

**Anhörung des
Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales
des Landtags Nordrhein-Westfalen**

***„Neuinvestitionen des Landes in Krankenhäusern für eine gute und
sichere medizinische Versorgung sind unverzichtbar!“***

Antrag der Fraktion der SPD (Drucksache 14/712)

**Stellungnahme der
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen
(KGNW)**

Düsseldorf, 15. März 2006

Inhaltsverzeichnis

- | | | |
|-----------|--|--------------|
| 1. | Gesundheitswesen und Krankenhäuser in NRW:
Ein Wachstums- und Beschäftigungsmotor | S. 3 |
| 2. | Investitionsstau auflösen | S. 4 |
| 3. | Krankenhausplanung modernisieren | S. 8 |
| 4. | Auf Bundesebene durchzusetzen | S. 10 |

Anlagen

1. Gesundheitswesen und Krankenhäuser in NRW: Ein Wachstums- und Beschäftigungsmotor

Das Gesundheitswesen in NRW hat sich zu einer Branche mit erheblichem Wachstums- und Innovationspotential entwickelt. In Nordrhein-Westfalen arbeiten nach neuesten Berechnungen über eine Million Menschen in der Gesundheitswirtschaft - das sind mehr als in den meisten anderen Branchen!

Der Kernbereich der Gesundheitswirtschaft in NRW ist der Krankenhaussektor mit 456 Krankenhäusern und ca. 235.000 Beschäftigten. Mit einem Jahresumsatz von fast 13 Milliarden Euro landesweit sind die Krankenhäuser ein bedeutender Wirtschaftsfaktor und als leistungsstarker Beschäftigungsanbieter in vielen Städten der größte Arbeitgeber mit vielfältigen Ausbildungsplätzen. Die Krankenhäuser in NRW beschäftigen z. B. jeweils mehr Menschen als das Versicherungsgewerbe und die Autobranche.

Die hohen Wachstums- und Beschäftigungspotentiale des Krankenhausbereichs werden aber durch die Budgetierung der Krankeneinnahmen zunehmend ausgezehrt. Die über zehnjährige Festschreibung der Krankenausgaben an die Steigerungsrate der Einnahmen der gesetzlichen Krankenkassen (z. B. für die alten Bundesländer 2003 +0,81 %; 2004 +0,02 %; 2005 +0,56; 2006 voraussichtlich +0,63 %) hat zu real sinkenden Budgets geführt. Diese Veränderungsrate sind bei gleichzeitig steigenden Kosten insbesondere im Personal- und Sachkostenbereich sowie weiteren gesetzlich vorgegebenen finanziellen Mehrbelastungen völlig unzureichend.

Die 1994 eingeführte Budgetierung hat dazu geführt, dass in den Krankenhäusern in NRW nach offiziellen Zahlen des Statistischen Bundesamtes immer mehr Patienten (über 600.000) von immer weniger Personal (ca. -21.500) bei fast stagnierenden Einnahmen behandelt werden müssen. Diese Entwicklung der vergangenen Jahre zeigt deutlich, dass in den Krankenhäusern keine Wirtschaftlichkeitsreserven mehr vorhanden sind: Eine aktuelle Umfrage im Rahmen der Ermittlung des Landesbasisfallwertes 2006 hat ergeben, dass mehr als 89 % der Krankenhäuser im von der GKV finanzierten Budget „rote Zahlen“ schreiben und bereits mehr als 23 % gezwungen sind ihren Mitarbeitern das Urlaubs- und Weihnachtsgeld zu streichen.

Die KGNW verkennt keineswegs die haushaltspolitische Lage des Landes und die daraus erwachsenden Zwänge für die Landesregierung. Gleichwohl signalisiert auch die Landesregierung trotz Rekordverschuldung die Notwendigkeit einer differenzierten Reaktion in einzelnen Bereichen. Diese differenzierte Ausgestaltung muss auch für den Krankenhausbereich gefunden werden – zumal durch Vereinfachung und radikale Entbürokratisierung heute noch vielfach völlig unnötig verursachte Kosten eingespart werden können.

2. Investitionsstau auflösen

Die Krankenhäuser in NRW starten im Vergleich zu den Krankenhäusern in den anderen Bundesländern mit einem gewaltigen Handicap in das neue DRG-Zeitalter. So geht Dr. Ernst Bruckenberger (Hannover) in seiner neuesten Veröffentlichung „Krankenhaushäuser zwischen Regulierung und Wettbewerb“ (Springer Verlag, 2005) von einem investiven „Nachholbedarf“ oder „Investitionsstau“ von 14,6 Milliarden Euro für die Krankenhäuser in NRW aus (vgl. **Anlage 1**).

Die CDU selbst bezifferte den Investitionsstau in ihrem Zukunftsprogramm vom 5. März 2005 auf 11 Mrd. Euro. Deshalb darf es nicht dazu kommen, dass in Nordrhein-Westfalen die Investitionen des Landes für Krankenhäuser weiter zurückgeschraubt werden oder dass eine Förderung von dringenden Investitionsvorhaben in den nächsten Jahren substanziell gefährdet oder gar ausgesetzt wird. Im Gegenteil: Eine deutliche, möglicherweise befristete Ausweitung der Finanzierung wäre notwendig, um den Kliniken in NRW bis zum Ende der Konvergenzphase des Fallpauschalensystems im Jahr 2009 überhaupt die Chance für notwendige Umstrukturierungen zu geben.

Die Krankenhäuser haben nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz einen Rechtsanspruch auf die Bereitstellung von Investitionsmitteln durch die Bundesländer, so dass ein Stopp der Investitionsförderung durch die nordrhein-westfälische Landesregierung im dualistischen Finanzierungssystem einen Eingriff in die Eigentumsgarantie des Artikels 14 Grundgesetz darstellt.

Dieser Rechtsanspruch wird durch eine gutachterliche Stellungnahme untermauert, die die KGNW bei der Rechtsanwaltskanzlei Redeker/Sellner/Dahs & Widmeier – nach der Entscheidung des nordrhein-westfälischen Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales trotz § 20 Krankenhausgesetz NRW kein Investitionsprogramm für das Jahr 2006 aufzustellen – in Auftrag gegeben hat.

Es darf nicht zu der im Haushaltsentwurf des Landes für das Jahr 2006 vorgesehenen dramatischen Kürzung der Verpflichtungsermächtigungen des Vorjahres in Höhe von 255 Millionen um 225 Millionen Euro auf 30 Millionen Euro kommen. Diese im Haushalt verbleibenden 30 Millionen Euro sind schon jetzt allein zur Deckung von Mehrkosten bereits bewilligter Baumaßnahmen bis 2005 vorgesehen.

Folgen der beabsichtigten Kürzungen für die Krankenhäuser in NRW

Mit dieser Kürzung und dem damit verbundenen Bewilligungsstopp in NRW werden dringend notwendige Neubau-, Umbau- und Erweiterungsbaumaßnahmen verhindert. Es droht mit diesen Etat-Kürzungen die Gefahr, dass die nordrhein-westfälischen Krankenhäuser vom medizinisch-technischen Fortschritt abgekoppelt werden und sich die Patientenversorgung verschlechtert. Nicht nur die fortlaufend notwendige Instandhaltung und Modernisierung der Krankenhäuser sondern insbesondere auch die Umsetzung des neuen Fallpauschalensystems – verbunden mit dem erstmals festgelegten Landesbasisfallwert für NRW (**Anlage 2**) – erfordern von vielen Krankenhäusern größte Anstrengungen. Sie müssen durch Investitionsmaßnahmen Betriebsabläufe optimieren und Synergien erzielen, um Betriebskostenverbesserungen zu erreichen.

Auch sollen nach dem vorliegenden Haushaltsentwurf entgegen klarer und eindeutiger Zusagen des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales – die pauschalen Fördermittel für Krankenhäuser nicht zu reduzieren – diese Mittel nun doch um über elf Millionen Euro auf verbleibende 300 Millionen gekürzt werden. Darüber hinaus will die Landesregierung durch eine Änderung des Krankenhausgesetzes für das Land Nordrhein-Westfalen (KHG NRW) im Rahmen des Haushaltsbegleitgesetzes 2006 (§ 25 Abs. 14 KHG) zukünftig die Preisanpassung der pauschalen Fördermittel nur noch alle vier Jahre statt wie bisher alle zwei Jahre vornehmen. Dies bedeutet gemessen an den branchentypischen Steigerungsraten der vergangenen vier Jahre weitere finanzielle Verluste für die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen in Höhe von ca. drei Millionen Euro.

Vor dem Hintergrund der finanziellen Rahmenbedingungen und der zukünftigen Herausforderungen sind die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen zwingend auf die Investitionsförderung durch das Land angewiesen. Die Landesregierung muss sich ihrer Verantwortung und gesetzlichen Verpflichtung stellen und auch für 2006 ein Programm für neue Investitionsmaßnahmen im Umfang der Vorjahre auflegen. Der Bewilligungsstopp muss so-

fort aufgehoben und das unterbrochene Verfahren zum Investitionsprogramm 2006 wieder aufgenommen werden.

Nordrhein-Westfalen Schlusslicht bei der Investitionsförderung der Krankenhäuser

Diese Forderung wird untermauert durch weitere Berechnungen von Krankenhaus-Experten. Nordrhein-Westfalen bildet bei der Krankenhausförderung nach Analysen von Dr. Ernst Bruckenberger im Zeitraum von 1972 – 2005 mit 136 064,-- Euro pro Bett das Schlusslicht aller Bundesländer (**Anlage 3**). In der Einzel- und Pauschalförderung werden nach KGNW-Berechnungen zusammen nur noch rund 26 Euro pro Kopf der Bevölkerung jährlich aufgewandt – damit ist NRW im Vergleich der 16 Bundesländer auch hier Schlusslicht. Die anderen Bundesländer gaben im Mittel mehr als 46 Euro pro Kopf der Bevölkerung für Krankenhausinvestitionen aus.

Hinzu kommt eine viel zu geringe Investitionsquote bei den Krankenhäusern. Aufgrund des erheblichen Investitionsbedarfs, den nicht nur die DRG-Einführung mit sich bringt, und des medizinisch-technischen Fortschritts, der Jahr für Jahr hohe Investitionen der Krankenhäuser in neue Technologien unumgänglich macht, müsste nach Analysen von Prof. Neubauer (vgl. Neubauer, in: WidO, Krankenhausreport 2002) die Investitionsquote der Krankenhäuser mindestens so hoch sein wie die volkswirtschaftliche Investitionsquote, die dem Quotienten aus Bruttoanlageinvestitionen und Bruttoinlandsprodukt entspricht. Im Jahr 2003 übertraf aber die volkswirtschaftliche Investitionsquote mit 17,8 Prozent die Investitionsquote für den Krankensektor mit nur 5,1 Prozent um mehr als das Dreifache (**Anlage 4**).

Durch die Benachteiligung der Krankenhäuser in NRW bei der Finanzierung ihrer Investitionen seit 1974 ist die Insolvenzwahrscheinlichkeit und der Kreditbedarf der Krankenhäuser in NRW schon heute überproportional hoch (Quelle: Gutachten „Insolvenzrisiken von Krankenhäusern – Bewertung und Transparenz unter Basel II“ des Rheinisch-estfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI) und der Unternehmensberatung ADMED). Ein Stopp oder eine Reduzierung der Krankenhausinvestitionsförderung wird die Benachteiligung der Krankenhäuser in NRW nochmals verschärfen.

Bereits durch die bisher bereitgestellten, völlig unzureichenden Investitionsprogramme fehlen den Krankenhäusern investive Mittel, um sich auf die Herausforderungen der Zukunft, wie z. B. ambulante Öffnung der Krankenhäuser, integrierte Versorgungsformen, Telematik-Infrastruktur einzustellen und hiermit eine wirtschaftliche, zweckmäßige, wohn-

ortnahe und qualitativ hochwertige Patientenversorgung in NRW auch weiterhin sicherstellen zu können.

Auswirkungen gesetzlicher Regelungen der Bundesregierung auf die Landesebene

Neben den geplanten Eingriffen und Kürzungen durch die Landesregierung bei der Investitionsfinanzierung kann auch durch gesetzliche Regelungen der Bundesregierung wie z.B. das Gesetz zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung (AVWG) die Finanzsituation der Krankenhäuser beeinflusst werden.

Allein für die nordrhein-westfälischen Krankenhäuser bedeutet die in diesem Gesetz vorgesehene Absenkung der Veränderungsrate von 0,83 Prozent auf 0,63 Prozent – die mit der Umstellung der Berechnungsmethodik für die Veränderungsrate (§ 71 Absatz 3 SGB V) für die Jahre 2006 und 2007 von Mitglied auf Versicherten infolge von Hartz IV begründet wird – einen finanziellen Verlust von 25 Millionen Euro im nächsten Jahr. Demgegenüber müssen die Krankenhäuser aber im kommenden Jahr Personal- und Sachkostensteigerungen von drei bis fünf Prozent verkraften.

Weitere finanzielle Belastungen für die Krankenhäuser in Höhe von circa 55 Millionen Euro zieht die mit dem Gesetz verbundene Abschaffung von Arzneimittelrabatten in den Krankenhäusern nach sich. Dieser Willkürakt ist für die Krankenhäuser nicht nachvollziehbar, da die Bundesregierung einerseits innovative Arbeitszeitmodelle in den Kliniken bundesweit finanziell fördert, andererseits aber mit diesem Gesetz diese Finanzmittel dem Krankenhausbereich wieder entzieht.

Straffung der Verfahren bei der Investitionsfinanzierung für die Krankenhäuser

Die Krankenhausgesellschaft hat sich ausdrücklich bereit erklärt, an der bereits von der Koalition angekündigten Straffung der Verfahren bei der Investitionsfinanzierung für die Krankenhäuser durch die Landesregierung mitzuwirken. Eine Arbeitsgruppe zur beabsichtigten Novellierung des Krankenhausgesetzes NRW unter Beteiligung der KGNW ist von der Landesregierung bereits eingerichtet worden.

Die KGNW fordert in ihren Eckpunkten zur Novellierung des KHG NRW, dass die hohen bürokratischen Hürden und der Verwaltungsaufwand u. a. bei der Prüfung der Anträge und der Verwendungsnachweise erheblich reduziert werden müssen, um so zu einer notwendigen Beschleunigung des Verfahrens beizutragen. Sie fordert weiter die Zwischenfinan-

zierung mit Fremdmitteln zu ermöglichen, um notwendige Maßnahmen zeitnah realisieren zu können, wenn schon eine kurzfristige Finanzierung durch das Land nicht möglich ist.

Auch muss das Thema der „Sicherung eventueller Rückzahlungsansprüche“ auf den Prüfstand gebracht werden. Die Verwaltungsvorschriften zur dinglichen Sicherung ermöglichen es schon jetzt vielen Krankenhäusern nicht mehr, im erforderlichen Umfang Darlehen von den Banken zu erhalten und erhöhen das ohnehin bestehende Insolvenzrisiko der Krankenhäuser. Diese Vorschriften müssen ersatzlos entfallen. Hierzu begrüßt die KGNW ausdrücklich erste Signale von Seiten der Landesregierung, die dingliche Sicherung wegfallen zu lassen. Hierbei müssen auch die dinglich gesicherten Fördermittel der Vergangenheit einbezogen werden, wozu die Löschung aller entsprechenden Grundbucheintragungen gehört.

Auch müssen alternative Finanzierungsformen wie z. B. „Public-Private-Partnerships“ (PPP) und Leasing – auch z.B. in Kombination – mit „klassischen“ Fördermitteln erleichtert werden, um notwendige Investitionen effizient realisieren zu können.

Weiterer Überarbeitungsbedarf besteht nicht nur bei den Regelungen zur Einzelförderung, sondern auch bei den Vorschriften für die pauschalen Fördermittel. Derzeit werden im Rahmen der Pauschalförderung durch feste jährliche Beträge kurzfristige Anlagegüter und sonstige förderfähige Maßnahmen unterstützt, wenn die veranschlagten Kosten für das einzelne Vorhaben die im KHG NRW festgelegten Höchstwerte nicht überschreiten.

Auch ist die derzeitige Gewichtung der Punktwerte für einzelne Fachabteilungen zur Ermittlung der Anforderungsstufen für die Pauschalmittel den heutigen Erkenntnissen anzupassen. Des Weiteren muss das Verfahren zur Investitionsförderung auch künftige Versorgungsformen mit berücksichtigen.

3. Krankenhausplanung modernisieren

Planerische Letztverantwortung beim Land

Bei der notwendigen Novellierung des Krankenhausgesetzes NRW (KHG NRW) hält die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) Abschaffung oder Anpassung einer Vielzahl von Regelungen und Überregulierungen für notwendig. Dabei sieht die KGNW die Letztverantwortung für eine flächendeckende stationäre Versorgung und den

Sicherstellungsauftrag weiterhin beim Land Nordrhein-Westfalen. Die sozialstaatliche Verpflichtung zur Daseinsvorsorge verbietet es, die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung allein dem freien Spiel des Wettbewerbs zu überlassen.

Die KGNW spricht sich grundsätzlich für eine Beibehaltung des derzeitigen Planungsverfahrens aus. Durch die Mitwirkung der Selbstverwaltungspartner als unmittelbar Beteiligte im Landesausschuss für Krankenhausplanung und Einbeziehung der Beteiligten in der Region ist gewährleistet, dass diejenigen an der Krankenhausplanung mitwirken, die einen Teil der Verantwortung im Krankenhausbereich tragen. Andererseits muss das Land seine planerische Letztverantwortung und Entscheidungskompetenz wahrnehmen, indem es vorgelegte Planungskonzepte abschließend rechtlich und inhaltlich prüft und das Prüfergebnis durch Bescheid feststellt.

Mit der Einführung eines neuen Vergütungssystems auf Basis von Fallpauschalen (Diagnosis-Related-Groups) wird den Krankenhäusern bis zum Ende der Konvergenzphase 2009 eine enorme administrative Belastung zugemutet. Hierbei geht es um eine komplette Umstellung der betriebswirtschaftlichen Grundlagen die bei laufendem Versorgungsbetrieb erfolgt und bisher in keiner anderen Branche vorstatten ging.

Dies bedeutet, dass die Novellierung des KHG NRW im Hinblick auf die Krankenhausplanung mit Augenmaß erfolgen muss, da Erkenntnisse über die tatsächlichen Auswirkungen des DRG-Systems auf die Versorgungslandschaft noch nicht vorliegen.

Grundsätzlich muss eine regelmäßige und zeitgerechte Fortschreibung des Krankenhausplans durch Straffung und Entbürokratisierung des Planungsverfahrens bei der anstehenden Novellierung des Krankenhausgesetzes NRW beachtet werden. Auch gehören die bürokratischen Auswirkungen gesetzlicher Regelungen des KHG NRW auf den Prüfstand und können teilweise vollständig entfallen.

Wichtig ist hierbei, dass die unternehmerische Gestaltungsfreiheit der Krankenhäuser z. B. durch Wegfall einer tiefgehenden Abteilungsplanung zugunsten einer flexibleren Struktur sowie durch Wegfall des Verbotes der Doppelvorhaltung von medizinischen Abteilungen (§ 33 KHG NRW) bei Fusionen gestärkt wird. Auch die restriktive Vorschrift (§ 36 KHG NRW), durch die die Behandlung von Patienten durch Ärzte verhindert wird, die nicht an einem Krankenhaus hauptamtlich angestellt sind, muss gestrichen werden. Durch diese Vorschrift werden in der Praxis vielfach wirtschaftlich notwendige Kooperationen zugelas-

sener Vertragsärzte mit Krankenhäusern – insbesondere im Bereich des ambulanten Operierens – entgegen der Vorgabe des Bundesgesetzgebers verhindert.

4. Auf Bundesebene durchzusetzen

Aufhebung der Trennung der ambulanten und stationären Sektoren

Die Abschottung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung verhindert die Optimierung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung! Eine der wichtigsten Herausforderungen für den Krankenhausbereich stellt daher die Aufhebung der strikten Trennung zwischen dem ambulanten und stationären Sektor dar, durch die sich Krankenhäuser zu „Integrierten Dienstleistungszentren“ weiterentwickeln und somit eine Gesamtversorgung aus einer Hand anbieten können.

Durch das GKV-Modernisierungsgesetz sollte den Krankenhäusern die Öffnung für ambulante Leistungen (Integrierte Versorgung § 140 a – d SGB V; Hochspezialisierte Leistungen, seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderem Behandlungsverlauf §116 b Abs. 2 SGB V; bei regionaler Unterversorgung/befristet 116 a SGB V) ermöglicht werden. So weisen eine Reihe von chronischen Erkrankungen Merkmale auf, die sie im Prozess der Verbesserung von Qualität und Wirtschaft der Versorgung dazu prädestinieren, im Krankenhaus ambulant behandelt zu werden, z.B. Tumorerkrankungen, Chronische Schmerzen. Eine interdisziplinäre Behandlungsnotwendigkeit oder der Einsatz von Behandlungsteams sind charakteristische Merkmale, die Krankenhäuser zu einer ambulanten Behandlung qualifizieren. Darüber hinaus sind die Vorhaltung aufwändiger Apparate, die für eine auf hohem medizinischem Niveau liegende auch ambulante Patientenbehandlung notwendig sind, und die Umsetzung interdisziplinärer Behandlungsmöglichkeiten meist nur am Krankenhaus möglich. Die KGNW muss mehr als ein Jahr nach Inkrafttreten des GMG allerdings feststellen, dass die Öffnungstatbestände in Teilen praktisch nicht umsetzbar sind, von den Krankenkassen nicht genutzt werden sowie an der Blockadehaltung der Kassenärztlichen Vereinigungen scheitern.

Es gibt faktisch keine Verträge über ambulante Versorgung durch Krankenhäuser nach dem Katalog für bestimmte Diagnosen und Behandlungen. Dies ist nicht mehr mit Anlaufschwierigkeiten zu begründen. Die Landesregierung ist deshalb aufgefordert, sich über den Bundesrat dafür einzusetzen, dass mittels einer verbindlichen gesetzlichen Regelung eine durchsetzbare Anspruchsgrundlage für die Krankenhäuser zum Abschluss zweiseiti-

ger Verträge geschaffen wird, damit die in § 116 b SGB V vorgegebene ambulante Öffnung der Krankenhäuser endlich in der Praxis umgesetzt wird.

Neuregelung der Finanzierungsgrundlagen der GKV

Die Finanzierung der sozialen Sicherung und damit auch des Gesundheitswesens ruht in Deutschland heute alleine auf dem Faktor Arbeit. Dies hat dazu geführt, dass die Lohnzusatzkosten in keinem anderen Industriestaat so hoch sind wie in Deutschland. Der u. a. hieraus resultierende Abbau von Arbeitsplätzen führt zu einem Rückgang der Sozialversicherungseinnahmen und stellt daher die Finanzierungsgrundlagen unseres Gesundheitswesens, in Frage. Das zentrale Problem im Gesundheitswesen ist daher nicht in einer Kostenexplosion, sondern im Rückgang der Beitragszahler innerhalb der Solidargemeinschaft zu sehen.

Deshalb ist die Landesregierung dringend aufgefordert über den Bundesrat mit dafür Sorge zu tragen, dass die Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung grundlegend reformiert werden. Ziel einer solchen Reform muss eine vom individuellen Arbeitsverhältnis abgekoppelte Finanzierungsregelung bei gleichzeitiger Wahrung der solidarischen Elemente der GKV sein.

Düsseldorf, 15. März 2006

Mit freundlichen Grüßen



(Dr. Johannes Kramer)
Präsident der KGNW

**Anlagen der Stellungnahme der
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen
(KGNW)**

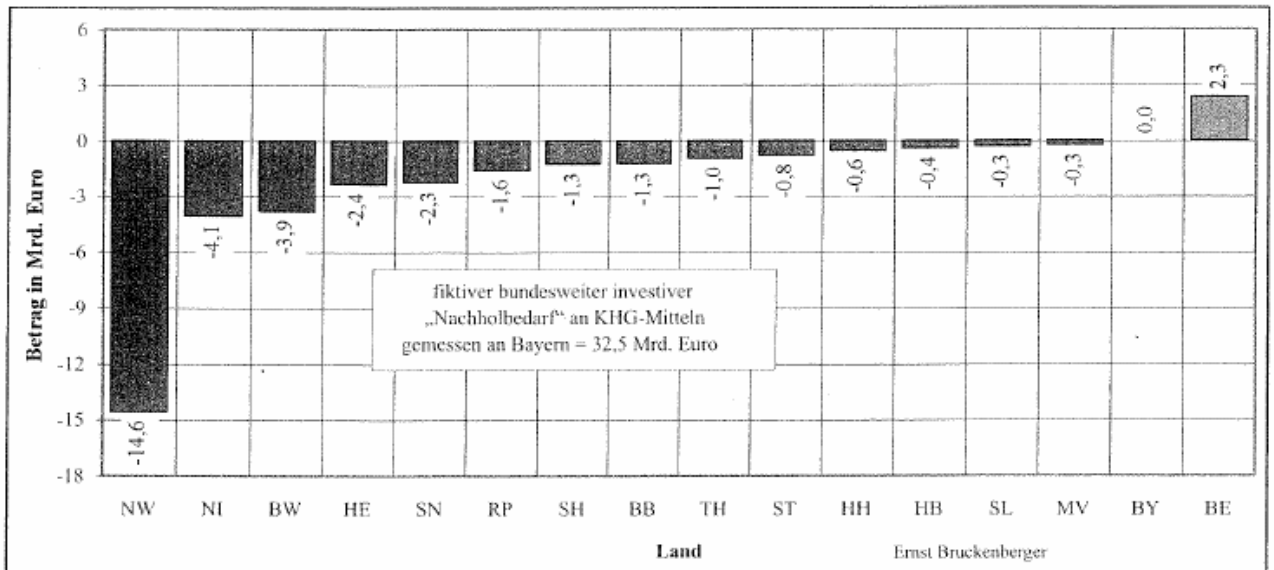
Anlage 1: Investitionsstau deutscher Krankenhäuser – 2005

Anlage 2: Ländervergleich der Landesbasisfallwerte 2005

Anlage 3: KHG-Mittel pro Planbett/Platz nach Ländern von 1972 (neue Länder ab 1991) bis 2005, in Euro

Anlage 4: Gegenüberstellung von Krankenhaus-Investitionsquote und Volkswirtschaftlicher Investitionsquote

Anlage 1: Investitionsstau deutscher Krankenhäuser – 2005



Quelle: Eigene Berechnungen und Darstellung auf der Grundlage von Daten der Haushaltsansätze der Länder

Quelle: Bruckenberg/Klaue/Schwintowski; "Krankenhausmärkte zwischen Regulierung und Wettbewerb", S. 80; Springer Verlag, 2005.

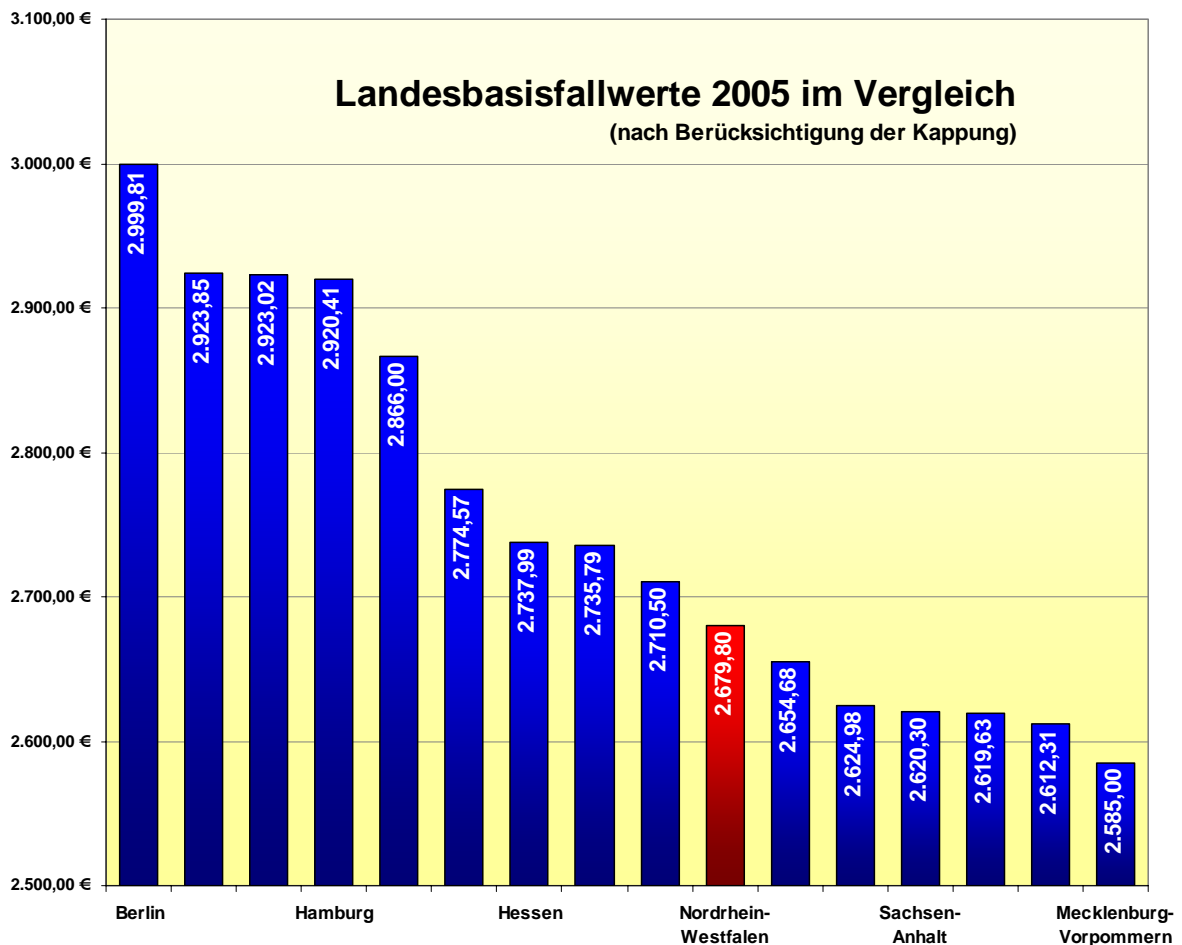
Anhand der nachhaltig unterschiedlichen KHG-Förderung je Planbett/Platz in den Bundesländern berechnet Dr. Bruckenberg in seiner neusten Publikation „Krankenhausmärkte zwischen Regulierung und Wettbewerb“ den Investitionsstau in den deutschen Krankenhäusern:

Gemessen an den seit 1973 in Bayern zur Verfügung gestellten KHG-Mitteln pro Planbett/Platz bestünde rechnerisch ein bundesweiter **investiver „Nachholbedarf“** an KHG-Mitteln von 32,5 Mrd. Euro . Er schwankt länderbezogen von 0,3 Mrd. Euro für Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt bis **14, 6 Mrd. Euro für Nordrhein-Westfalen**.

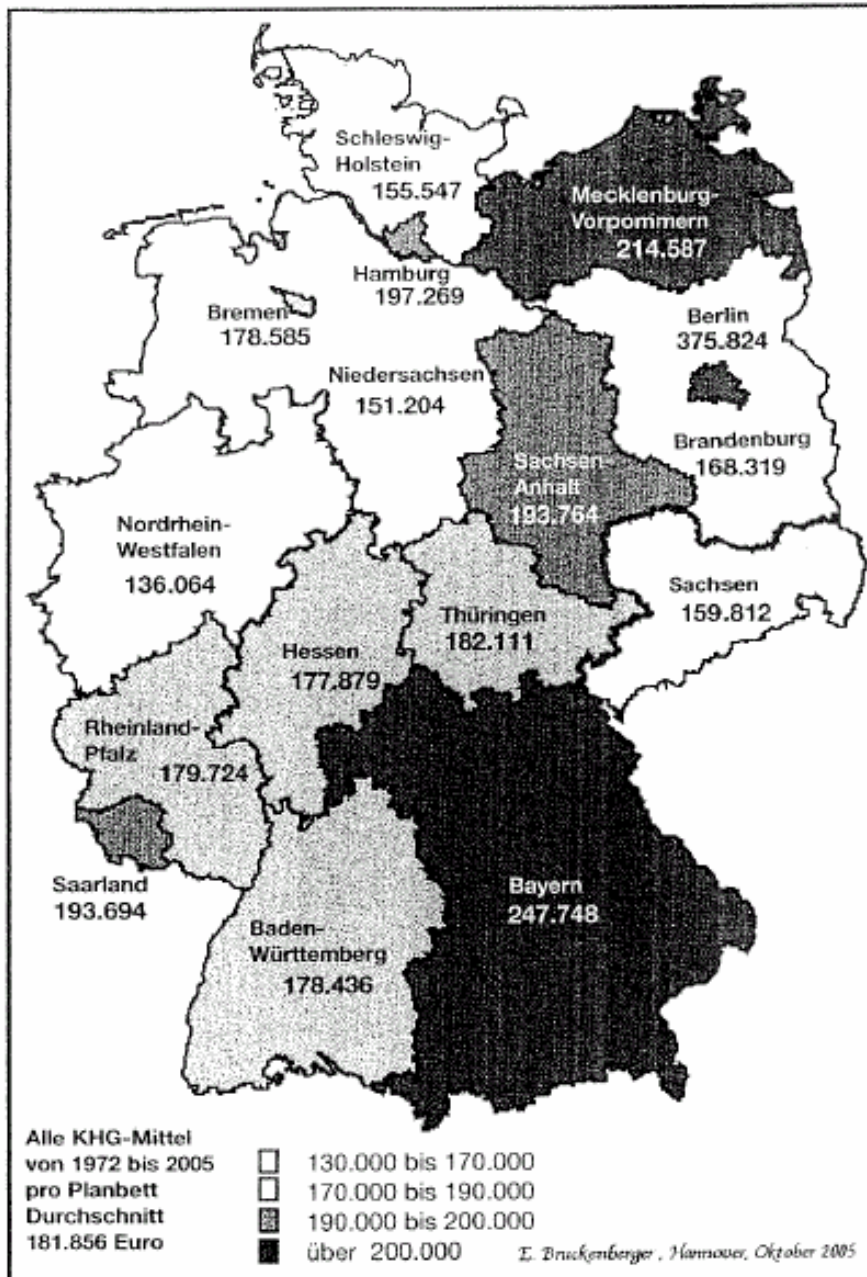
Anlage 2: Ländervergleich der Landesbasisfallwerte 2005

Übersicht über die vereinbarten/festgelegten Landesbasisfallwerte nach Kappung

Bundesland	LBFW
Berlin	2.999,81 €
Rheinland-Pfalz	2.923,85 €
Saarland	2.923,02 €
Hamburg	2.920,41 €
Bremen	2.866,00 €
Baden-Württemberg	2.774,57 €
Hessen	2.737,99 €
Niedersachsen	2.735,79 €
Bayern	2.710,50 €
Nordrhein-Westfalen	2.679,80 €
Sachsen	2.654,68 €
Thüringen	2.624,98 €
Sachsen-Anhalt	2.620,30 €
Schleswig Holstein	2.619,63 €
Brandenburg	2.612,31 €
Mecklenburg-Vorpommern	2.585,00 €



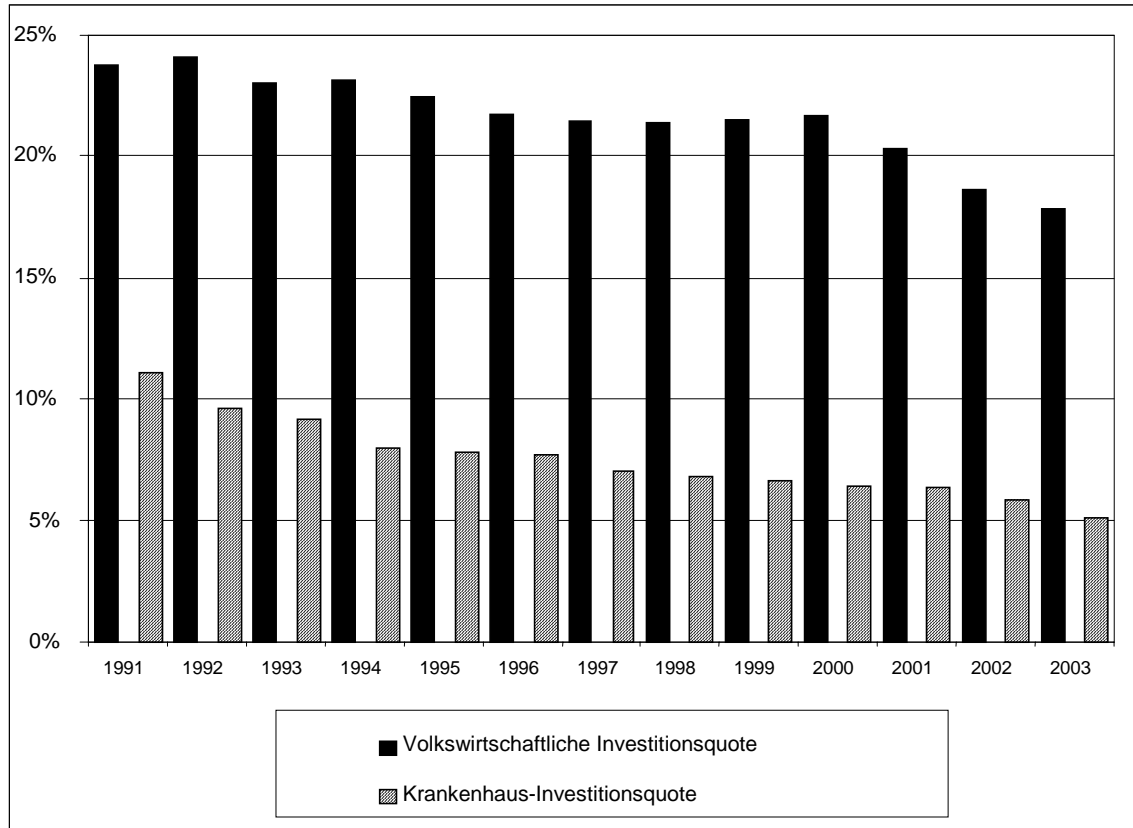
Anlage 3: KHG-Mittel pro Planbett/Platz nach Ländern von 1972 (neue Länder ab 1991) bis 2005, in Euro



Quelle: Bruckenberger/Klaue/Schwintowski; "Krankenhausmärkte zwischen Regulierung und Wettbewerb", S. 79; Springer Verlag, 2005.

Die **Schlusslicht-Position der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen** zeigt sich bei Betrachtung des Zeitraums von **1972 bis 2005**. Im Bundesdurchschnitt wurden von 1972-2005 pro Planbett/Platz 181.856 Euro an KHG-Mitteln zur Verfügung gestellt. Die in den einzelnen Ländern verfügbaren Mittel unterscheiden sich deutlich. Unter den alten Bundesländern liegt Bayern mit 247.748 Euro pro Planbett/Platz an der Spitze. Die **niedrigste KHG-Förderung** gab es in **Nordrhein-Westfalen** mit **136.064 Euro pro Planbett/Platz**.

Anlage 4: Krankenhaus-Investitionsquote vs. Volkswirtschaftliche Investitionsquote



Quelle: Statistisches Bundesamt, AOLG, eigene Berechnungen.

Der deutliche Rückgang der KHG-Fördermittel schlägt sich in einer für den Krankenhaus-sektor üblicherweise ermittelten Investitionsquote nieder. Zieht man zur Berechnung der Krankenhaus-Investitionsquote die Krankenhausgaben der GKV und PKV als Bezugsgröße für die KHG-Fördermittel heran, so ergibt sich für den Zeitraum zwischen 1991 und 2003 eine Abnahme der Investitionsquote von 11,1 (1991) auf 5,1 Prozent (2003).

Wie die Abbildung illustriert, lag die **Volkswirtschaftliche Investitionsquote** im Jahr 2003 jedoch bei 17,8 Prozent und **übertraf** damit die **Investitionsquote der Krankenhäuser um mehr als das Dreifache!**

Über einen längeren Zeitraum betrachtet ergibt sich folgendes Bild:

	1973	1983	2003
Krankenhaus-Investitionsquote	24,9%	13,0%	5,1%
Volkswirtschaftliche Investitionsquote	24,6%	21,1%	17,8%

Quelle: Statistisches Bundesamt, Brucknerberger, eigene Berechnungen.