

A photograph of a doctor in a white lab coat with a blue stethoscope around their neck. The doctor is holding a light blue piggy bank with both hands in front of their chest. The piggy bank is a classic pig shape with a coin slot on its back. The background is plain white. Two vertical red bars are positioned on the left and right sides of the image, framing the central content.

# INVESTITIONSFÄHIGKEIT DER DEUTSCHEN KRANKENHÄUSER



# INHALT

EXECUTIVE SUMMARY	7
DAS INVESTITIONSDILEMMA DER KRANKENHÄUSER	8
WIE SIND KRANKENHAUSINVESTITIONEN FINANZIERT?	9
WIE HABEN SICH DIE KRANKENHAUSINVESTITIONEN ENTWICKELT?	10
STUDIENDESIGN	11
IN WELCHEM UMFANG HABEN DIE KRANKENHÄUSER INVESTIERT?	12
NUR JEDER ZWEITE EURO FÜR INVESTITIONEN STAMMT AUS ÖFFENTLICHEN FÖRDERMITTELN	13
PESSIMISTISCHE EINSCHÄTZUNG DER KRANKENHÄUSER – EIGENFINANZIERUNG VON INVESTITIONEN WIRD WEITER STEIGEN	15
INVESTITIONEN FLIEßEN VOR ALLEM IN GEBÄUDE UND MEDIZINTECHNIK	16
EIGENFINANZIERUNG VON INVESTITIONEN ERFORDERT OPERATIVE GEWINNE	17
GEWINNMARGEN REICHEN ZUR EIGENFINANZIERUNG VON INVESTITIONEN NICHT AUS	18
DREI VON VIER KRANKENHÄUSERN SIND NICHT AUSREICHEND INVESTITIONSFÄHIG	20
INVESTITIONSSTAU – KRANKENHÄUSER BRAUCHEN FAST 7 MRD. € AN INVESTITIONSMITTELN PRO JAHR	22
GROSSER NACHHOLBEDARF IM IT-BEREICH	23
NICHT FÖRDERFÄHIGE INVESTITIONEN SPIELEN UNTERGEORDNETE ROLLE	24
HOHE AUSGABEN FÜR INSTANDHALTUNG	26
ZUKUNFT DER DUALEN FINANZIERUNG – KEIN EINHEITLICHES MEINUNGSBILD UNTER DEN KRANKENHÄUSERN	27
ZUKUNFT DER INVESTITIONSFÖRDERUNG – MEHRHEIT FÜR BEIBEHALTUNG VON EINZEL- UND PAUSCHALFÖRDERUNG	28
ZUKUNFT DER KRANKENHAUSPLANUNG – FEDERFÜHRUNG SOLL IN DEN LÄNDERN BLEIBEN	29
ZUKUNFT DER INVESTITIONSFINANZIERUNG – BETEILIGUNG DES BUNDES IST ERWÜNSCHT	30
GEGENSTAND DER KRANKENHAUSPLANUNG – ABSCHIED VON DER BETTENPLANUNG	31
QUALITÄTSORIENTIERTE KRANKENHAUSPLANUNG – GETEILTE AKZEPTANZ UNTER DEN KRANKENHÄUSERN	32
HANDLUNGSBEDARF – NEUAUSRICHTUNG DER INVESTITIONSFINANZIERUNG	33

## VORWORT



**Parwáz Rafiqpoor**

**Mitglied des Vorstands**

**BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft**

### **Investitionsstau gefährdet die Hälfte aller Krankenhäuser**

Die Gesundheitsbranche befindet sich im stetigen Wandel. Neue Behandlungsmethoden, individuellere Leistungen, technische und medizinische Innovationen – sie ermöglichen den Krankenhäusern Jahr für Jahr einen Fortschritt bei der patientenorientierten Vorsorge, Fürsorge und Heilung. Theoretisch. Denn ohne umfangreiche Investitionen in die bauliche, medizinische und informationstechnische Infrastruktur der Krankenhäuser kann dieser Fortschritt nicht realisiert werden. Während aber der Handlungsbedarf stetig wächst, schrumpft die tatsächliche Investitionsfähigkeit der rund 2.000 Krankenhäuser in Deutschland. Das ist ein gravierender Befund.

Fehlende finanzielle Ressourcen gefährden die Sicherstellung der Versorgung. Im Rahmen des dualen Finanzierungssystems ist es Aufgabe der Bundesländer, die ausreichende Investitionsfähigkeit der Krankenhäuser sicherzustellen. Dieser Verpflichtung kommen die Länder aber aus den unterschiedlichsten Gründen zusehends weniger nach. Deshalb müssen die Krankenhäuser einen Großteil der erforderlichen Investitionen aus eigenen Mitteln decken. Das Ergebnis ist erschreckend: Fast die Hälfte der Krankenhäuser schreibt Verluste.

Aus langer Erfahrung sind uns die widrigen Rahmenbedingungen für viele Krankenhäuser nur zu vertraut. Der Investitionsstau nimmt mit jedem Jahr weiter zu. Um in Zukunft die Wirtschaftlichkeit und damit letztlich die Existenz der Krankenhäuser zu gewährleisten, besteht dringender Handlungsbedarf. Hier sind Beteiligten gefragt, Abhilfe zu schaffen. Auch die Träger müssen neue Wege gehen, um ihrem Versorgungsauftrag im Sinne der Patienten gerecht werden zu können.

Die aktuelle Studie unterstreicht die dramatischen Defizite bei den Investitionsmöglichkeiten vieler Häuser. Die gegebenen Rahmenbedingungen hierfür können wir nicht ändern. Aber alle Beteiligten können mit Weitsicht, Mut und Kreativität geeignete Lösungen und innovative Konzepte entwickeln, um die Herausforderungen zu meistern. Gemeinsam mit den Trägern lassen sich auch in schwierigen Fällen Perspektiven für eine bedarfsgerechte, qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Sicherung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung entwickeln. Es gibt also Hoffnung. Die Probleme müssen nur tatkräftig angegangen werden.

Unser Dank gilt den Studienteilnehmern für ihre Unterstützung und dem Deutschen Krankenhausinstitut e.V. für die eingespielte und verlässliche Kooperation. Und den Lesern wünschen wir spannende und erhellende Einblicke.

## VORWORT



**Dr. Andreas Weigand**

**Vorstand Deutsches Krankenhausinstitut e.V.**

Die Politik sichert den Bürgern zu, dass jeder Mensch einen Anspruch auf medizinische Behandlung in „Beste Qualität“ hat. Zusätzlich ist es sogar im Gesetz verankert, dass ein Patient ein Recht auf Schmerzfreiheit hat.

In den letzten Jahren werden die Krankenhäuser medial von bestimmten Vertretern der Kostenträger und der Politik regelmäßig unter Generalverdacht genommen, Leistungen in schlechter Qualität zu erbringen, Leistungsmengen zu manipulieren, oder sogar Abrechnungsbetrug zu Lasten der Patienten und Kostenträger zu begehen.

Fragt man die Kritiker hingegen, wo auf der Welt sie sich stationär im Krankenhaus behandeln lassen würden, steht Deutschland meistens unter den 5 besten Nationen da.

Die fehlende Investition in die Struktur der Krankenhäuser, welche per Gesetz verbindlich geregelt sind, sind ein Ausdruck der dem Gesundheitswesen entgegengebrachten mangelnden Wertschätzung. Krankenhäuser sind eben nicht so systemrelevant wie z. B. Banken oder die Autoindustrie, wo in den letzten Jahren mit Bürgschaften, Investitionszuschüssen und realem Geld eine Subventionierung stattfand.

Lange werden die Krankenhäuser hier nicht mehr die hohe Qualität der Behandlungen aufrechterhalten können, wenn die fehlenden strukturellen Investitionen weiter zu großen Teilen aus den Behandlungserlösen erwirtschaftet werden müssen, zumal hier notwendige Leistungen mit Mehrleistungsabschlägen oder künftig mit Fixkostendegressionsabschlägen versehen werden. Zu Zeiten der Abwrackprämien für alte Autos und Unterstützungen von Banken hätte man sich hier eine entsprechende Investition in die Struktur der Krankenhäuser gewünscht.

Aus dieser sicher provokanten Sichtweise heraus ist es mehr als verständlich, dass die deutschen Krankenhäuser frustriert sind über die unzureichende Investitionsförderung. Die vorliegende Studie von BDO und DKI zeigt sehr plastisch, woher diese Frustration rührt und warum sie gut begründet ist.

Wir möchten uns ganz herzlich bei den Krankenhäusern bedanken, die an der Befragung teilgenommen haben. Unser Dank gilt gleichermaßen BDO für die gewohnt gute und verlässliche Zusammenarbeit.



---

## EXECUTIVE SUMMARY

Drei von vier Krankenhäusern in Deutschland sind nicht ausreichend investitionsfähig. Die unzureichende Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser ist der Hauptgrund, warum seit mehr als 10 Jahren zwischen 30 % und 50 % der Krankenhäuser Verluste schreiben.

Das ist das Ergebnis einer gemeinsamen Studie des Branchencenters Gesundheitswirtschaft der BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft und des Deutschen Krankenhausinstituts. Auf Basis einer repräsentativen Krankenhausbefragung liefert die Studie eine umfassende Bestandsaufnahme zur Investitionsfähigkeit der deutschen Krankenhäuser.

Die maßgebliche Ursache für die schwache Investitionsfähigkeit ist eine nicht hinreichende Finanzierung der Investitionskosten der Krankenhäuser durch die Bundesländer. Die Krankenhäuser sind gezwungen, die betriebswirtschaftlich erforderlichen Investitionen selbst zu finanzieren. Eigenmittelfinanzierte Investitionen schmälern das Betriebsergebnis bis hin zum Verlustrisiko. Eine unzureichende Investitionsquote führt zu einer Überalterung und zu Substanzverzehr bei der baulich-technischen Infrastruktur der Krankenhäuser mit möglicherweise abträglichen Folgen für die Patientenversorgung.

Faktisch wird nur noch die Hälfte der Krankenhausinvestitionen aus öffentlichen Fördermitteln bestritten. Die andere Hälfte der erforderlichen Investitionen steuern die Krankenhäuser anderweitig bei, etwa über Überschüsse aus den Leistungsentgelten. Die Gewinnmargen der Krankenhäuser reichen aber zumeist nicht aus, um den Investitionsbedarf zu decken oder Kredite finanzieren zu können. Nur jeweils rund ein Viertel der Krankenhäuser hat in den letzten Jahren eine hinreichende Rendite zur Finanzierung notwendiger Investitionen erzielt oder erwartet dies für die Zukunft.

Die Unterfinanzierung der Krankenhausinvestitionen führt zu einem erheblichen Investitionsstau. Für die nächsten fünf Jahre beträgt der Investitionsbedarf der deutschen Krankenhäuser rund 7 Mrd. € pro Jahr. Die öffentliche Förderquote durch die Bundesländer lag in den letzten Jahren nur bei 2,7 Mrd. € pro Jahr. Der Investitionsbedarf ist damit um das Zweieinhalbfache höher als aktuell die öffentlichen Fördermittel für Krankenhausinvestitionen.

Bei der Finanzierung der Investitionskosten besteht dringender Handlungsbedarf. Zur Deckung des Investitionsbedarfs ist das Fördervolumen für Krankenhausinvestitionen auf mindestens 7 Mrd. € pro Jahr aufzustocken. Dabei sind ggf. auch zusätzliche Finanzierungsquellen zu erschließen, z. B. Investitionszuschüsse des Bundes oder eine (Teil-)Finanzierung der Investitionskosten über die Leistungsentgelte. Ohne eine grundlegende und nachhaltige Lösung der Investitionsfinanzierung ist die Zukunft der Krankenhausversorgung nicht gesichert.

---

## DAS INVESTITIONSDILEMMA DER KRANKENHÄUSER

Die Krankenhausversorgung in Deutschland hat, maßgeblich bedingt durch die Einführung des Fallpauschalensystems im Jahr 2004 und andere gesundheitspolitische Interventionen, einen tiefgreifenden Strukturwandel erfahren. Das neue Entgeltsystem hat unstrittig zu mehr Transparenz, Leistungsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit in der stationären Versorgung beigetragen. Dennoch ist die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser in Deutschland nach wie vor sehr angespannt und schwierig. Seit 2004 schreiben, je nach Beobachtungsjahr, zwischen 30 % und 50 % der Krankenhäuser Verluste.<sup>1</sup>

Neben einer unzureichenden Finanzierung von Personalkostensteigerungen und der ambulanten Notfallversorgung ist dies vor allem auf eine nicht sachgerechte und hinreichende Finanzierung der Investitionskosten der Krankenhäuser zurückzuführen. Im Rahmen der öffentlichen Daseinsvorsorge sind die Bundesländer für die Planung und Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser verantwortlich. Allerdings kommen die Bundesländer ihren finanziellen Verpflichtungen für die Vorhaltung von Krankenhäusern schon seit langem nicht mehr ausreichend nach.<sup>2</sup>

Die Krankenhäuser sind daher gezwungen, die betriebswirtschaftlich gleichwohl unabdingbaren Investitionen anderweitig zu finanzieren, etwa aus Eigenmitteln des Krankenhauses (z. B. Überschüsse aus den Leistungsentgelten oder Wahlleistungen). Dies stellt die Krankenhäuser vor ein grundsätzliches Dilemma:

Auf der einen Seite schmälern eigenmittelfinanzierte Investitionen zwangsläufig das Betriebsergebnis bis hin zum Verlustrisiko; dies gilt umso mehr, als die Leistungsentgelte (Fallpauschalen) keine Investitionskostenanteile enthalten. Auf der anderen Seite führt eine unzureichende Investitionsquote zu einer Überalterung und zu Substanzverzehr bei der baulich-technischen Infrastruktur der Krankenhäuser mit möglicherweise abträglichen Folgen für die Patientenversorgung.

Vor diesem Hintergrund haben das Branchencenter Gesundheitswirtschaft der BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft und das Deutsche Krankenhausinstitut in einer gemeinsamen Studie die Investitionsfähigkeit der deutschen Krankenhäuser eingehender untersucht. Mittels einer repräsentativen Krankenhausbefragung erfolgt eine Standortbestimmung für dieses zentrale krankenhauspolitische Thema aus Sicht der betroffenen Krankenhäuser.

Dabei wurde zum einen die Ist-Situation analysiert. Wie hoch ist das Investitionsvolumen der Krankenhäuser? Wie verteilen sich die Krankenhausinvestitionen auf öffentliche Fördermittel und Eigenmittel? Woher stammen die Eigenmittel? Wofür werden die Investitionen verwendet?

Zum anderen sollten Handlungsoptionen für die Zukunft aufgezeigt werden. Wie hoch ist der künftige Investitionsbedarf der Krankenhäuser? Wie wollen die Krankenhäuser in Zukunft ihre Investitionen finanzieren? Welche politisch-rechtlichen Lösungsmöglichkeiten werden für das Investitionsdilemma empfohlen?

Die Veröffentlichung dieser Studie erfolgt zu einem Zeitpunkt, zu dem mit dem Krankenhaus-Strukturgesetz (KHSG) eine größere Krankenhausreform stattfindet. Das KHSG wird weitreichende Folgen für die Qualität und Finanzierung der stationären Versorgung haben. Die Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser wird aber, wie schon bei so vielen Krankenhausreformen zuvor, wiederum nicht angegangen. Mit unserer Standortbestimmung zur Investitionsfähigkeit der deutschen Krankenhäuser möchten wir unterstreichen, dass die Zukunft der Krankenhausversorgung ohne eine grundlegende und nachhaltige Lösung der Investitionsfinanzierung nicht gesichert ist.

<sup>1</sup> Vgl. Deutsches Krankenhausinstitut: Krankenhaus Barometer 2004 ff. Düsseldorf 2004 ff.

<sup>2</sup> Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft: Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern. Berlin 2015

---

## WIE SIND KRANKENHAUSINVESTITIONEN FINANZIERT?

Zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser gilt das sog. duale Finanzierungssystem. Demnach werden die Investitionskosten der Krankenhäuser weitgehend im Wege öffentlicher Förderung durch die Bundesländer getragen. Die Betriebs- und Behandlungskosten werden über die Leistungsentgelte von den Patienten bzw. den Kostenträgern finanziert.

Investitionskosten sind insbesondere die Kosten der Errichtung (Neu-, Um-, Erweiterungsbau) eines Krankenhauses einschließlich der Erstausrüstung mit den für den Betrieb notwendigen Anlagegütern sowie der Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als drei Jahren.

Hinsichtlich der Art der öffentlichen Förderung ist zwischen Pauschalförderung und Einzelförderung zu unterscheiden. Die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter mit einer Nutzungsdauer von mindestens drei Jahren (z.B. medizintechnische Geräte, Mobiliar) sowie kleinere bauliche Maßnahmen werden über pauschale Fördermittel finanziert, deren Höhe sich, je nach Bundesland unterschiedlich, etwa an der Bettenzahl oder Versorgungsstufe eines Krankenhauses orientiert.

Größere Investitionen mit einer längeren Nutzungsdauer (z.B. Neu- oder Erweiterungsbauten) wurden auf Antrag des Krankenhausträgers über eine zweckgebundene Einzelförderung im Rahmen des Investitionsprogramms des jeweiligen Bundeslandes finanziert.

Einige Bundesländer haben diese Art der Investitionsförderung in den letzten Jahren reformiert. So gibt es beispielsweise in Nordrhein-Westfalen statt der Einzelförderung sog. Baupauschalen; für bauliche Investitionen erhalten die Krankenhäuser dort pauschale Beträge, deren Höhe sich nach der Krankenhausleistung richtet (Zahl und Schwere der Fälle). In Brandenburg gibt es eine einheitliche Investitionspauschale für alle Zwecke des KHG.

Neben der Investitionsförderung bilden die Krankenhauspläne der Bundesländer das wichtigste Steuerungsinstrument, um eine bedarfsgerechte und wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern sicherzustellen. Die Aufnahme in den Krankenhausplan des Landes ist eine Voraussetzung für die öffentliche Investitionsförderung eines Krankenhauses. Zumeist führen die Krankenhauspläne die für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendigen Krankenhäuser vor allem nach Standorten, Bettenzahlen und Fachrichtungen auf.

Qualitätsbezogene Planungsvorgaben gibt es bislang vergleichsweise selten und beschränkt auf wenige Leistungsbereiche (z.B. Neonatologie, Geriatrie). Nach dem Krankenhaus-Strukturgesetz sollen in Zukunft auch ausgewählte Qualitätsindikatoren Plangrößen der Landeskrankenhausplanung darstellen.

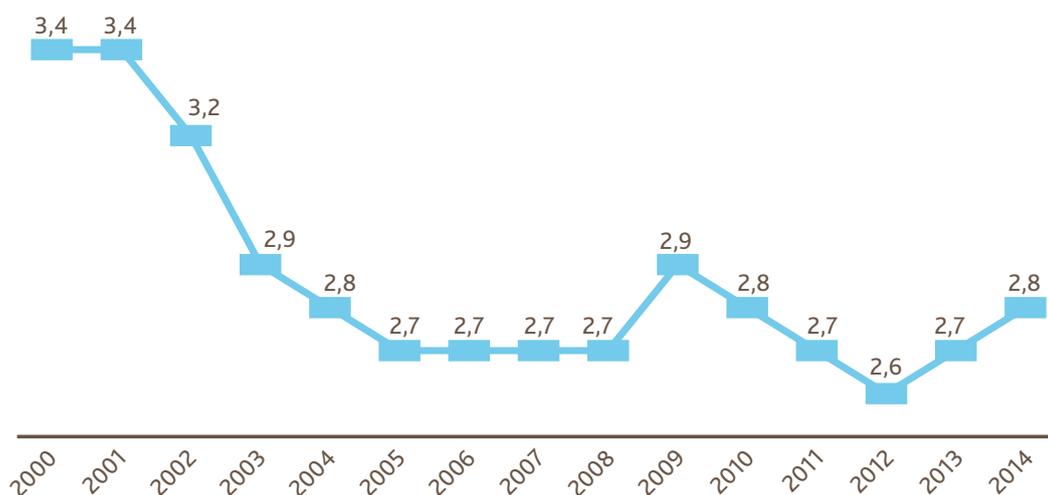
---

## WIE HABEN SICH DIE KRANKENHAUSINVESTITIONEN ENTWICKELT?

Die Förderung der Länder für Krankenhausinvestitionen nach dem KHG beliefen sich im Jahr 2014 auf 2,8 Mrd. €. Nach der Art der Investitionsförderung entfallen etwa 1,6 Mrd. € (57 %) auf die Einzelförderung (inkl. Baupauschalen) und knapp 1,2 Mrd. € (43 %) auf die Pauschalförderung. In der Tendenz sind die KHG-Fördermittel seit dem Jahr 2000 rückläufig.<sup>3</sup>

Allein zwischen 2000 und 2005 sanken die KHG-Fördermittel der Länder um etwa 700 Mio. € von 3,4 Mrd. € auf 2,7 Mrd. €. Seitdem haben sich die Werte weitgehend auf diesem Niveau stabilisiert. So entspricht der aktuelle Wert des Jahres 2014 mit 2,8 Mrd. € fast exakt dem Wert des Jahres 2005.

### Entwicklung der KHG-Fördermittel 2000–2014 (in Mrd. Euro)



Quelle: Deutsche Krankenhausgesellschaft

© BDO/DKI

Nominell liegt der Rückgang der KHG-Fördermittel seit dem Jahr 2000 bei etwa 18 %. Real, d.h. inflations- oder preisbereinigt, beträgt der Rückgang sogar rund 25 %. Angesichts dieser Entwicklung reichen die zur Verfügung stehenden öffentlichen Fördermittel bei weitem nicht mehr aus, um den Investitionsbedarf der Krankenhäuser zu decken.

<sup>3</sup> Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft: Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern. Berlin 2015

## STUDIENDESIGN

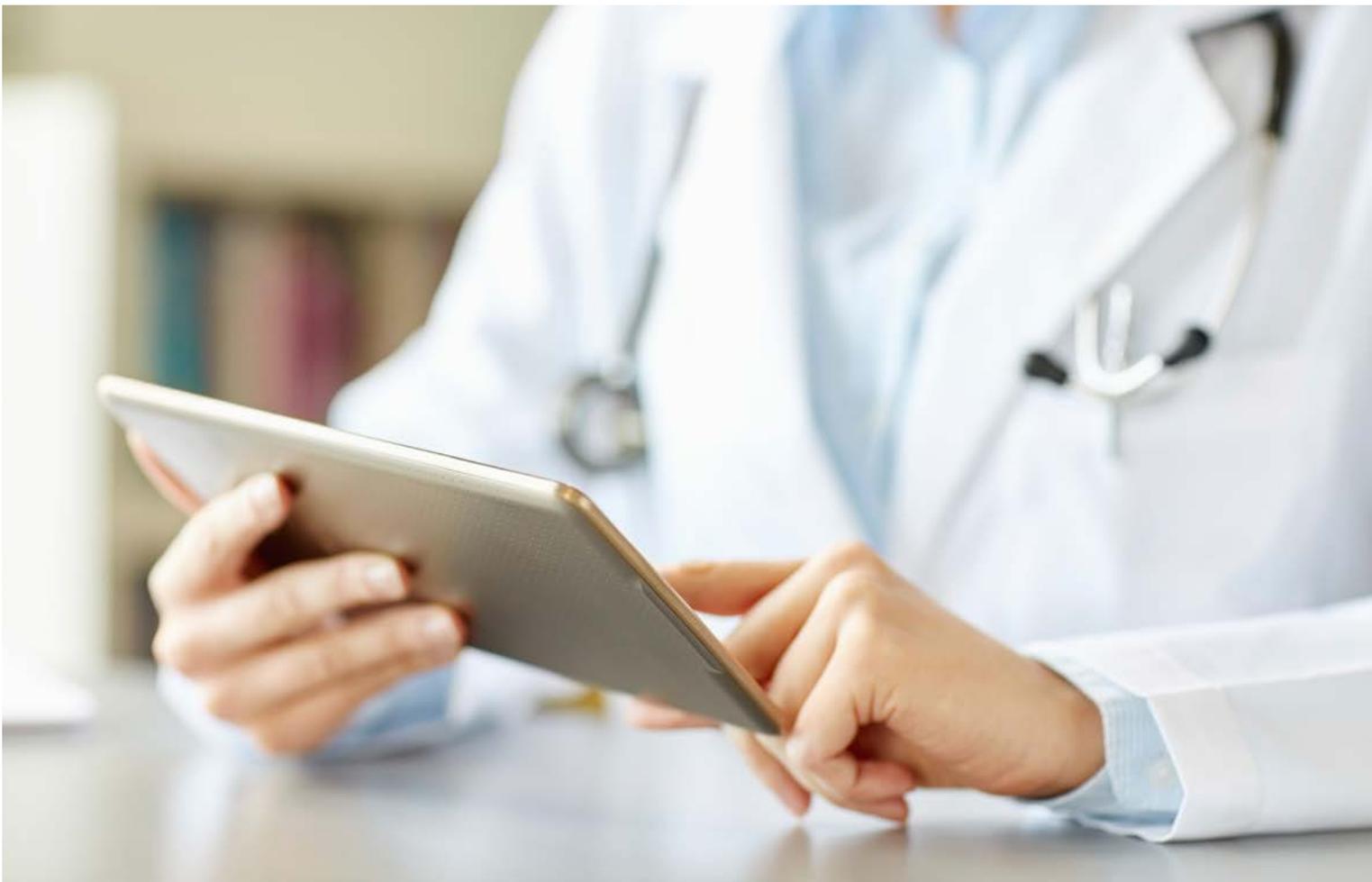
Grundgesamtheit der Befragung zur Investitionsfähigkeit der deutschen Krankenhäuser bilden die zugelassenen Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten. Krankenhäuser unter 50 Betten wurden nicht in die Erhebung einbezogen, da es sich vielfach um Kliniken mit einer besonderen Struktur handelt (z. B. Privatkliniken ohne Versorgungsauftrag, kleine Fach- und Belegkliniken). Durch die Nicht-Einbeziehung dieser Häuser, auf die bundesweit lediglich ca. 1 % der Betten, der Patienten und des Krankenhauspersonals entfallen, wird eine homogenere Gruppe der kleineren Krankenhäuser in der Grund- und Regelversorgung geschaffen.

Aus dieser Grundgesamtheit wurde eine nach Bettengrößenklassen gestaffelte, disproportionale Zufallsstichprobe gezogen. An der Befragung beteiligten sich 167 Allgemeinkrankenhäuser. Um eine Unter- bzw. Überrepräsentanz von Krankenhäusern unterschiedlicher Größe infolge der disproportionalen Stichprobe auszugleichen, wurden die Ergebnisse nach Bettengrößenklassen gewichtet.

Nach Maßgabe dieser Gewichtung sind die Ergebnisse repräsentativ für die Grundgesamtheit der Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten.

Die standardisierte Befragung wurde von Juni bis September 2015 durchgeführt. Da die Befragung in die Sommer- oder Ferienzeit fiel, erstreckte sie sich auf einen vergleichsweise langen Zeitraum.

Grundlage der Befragung bildete ein gemeinsam von BDO und DKI entwickelter Fragebogen mit 21 Fragen bzw. rund 70 Items. Adressaten der Befragung waren die Geschäftsführer der Krankenhäuser.



## IN WELCHEM UMFANG HABEN DIE KRANKENHÄUSER INVESTIERT?

In der Befragung sollten die Krankenhäuser die Höhe der Investitionen für die Jahre 2012–2014 insgesamt angeben. Hierbei wurden als Investitionsvolumen die Zugänge laut Anlagennachweis ohne Finanzanlagen definiert. Die Angaben der Teilnehmerkrankenhäuser wurden auf die Grundgesamtheit der Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten hochgerechnet.

Die Hochrechnung zeigt, dass die durchschnittliche Investitionssumme je Jahr bei 5,3 Mrd. € liegt. Das entspricht einem mittleren Investitionsvolumen von rund 11,8 Tsd. € je Bett oder 3,2 Mio. € je Allgemeinkrankenhaus ab 50 Betten und Jahr.

Investitionen je Jahr 2012-2014	Kennwerte
Investitionssumme gesamt	5,3 Mrd. €
davon	
Einzelförderung	1,5 Mrd. €
Pauschalförderung	1,2 Mrd. €
Nicht geförderte Investitionen	2,6 Mrd. €
Investitionen je Krankenhaus	3,2 Mio. €
Investitionen je Bett	11,8 Tsd. €

Von der gesamten Investitionssumme von 5,3 Mrd. € entfallen knapp 2,7 Mrd. € auf öffentliche Fördermittel und 2,6 Mrd. € auf eigenmittelfinanzierte Investitionen. Die geförderten Investitionen teilen sich in Einzel- und Pauschalförderung auf. Hierbei umfasst die Pauschalförderung 1,2 Mrd. € und die Einzelförderung 1,5 Mrd. €.<sup>4</sup>

<sup>4</sup> Nicht berücksichtigt sind hier psychiatrische Krankenhäuser und Allgemeinkrankenhäuser unter 50 Betten. Aufgrund von Stichprobeneffekten wird in der Hochrechnung die Höhe der öffentlichen Fördermittel etwas überschätzt, insofern der resultierende Wert von 2,7 Mrd. € dem tatsächlichen Wert für alle Krankenhäuser im genannten Zeitraum entspricht.

## NUR JEDER ZWEITE EURO FÜR INVESTITIONEN STAMMT AUS ÖFFENTLICHEN FÖRDERMITTELN

Für die Jahre 2012–2014 sollten die Krankenhäuser die Herkunft ihrer Investitionsmittel beziffern.<sup>5</sup> Danach wird nur noch die Hälfte der tatsächlich getätigten Krankenhausinvestitionen mit öffentlichen Fördermitteln finanziert (51 %).

In einem Viertel der Krankenhäuser liegt die öffentliche Förderquote nur noch bei 34 % oder weniger (unterer Quartilswert). Lediglich ein Viertel der Einrichtungen erreicht eine Förderquote von 69 % oder mehr (oberer Quartilswert).

### Anteil öffentlicher Fördermittel an den Investitionen der Krankenhäuser (Angaben in %)



© BDO/DKI

Von der öffentlichen Förderquote von 51 % entfallen 23 %-Punkte auf die Pauschalförderung für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter sowie kleine bauliche Maßnahmen. 28 %-Punkte werden auf Antrag des Krankenhausträgers durch Einzelförderung über die Investitionsprogramme der Länder finanziert (inkl. Baupauschalen).

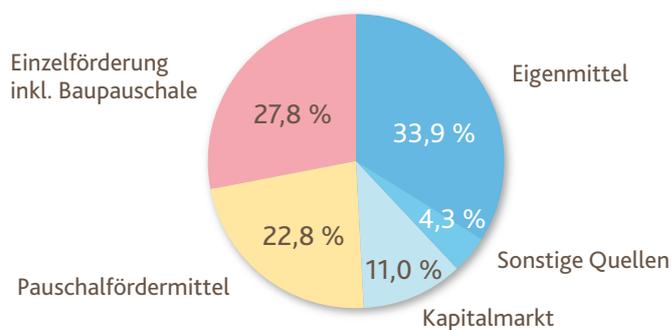
Lediglich die Hälfte der Krankenhäuser (51 %) hat in den Jahren 2012–2014 Einzelfördermittel erhalten. Verwendungszwecke für die Einzelförderung waren vor allem Neu- und Erweiterungsbauten. So wurde u. a. investiert in den Neubau von Bettenstationen oder in medizinische Einrichtungen. Darüber hinaus wurde auch die Verwendung von Einzelfördermitteln für die medizintechnische Ausstattung wie Herzkatheterlabor, Micro-CT oder PET-MRT genannt.

<sup>5</sup> Die Universitätskliniken sind in den folgenden Analysen wegen der Besonderheiten ihrer Investitionsfinanzierung nicht berücksichtigt.



Den nicht geförderten Anteil der Investitionen müssen die Krankenhäuser anderweitig aufbringen. 34 % stammen direkt aus Eigenmitteln des Krankenhauses (z. B. Wahlleistungserlöse, Überschüsse aus den Leistungsentgelten). Weitere 11 % werden über Kredite finanziert. Der Rest entfällt auf andere Finanzierungsquellen (z. B. Spenden, Fördervereine, Trägerzuschüsse und in den neuen Bundesländern bis Ende 2014 Investitionsmittel nach Art. 14 Gesundheitsstrukturgesetz).

### Herkunft der Investitionsmittel der Krankenhäuser 2012–2014



Abweichungen von 100% in dieser und folgenden Grafiken sind Rundungsdifferenzen geschuldet

© BDO/DKI

Nach Krankenhausgröße sind die größeren Krankenhäuser von der unzureichenden öffentlichen Investitionsfinanzierung überproportional betroffen. Während der Anteil der öffentlichen Investitionsmittel in den Krankenhäusern ab 600 Betten im Mittel nur noch bei rund einem Drittel liegt, entspricht er in den kleineren Häusern in etwa dem Bundesdurchschnitt.

## PESSIMISTISCHE EINSCHÄTZUNG DER KRANKENHÄUSER – EIGENFINANZIERUNG VON INVESTITIONEN WIRD WEITER STEIGEN

Wie wird sich die Herkunft der Investitionsmittel in Zukunft verändern? Für diese Frage sollten die Krankenhäuser eine Einschätzung für die nächsten fünf Jahre abgeben.

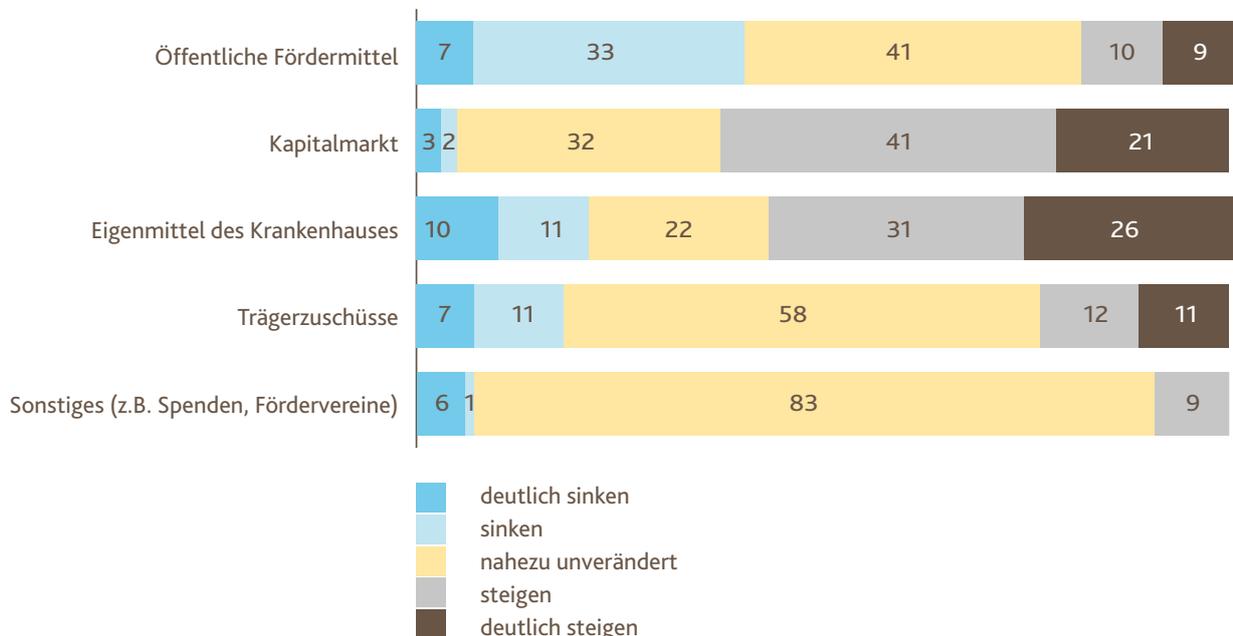
Die Krankenhäuser sind pessimistisch, was die künftigen Finanzierungsquellen für Investitionen anbelangt. Nur noch 19 % der Häuser erwarten einen Anstieg der öffentlichen Investitionsmittel. Jeweils rund 40 % der Häuser gehen von unveränderten oder sinkenden öffentlichen Fördermitteln aus.

Vor allem die Investitionsfinanzierung über den Kapitalmarkt wird an Bedeutung weiter zunehmen. Fast zwei Drittel der Krankenhäuser erwarten künftig einen steigenden Anteil dieser Finanzierungsquelle.

Über die Hälfte der Häuser geht davon aus, dass Eigenmittel des Krankenhauses in Zukunft noch häufiger als heute für die Finanzierung von Investitionen herangezogen werden müssen.

Bei den anderen Finanzierungsquellen, wie Trägerzuschüsse, Spenden, Fördervereine etc., erwartet die Mehrheit der Krankenhäuser keine Veränderungen.

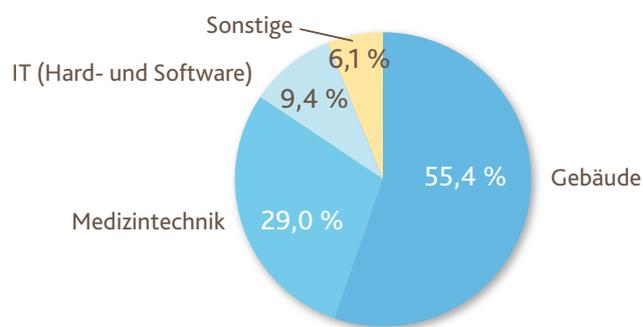
### Erwartete Entwicklung der Herkunft der Investitionsmittel in den nächsten 5 Jahren (Krankenhäuser in %)



## INVESTITIONEN FLIESSEN VOR ALLEM IN GEBÄUDE UND MEDIZINTECHNIK

In den Jahren 2012–2014 verwendeten die Krankenhäuser ihre Investitionen zum überwiegenden Teil (55 %) für den Neu- und Umbau von Gebäuden. In die Medizintechnik flossen 29 % der investierten Mittel. Der Anteil für IT (Hard- und Software) lag bei 9 %. Die restlichen 6 % der eingesetzten Investitionsmittel entfielen auf andere Verwendungszwecke.

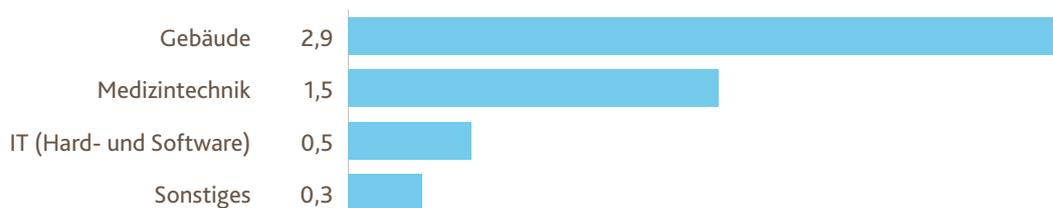
### Investitionsverwendung für die Jahre 2012–2014 (Angaben in %)



© BDO/DKI

Rechnet man die Angaben der Krankenhäuser in Eurobeträge um, so investierten die Krankenhäuser je Jahr im Mittel 2,9 Mrd. € in Gebäude. Für Medizintechnik wurden durchschnittlich 1,5 Mrd. € ausgegeben. IT-Investitionen lagen bei 0,5 Mrd. € und für Sonstiges gaben die Allgemeinkrankenhäuser 0,3 Mrd. € aus.

### Investitionsverwendung pro Jahr 2012–2014 (Angaben in Mrd. Euro)



© BDO/DKI

## EIGENFINANZIERUNG VON INVESTITIONEN ERFORDERT OPERATIVE GEWINNE

Nur rund die Hälfte der tatsächlich getätigten Investitionen in den deutschen Krankenhäusern stammt aus öffentlichen Fördermitteln. Den Rest müssen die Krankenhäuser anderweitig aufbringen. Allein zur Finanzierung der erforderlichen Investitionen müssen sie daher eine bestimmte Rendite erwirtschaften.

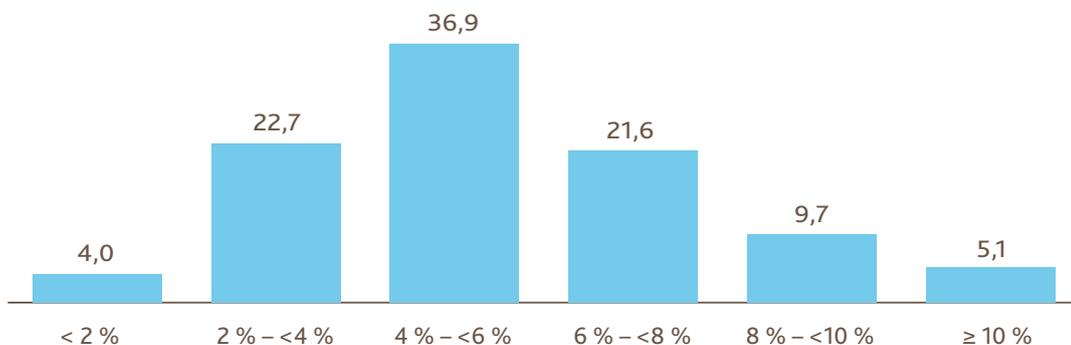
Wie hoch diese ausfallen muss, um die eigenmittelfinanzierten Investitionen refinanzieren zu können, sollten die Krankenhäuser anhand des operativen Gewinns oder der EBITDA-Marge (Gewinn vor Zinsen, Steuern und Abschreibungen) beziffern.

Demnach benötigt gut ein Drittel der Krankenhäuser (37 %) eine EBITDA-Marge von 4 %-6 %, um die erforderlichen Investitionen finanzieren zu können. Jeweils gut ein Fünftel braucht zu diesem Zweck eine EBITDA-Marge von 2 %-4 % bzw. 6 %-8 %.

Kumuliert ist in fast drei Vierteln der Krankenhäuser eine EBITDA-Marge von mindestens 4 % erforderlich, um die eigenmittelfinanzierten Investitionen refinanzieren zu können.

Nach Krankenhausgrößen war die entsprechende Verteilung sehr heterogen, sodass in dieser Hinsicht keine eindeutigen Aussagen getroffen werden können.

### Erforderliche EBITDA-Marge zur Finanzierung eigenmittelfinanzierter Investitionen des Krankenhauses (Krankenhäuser in %)



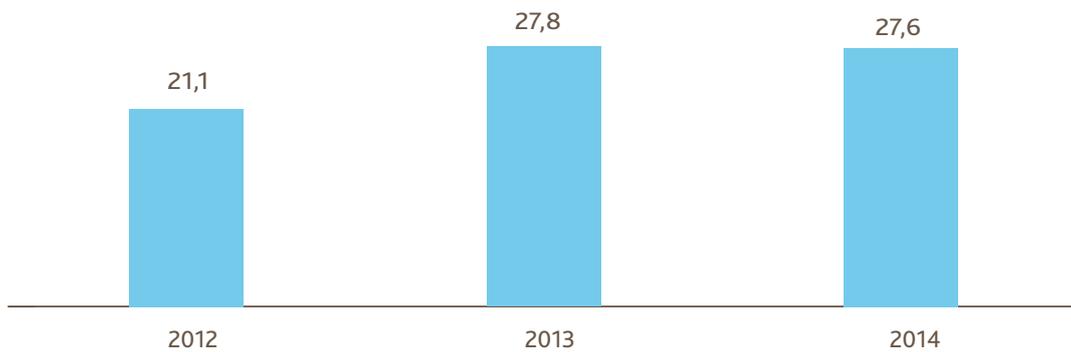
## GEWINNMARGEN REICHEN ZUR EIGENFINANZIERUNG VON INVESTITIONEN NICHT AUS

Angesichts der zur Eigenmittelfinanzierung von Investitionen nötigen Renditen stellt sich die Frage, inwieweit die Krankenhäuser ihre erforderliche EBITDA-Marge regelmäßig erreichen bzw. auch künftig erreichen werden.

In den Jahren 2012–2014 reichten die operativen Gewinne der Krankenhäuser zumeist nicht aus, um die eigenmittelfinanzierten Investitionen decken zu können. In diesen Jahren erreichten nur zwischen 21% (2012) und knapp 28% der Krankenhäuser (2013, 2014) ihre erforderliche EBITDA-Marge.

Gut die Hälfte der Krankenhäuser (53%) glaubt auch nicht, ausreichend Potenzial zu haben, um die jeweils erforderliche EBITDA-Marge in den nächsten fünf Jahren regelmäßig zu erreichen. 22% der Häuser ist in dieser Hinsicht zuversichtlich. Die Übrigen konnten hierzu noch keine Angaben machen.

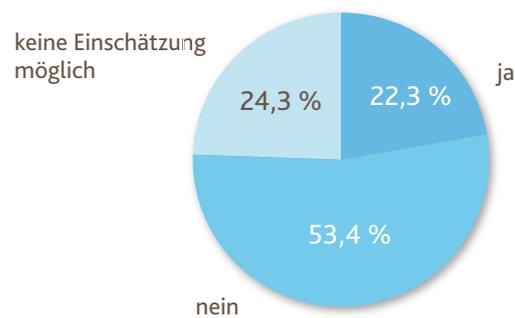
### Ausreichende EBITDA-Marge zur Finanzierung eigenmittelfinanzierter Investitionen des Krankenhauses (Krankenhäuser in %)



---

**Ausreichend Potenziale, die erforderliche EBITDA-Marge in den nächsten fünf Jahren  
regelmäßig zu erreichen (Krankenhäuser in %)**

---



---

© BDO/DKI

Nach Krankenhausgrößen betrachtet, erzielten Häuser in der mittleren Bettengrößenklasse mit 300-599 Betten in der Vergangenheit häufiger ihre erforderliche EBITDA-Marge als kleinere und größere Häuser. Des Weiteren waren sie auch zuversichtlicher hinsichtlich ihrer operativen Gewinne in den nächsten fünf Jahren. Auch die Ergebnisse des DKI-Krankenhaus Barometers zeigen regelmäßig, dass die wirtschaftliche Lage und die wirtschaftlichen Ergebnisse in den mittelgroßen Häusern besser ausfallen als in den übrigen Größenklassen.<sup>6</sup>

---

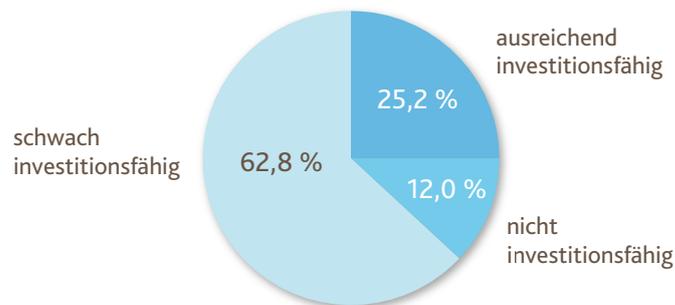
<sup>6</sup> Vgl. Deutsches Krankenhausinstitut: Krankenhaus Barometer 2004 ff. Düsseldorf 2004ff.

## DREI VON VIER KRANKENHÄUSERN SIND NICHT AUSREICHEND INVESTITIONSFÄHIG

Auch in ihrer Selbsteinschätzung betrachten die Krankenhäuser ihre Investitionsfähigkeit derzeit äußerst kritisch. Aktuell schätzt sich nur ein Viertel der Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten in Deutschland als ausreichend investitionsfähig ein.

Fast zwei Drittel der Einrichtungen stufen sich als schwach investitionsfähig ein. 12 % der Befragungsteilnehmer betrachten sich als nicht investitionsfähig.

### Selbsteinschätzung der Krankenhäuser zur Investitionsfähigkeit (Krankenhäuser in %)

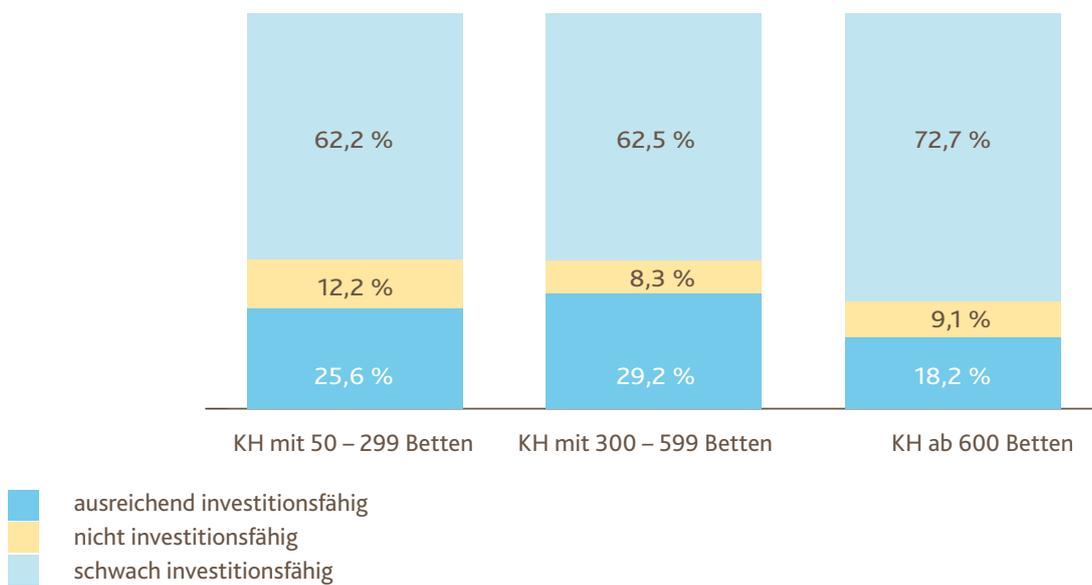


© BDO/DKI

Nach Krankenhausgröße schätzen vor allem die großen Krankenhäuser ab 600 Betten ihre Investitionsfähigkeit relativ gering ein. Der Anteil der schwach investitionsfähigen Häuser fällt hier überproportional aus (73 %), der Anteil der ausreichend investitionsfähigen Häuser unterproportional (18 %). Die Werte für die übrigen Bettengrößenklassen entsprechen näherungsweise dem Bundesdurchschnitt.



### Selbsteinschätzung der Krankenhäuser zur Investitionsfähigkeit nach Bettengrößenklassen (Krankenhäuser in %)



## INVESTITONSSTAU – KRANKENHÄUSER BRAUCHEN FAST 7 MRD. € AN INVESTITIONSMITTELN PRO JAHR

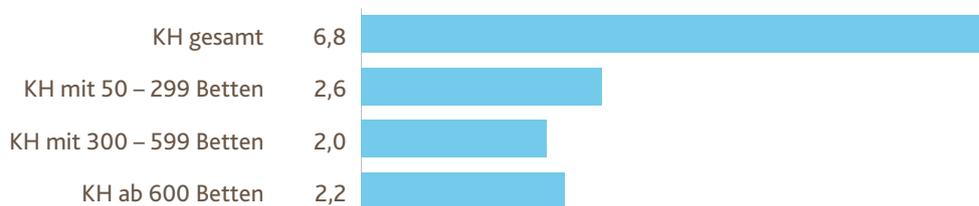
Die Befragungsteilnehmer sollten den Investitionsbedarf für ihr Krankenhaus für die nächsten fünf Jahre (2016–2020) schätzen. Hochgerechnet auf die Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten in Deutschland liegt der taxierte Investitionsbedarf für die Jahre 2016–2020 bei insgesamt 33,9 Mrd. €. Der Investitionsbedarf der Krankenhäuser pro Jahr des Prognosezeitraums beträgt somit 6,8 Mrd. €.

Er liegt damit etwa um das Zweieinhalbfache über den jährlich bereitgestellten öffentlichen Fördermitteln für Krankenhausinvestitionen in den Jahren 2012-2014 (2,7 Mrd. €) und immerhin noch um gut ein Fünftel über den durchgeführten Investitionen (Förder- und Eigenmittel) pro Jahr dieses Zeitraums (5,3 Mrd. €).

Die öffentlichen Fördermittel decken somit nur noch rund 40% des Investitionsbedarfs der deutschen Krankenhäuser. Selbst zu den tatsächlich getätigten Investitionen besteht eine große Investitionslücke. Die Unterfinanzierung der Krankenhausinvestitionen mit Fördermitteln führt damit zu einem erheblichen Investitionsstau.

Vom jährlichen Investitionsbedarf von 6,8 Mrd. € insgesamt entfallen jeweils rund 2 Mrd. € bzw. jeweils rund ein Drittel des Gesamtbedarfs auf die drei Bettengrößenklassen.

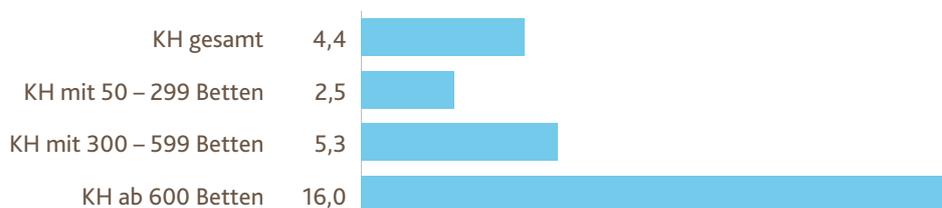
### Investitionsbedarf der Krankenhäuser insgesamt pro Jahr für 2016–2020 (Angaben in Mrd. Euro)



© BDO/DKI

Herunter gebrochen auf das einzelne Krankenhaus liegt der durchschnittliche Investitionsbedarf je Krankenhaus bei 4,4 Mio. € pro Jahr des Prognosezeitraums (2016–2020). Bei relativ starker Streuung innerhalb der einzelnen Bettengrößenklassen steigt der Investitionsbedarf mit zunehmender Krankenhausgröße überproportional an. Während die großen Häuser ab 600 Betten ihren Investitionsbedarf auf durchschnittlich 16,0 Mio. € pro Jahr taxieren, fällt er in der unteren Bettengrößenklasse (2,5 Mio. €) und der mittleren Bettengrößenklasse (5,3 Mio. €) merklich niedriger aus.

### Investitionsbedarf pro Krankenhaus und Jahr für 2016–2020 (Angaben in Mio. Euro)



© BDO/DKI

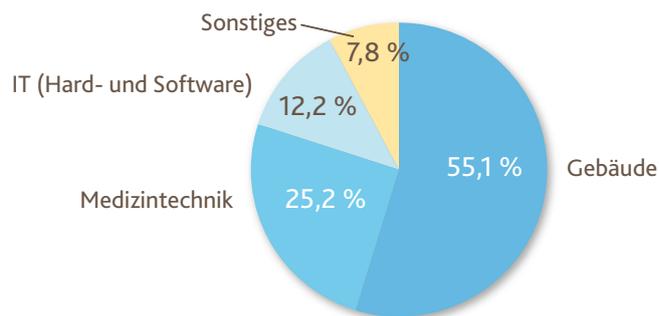
## GROSSER NACHHOLBEDARF IM IT-BEREICH

Gefragt nach der Verwendung ihres Investitionsbedarfs für die Jahre 2016–2020 planen die Krankenhäuser mehr als die Hälfte (55 %) der erforderlichen Mittel in Gebäude (Neu-/Umbau) zu investieren. Ein Viertel der Investitionen soll in die Medizintechnik fließen.

Der Anteil für IT (Hard- und Software) liegt bei 12 %. Verglichen mit früheren Befragungen würde sich der IT-Anteil damit in etwa verdoppeln. Dies legt die Schlussfolgerung nahe, dass gerade im IT-Bereich ein besonderer Investitions- oder Nachholbedarf besteht.

Die restlichen 8% des Investitionsbedarfs entfallen auf andere Verwendungszwecke (z. B. die Einrichtung und Ausstattung von Behandlungs- und Krankenzimmern, technische Betriebsanlagen etc.).

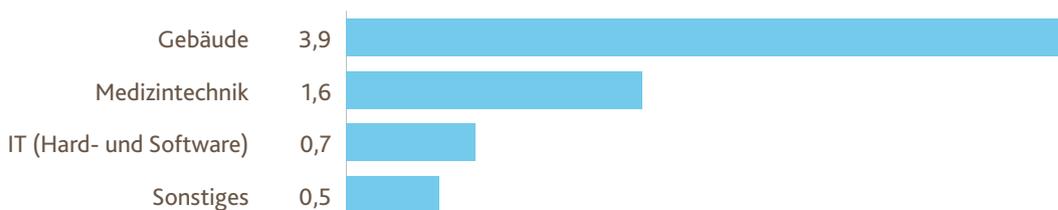
### Geplante Investitionsverwendung für die Jahre 2016–2020 (Angaben in %)



© BDO/DKI

Umgerechnet auf den künftigen Investitionsbedarf von 6,8 Mrd. € pro Jahr entfallen 3,9 Mrd. € davon auf Investitionen in Gebäude, 1,6 Mrd. € auf die Medizintechnik, 0,7 Mrd. € auf die IT und weitere 0,5 Mrd. € auf sonstige Verwendungszwecke.

### Geplante Investitionsverwendung pro Jahr für 2016–2020 (Angaben in Mrd. Euro)



© BDO/DKI

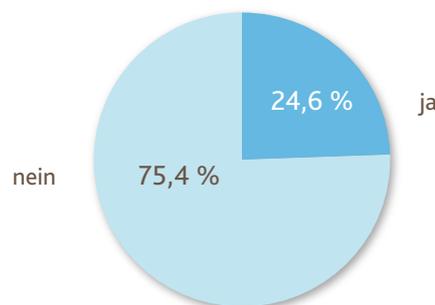
## NICHT FÖRDERFÄHIGE INVESTITIONEN SPIELEN UNTERGEORDNETE ROLLE

Die Verwendung der Fördermittel ist durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und die Landeskrankenhausgesetze eindeutig geregelt. Die Verwendung ist nachweispflichtig und wird durch die zuständigen Aufsichtsbehörden kontrolliert.

Gleichwohl können Krankenhäuser auch im Sinne des KHG nicht förderfähige Investitionen durchführen. Aus rechtlichen Gründen müssen sie diese aber aus Eigenmitteln finanzieren. Nicht förderfähige Investitionen können beispielsweise die Wahlleistung Unterkunft oder sonstige Wahlleistungen betreffen (Privatstationen, Patientenhotels, besondere Zimmerausstattung etc.). Entsprechende Investitionen können für die Krankenhäuser zur Erwirtschaftung zusätzlicher Mittel attraktiv sein, die ggf. wiederum anderweitig investiert werden können.

Etwa ein Viertel der befragten Krankenhäuser gab an, in den Jahren 2012–2014 in diesem Sinne nicht förderfähige Investitionen nach KHG durchgeführt zu haben. In dieser Hinsicht gab es faktisch keine Unterschiede nach Krankenhausgröße.

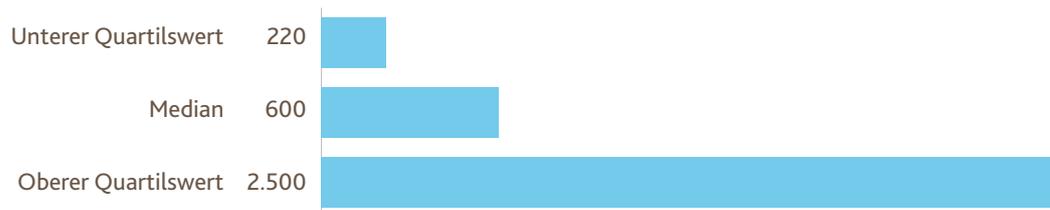
### Nach KHG nicht förderfähige Investitionen in den Jahren 2012–2014 (Krankenhäuser in %)



© BDO/DKI

Bezogen auf das Viertel der Häuser mit entsprechenden Investitionen, lag die Investitionssumme für diese nicht förderfähige in Investitionen für den Zeitraum 2012–2014 im Mittel (Median) bei 600 Tsd. € pro Krankenhaus. Der untere Quartilswert lag bei 220 Tsd. € und der obere Quartilswert bei 2,5 Mio. €.

### Investitionssummen 2012–2014 für nicht nach KHG förderfähige Investitionen (Angaben in Tsd. Euro)



© BDO/DKI

Hochgerechnet auf die Grundgesamtheit der Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten in Deutschland betrug die Investitionssumme für nicht förderfähige Investitionen rund 75 Mio. € pro Jahr. Das Verhältnis von nicht förderfähigen Investitionen zu den Investitionen insgesamt liegt damit bei gut 1%. Absolut wie relativ sind diese Investitionen also weitgehend zu vernachlässigen.



## HOHE AUSGABEN FÜR INSTANDHALTUNG

Neben den Investitionskosten für Anlagegüter entstehen Kosten für deren Instandhaltung. Instandhaltungskosten sind jedoch keine Investitionskosten im Sinne des KHG. Bei den Instandhaltungskosten handelt es sich um pflegesatzfähige Kosten zur Erhaltung oder Wiederherstellung von Anlagegütern des Krankenhauses.

Um die Substanz ihrer Anlagegüter zu erhalten, müssen die Krankenhäuser entsprechende Instandhaltungsmaßnahmen durchführen. Die Krankenhäuser wurden nach der Höhe der substanzerhaltenden Instandhaltungskosten in den Jahren 2012 bis 2014 befragt.

Hochgerechnet gaben die Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten in Deutschland 3,2 Mrd. € für Instandhaltung pro Jahr aus. Das entspricht einem Aufwand für Instandhaltung von 1,9 Mio. € je Allgemeinkrankenhaus und Jahr oder 7,1 Tsd. € je Bett.

Instandhaltung je Jahr 2012-2014	Kennwerte
Instandhaltungssumme gesamt	3,2 Mrd. €
Instandhaltung je Krankenhaus	1,9 Mio. €
Instandhaltung je Bett	7,1 Tsd. €
Relation Instandhaltung zu Investitionen	60 %

Pro Jahr führen die Krankenhäuser Neu- und Erweiterungsinvestitionen in Höhe von 5,3 Mrd. € durch. Daneben werden für die reine Substanzerhaltung weitere 3,2 Mrd. € jährlich ausgegeben. Das Verhältnis von Instandhaltungskosten zu Investitionskosten liegt damit bei etwa 60 %.



## ZUKUNFT DER DUALEN FINANZIERUNG – KEIN EINHEITLICHES MEINUNGSBILD UNTER DEN KRANKENHÄUSERN

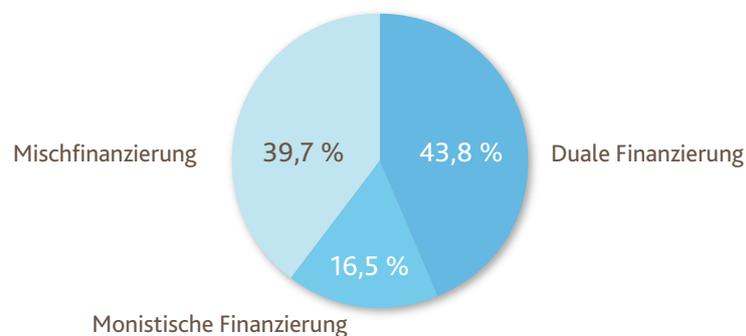
Angesichts der Probleme der dualen Krankenhausfinanzierung sollten sich die Befragten dazu äußern, wie künftig die Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser rechtlich ausgestaltet sein soll. In dieser Hinsicht gibt es kein einheitliches Meinungsbild unter den Krankenhäusern.

Zwar belegen die Ergebnisse die Skepsis gegenüber der dualen Finanzierung. Weniger als die Hälfte der befragten Krankenhäuser (44 %) spricht sich für eine Fortführung der Investitionsfinanzierung ausschließlich mit öffentlichen Fördermitteln aus.

Es gibt aber auch für eine Mischfinanzierung der Krankenhausinvestitionen keine Mehrheit unter den Krankenhäusern. 40 % der Befragten sind der Auffassung, dass die Krankenhausinvestitionen künftig gleichermaßen über öffentliche Fördermittel und die Leistungsentgelte finanziert werden sollen.

Dahingegen trifft die monistische Finanzierung, also eine ausschließliche Finanzierung der Krankenhausinvestitionen über Leistungsentgelte, weitgehend auf Ablehnung. Lediglich 16 % der Befragten votieren für die Monistik in diesem Sinne.

### Ausgestaltung der Krankenhausfinanzierung/Investitionsfinanzierung in der Zukunft (Krankenhäuser in %)



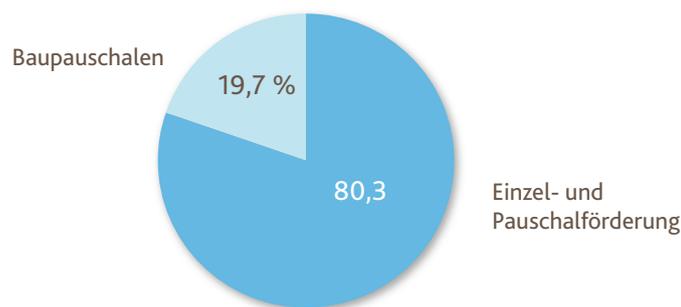
## ZUKUNFT DER INVESTITIONSFÖRDERUNG – MEHRHEIT FÜR BEIBEHALTUNG VON EINZEL- UND PAUSCHALFÖRDERUNG

Für den Fall, dass die duale Finanzierung fortgeführt werden sollte, spricht sich die große Mehrheit der befragten Krankenhäuser für eine Beibehaltung der bisherigen Art der Investitionsförderung aus.

Konkret sind vier Fünftel der Befragten der Ansicht, dass auch künftig hinsichtlich der Art der öffentlichen Förderung zwischen Pauschalförderung und Einzelförderung unterschieden werden sollte. Ein Fünftel votiert für eine Ablösung der bisherigen Investitionsförderung durch Baupauschalen, wie sie etwa in Nordrhein-Westfalen praktiziert wird.

Auffallend war bei dieser Frage ein relativ hoher Anteil fehlender Werte. Dies lässt ggf. darauf schließen, dass in Bundesländern ohne Baupauschalen deren Konzeption und Ausgestaltung wenig bekannt sind.

### Künftige Ausgestaltung der Investitionsförderung bei Fortführung der dualen Finanzierung (Krankenhäuser in %)



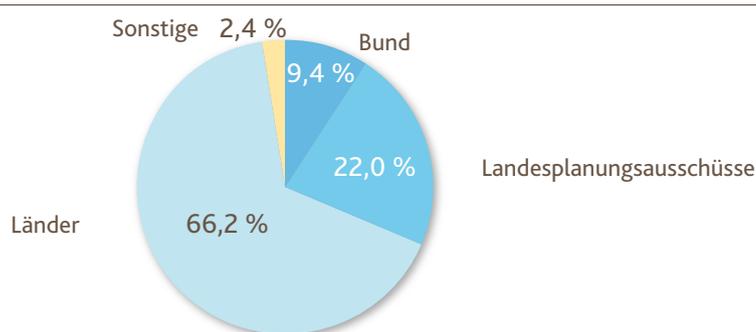
## ZUKUNFT DER KRANKENHAUSPLANUNG – FEDERFÜHRUNG SOLL IN DEN LÄNDERN BLEIBEN

Die Krankenhausplanung ist bislang auf der Landesebene angesiedelt. Der überwältigenden Mehrheit der Krankenhäuser zufolge soll sich daran auch künftig nichts ändern. Rund 90 % der Befragten sind der Ansicht, dass die Krankenhausplanung in Zukunft weiterhin auf Landesebene geregelt werden sollte.

Eine deutliche Mehrheit von zwei Dritteln der Krankenhäuser sprach sich dabei für die Beibehaltung der federführenden Rolle der Bundesländer in der Krankenhausplanung aus. 22 % der Befragungsteilnehmer waren der Auffassung, dass künftig die Landesplanungsausschüsse federführend für die Krankenhausplanung zuständig sein sollten.

Lediglich 9 % der Befragten wünschen sich eine Federführung des Bundes in der Krankenhausplanung. Die restlichen 2 % sprachen sich weitestgehend für gemischte Zuständigkeiten aus.

### Federführende Zuständigkeit für die Krankenhausplanung in der Zukunft (Krankenhäuser in %)



© BDO/DKI



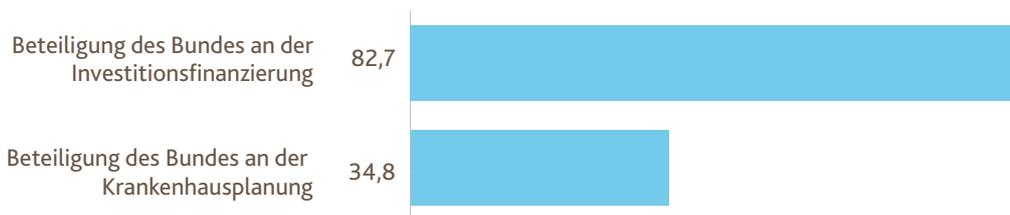
## ZUKUNFT DER INVESTITIONSFINANZIERUNG – BETEILIGUNG DES BUNDES IST ERWÜNSCHT

Bislang fallen die Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser und die Krankenhausplanung in den Zuständigkeitsbereich der Bundesländer. Vor allem angesichts der unzureichenden öffentlichen Investitionsfinanzierung durch die Bundesländer wird eine Beteiligung des Bundes an der Finanzierung der Krankenhausinvestitionen in letzter Zeit verstärkt diskutiert.

Die Befragungsteilnehmer würden eine Beteiligung des Bundes an der Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser überwiegend begrüßen. 83 % der Befragten sprachen sich dafür aus, dass sich der Bund künftig an der Investitionsfinanzierung beteiligen sollte. In dieser Hinsicht gab es auch nur geringfügige Unterschiede nach Bettengrößenklassen.

Eine Beteiligung des Bundes an der Krankenhausplanung wird hingegen mehrheitlich von zwei Dritteln der Befragten abgelehnt. Nichtsdestotrotz kann sich ein Drittel eine wie auch immer geartete Beteiligung des Bundes an der Krankenhausplanung vorstellen.<sup>7</sup>

### Beteiligung des Bundes an der Investitionsfinanzierung/Krankenhausplanung der Zukunft (Krankenhäuser in %)



© BDO/DKI

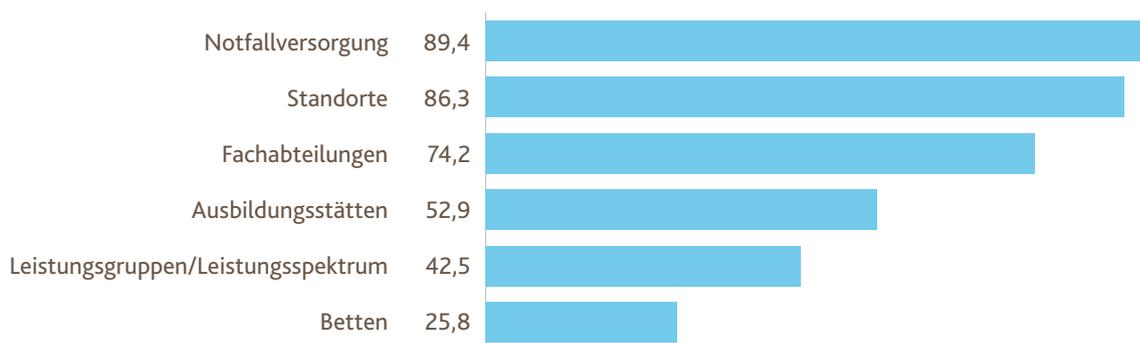
<sup>7</sup> Die Zustimmung fällt hier insofern höher aus als bei der vorhergehenden Frage, als dort nach der federführenden Zuständigkeit für die Krankenhausplanung gefragt wurde und nicht allgemein nach einer Beteiligung des Bundes an der Krankenhausplanung.

## GEGENSTAND DER KRANKENHAUSPLANUNG – ABSCHIED VON DER BETTENPLANUNG

Mit Blick auf die Krankenhausplanung der Zukunft sprechen sich die Befragungsteilnehmer gegen eine detaillierte Planung und Ausgestaltung des Versorgungsauftrags aus. Vielmehr sollte sich die Krankenhausplanung auf eine Rahmenplanung wesentlicher Plangrößen beschränken.

Nach der überwiegenden Auffassung der Krankenhäuser sollte die Krankenhausplanung im Wesentlichen drei Plangrößen fokussieren. Im Einzelnen sind dies die Notfallversorgung (89 %), die Standortplanung (86 %) sowie die Planung der vorzuhaltenden Fachabteilungen (74 %).

### Gegenstand der (zentralen) Krankenhausplanung in der Zukunft (Krankenhäuser in %)



© BDO/DKI

Die Planung von Ausbildungsstätten für die verschiedenen Gesundheitsfachberufe wird nur noch von rund der Hälfte der befragten Krankenhäuser befürwortet. Eine Leistungsplanung, also konkrete Vorgaben hinsichtlich des Leistungsspektrums der Häuser, wird mehrheitlich abgelehnt.

Für die große Mehrheit der Krankenhäuser hat das Bett als zentrale Planungsgröße ausgedient. Nur noch ein Viertel der Befragten spricht sich dafür aus, dass die vorzuhaltende Bettenzahl in Zukunft noch Gegenstand der zentralen Krankenhausplanung sein soll.

## QUALITÄTSORIENTIERTE KRANKENHAUSPLANUNG – GETEILTE AKZEPTANZ UNTER DEN KRANKENHÄUSERN

Nach dem Krankenhaus-Strukturgesetz soll künftig auch die Qualität ein Entscheidungskriterium der Krankenhausplanung bilden. Eine nicht ausreichend qualitätsgesicherte Leistungserbringung eines Krankenhauses soll rechtliche Konsequenzen für die Aufnahme bzw. den Verbleib im Krankenhausplan des jeweiligen Bundeslandes haben.

Die konkrete Ausgestaltung einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung ist derzeit noch offen. Deswegen sollten sich die Krankenhäuser in der Befragung eher grundsätzlich zur Thematik äußern. Konkret sollten sie angeben, inwieweit ihrer Auffassung nach Vorgaben zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Krankenhausversorgung künftig Gegenstand der zentralen Krankenhausplanung sein sollen.

Bislang sind die Krankenhäuser geteilter Auffassung hinsichtlich einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung. Eine Hälfte der Krankenhäuser würde es im Grundsatz begrüßen, wenn künftig auch die Qualität Gegenstand der Krankenhausplanung sein würde.<sup>8</sup> Die andere Hälfte lehnt dies bislang ab.

In Bezug auf die entsprechenden Qualitätsdimensionen eignet sich die Strukturqualität (z. B. medizintechnische Ausstattung, Personalbesetzung) nach Ansicht der Krankenhäuser noch am ehesten für qualitätsorientierte Planungsvorgaben. 35 % der Krankenhäuser insgesamt (bzw. 70 % der Häuser mit Befürwortung einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung) befürworten Vorgaben zur Strukturqualität im Krankenhausplan.

Für die Prozessqualität (z. B. Behandlungsstandards, Patientenüberleitung) und die Ergebnisqualität (z. B. Morbidität, Mortalität) fällt die Zustimmung merklich niedriger aus. Nur jeweils rund 20 % der Krankenhäuser insgesamt (bzw. jeweils rund 40 % der Häuser mit Befürwortung einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung) würden es begrüßen, wenn entsprechende Qualitätsvorgaben künftig Gegenstand der zentralen Krankenhausplanung bilden.

### Qualitätsorientierte Krankenhausplanung der Zukunft (Krankenhäuser in %)



© BDO/DKI

<sup>8</sup> Eine grundsätzliche Zustimmung einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung liegt demnach dann vor, wenn mindestens ein entsprechendes Item (Vorgaben zur Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität) angekreuzt wurde.

## HANDLUNGSBEDARF – NEUAUSRICHTUNG DER INVESTITIONSFINANZIERUNG

Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser ist seit vielen Jahren schwierig. Seit der obligaten Einführung des Fallpauschalensystems im Jahr 2004 schreiben, je nach Beobachtungsjahr, zwischen 30 % und 50 % der Krankenhäuser Verluste.<sup>9</sup> Selbst positive Ergebnisse signalisieren nicht zwangsläufig eine gute wirtschaftliche Lage, solange die erforderliche EBITDA-Marge nicht erreicht und der Investitionsbedarf damit nicht gedeckt werden kann.

Eine maßgebliche Ursache für die wirtschaftlichen Probleme der Krankenhäuser ist die völlig unzureichende öffentliche Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser. Die öffentlichen Fördermittel der Bundesländer reichen bei weitem nicht aus, um den Investitionsbedarf zu decken. Die Krankenhäuser sind damit genötigt, dringend notwendige Investitionen anderweitig aus den Betriebserlösen zu finanzieren.

Die Leistungsentgelte (Fallpauschalen und Zusatzentgelte) enthalten kalkulatorisch aber keine Investitionskosten im Sinne des KHG. Darüber hinaus können die Krankenhäuser infolge des Festpreissystems (Case Mix in Verbindung mit dem Landesbasisfallwert) etwaige Mehrkosten zur Deckung des Investitionsbedarfs nicht auf die Preise für die Leistungsentgelte abwälzen.

Ein Krankenhaus, das diese Mittel nicht operativ erwirtschaftet, schreibt Verluste, muss erforderliche Investitionen aussetzen bzw. verschieben oder anderweitig die Betriebskosten reduzieren. Soweit Rationalisierungspotenziale ausgeschöpft sind, führt die unzureichende öffentliche Finanzierung der Vorhaltung von Krankenhäusern zu strukturellen Defiziten in den Krankenhäusern, Substanzverzehr bei der baulichen und technischen Infrastruktur und/oder möglichen Einschränkungen in der Versorgungsqualität.

Die deutschen Krankenhäuser sind nicht ausreichend investitionsfähig. Der tatsächliche Investitionsbedarf der deutschen Krankenhäuser liegt, den Ergebnissen der vorliegenden Studie zufolge, bei etwa 7 Mrd. € pro Jahr. Der Bedarf ist damit um das Zweieinhalbfache höher als die aktuelle öffentliche Förderung von Krankenhausinvestitionen. Die Unterfinanzierung der Krankenhausinvestitionen führt zu einem erheblichen Investitionsstau.

Bei der Finanzierung der Investitionskosten besteht dringender Handlungsbedarf. Zur Deckung des Investitionsbedarfs ist das Fördervolumen für Krankenhausinvestitionen auf mindestens 7 Mrd. € pro Jahr aufzustocken. Eine vollständige Finanzierung über die Länder, wie im KHG vorgesehen, erscheint angesichts von Schuldenbremse und angespannter Haushaltslage unwahrscheinlich. Daher sind zusätzliche Finanzierungsquellen für Investitionen zu erschließen, etwa über Investitionszuschüsse des Bundes oder eine (Teil-)Finanzierung der Investitionskosten über die Leistungsentgelte.

Wie auch immer die Investitionsfinanzierung künftig ausgestaltet sein wird: Für die Krankenhäuser ist entscheidend, dass sie eine verlässliche, dauerhafte und ausreichende Investitionsbasis erhalten. Sollte das Problem der Investitionsfinanzierung der stationären Versorgung nicht grundlegend und langfristig gelöst werden, drohen die Krankenhäuser in Deutschland flächendeckend zu Sanierungsfällen zu werden. Es ist Aufgabe von Politik und Selbstverwaltung, eine solche Entwicklung zu verhindern.

<sup>9</sup> Vgl. Deutsches Krankenhausinstitut: Krankenhaus Barometer 2004 ff. Düsseldorf 2004 ff.

A close-up photograph of a hand holding a stethoscope. The chest piece of the stethoscope is in the foreground, and the hand is visible behind it. The background is a blurred white surface, likely a doctor's coat. The text is overlaid on the chest piece of the stethoscope.

**Herausgeber:**

BDO AG  
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft

**Konzeption und Durchführung der Studie:**

BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft  
Deutsches Krankenhausinstitut e.V.

**Ansprechpartner:**

Alexander Morton (BDO)  
Dr. Karl Blum (DKI)  
Dr. Matthias Offermanns (DKI)



## IMPRESSUM

BDO AG  
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft

Im Zollhafen 22  
50678 Köln  
Telefon: +49 221 97357-0  
Telefax: +49 221 7390395  
consulting.gw@bdo.de  
www.bdo.de

Sitz der Gesellschaft: Hamburg  
Amtsgericht Hamburg – HR B 1981

© 2015 BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft  
Alle Rechte vorbehalten

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Johann C. Lindenberg  
Vorstand: WP StB RA Dr. Holger Otte (Vorsitzender) • WP StB RA Werner Jacob (stellv. Vorsitzender)  
StB Frank Biermann • WP StB Andrea Bruckner • WP StB Klaus Eckmann • WP StB Dr. Arno Probst  
RA Parwaz Rafiqpoor • WP StB Manuel Rauchfuss • WP StB Kai Niclas Rauscher • WP StB Roland Schulz  
Sitz der Gesellschaft: Hamburg Amtsgericht Hamburg HR B 1981

Dieses Dokument wurde mit Sorgfalt erstellt, ist aber allgemein gehalten und kann daher nur als grobe Richtlinie gelten. Es ist somit nicht geeignet, konkreten Beratungsbedarf abzudecken, so dass Sie die hier enthaltenen Informationen nicht verwerten sollten, ohne zusätzlichen professionellen Rat einzuholen.

Bitte wenden Sie sich an die BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, um die hier erörterten Themen in Anbetracht Ihrer spezifischen Beratungssituation zu besprechen. BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, deren Partner, Angestellte, Mitarbeiter und Vertreter übernehmen keinerlei Haftung oder Verantwortung für Schäden, die sich aus einem Handeln oder Unterlassen im Vertrauen auf die hier enthaltenen Informationen oder darauf gestützte Entscheidungen ergeben.

BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, eine Aktiengesellschaft deutschen Rechts, ist Mitglied von BDO International Limited, einer britischen Gesellschaft mit beschränkter Nachschusspflicht, und gehört zum internationalen BDO Netzwerk voneinander unabhängiger Mitgliedsfirmen.

BDO ist der Markenname für das BDO Netzwerk und für jede der BDO Mitgliedsfirmen.