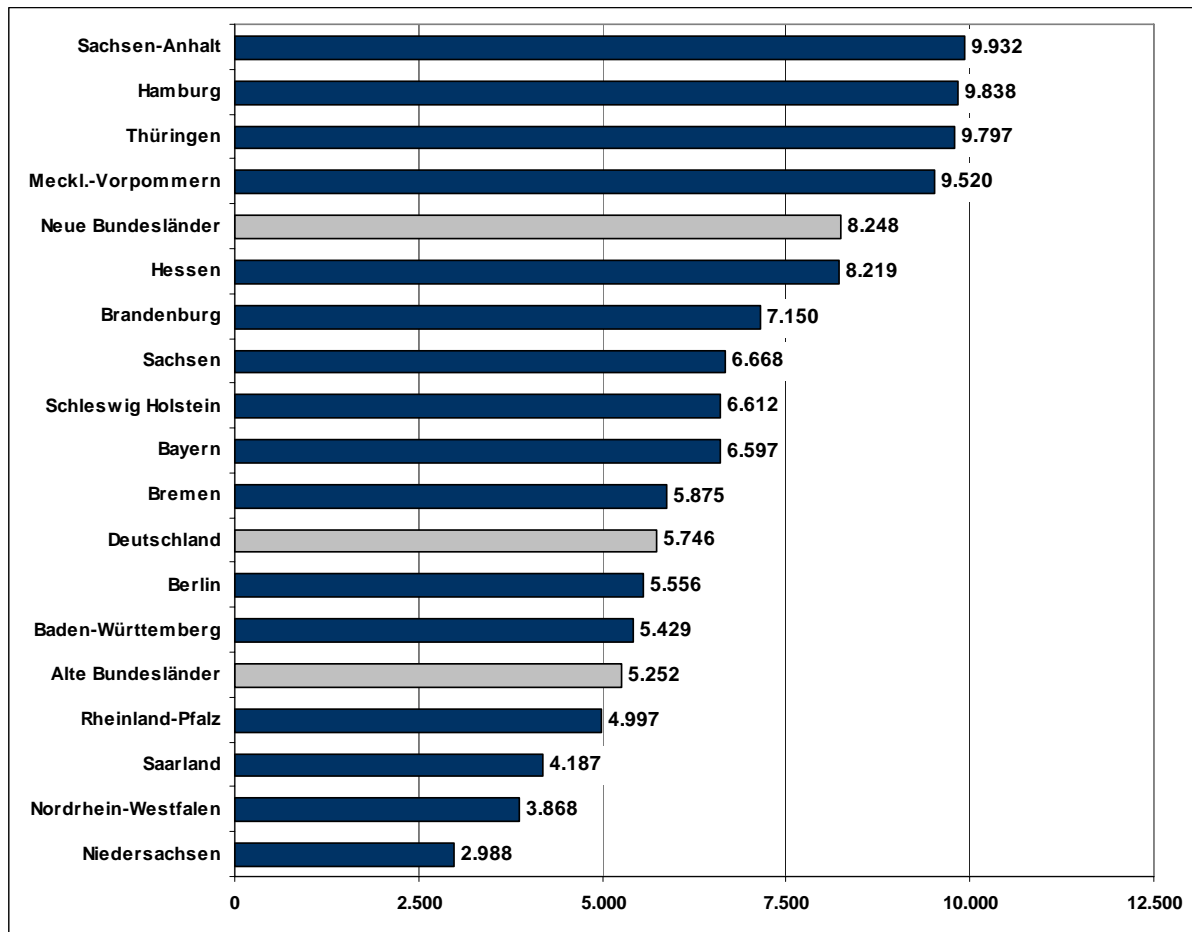
	Pauschalförderung (§ 9 Abs. 3 KHG)				
	in Mio. EUR			reale Veränderung ggü.	
	2004	2005	2006	Vorjahr	1996
Baden-Württemberg	154,00	149,00	149,00	-1,55%	-10,47%
Bayern	182,00	178,50	175,00	-3,48%	-18,76%
Berlin	31,18	31,18	31,18	-1,55%	-64,40%
Brandenburg	23,61	23,61	23,61	-1,55%	-18,34%
Bremen	17,12	17,12	17,12	-1,55%	-12,60%
Hamburg	30,66	30,45	30,50	-1,38%	-9,01%
Hessen	97,50	96,00	90,00	-7,70%	-14,33%
Meckl.-Vorpommern	16,50	22,80	22,80	-1,55%	-16,93%
Niedersachsen	38,12	44,46	51,52	14,09%	-55,64%
Nordrhein-Westfalen	311,18	311,18	300,00	-5,08%	-10,03%
Rheinland-Pfalz	51,13	51,20	51,20	-1,55%	-12,20%
Saarland	17,32	17,32	17,32	-1,55%	9,13%
Sachsen	38,60	38,60	38,60	-1,55%	-27,80%
Sachsen-Anhalt	23,67	23,67	23,67	-1,55%	-52,87%
Schleswig-Holstein	38,00	38,31	38,88	-0,08%	-8,37%
Thüringen	20,30	10,00	18,00	77,22%	-69,50%
Alte Bundesländer	968,21	964,72	951,72	-2,87%	-20,28%
Neue Bundesländer	122,68	118,68	126,68	5,09%	-42,17%
<b>Deutschland</b>	<b>1.090,89</b>	<b>1.083,40</b>	<b>1.078,40</b>	<b>-2,00%</b>	<b>-23,67%</b>

Quelle: Umfrage der Arbeitsgruppe für Krankenhauswesen der AOLG, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen

### 4.3 Vergleich der Bundesländer

Vom gesamten KHG-Fördermittelvolumen des Jahres 2006 entfielen rund 2,08 Mrd. EUR auf die Alten Bundesländer (ABL, einschließlich Berlin) und rund 0,64 Mrd. EUR auf die Neuen Bundesländer (NBL). Je Planbett werden damit in den ABL im Durchschnitt 5.252 EUR und in den NBL 8.248 EUR an KHG-Fördermitteln von den Bundesländern bereitgestellt (Bundesdurchschnitt: 5.746 EUR). Einen Überblick über die KHG-Mittel je Planbett in den einzelnen Bundesländern gibt Abbildung 4.2.

Abbildung 4.2: KHG-Mittel je Planbett\* im Jahr 2006, in Euro

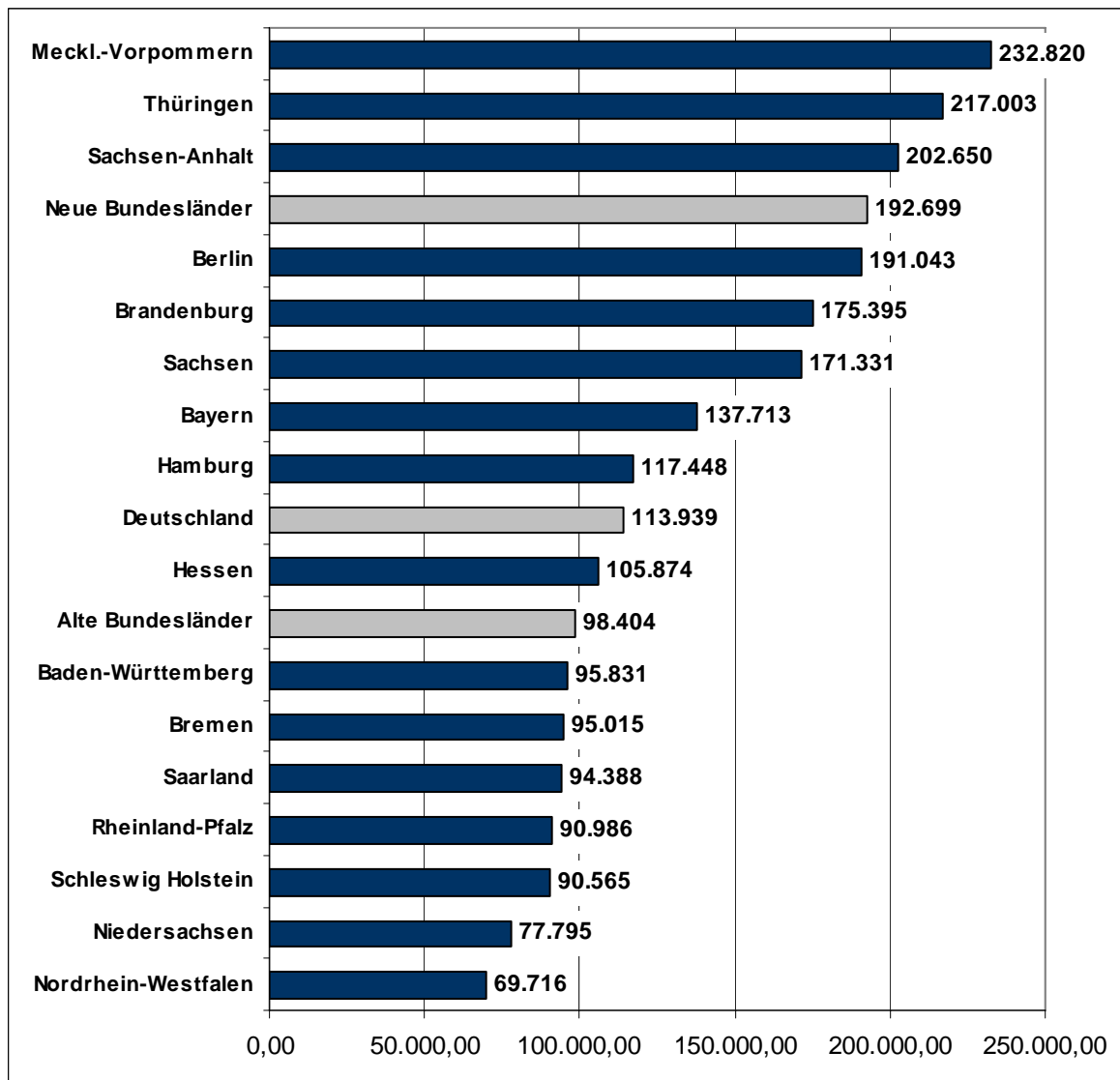


\* Voll- und teilstationäre Betten/Plätze in nach § 108 Abs. 2 KHG zugelassenen Krankenhäusern, Stand: 01.01.2006.

Quelle: Umfragen der AOLG-AG Krankenhauswesen, eigene Berechnungen.

Ein 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 2006 insgesamt bereitgestellten KHG-Fördermitteln in Höhe von 53,98 Mrd. EUR rund 38,94 Mrd. EUR auf die ABL und 15,04 Mrd. EUR auf die NBL. Je Planbett wurden damit seit dem Jahr 1991 in den ABL rund 98.404 EUR und in den NBL 192.699 EUR je Planbett an KHG-Fördermitteln zur Verfügung gestellt (vgl. dazu Abbildung 4.3).

Abbildung 4.3: Summe der KHG-Mittel im Zeitraum von 1991 bis 2006 je Planbett\*, in Euro

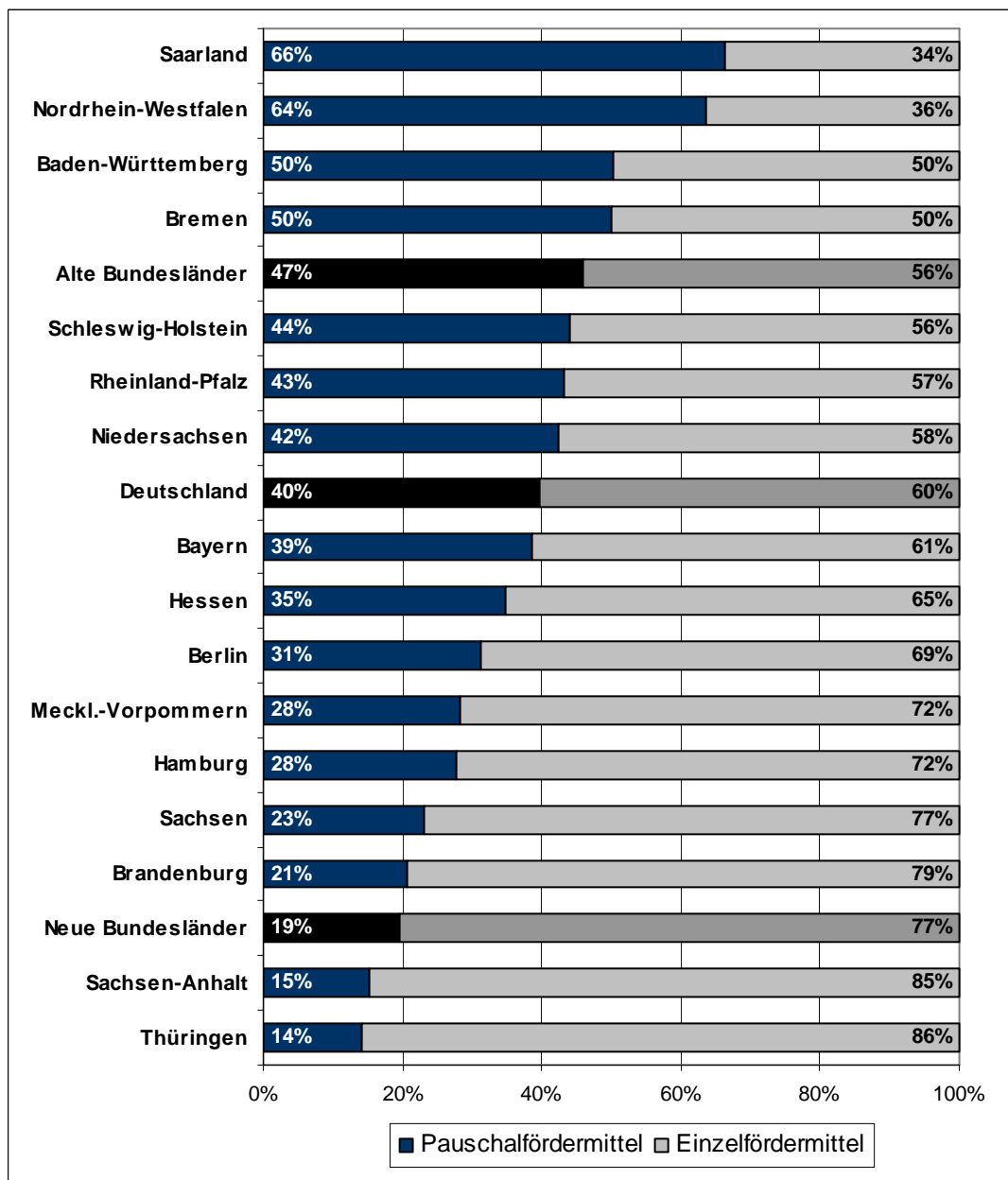


\* Voll- und teilstationäre Betten/Plätze in nach § 108 Abs. 2 KHG zugelassenen Krankenhäusern, Stand: 01.01.2004.

Quelle: Umfragen der Arbeitsgruppe für Krankenhauswesen der AOLG, eigene Berechnungen.

Deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern lassen sich jedoch nicht nur für die Höhe der KHG-Fördermittel, sondern auch für deren Verteilung auf Pauschal- und die Einzelförderung ausmachen. Denn während der Anteil der Pauschalförderung im Jahr 2006 im Bundesdurchschnitt rund 40% betrug, belief er sich in den ABL auf etwa 47% und in den NBL auf rund 19% (vgl. Abbildung 4.4).

Abbildung 4.4: Verteilung der KHG-Fördermittel auf Pauschal- und Einzelförderung im Jahr 2006

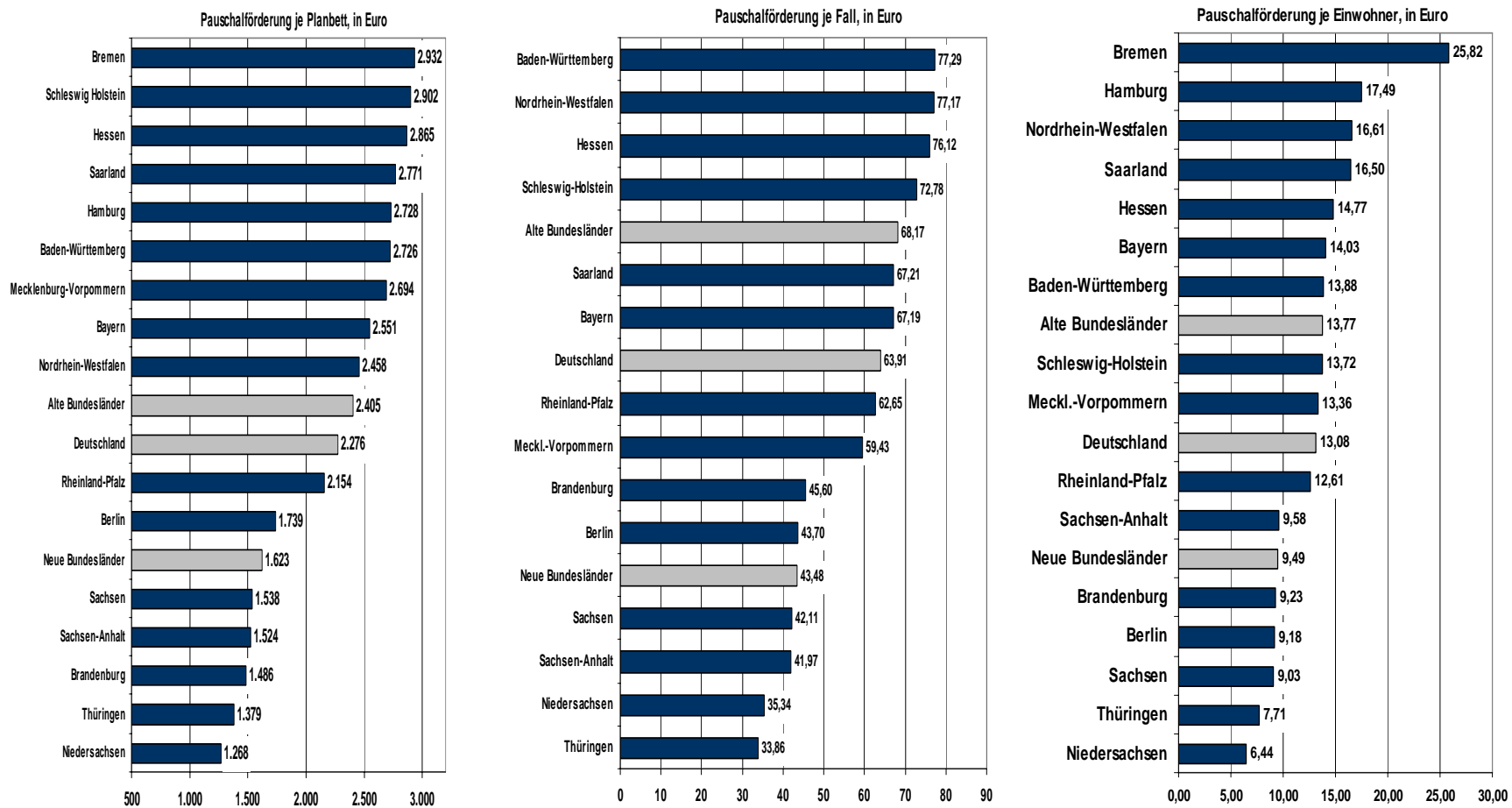


Quelle: Umfrage der Arbeitsgruppe für Krankenhauswesen der AOLG, eigene Berechnungen.

Die zwischen den Bundesländern zu beobachtenden Unterschiede in der Verteilung der KHG-Fördermittel auf Pauschal- und Einzelförderung wirken sich auch auf die absoluten Beträge der Pauschalförderung aus. So wurden im Jahr 2006 in den ABL durchschnittlich 2.405 EUR, in den NBL aber nur 1.623 EUR an Pauschalfördermitteln je Planbett bereitgestellt (Bundesdurchschnitt: 2.276 EUR).

Als Bemessungsgrundlage der Pauschalförderung hat die Anzahl der Planbetten in den vergangenen Jahren deutlich an Bedeutung verloren. Abbildung 4.5 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 43,48 EUR je Fall bzw. 9,49 EUR je Einwohner deutlich niedriger ausfiel als in den ABL, in denen im Durchschnitt 68,17 EUR je Fall bzw. 13,77 EUR je Einwohner bereitgestellt wurden.

Abbildung 4.5: Pauschalfördermittel im Jahr 2006 je Planbett\*, je Fall\*\* und je Einwohner



\* Voll- und teilstationäre Betten/Plätze in nach § 108 Abs. 2 KHG zugelassenen Krankenhäusern, Stand: 01.01.2006.

\*\* Stationär behandelte Fälle im Jahr 2006.

\*\*\* Stand Einwohnerzahl: 31.12.2005.

Quelle: Umfrage der Arbeitsgruppe für Krankenhauswesen der AOLG, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen.

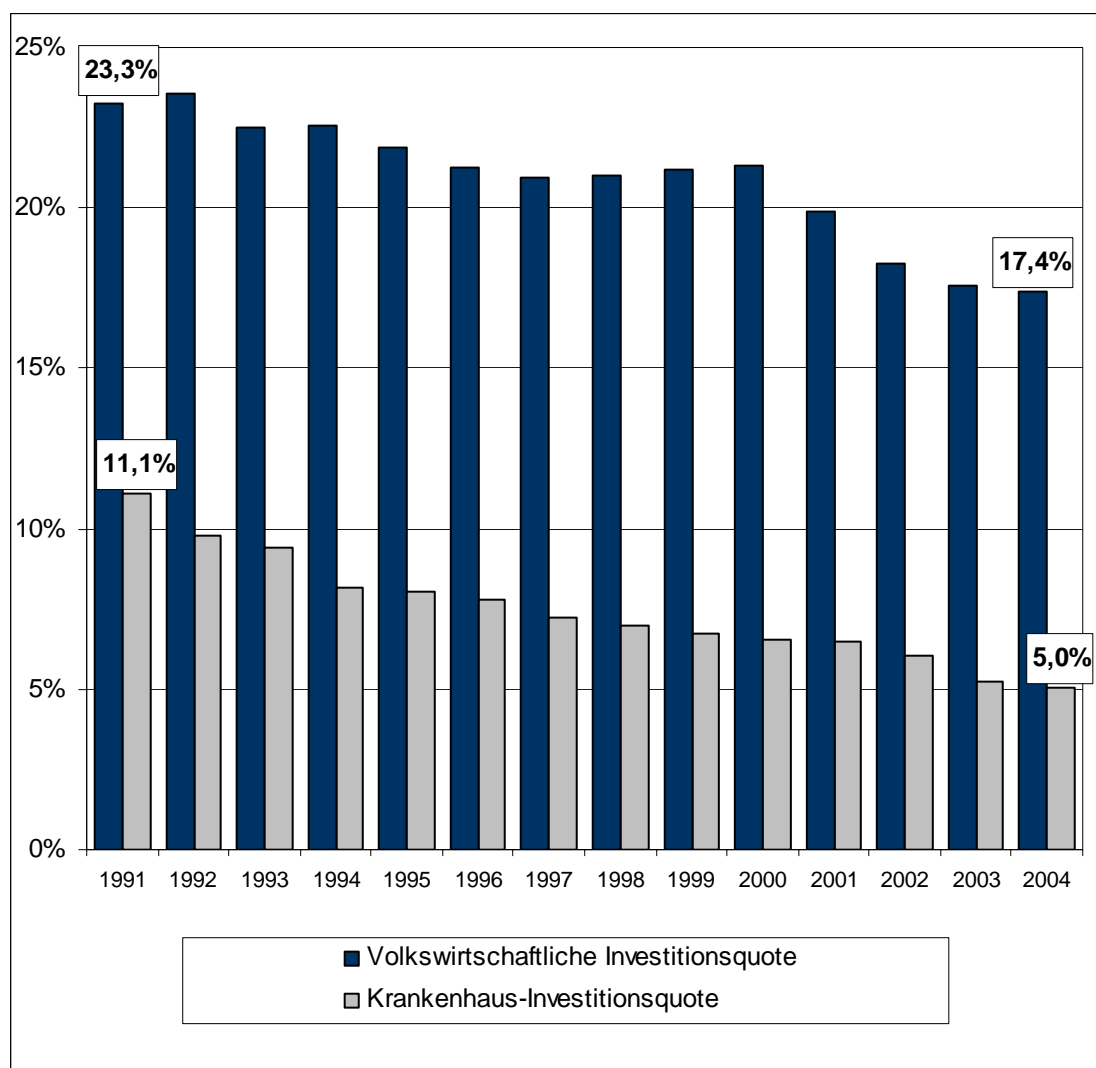


#### 4.4 Investitionsquote und investive Förderlücke

Der deutliche Rückgang der KHG-Fördermittel schlägt sich auch in der für den Krankenhaussektor üblicherweise ermittelten Investitionsquote nieder. Zieht man zur Berechnung der Krankenhaus-Investitionsquote die Krankenhausaufgaben der GKV und PKV als Bezugsgröße für die KHG-Fördermittel heran, so ergibt sich für den Zeitraum zwischen 1991 und 2004 eine Abnahme der Investitionsquote von 11,1 Prozent auf 5,0 Prozent.

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, die dem Quotienten aus Bruttoanlageinvestitionen und Bruttoinlandsprodukt entspricht. Wie Abbildung 4.10 illustriert, lag die volkswirtschaftliche Investitionsquote im Jahr 2004 jedoch bei 17,4 Prozent und übertraf damit die Investitionsquote der Krankenhäuser um das Dreieinhalbfache!

Abbildung 4.6: Krankenhaus-Investitionsquote und volkswirtschaftliche Investitionsquote



Quelle: Statistisches Bundesamt, AOLG, eigene Berechnungen.

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

<b>Baden-Württemberg</b>									
Verordnung vom 29. Juni 1998, Änderung vom 19. Juli 2005									
<b>Gegenstand der Pauschalförderung</b>	<b>Höhe der Pauschalförderung/ Jahr</b>								
<p><b>Jahrespauschalen</b> für:</p> <p>§ Die Wiederbeschaffung sowie die nicht zur Instandhaltung gehörende Erhaltung, Wiederherstellung und Verbesserung von Einrichtungs- und Ausstattungsgegenständen, ausgenommen Verbrauchsgüter und Gebrauchsgüter (kurzfristige Anlagegüter).</p> <p>§ Sonstige nach § 12 Abs. 1 LKHG förderungsfähige Investitionen, wenn die Kosten für das einzelne Vorhaben den in der Rechtsverordnung nach § 16 Abs. 1 Nr. 2 LKHG festgelegten Betrag (Kostengrenze) nicht übersteigen.</p> <p><b>Kostengrenzen</b> für Krankenhäuser mit:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 80%;">bis zu 250 Planbetten</td> <td style="text-align: right;">60.000 €</td> </tr> <tr> <td>bis zu 350 Planbetten</td> <td style="text-align: right;">95.000 €</td> </tr> <tr> <td>bis zu 650 Planbetten</td> <td style="text-align: right;">120.000 €</td> </tr> <tr> <td>über 650 Planbetten</td> <td style="text-align: right;">155.000 €</td> </tr> </table>	bis zu 250 Planbetten	60.000 €	bis zu 350 Planbetten	95.000 €	bis zu 650 Planbetten	120.000 €	über 650 Planbetten	155.000 €	<p><b>1. Grundpauschale</b></p> <p>Die Grundpauschale beträgt für jedes Krankenhaus 95% der Grundpauschale des Jahres 2004 und wird um die für 2004 gewährte Großgerätepauschale erhöht.</p> <p>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 oder wird mit einer ganzen bettenführenden Fachabteilung in den Krankenhausplan aufgenommen,</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 2005 zugrunde liegende Planbettenzahl beziehungsweise die nach einer erfolgten Anpassung der Grundpauschale zugrunde liegenden Planbettenzahl.</p> <p><b>2. Fallmengenpauschale</b></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 Vorjahres. Die Fallzahlen werden nach den für die amtliche Krankenhausstatistik maßgeblichen Berechnungsformeln ermittelt.</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><u>Gruppe 1:</u> Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie psychotherapeutische Medizin (bisher Psychosomatik) mit Faktor 0,6.</p> <p><u>Gruppe 2:</u> Innere Medizin, Kinderheilkunde (einschließlich Kinderkardiologie) und Neurologie mit Faktor 1,0.</p> <p><u>Gruppe 3:</u> 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, Herzchirurgie, Kinderchirurgie, Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgie, Neurochirurgie, Nuklearmedizin (Therapie), Orthopädie, Plastische Chirurgie, 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><b>3. Ausbildungsplätze und teilstationäre Plätze</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- für jeden ausgewiesenen Ausbildungsplatz <span style="float: right;">75 €</span></li> <li>- Plätze in teilstationären Einrichtungen <span style="float: right;">770 €</span></li> </ul>
--	---

<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)
§ die Wiederbeschaffung einschließlich der Ergänzungsbeschaffung von kurzfristigen Anlagegütern	allgemein 1.959 €
§ sonstige nach Art. 11 Abs. 1 Satz 1 BayKrG förderfähige Investitionen mit den nachfolgenden Kostengrenzen (einschließlich Umsatzsteuer).	der Fachrichtungen Augenheilkunde, Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, HNO, Herzchirurgie, Kinderchirurgie, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Neurochirurgie, Orthopädie sowie Urologie 2.187 €
Kostengrenzen für Krankenhäuser mit	Erhöhung des Grundbetrages für Krankenhäuser der
≤ 150 Betten 50.000 €	- 3. Versorgungsstufe 420 €
> 150 ≤ 350 Betten 100.000 €	- 4. Versorgungsstufe 560 €
> 350 ≤ 650 Betten 150.000 €	je Behandlungsplatz in Fachkrankenhäusern für Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Sucht- oder psychosomatische Krankheiten
> 650 Betten 200.000 €	- vollstationär 1.669 €
	- teilstationär 1.373 €
	Fachkrankenhäuser mit mindestens 50 vollstationären Behandlungsplätzen Psychiatrie, die ein Pflichtaufnahmegebiet versorgen, erhalten einen Grundbetrag von 1.959 €
	soweit Behandlungsplätze für Neurologie, Neurochirurgie oder neurologische Frührehabilitation von Schädel- und Hirnverletzten und Schlaganfallpatienten vorgehalten werden, beträgt der Grundbetrag 2.187 €.
	2) Weitere Zuschläge werden gezahlt für
	- jeden betriebenen Hämodialyseplatz 256 €
	- jedes weitere Intensivbett, wenn mehr als 3% der geförderten Behandlungsplätze als bedarfsnotwendige Intensivbetten betrieben werden 3.579 €
	- jeden Behandlungsplatz der Fachrichtung Neurochirurgie 767 €
	- jeden Behandlungsplatz in der Herzchirurgie 1.534 €
	- jeden Behandlungsplatz des Fachgebiets neurologische Frührehabilitation von Schädel-Hirn-Verletzten und Schlaganfallpatienten, wenn das Krankenhaus nicht der Versorgungsstufe III oder IV zugeordnet ist 511 €
	- für die Vorhaltung von Linksherzkathetermessplätzen, Linearbeschleunigern und Kernspinto-

	<p>mographie-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> </ul>	Für
<ul style="list-style-type: none"> <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>	Fachabteilungen der Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik 150,88 €
<ul style="list-style-type: none"> <li>≤ 511.292 €</li> </ul>	Fachabteilungen der Herzchirurgie 125,73 €
<ul style="list-style-type: none"> <li>den Betrag von 51.130 €</li> </ul>	Belegkliniken und Nachtkliniken 25,15 €
<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; 511.292 € ≤ 1.022.584 €</li> </ul>	Zuschlag für Ausbildungsplätze 102,26 €
<ul style="list-style-type: none"> <li>den Betrag von 102.259 €</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; 1.022.584 € ≤ 1.533.876 €</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>den Betrag von 153.388 €</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; 1.533.876 €</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>den Betrag von 204.517 €</li> </ul>	
nicht übersteigen.	

<b>Brandenburg</b>	
Verordnung vom 24. Oktober 2006	
<b>Gegenstand der Pauschalförderung</b>	<b>Höhe der Pauschalförderung/ Jahr</b>
<p>Auf Antrag werden Fördermittel für</p> <p>§ die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 3 bis zu 15 Jahren (kurzfristige Anlagegüter)</p> <p>§ kleine bauliche Maßnahmen, wenn die Anschaffungs- oder Herstellungskosten für das einzelne Vorhaben den in der Rechtsverordnung festgelegten Betrag (125.000 €) nicht übersteigen.</p>	<p>Die Förderung <u>je Bett</u> beträgt bei Krankenhäusern</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• der Grundversorgung 787 €</li> <li>• der Regelversorgung 989 €</li> <li>• der Schwerpunktversorgung 1.392 €</li> <li>• bei Fachkrankenhäusern 915 €</li> </ul> <p>Die Förderung <u>in Abhängigkeit der Summe der Bewertungsrelationen</u> wird ermittelt, indem die Summe der Bewertungsrelationen der vereinbarten Behandlungsfälle mit dem Faktor 12,50 € multipliziert wird. Für das Fachgebiet Psychiatrie wird das Produkt aus den vereinbarten Fallzahlen und dem Wert 0,85 gebildet und mit dem Faktor 12,50 € multipliziert.</p> <p>Krankenhäuser, die eine tagesklinische Einrichtung betreiben, erhalten <u>für jeden</u> betriebenen und nach dem Krankenhausplan bedarfsnotwendigen <u>teilstationären Behandlungsplatz</u> eine pauschale Förderung in Höhe von 72 v. H. des Betrages, der für ein bedarfsnotwendiges Bett vorgesehen ist.</p> <p>Krankenhäuser, die eine Ausbildungsstätte betreiben, welche nach dem KHG gefördert wird, erhalten zur Förderung der für diese Ausbildungsstätte notwendigen Investitionen im Jahr 2006 einen Betrag in Höhe von 100 € <u>je pflegesatzfinanziertem Ausbildungsplatz</u>.</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> <p>§ die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 3 bis zu 15 Jahren (kurzfristige Anlagegüter),</p> <p>§ die nicht zur Instandhaltung gehörende Erhaltung, Wiederherstellung und Verbesserung von Einrichtungs- und Ausstattungsgegenständen mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer,</p> <p>§ sonstige nach § 10 BremKHG förderfähige Investitionen, wenn die veranschlagten Kosten für das einzelne Vorhaben den in der Rechtsverordnung nach § 9 BremKHG festgelegten Betrag (Wertgrenze) nicht übersteigen. Die Wertgrenze kann für Gruppen von Krankenhäusern unterschiedlich hoch festgelegt werden. Im Ausnahmefall kann auf Antrag ein anderer Betrag festgesetzt werden, soweit dies zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Rahmen seiner Aufgabenstellung nach dem Krankenhausplan notwendig oder ausreichend ist.</p> <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> <p>(1) Grundförderung nach den im Krankenhaus ausgewiesenen Planbetten und Behandlungsplätzen,</p> <p>(2) Leistungsförderung nach Versorgungsstufen und nach der Anzahl der Krankenhausaufnahmen,</p> <p>(3) Sonderförderung insbesondere für Intensivbetten, medizinisch-technische Großgeräte und mit den Beteiligten abgestimmte Leistungsschwerpunkte</p> <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> <p>Ø Zuschlag für jedes vorgehaltene Intensivbett in Höhe von 2.045,00 €.</p> <p>Ø Bei Erreichen der Auslastungszahlen werden die Jahrespauschalen für die medizinisch-technischen Großgeräte folgendermaßen in voller Höhe gewährt:</p> <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 16. Mai 2006	
<b>Gegenstand der Pauschalförderung</b>	<b>Höhe der Pauschalförderung/ Jahr</b>
Jahrespauschalen für:	- Fallbezogene Pauschale für Krankenhäuser der
§ die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 3 bis zu 15 Jahren (kurzfristige Anlagegüter),	- Grundversorgung 35 €
	- Regelversorgung 42 €
	- Schwerpunktversorgung 49 €
	- Zentralversorgung 62 €
§ die nicht zur Instandhaltung gehörende Erhaltung, Wiederherstellung und Verbesserung von Einrichtungs- und Ausstattungsgegenständen, ausgenommen Verbrauchsgüter und Gebrauchsgüter,	- Pauschale pro Bett für Krankenhäuser der
	- Grundversorgung 581 €
	- Regelversorgung 698 €
	- Schwerpunktversorgung 814 €
	- Zentralversorgung 1.047 €
§ kleine Baumaßnahmen, wenn die Kosten für das einzelne Vorhaben den in der Rechtsverordnung nach Absatz 4 festgelegten Betrag (Kostengrenze) nicht übersteigen,	- Pauschale je Ausbildungsplatz 77 €
§ sonstige nach § 21 HmbKHG förderungsfähige Investitionen, wenn die Kosten für das einzelne Vorhaben den in der Rechtsverordnung festgelegten Betrag (100.000 €) nicht übersteigen.	- Ambulante Notfälle 6 €
	- Fälle der psychiatrischen Institutsambulanzen sowie der Suchtambulanzen je Quartalsschein 33 €

<b>Hessen</b>																																																																
Verordnung vom 23. Februar 2006																																																																
<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 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> <p>Die Kostengrenzen nach § 25 Abs. 1 Nr. 2 des Hessischen Krankenhausgesetzes betragen für das einzelne Vorhaben zehn v. H. der festgesetzten Jahrespauschale, mindestens aber 106.000 Euro ohne Umsatzsteuer.</p>	<p>Die Ermittlung der Jahrespauschale erfolgt für die einzelnen Krankenhäuser auf der Grundlage der im Vorjahr voll- oder teilstationär behandelten Fälle.</p> <p>Die Fälle werden dazu nach der fachgebietsspezifischen Verweildauer (Verweildauergewicht), der Fachgebietszugehörigkeit (Fachgebietsgewicht) und der krankenhausspezifischen Versorgungsstruktur (Krankenhausgewicht) gewichtet.</p> <p>Die Faktoren für die Gewichtung der Fälle nach der fachgebietsspezifischen Verweildauer (Verweildauergewicht) und der Fachgebietszugehörigkeit (Fachgebietsgewicht) betragen:</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;"></th> <th style="text-align: center;"><u>Verweildauer- gewicht</u></th> <th style="text-align: center;"><u>Fachgebiets- gewicht</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Augenheilkunde:</td><td style="text-align: center;">0,7</td><td style="text-align: center;">1,5</td></tr> <tr><td>Chirurgie:</td><td style="text-align: center;">1,0</td><td style="text-align: center;">1,5</td></tr> <tr><td>Herzchirurgie:</td><td style="text-align: center;">1,0</td><td style="text-align: center;">1,5</td></tr> <tr><td>Frauenheilkunde und Geburtshilfe:</td><td style="text-align: center;">0,8</td><td style="text-align: center;">1,5</td></tr> <tr><td>Hals-Nasen- Ohrenheilkunde:</td><td style="text-align: center;">0,8</td><td style="text-align: center;">1,5</td></tr> <tr><td>Haut- und Ge- schlechts- krankheiten:</td><td style="text-align: center;">1,0</td><td style="text-align: center;">1,0</td></tr> <tr><td>Innere Medizin:</td><td style="text-align: center;">1,0</td><td style="text-align: center;">1,0</td></tr> <tr><td>Klinische Geriatrie:</td><td style="text-align: center;">1,9</td><td style="text-align: center;">1,0</td></tr> <tr><td>Kinder- und Ju- gendmedizin:</td><td style="text-align: center;">0,9</td><td style="text-align: center;">1,0</td></tr> <tr><td>Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie:</td><td style="text-align: center;">0,8</td><td style="text-align: center;">1,5</td></tr> <tr><td>Neurochirurgie:</td><td style="text-align: center;">1,0</td><td style="text-align: center;">1,5</td></tr> <tr><td>Neurologie:</td><td style="text-align: center;">1,0</td><td style="text-align: center;">1,0</td></tr> <tr><td>Urologie:</td><td style="text-align: center;">1,0</td><td style="text-align: center;">1,5</td></tr> <tr><td>Nuklearmedizin:</td><td style="text-align: center;">0,8</td><td style="text-align: center;">1,5</td></tr> <tr><td>Strahlentherapie:</td><td style="text-align: center;">0,9</td><td style="text-align: center;">1,5</td></tr> <tr><td>Psychiatrie und Psychotherapie:</td><td style="text-align: center;">2,2</td><td style="text-align: center;">0,8</td></tr> <tr><td>Kinder- und Ju- gendspsychiatrie und-psychothe- rapie:</td><td style="text-align: center;">4,7</td><td style="text-align: center;">0,8</td></tr> <tr><td>Psychosomatische Medizin und Psy- chotherapie:</td><td style="text-align: center;">4,8</td><td style="text-align: center;">0,8</td></tr> <tr><td>Zusatzkategorie A:</td><td style="text-align: center;">1,8</td><td style="text-align: center;">1,0</td></tr> <tr><td>Zusatzkategorie B:</td><td style="text-align: center;">2,5</td><td style="text-align: center;">1,0</td></tr> </tbody> </table>		<u>Verweildauer- gewicht</u>	<u>Fachgebiets- gewicht</u>	Augenheilkunde:	0,7	1,5	Chirurgie:	1,0	1,5	Herzchirurgie:	1,0	1,5	Frauenheilkunde und Geburtshilfe:	0,8	1,5	Hals-Nasen- Ohrenheilkunde:	0,8	1,5	Haut- und Ge- schlechts- krankheiten:	1,0	1,0	Innere Medizin:	1,0	1,0	Klinische Geriatrie:	1,9	1,0	Kinder- und Ju- gendmedizin:	0,9	1,0	Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie:	0,8	1,5	Neurochirurgie:	1,0	1,5	Neurologie:	1,0	1,0	Urologie:	1,0	1,5	Nuklearmedizin:	0,8	1,5	Strahlentherapie:	0,9	1,5	Psychiatrie und Psychotherapie:	2,2	0,8	Kinder- und Ju- gendspsychiatrie und-psychothe- rapie:	4,7	0,8	Psychosomatische Medizin und Psy- chotherapie:	4,8	0,8	Zusatzkategorie A:	1,8	1,0	Zusatzkategorie B:	2,5	1,0
	<u>Verweildauer- gewicht</u>	<u>Fachgebiets- gewicht</u>																																																														
Augenheilkunde:	0,7	1,5																																																														
Chirurgie:	1,0	1,5																																																														
Herzchirurgie:	1,0	1,5																																																														
Frauenheilkunde und Geburtshilfe:	0,8	1,5																																																														
Hals-Nasen- Ohrenheilkunde:	0,8	1,5																																																														
Haut- und Ge- schlechts- krankheiten:	1,0	1,0																																																														
Innere Medizin:	1,0	1,0																																																														
Klinische Geriatrie:	1,9	1,0																																																														
Kinder- und Ju- gendmedizin:	0,9	1,0																																																														
Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie:	0,8	1,5																																																														
Neurochirurgie:	1,0	1,5																																																														
Neurologie:	1,0	1,0																																																														
Urologie:	1,0	1,5																																																														
Nuklearmedizin:	0,8	1,5																																																														
Strahlentherapie:	0,9	1,5																																																														
Psychiatrie und Psychotherapie:	2,2	0,8																																																														
Kinder- und Ju- gendspsychiatrie und-psychothe- rapie:	4,7	0,8																																																														
Psychosomatische Medizin und Psy- chotherapie:	4,8	0,8																																																														
Zusatzkategorie A:	1,8	1,0																																																														
Zusatzkategorie B:	2,5	1,0																																																														

	<p>Das <b>Krankenhausgewicht</b> ergibt sich aus der Fachabteilungsstruktur und beträgt bei Allgemeinkrankenhäusern, bei denen die Summe der Fachgebietsgewichte</p> <table><tr><td>höchstens den Wert 5,5 erreicht</td><td>1,000,</td></tr><tr><td>einen Wert von über 5,5 und höchstens 11 erreicht</td><td>1,075,</td></tr><tr><td>einen Wert von über 11 erreicht</td><td>1,150.</td></tr></table> <p>Bei psychiatrischen und psychosomatischen Fachkrankenhäusern beträgt das Krankenhausgewicht 1,000 und bei allen übrigen Fachkrankenhäusern 1,150.</p> <p><u>Zur Berechnung der Jahrespauschale</u> werden die nach Fachgebiet unterschiedenen Fälle eines Krankenhauses mit dem jeweiligen Verweildauer- und Fachgebietsgewicht sowie mit dem Krankenhausgewicht des entsprechenden Krankenhauses multipliziert und jeweils auf eine Dezimale gerundet. Die gewichteten, nach Fachgebiet unterschiedenen Fälle werden je Krankenhaus addiert.</p> <p>Die für die Jahrespauschale zur Verfügung stehenden Mittel werden durch die Summe der gewichteten Fälle aller Krankenhäuser geteilt. Das Ergebnis stellt den einfachen Fallwert dar. Dieser wird jährlich im Staatsanzeiger für das Land Hessen veröffentlicht.</p> <p>Die gewichteten Fälle des jeweiligen Krankenhauses werden mit dem einfachen Fallwert multipliziert. Das Ergebnis gibt den pauschalen Förderbetrag für das einzelne Krankenhaus wieder.</p> <p>Der <b>Zuschlag für geförderte Ausbildungsstätten</b> beträgt für jeden als förderungsfähig zugrunde gelegten Ausbildungsplatz 64 €.</p>	höchstens den Wert 5,5 erreicht	1,000,	einen Wert von über 5,5 und höchstens 11 erreicht	1,075,	einen Wert von über 11 erreicht	1,150.
höchstens den Wert 5,5 erreicht	1,000,						
einen Wert von über 5,5 und höchstens 11 erreicht	1,075,						
einen Wert von über 11 erreicht	1,150.						

<b>Mecklenburg-Vorpommern</b>	
Verordnung vom 24. November 2006	
<b>Gegenstand der Pauschalförderung</b>	<b>Höhe der Pauschalförderung/ Jahr</b>
<p>Jahrespauschalen für:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 3 bis zu 15 Jahren (kurzfristige Anlagegüter),</li> <li>2. die nicht zur Instandhaltung gehörende Erhaltung, Wiederherstellung und Verbesserung von Einrichtungs- und Ausstattungsgegenständen mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer entsprechend Nr. 1,</li> <li>3. 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> </ol>	<p>Der jährliche Pauschalbetrag beträgt im Jahr 2006</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. bei den Universitätskliniken               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) 2.520 € je Bett,</li> <li>b) 2.016 € je Tagesklinikplatz,</li> </ol> <p>die am 1. Januar 2006 in Übereinstimmung mit den Feststellungen zum Krankenhausplan für die allgemeine stationäre Versorgung zur Verfügung standen und nicht nach dem Hochschulbauförderungsgesetz gefördert wurden.</p> </li> <li>2. bei den Krankenhäusern oder Fachabteilungen, die nach der Bundespflegesatzverordnung abrechnen 2,67 Prozent der pflegesatzfähigen Kosten, die unter der laufenden Nummer 9 im Formblatt K 5 der Anlage 1 zur Leistungs- und Kalkulationsaufstellung nach § 17 Abs. 4 BPfIV ausgewiesen sind.</li> <li>3. bei den Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz abrechnen, 2,67 Prozent vom vereinbarten Erlösbudget nach § 4 Abs. 6 Satz 2 KHEntgG, das unter der laufenden Nummer 26 im Formblatt B 2 der Anlage 1 zur Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung nach § 11 Abs. 4 KHEntgG ausgewiesen ist. Dem hinzuzurechnen sind die Erlössumme für die Vergütung der neuen Untersuchungsmethoden gemäß § 6 Abs. 2 KHEntgG und die Summen für die Vergütung der Entgelte aus dem Jahr 2005 nach § 17b KHG entsprechend Formblatt E 3 der Anlage 1 zur Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung nach § 11 Abs. 4 KHEntgG</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> </ul>	Anforderungsstufe 1 (bis zu 230 Betten) <span style="float: right;">1.612 €</span>
	Anforderungsstufe 2 (mit 231 bis zu 330 Betten) <span style="float: right;">1.956 €</span>
<ul style="list-style-type: none"> <li>§ für kleine bauliche Maßnahmen, wenn die Anschaffungs- oder Herstellungskosten für das einzelne Vorhaben 39.481 € ohne Umsatzsteuer nicht übersteigen</li> </ul>	Anforderungsstufe 3 (mit 331 bis zu 630 Betten) <span style="float: right;">2.261 €</span>
	Anforderungsstufe 4 (mehr als 630 Betten) <span style="float: right;">2.891 €</span>

<b>Nordrhein-Westfalen</b>																													
§ 25 KHG NRW, zuletzt geändert durch Verordnung vom 23. April 2004																													
<b>Gegenstand der Pauschalförderung</b>	<b>Höhe der Pauschalförderung/ Jahr</b>																												
Jahrespauschalen für:	§ Die Pauschalen betragen für jedes Bett und jeden Behandlungsplatz bei Krankenhäusern 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>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">1. Anforderungsstufe</td> <td style="text-align: right;">1.837 €</td> </tr> <tr> <td>2. Anforderungsstufe</td> <td style="text-align: right;">2.141 €</td> </tr> <tr> <td>3. Anforderungsstufe</td> <td style="text-align: right;">2.739 €</td> </tr> <tr> <td>4. Anforderungsstufe</td> <td style="text-align: right;">3.135 €</td> </tr> </table>	1. Anforderungsstufe	1.837 €	2. Anforderungsstufe	2.141 €	3. Anforderungsstufe	2.739 €	4. Anforderungsstufe	3.135 €																				
1. Anforderungsstufe	1.837 €																												
2. Anforderungsstufe	2.141 €																												
3. Anforderungsstufe	2.739 €																												
4. Anforderungsstufe	3.135 €																												
<ul style="list-style-type: none"> <li>§ Sonstige nach § 21 KHG NRW förderungsfähige Investitionen, wenn die veranschlagten Kosten für das einzelne Vorhaben bei Krankenhäusern der <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 80%;">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> <p style="margin-left: 20px;">ohne Mehrwertsteuer nicht übersteigen.</p> <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="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 15%;">bis 349 Punkten</td> <td style="width: 15%;">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="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 80%;">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> </li> </ul>	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>§ 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 <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 80%;">1. eine Leistungspauschale für die Vorkhaltung kurzfristiger Anlagegüter</td> </tr> <tr> <td>2. ein planbetten- und behandlungsplatzabhängiger Zuschlag</td> </tr> </table> </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. eine Leistungspauschale für die Vorkhaltung kurzfristiger Anlagegüter	2. ein planbetten- und behandlungsplatzabhängiger Zuschlag
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. eine Leistungspauschale für die Vorkhaltung kurzfristiger Anlagegüter																													
2. ein planbetten- und behandlungsplatzabhängiger Zuschlag																													

Im Rahmen der anstehenden Novellierung des Krankenhausgesetzes NRW entwickelt das zuständige Ministerium gemeinsam mit der Krankenhausgesellschaft NW aktuell eine neue Berechnungsgrundlage für die Bemessung der pauschalen Förderung gemäß § 25 KHG NRW. Kern der frühestens 2008, voraussichtlich aber erst 2009 Wirkung entfaltenden Neufassung bildet die Abkehr von Bett und Behandlungsplatz als alleinige Bemessungsgrundlage für die pauschalen Fördermittel. Stattdessen soll sich die pauschale Förderung in NRW zukünftig überwiegend an der krankenhausesindividuell vereinbarten Summe der Bewertungsrelationen (Casemix) orientieren.

<b>Rheinland-Pfalz</b>	
Verordnung vom 29. April 1996	
<b>Gegenstand der Pauschalförderung</b>	<b>Höhe der Pauschalförderung/ Jahr</b>
Jahrespauschalen für:	1) Der Grundbetrag beträgt bei
§ Die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter	- Krankenhäusern der Grundversorgung sowie bei Fachkrankenhäusern mit bis zu 250 Planbetten 30.677,51 €
§ Die Investitionskosten für kleine bauliche Maßnahmen, die den festzusetzenden Betrag (Kostengrenze) nicht übersteigen	- Krankenhäusern der Regelversorgung sowie bei Fachkrankenhäusern mit 251 bis zu 500 Planbetten 61.355,03 €
Die Kostengrenze beträgt für	- Krankenhäusern der Schwerpunktversorgung sowie bei Fachkrankenhäusern mit 501 bis zu 800 Planbetten 122.710,05 €
Tageskliniken 10.225,84 €	- Krankenhäusern der Maximalversorgung sowie bei Fachkrankenhäusern mit mehr als 800 Planbetten 245.420,10 €
- Krankenhäusern der Grundversorgung sowie bei Fachkrankenhäusern mit bis zu 250 Planbetten 43.459,81 €	Bei Krankenhäusern, die über mehrere Betriebsstätten in verschiedenen Orten verfügen, wird der Grundbetrag für jede Betriebsstätte gewährt.
- Krankenhäusern der Regelversorgung sowie bei Fachkrankenhäusern mit 251 bis zu 500 Planbetten 51.129,19 €	Tageskliniken erhalten eine Jahrespauschale in Höhe von 1.227,10 € pro Platz.
- Krankenhäusern der Schwerpunktversorgung sowie bei Fachkrankenhäusern mit 501 bis zu 800 Planbetten 61.355,03 €	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.
- Krankenhäusern der Maximalversorgung sowie bei Fachkrankenhäusern mit mehr als 800 Planbetten 76.693,78 €	3) Medizinisch-technische Großgeräte Der Förderbetrag beträgt für die Wiederbeschaffung von:
ohne Umsatzsteuer.	- CT 25.564,59 €
	- KT (MR-Geräte) 81.806,70 €
	- LHKM 81.806,70 €
	- LIN 97.145,46 €
	- Lithotriptern 61.355,03 €
	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.



<b>Saarland</b>																																															
Verordnung vom 21. September 2005																																															
<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 sowie für</li> <li>§ kleine bauliche Maßnahmen.</li> </ul> <p>Die Pauschalförderung gliedert sich in eine bettenbezogene Grundpauschale zur Abgeltung der entstehenden Vorhaltekosten und eine fallbezogene Jahrespauschale.</p> <p>Die bettenbezogene Grundpauschale besteht aus einer allgemeinen Bettenpauschale und einer gewichteten abteilungsbezogenen Bettenpauschale.</p>	<p>Die jahresbezogene Pauschalförderung beträgt, vorbehaltlich zur Verfügung stehender Haushaltsmittel, insgesamt mindestens 98, höchstens 102 Prozent der Pauschalförderung des Vorjahres.</p> <p>Abzüglich der Fördermittel für Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen, die nach der Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (BPfIV) vergütet werden, werden hälftig die im jeweiligen Haushaltsjahr zur Verfügung stehenden Mittel für die bettenbezogene Grundpauschale und die einzelfallbezogene Jahrespauschale bewilligt.</p> <p>Zur Ermittlung der einzelfallbezogenen Jahrespauschale wird die für das Vorjahr vereinbarte Gesamtfallzahl (AEB: E1 + E3.1 + E3.3) zuzüglich der von einem Wirtschaftsprüfer bestätigten Fallzahl der nur vorstationären Fälle mit dem für das Vorjahr vereinbarten Case-Mix-Index multipliziert.</p> <p>Von der bettenbezogenen Grundpauschale entfallen 10 Prozent auf die allgemeine Bettenpauschale und 90 Prozent auf die abteilungsbezogene Bettenpauschale.</p> <p>Die allgemeine Bettenpauschale richtet sich dabei nach Bettenbandbreiten von jeweils 20 Betten. Gefördert wird der jeweilige Mittelwert.</p> <p>Die abteilungsbezogene Bettenpauschale richtet sich nach der Anzahl der im Feststellungsbescheid für das jeweilige Jahr festgelegten Bettenzahl und wird wie folgt gewichtet:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;"><b>Abteilung</b></th> <th style="text-align: right;"><b>Faktor</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Augenheilkunde</td><td style="text-align: right;">1,25</td></tr> <tr><td>Chirurgie</td><td style="text-align: right;">1,25</td></tr> <tr><td>  allgemein</td><td style="text-align: right;">1,25</td></tr> <tr><td>  Gefäßchirurgie</td><td style="text-align: right;">1,25</td></tr> <tr><td>  Herz- und/oder Thoraxchirurgie</td><td style="text-align: right;">1,5</td></tr> <tr><td>  Kinderchirurgie</td><td style="text-align: right;">1,25</td></tr> <tr><td>  Orthopädie und Unfallchirurgie</td><td style="text-align: right;">1,5</td></tr> <tr><td>  plastische Chirurgie</td><td style="text-align: right;">1,25</td></tr> <tr><td>Frauenheilkunde und Geburtshilfe</td><td></td></tr> <tr><td>  Frauenheilkunde</td><td style="text-align: right;">1,25</td></tr> <tr><td>  Frauenheilkunde und Geburtshilfe</td><td style="text-align: right;">1,5</td></tr> <tr><td>HNO-Heilkunde</td><td style="text-align: right;">1,5</td></tr> <tr><td>Haut- und Geschlechtskrankheiten</td><td style="text-align: right;">0,75</td></tr> <tr><td>Innere Medizin und Allgemeinmedizin</td><td></td></tr> <tr><td>  allgemein</td><td style="text-align: right;">0,8</td></tr> <tr><td>  Endokrinologie und Diabetologie</td><td style="text-align: right;">1,25</td></tr> <tr><td>  Gastroenterologie</td><td style="text-align: right;">1,25</td></tr> <tr><td>  Hämatologie und Onkologie</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td>  Kardiologie</td><td style="text-align: right;">1,5</td></tr> <tr><td>  Nephrologie</td><td style="text-align: right;">0,8</td></tr> <tr><td>  Pneumologie</td><td style="text-align: right;">0,8</td></tr> <tr><td>  Rheumatologie</td><td style="text-align: right;">0,8</td></tr> </tbody> </table>	<b>Abteilung</b>	<b>Faktor</b>	Augenheilkunde	1,25	Chirurgie	1,25	allgemein	1,25	Gefäßchirurgie	1,25	Herz- und/oder Thoraxchirurgie	1,5	Kinderchirurgie	1,25	Orthopädie und Unfallchirurgie	1,5	plastische Chirurgie	1,25	Frauenheilkunde und Geburtshilfe		Frauenheilkunde	1,25	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	1,5	HNO-Heilkunde	1,5	Haut- und Geschlechtskrankheiten	0,75	Innere Medizin und Allgemeinmedizin		allgemein	0,8	Endokrinologie und Diabetologie	1,25	Gastroenterologie	1,25	Hämatologie und Onkologie	3	Kardiologie	1,5	Nephrologie	0,8	Pneumologie	0,8	Rheumatologie	0,8
<b>Abteilung</b>	<b>Faktor</b>																																														
Augenheilkunde	1,25																																														
Chirurgie	1,25																																														
allgemein	1,25																																														
Gefäßchirurgie	1,25																																														
Herz- und/oder Thoraxchirurgie	1,5																																														
Kinderchirurgie	1,25																																														
Orthopädie und Unfallchirurgie	1,5																																														
plastische Chirurgie	1,25																																														
Frauenheilkunde und Geburtshilfe																																															
Frauenheilkunde	1,25																																														
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	1,5																																														
HNO-Heilkunde	1,5																																														
Haut- und Geschlechtskrankheiten	0,75																																														
Innere Medizin und Allgemeinmedizin																																															
allgemein	0,8																																														
Endokrinologie und Diabetologie	1,25																																														
Gastroenterologie	1,25																																														
Hämatologie und Onkologie	3																																														
Kardiologie	1,5																																														
Nephrologie	0,8																																														
Pneumologie	0,8																																														
Rheumatologie	0,8																																														

	Kinder- und Jugendmedizin	1
	MKG-Chirurgie	1,25
	Neurochirurgie	1,5
	Nuklearmedizin	1,8
	Strahlentherapie	3
	Urologie	1,25
	sonstige Fachbereiche (außer Psychiatrie)	1
	Geriatric	0,5
	Interdisz. Intensiv	2
	Dialyse	0,8
	Geriatric	0,5
	Soweit es sich um Belegbetten handelt, wird das Ergebnis mit dem Faktor 0,9 multipliziert.	

<b>Sachsen</b>													
Verordnung vom 15. Juli 1998 i.V.m. Bekanntmachung vom 22. Februar 2007													
<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> </ul>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Sockelwert</td> <td style="text-align: right;">410,00 €</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>	Sockelwert	410,00 €	Sockelwertfaktor je Planbett	1,0	Sockelwertfaktor je tagesklinischem Platz	0,5						
Sockelwert	410,00 €												
Sockelwertfaktor je Planbett	1,0												
Sockelwertfaktor je tagesklinischem Platz	0,5												
<ul style="list-style-type: none"> <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>	2. Die Fachrichtungspauschale für das einzelne Krankenhaus ist das Produkt aus dem Fachrichtungswert, dem Fachrichtungsfaktor und der Anzahl der vorgehaltenen Fachrichtungen.												
<p style="margin-left: 40px;">Regelversorgung den Betrag von 61.355,03 €</p> <p style="margin-left: 40px;">Schwerpunktversorgung den Betrag von 102.258,38 €</p> <p style="margin-left: 40px;">Maximalversorgung den Betrag von 127.822,97 €</p> <p>nicht übersteigen.</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 0,5. 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;">34.909,00 €</td> </tr> </table>	Fachrichtungswert	34.909,00 €										
Fachrichtungswert	34.909,00 €												
	3. Die Fallzahlpauschale ist das Produkt aus Fallwert, Fallwertfaktor und der Fallzahl.												
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Fallwert</td> <td style="text-align: right;">15,60 €</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>	Fallwert	15,60 €	- 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
Fallwert	15,60 €												
- 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												
	4. Der Zuschlag für Ausbildungsplätze beträgt je Ausbildungsplatz 51,13 €												
	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.												
	Mindestbetrag für jedes förderfähige Krankenhausbett 1.278,23 €												

<b>Sachsen-Anhalt</b>	
Verordnung vom 28. Juni 2006	
<b>Gegenstand der Pauschalförderung</b>	<b>Höhe der Pauschalförderung/ Jahr</b>
<p>Pauschale Fördermittel auf Antrag für</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>§ für die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als drei Jahren (kurzfristige Anlagegüter)</li>   <li>§ für kleine bauliche Maßnahmen, die keine Aufnahme in das nach § 4 aufgestellte Investitionsprogramm gefunden haben.</li> </ul>	<p><u>Fallmengenpauschalen</u> werden errechnet durch Multiplikation der Fallzahl, einschließlich der teilstationären Fälle, mit dem Case Mix Index. Nicht über DRGs abgerechnete Fälle werden mit dem Case Mix Index des jeweiligen Krankenhauses berechnet.</p> <p>Ausgangswert für die Ermittlung der Pauschalförderung auf Grundlage der Fallmengenpauschale ist der um den Betrag für die Jahrespauschale der psychiatrischen Einrichtungen reduzierte Haushaltsansatz. Dieser Betrag, dividiert durch die Gesamtsumme der gewichteten Fallzahlen aller pauschal geförderten Krankenhäuser ergibt den durchschnittlichen Fallwert.</p> <p><u>Jahrespauschale</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- für die in der PsychPV genannten Einrichtungen und Einrichtungen der Psychosomatik und Psychotherapeutischen Medizin</li>   <li>- beträgt 1.500 Euro für jedes Bett und 250 Euro für jeden Tagesklinikplatz</li> </ul>

<b>Schleswig-Holstein</b>	
Verordnung vom 24. Dezember 1998, zuletzt geändert durch Verordnung vom 18. November 2005	
<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 30.678 € ohne Umsatzsteuer.</li> </ul>	Sockelbetrag je Bett <ul style="list-style-type: none"> <li>- 25% 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>o Belegkrankenhäuser 0,7</li> <li>o Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung 1,3</li> <li>o 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 100,00 €

<b>Thüringen</b>	
Verordnung vom 30. November 2006 (7. ThürKHG-PVO)	
<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>Jahrespauschale</p> <p>- je im Jahr 2005 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/a  A3: Allgemeinkrankenhäuser mit &gt; 15.000 Fällen/a sowie den Fachrichtungen Nuklearmedizin oder Strahlenheilkunde  F1: Fachkrankenhäuser für INN, GER, PSY  F2: Fachkrankenhäuser für ORT  mit</p> <p>A1: 36,50 Euro  A2: 44,50 Euro  A3: 52,50 Euro  F1: 54,00 Euro  F2: 62,00 Euro</p> <p>im Haushaltsjahr 2007.</p> <p>Einen Zuschlag für Ausbildungsstätten für jeden im Krankenhausplan als bedarfsgerecht anerkannten Ausbildungsplatz in Höhe von 100 €.</p>

## 5 Anhang

### 5.1 KHG-Fördermittel, 1991 bis 2006 – gesamt

Tabelle 5.1: KHG-Fördermittel insgesamt (in Mio. EUR) – in jeweiligen Preisen

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
<b>Baden-Württ.</b>	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	322,30	281,20	296,70
<b>Bayern</b>	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	452,55	452,55	452,55
<b>Berlin*</b>	319,40	316,18	332,54	285,71	360,10	294,66	201,09	182,84	160,03	142,34	175,02	186,60	108,96	144,68	114,88	99,60
<b>Brandenburg</b>	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	127,04	113,61	113,61
<b>Bremen</b>	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	34,10	34,24	34,31
<b>Hamburg</b>	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	70,73	86,83	110,01
<b>Hessen</b>	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	230,10	247,35	258,19
<b>Meckl.-Vorp.</b>	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	127,80	83,00	80,58
<b>Niedersachsen</b>	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	87,39	97,27	121,39
<b>Nordrh.-Westf.</b>	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	485,82	485,82	472,00
<b>Rheinland-Pf.</b>	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	118,80	120,30	118,80
<b>Saarland</b>	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	38,18	23,49	26,17
<b>Sachsen</b>	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	154,25	166,50	167,40
<b>Sachsen-Anh.</b>	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	172,51	179,40	154,27
<b>Schl.-Holstein</b>	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	86,40	83,49	88,58
<b>Thüringen</b>	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	134,08	127,10	127,90
<b>Alte Bundesl.**</b>	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	2.311,13	2.110,16	2.071,05	2.027,42	2.078,30
<b>Neue Bundesl.</b>	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	715,68	669,61	643,76
<b>Gesamt</b>	3.640,96	3.824,45	3.903,63	3.665,19	3.755,84	3.704,69	3.513,15	3.494,28	3.421,48	3.378,31	3.387,70	3.232,09	2.849,03	2.786,73	2.697,03	2.722,06

\* Bis 1993 nur Berlin-West \*\* ABL inkl. Berlin

Die Ansätze basieren auf den jeweiligen, öffentlich zugänglichen, jährlichen Haushaltsansätzen der Länder (ohne Verpflichtungsermächtigungen für die Folgejahre); nicht mitberücksichtigt wurden: 1. Die Investitionsmittel der Hochschulkliniken 2. Die Investitionsmittel der Vertragskrankenhäuser 3. Die Eigenmittel der Plankrankenhäuser 4. Die Mittel zur Restfinanzierung noch nicht ausfinanzierter Maßnahmen 5. Die Finanzierung von Zins und Tilgung noch offener Darlehensbeträge. Einige Bundesländer - darunter z. B. Niedersachsen und Schleswig-Holstein - bedienen sich zunehmend des Instruments der Darlehensfinanzierung. Die Höhe der hier ausgewiesenen Haushaltsansätze stimmt deshalb nicht zwangsläufig mit der Höhe der Mittel, die den Krankenhäusern im jeweiligen Jahr tatsächlich zu Investitionszwecken zur Verfügung stehen, überein.

Quelle: Umfrage der Arbeitsgruppe für Krankenhauswesen der AOLG, eigene Berechnungen

## 5.2 KHG-Fördermittel, 1994 bis 2006 - Pauschalförderung

Tabelle 5.2: KHG-Fördermittel, Pauschalförderung (in Mio. EUR) – in jeweiligen Preisen

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Baden-Württ.				132,17	144,18	144,18	156,97	153,08	152,42	151,90	157,99	157,30	158,00	154,00	149,00	149,00
Bayern				181,51	173,84	186,62	185,96	189,18	181,51	183,55	178,95	180,00	181,50	182,00	178,50	175,00
Berlin*				65,55	65,50	75,88	152,62	46,83	45,50	39,83	36,46	35,86	31,20	31,18	31,18	31,18
Brandenburg				122,71	50,82	25,05	28,84	28,48	27,10	27,10	27,15	23,61	23,61	23,61	23,61	23,61
Bremen				17,28	16,97	16,97	17,03	17,03	17,03	17,03	17,03	17,07	17,07	17,12	17,12	17,12
Hamburg				28,38	28,38	29,04	29,04	29,96	31,14	31,50	31,50	29,13	30,49	30,66	30,45	30,50
Hessen				84,36	86,92	91,01	89,48	89,48	89,48	92,03	92,03	95,00	95,00	97,50	96,00	90,00
Meckl.-Vorp.				23,06	23,06	23,78	23,78	20,45	12,83	12,78	13,29	14,00	14,62	16,50	22,80	22,80
Niedersachsen				107,73	108,45	100,62	104,20	108,70	107,01	105,99	102,41	95,69	95,69	38,12	44,46	51,52
Nordrh.-Westf.				261,12	276,10	288,88	274,82	286,32	286,32	296,55	296,55	305,18	305,18	311,18	311,18	300,00
Rheinland-Pf.				45,04	45,15	50,52	50,52	50,52	50,52	50,87	51,13	51,13	51,13	51,13	51,20	51,20
Saarland				12,58	12,58	13,75	13,75	14,52	14,52	15,59	15,59	16,50	16,50	17,32	17,32	17,32
Sachsen				51,13	51,13	46,32	44,18	41,41	39,88	39,88	39,88	39,90	38,60	38,60	38,60	38,60
Sachsen-Anh.				51,69	50,26	43,51	29,40	29,55	13,91	11,35	17,38	17,38	29,53	23,67	23,67	23,67
Schl.-Holstein				33,75	33,69	36,76	36,76	40,19	36,20	37,43	37,43	38,50	37,93	38,00	38,31	38,88
Thüringen				82,73	52,66	51,13	37,84	30,68	28,12	22,75	20,45	20,25	20,20	20,30	10,00	18,00
<b>Alte Bundesl.**</b>				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	968,21	964,72	951,72
<b>Neue Bundesl.</b>				331,32	227,93	189,79	164,04	150,57	121,84	113,86	118,15	115,14	126,56	122,68	118,68	126,68
<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	1.090,89	1.083,40	1.078,40

\* Bis 1993 nur Berlin-West \*\* ABL inkl. Berlin

Die Ansätze basieren auf den jeweiligen, öffentlich zugänglichen, jährlichen Haushaltsansätzen der Länder (ohne Verpflichtungsermächtigungen für die Folgejahre); nicht mitberücksichtigt wurden: 1. Die Investitionsmittel der Hochschulkliniken 2. Die Investitionsmittel der Vertragskrankenhäuser 3. Die Eigenmittel der Plankrankenhäuser 4. Die Mittel zur Restfinanzierung noch nicht ausfinanzierter Maßnahmen 5. Die Finanzierung von Zins und Tilgung noch offener Darlehensbeträge. Einige Bundesländer - darunter z. B. Niedersachsen und Schleswig-Holstein - bedienen sich zunehmend des Instruments der Darlehensfinanzierung. Die Höhe der hier ausgewiesenen Haushaltsansätze stimmt deshalb nicht zwangsläufig mit der Höhe der Mittel, die den Krankenhäusern im jeweiligen Jahr tatsächlich zu Investitionszwecken zur Verfügung stehen, überein.

Quelle: Umfrage der Arbeitsgruppe für Krankenhauswesen der AOLG, eigene Berechnungen



### 5.3 KHG-Fördermittel, 1994 bis 2006 - Einzelförderung

Tabelle 5.3: KHG-Fördermittel, Einzelförderung (in Mio. EUR) – in jeweiligen Preisen

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Baden-Württ.				221,18	204,67	191,94	179,26	174,81	173,53	184,53	181,00	155,40	173,70	168,30	132,20	147,70
Bayern				483,17	440,73	447,38	406,83	444,31	432,04	430,00	434,60	433,55	320,05	270,55	274,05	277,55
Berlin*				220,16	294,60	218,78	48,47	136,01	114,53	102,51	138,56	150,74	77,76	113,50	83,70	68,42
Brandenburg				80,17	178,95	156,46	132,93	138,05	138,05	138,05	138,05	138,05	104,76	103,43	90,00	90,00
Bremen				16,41	16,47	21,84	17,84	18,71	13,03	19,12	10,94	15,92	16,51	16,98	17,12	17,19
Hamburg				32,57	57,52	57,78	61,05	68,21	65,09	55,22	69,48	32,61	34,02	40,07	56,38	79,51
Hessen				110,44	112,48	117,60	122,71	130,38	130,38	116,32	111,21	108,25	64,85	132,60	151,35	168,19
Meckl.-Vorp.				96,17	125,67	125,67	122,71	122,71	104,82	117,60	112,49	104,70	107,37	111,30	60,20	57,78
Niedersachsen				117,80	112,99	115,76	119,80	120,97	142,30	129,92	127,06	92,31	90,76	49,27	52,81	69,87
Nordrh.-Westf.				347,37	295,83	254,83	259,22	196,95	184,17	173,12	168,01	178,92	176,92	174,64	174,64	172,00
Rheinland-Pf.				92,19	92,85	91,11	93,31	93,31	93,31	92,96	92,70	87,67	67,67	67,67	69,10	67,60
Saarland				19,02	25,77	25,67	25,21	24,64	24,34	27,97	27,51	24,40	21,84	20,86	6,17	8,85
Sachsen				230,08	219,55	248,75	249,20	249,21	259,79	259,79	258,87	258,80	145,65	115,65	127,90	128,80
Sachsen-Anh.				159,12	169,29	188,11	186,93	175,02	177,98	161,11	173,13	156,94	140,83	148,84	155,73	130,60
Schl.-Holstein				26,07	32,32	41,93	37,79	40,39	49,90	49,23	39,78	10,00	46,39	48,40	45,18	49,70
Thüringen				112,48	156,46	177,06	174,70	184,22	184,73	184,73	169,09	147,33	113,70	113,78	117,10	109,90
<b>Alte Bundesl.**</b>				1.686,38	1.686,23	1.584,62	1.371,49	1.448,69	1.422,62	1.380,90	1.400,85	1.289,77	1.090,47	1.102,84	1.062,70	1.126,58
<b>Neue Bundesl.</b>				678,02	849,92	896,05	866,47	869,21	865,37	861,28	851,63	805,82	612,31	593,00	550,93	517,08
<b>Gesamt</b>				2.364,40	2.536,15	2.480,67	2.237,96	2.317,90	2.287,99	2.242,18	2.252,48	2.095,59	1.702,78	1.695,84	1.613,63	1.643,66

\* Bis 1993 nur Berlin-West \*\* ABL inkl. Berlin

Die Ansätze basieren auf den jeweiligen, öffentlich zugänglichen, jährlichen Haushaltsansätzen der Länder (ohne Verpflichtungsermächtigungen für die Folgejahre); nicht mitberücksichtigt wurden: 1. Die Investitionsmittel der Hochschulkliniken 2. Die Investitionsmittel der Vertragskrankenhäuser 3. Die Eigenmittel der Plankrankenhäuser 4. Die Mittel zur Restfinanzierung noch nicht ausfinanzierter Maßnahmen 5. Die Finanzierung von Zins und Tilgung noch offener Darlehensbeträge. Einige Bundesländer - darunter z. B. Niedersachsen und Schleswig-Holstein - bedienen sich zunehmend des Instruments der Darlehensfinanzierung. Die Höhe der hier ausgewiesenen Haushaltsansätze stimmt deshalb nicht zwangsläufig mit der Höhe der Mittel, die den Krankenhäusern im jeweiligen Jahr tatsächlich zu Investitionszwecken zur Verfügung stehen, überein.

**Quelle: Umfrage der Arbeitsgruppe für Krankenhauswesen der AOLG, eigene Berechnungen**