

Investitionsbedarf der Krankenhäuser in Berlin

Eine Analyse der Berliner Krankenhausgesellschaft und der
Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz

Berlin, im März 2011

Herausgeber: Berliner Krankenhausgesellschaft e. V.
Hallerstraße 6
10587 Berlin
Telefon: (030) 330 996 - 0
E-Mail: mail@bkgev.de
Homepage: www.bkgev.de

Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz
Brückenstraße 6
10179 Berlin
Telefon: (030) 9028-0
E-Mail: gesundheit@senguv.berlin.de
Homepage: www.berlin.de/sen/guv/

Vorwort

Die Krankenhäuser im Land Berlin haben in den vergangenen Jahren einen erheblichen Strukturwandel vollzogen und deutliche Effizienzsteigerungen erzielt. Verschiedene Parameter wie die Bettendichte, die Auslastung, die Verweildauer, die Personalausstattung sowie die Kosten zeigen, dass die Krankenhäuser in Berlin auch im Bundesvergleich eine hohe Leistungsfähigkeit aufweisen. Sie bieten den Patientinnen und Patienten in Berlin und aus dem Umland sowohl ein breites als auch hochspezialisiertes Leistungsspektrum, eine effiziente Versorgung und ein hohes qualitatives Niveau.

Neben der Finanzierung der Betriebskosten durch die Krankenkassen kommt der investiven Ausstattung der Krankenhäuser eine große Bedeutung zu. In dem System der dualen Krankenhausfinanzierung ist das Land Berlin für die Investitionsfinanzierung verantwortlich. Die Krankenhäuser haben einen Rechtsanspruch auf eine Finanzierung erforderlicher Investitionskosten. Hierzu können Maßnahmen zur Verbesserung der baulichen und räumlichen Ausstattung, der medizin-technischen Qualität der Versorgung sowie der wirtschaftlichen Arbeitsabläufe und zur Erfüllung der hohen Anforderungen an die Hygiene und Sicherheit in den Krankenhäusern zählen. Zudem stärkt die nachhaltige Wirkung investiver Maßnahmen den Gesundheits- und Wissenschaftsstandort Berlin und setzt wichtige Impulse für die wirtschaftliche und arbeitsmarktpolitische Entwicklung.

Vor dem Hintergrund des erheblichen Rückgangs der Investitionsfinanzierung im Land Berlin in den vergangenen Jahren haben die Berliner Krankenhausgesellschaft und die Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz eine Analyse zum Investitionsbedarf der Berliner Plankrankenhäuser vorgenommen. Zur Bestimmung des bedarfsnotwendigen Investitionsvolumens wurde unter Heranziehung verschiedener Berechnungsmodelle und anhand einer empirischen Erhebung eine Analyse vorgenommen, die eine transparente und gemeinsame Sicht auf notwendige Finanzierungsziele bietet.

Die Fördermittelbereitstellung in den neunziger Jahren hat eine leistungsfähige Krankenhausversorgung in Berlin gewährleistet. Weitere Maßnahmen konnten durch das Konjunkturprogramm II in den letzten beiden Jahren realisiert werden. Die Analyse zeigt aber deutlich, dass die aktuell den Plankrankenhäusern zur Verfügung stehenden Investitionsmittel nicht ausreichen, um zukünftig eine moderne und den medizin-technischen Anforderungen entsprechende Krankenhausversorgung sicherstellen zu können. Insoweit muss verstärkt in die Krankenhäuser investiert werden. Hiermit ist eine hohe Verantwortung des Landes Berlin für die stationäre Versorgung der Bevölkerung in Berlin verbunden. Die vorliegende Analyse liefert einen Beitrag dazu, dass hierzu erforderliche Investitionsniveau zu bestimmen.

Katrin Lompscher

Senatorin für Gesundheit, Umwelt und
Verbraucherschutz

Brit Ismer

Vorsitzende der
Berliner Krankenhausgesellschaft e.V.

Inhalt:

- I. Rahmenbedingungen der Investitionsfinanzierung im Krankenhausbereich
- II. Ausgangssituation in Berlin
- III. Berechnungsmodelle zur Höhe des Investitionsbedarfs der Krankenhäuser
 - III.1. Einfaches statistisches Berechnungsmodell
 - III. 2. AfA – Werte
 - III. 2.1. Berechnungsmodell anhand AfA Werte des DKI – Gutachtens 1971
 - III. 2.2. Berechnungsmodell anhand wirtschaftlicher AfA-Werte
 - III. 2.3. Berechnung anhand zeitgemäßer AfA-Werte
 - III. 3. Expertenkommission Baden-Württemberg
 - III. 4. Rürup-Gutachten
 - III. 5. Allgemeine Anmerkungen zu den Berechnungsmodellen
 - III. 6. Zusammenfassung Berechnungsmodelle
- IV. Erhebung zum Investitionsbedarf für die Jahre 2011 bis 2020
- V. Alternative Möglichkeiten der Investitionsfinanzierung
- VI. Reform der Investitionsfinanzierung
- VII. Fazit

I. Rahmenbedingungen der Investitionsfinanzierung im Krankenhausbereich

Die Finanzierung der Krankenhäuser erfolgt seit 1972 nach dem System der dualen Finanzierung. Die duale Finanzierung trennt zwischen den Investitionskosten, die grundsätzlich durch öffentliche Fördermittel finanziert werden, und den Betriebskosten, deren Finanzierung durch die Krankenkassen bzw. die Benutzer erfolgt.

Gemäß § 4 Nr. 1 KHG werden Krankenhäuser u.a. dadurch wirtschaftlich gesichert, dass ihre notwendigen Investitionskosten im Wege öffentlicher Förderung übernommen werden. Unter Investitionskosten definiert § 2 Nr. 2 KHG die Kosten der Errichtung (Neubau, Umbau, Erweiterungsbau) von Krankenhäusern und der Anschaffung der zum Krankenhaus gehörenden Wirtschaftsgüter, ausgenommen der zum Verbrauch bestimmten Güter (Verbrauchsgüter) sowie die Kosten der Wiederbeschaffung der Güter des zum Krankenhaus gehörenden Anlagevermögens (Anlagegüter). Die Zuordnung eines wiederzubeschaffenden Anlagegutes zur Finanzierung über die Investitionsförderung in Abgrenzung der Finanzierung als Betriebskosten erfolgt grundsätzlich über die Nutzungsdauer. Anlagegüter mit einer Nutzungsdauer von über drei Jahren sind danach grundsätzlich von den Ländern im Rahmen der Investitionsförderung zu finanzieren. Alle übrigen Anlagegüter (Gebrauchsgüter) sind mit Ausnahme der Erstanschaffung ebenso wie die Verbrauchsgüter und Instandhaltungskosten über die Betriebskosten durch die Krankenkassen bzw. die Benutzer der Krankenhäuser zu finanzieren. Das Nähere zur Abgrenzung und den Zuordnungsgrundsätzen ist der sog. Abgrenzungsverordnung zu entnehmen. Nach § 8 Abs. 1 KHG haben die Krankenhäuser einen Anspruch auf Fördermittel, soweit und solange sie in den Krankenhausplan des jeweiligen Landes und bei Maßnahmen der Errichtung von Krankenhäusern in das Investitionsprogramm aufgenommen sind.

Bauliche Investitionsmaßnahmen sowie die Modernisierung und Neuanschaffung von Großgeräten und hochwertiger technischer Infrastruktur für Krankenhäuser im Rahmen der Einzelförderung werden beispielsweise notwendig für die Modernisierung und den Neubau veralteter Operationsbereiche, Rettungsstellen und Bettenhäuser, zur Verbesserung von Betriebsabläufen (Energieeinsparung, kürzere Wege etc.), zur Erfüllung gesetzlicher Vorgaben sowie auf Grund von krankenhauserplanerischen Festlegungen (z.B. Schaffung von Kapazitäten für die geriatrische Versorgung aufgrund der demografischen Entwicklung). Die Wiederbeschaffung sog. kurzfristiger Anlagegüter mit einer Nutzungsdauer zwischen drei und 15 Jahren sowie Maßnahmen, die der Einzelförderung unterliegen bis zu einer bestimmten Wertgrenze, werden im Rahmen der sog. Pauschalförderung finanziert. Die Pauschalförderung kann insbesondere in den Bereichen medizinischer Bedarf/Medizintechnik (CT, MRT etc.), EDV (Soft- und Hardware) und für kleinere Baumaßnahmen eingesetzt werden.

Der deutsche Krankenhaus-Sektor ist seit Jahren einem erheblichen Strukturwandel ausgesetzt. Dieser wird durch die demografische Entwicklung, den medizinischen Fortschritt sowie neue Vergütungs- und Versorgungsmodelle weiter vorangetrieben. Krankenhäuser arbeiten unter schwierigen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen, die im Gesundheitssektor durch zunehmende gesetzliche Reglementierung, Tarif- und Sachkostensteigerungen sowie Budgetdeckelung gekennzeichnet sind. Die angebotenen Leistungen müssen einerseits die Patientenversorgung unter Berücksichtigung der Qualitätsanforderungen sicherstellen, andererseits ist der Wirtschaftlichkeit Rechnung zu tragen. Um im Wettbewerb bestehen zu können, müssen die Krankenhäuser ihr Leistungsangebot optimieren, medizinische Schwer-

punkte bilden und die internen Abläufe verbessern. Investitionen in Gebäude und medizinische Geräte zur Verbesserung der Betriebsabläufe sind eines der zentralen Instrumente zur Senkung der laufenden Betriebskosten von Krankenhäusern; sie sichern Fortschritt, Qualität und stetige Verbesserung der Versorgung.

Neben der Wirtschaftlichkeit einer Maßnahme spielt gerade im Krankenhaus die Funktionalität eine wesentliche Rolle. Investitionen, die die Möglichkeit für eine adäquate Patientenversorgung schaffen, wie z.B. Raumluftechnische Anlagen, Errichtung von sog. Nebenräumen wie Abstell- und Geräteräume, neue Therapieeinrichtungen etc, können zwar höhere Folge- (Betriebs) kosten bewirken, zahlen sich jedoch indirekt durch eine optimale Behandlung und Versorgung der Patienten aus.

Wie eine Prognos-Studie¹ mit einer entsprechenden Übertragung auch auf das Bundesland Berlin belegt, führen diese Investitionen neben der weiteren Verbesserung der medizinischen Versorgung der Berliner Bevölkerung zu einer nachhaltigen Steigerung von Wachstum und Sicherung von Arbeitsplätzen in der für Berlin wichtigen Medizintechnikbranche. In der Prognos-Studie heißt es dazu, dass zusätzliche Investitionen in das Krankenhauswesen zu einem überproportionalen Anstieg des Bruttoinlandsproduktes führen. Der hohe Multiplikator für das Krankenhauswesen begründet sich im Wesentlichen damit, dass durch die spezifische Ausrichtung der Investitionen im besonderen Maße heimische Wirtschaften gestärkt werden. Die nachhaltige Wirkung zusätzlicher investiver Maßnahmen stärkt die Krankenhäuser sowie den Gesundheits- und Wissenschaftsstandort Berlin und setzt wichtige Impulse für die wirtschaftliche und arbeitsmarktpolitische Entwicklung.

Gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 1 KHG sind Hochschulkliniken von der KHG-Förderung ausgenommen. Sie wurden bisher nach dem Hochschulbauförderungsgesetz gefördert; nach der Föderalismusreform wird die investive Förderung nach landesrechtlichen Vorgaben (z.B. LHO) durchgeführt. Im Folgenden werden bei der Darstellung des Investitionsbedarfes die Charité als auch das aus Haushaltsmitteln des Bundes investiv finanzierte Bundeswehr-Krankenhaus nicht einbezogen.

II. Ausgangssituation in Berlin

Seit dem Jahr 1991 wurden die Ansätze der jährlich geförderten Krankenhausinvestitionen von ca. 319 Mio. € auf ca. 92 Mio. € (2011) zurückgeführt (**Anlage 1**, ohne Charité und Bundeswehrkrankenhaus). Dies entspricht in diesem Zeitraum einem Rückgang von ca. 71 %. Die Berliner Krankenhausgesellschaft weist darauf hin, dass die Investitionsansätze im Verhältnis zu den Ausgaben des Landes Berlin von 1,8% auf 0,5% im Jahr 2009 zurückgegangen sind und insoweit der Investitionsrückgang in dieser Größenordnung nicht nur auf veränderte Einnahmen/Ausgaben des Landes zurückzuführen, sondern offenbar auch das Ergebnis unterschiedlicher Prioritätensetzung ist.

Die in der anliegenden Tabelle dargestellten Investitionsplanungsansätze enthalten jährliche Beträge i.H.v. ca. 34 Mio. € für den Schuldendienst für schon getätigte Krankenhausinvestitionen der Jahre 1995 bis 2002 mit einem Gesamtumfang von 519 Mio. €. Klammert man den

¹ Prognos AG: „Makroökonomische Auswirkungen zusätzlicher Investitionen im Krankenhausbereich im Jahr 2009“, Basel

Schuldendienst aus, standen im Haushaltsplan für aktuell betriebsnotwendige Investitionen der Krankenhäuser im Land Berlin noch ca. **55 Mio. € im Jahr 2010** (ohne Konjunkturpaket II) bzw. ca. **58 Mio. € im Jahr 2011 zur Verfügung**.

**Investitionsplanungsansätze 2007 - 2013
Alle Förderarten und Konjunkturpaket II**

KHG-Förderung und Konjunkturpaket II	2007 in T €	2008 in T €	2009 in T €	2010 in T €	2011 in T €	2012 in T €	2013 in T €
Pauschalförderung nach § 8 LKG	31.177	33.310	33.310	33.744	34.185	34.631	0
Einführung von leistungsorientierten Investitionszuschlägen	0	0	0	0	0	0	45.082
Einzelförderung/Fortsetzungsmaßnahmen	12.709	28.107	39.532	18.697	18.800	14.500	4.315
Einzelförderung/Neubeginner ab 2011	0	0	0	0	3.000	9.000	8.900
Schuldendienst/Darlehenprogramm	33.709	33.727	33.748	33.770	33.794	33.819	33.847
Nutzungsentgelte	3.950	2.637	2.647	2.272	2.281	2.310	2.319
Schließungs-/Umstellungskosten	600	525	525	200	0	0	0
Summe (ohne K II)	82.145	98.306	109.762	88.683	92.060	94.260	94.463
Konjunkturpaket II / Pauschalförderung	0	0	13.000	6.000	0	0	0
Konjunkturpaket II / Einzelförderung	0	0	12.000	23.000	0	0	0
Summe	82.145	98.306	134.762	117.683	92.060	94.260	94.463

Quelle:

Für die Ansätze 2007 und 2008:

Beschlossene Investitionsplanung 2007-2011 / Stand 2007

Die im Jahr 2008 vom Land Berlin zur Verfügung gestellten zusätzlichen Mittel für die Einzel- und Pauschalförderung von rd. 20 Mio. € sind daher im Jahresansatz 2008 noch nicht enthalten.

Für die Ansätze 2009-2013:

Beschlossene Investitionsplanung 2009-2013

Die im Jahr 2009 vom Land Berlin zur Verfügung gestellten zusätzlichen Mittel für die Einzel- und Pauschalförderung von rd. 20 Mio. € sind im Jahresansatz 2009 enthalten.

Für dringend notwendige Maßnahmen hat das Land Berlin für 2008 und 2009 aufgrund von Minderausgaben in anderen Bereichen jeweils zusätzliche Mittel i.H.v. ca. 20 Mio. € einmalig bewilligt, die in der Tabelle - wie in „Quelle“ dargestellt - enthalten sind. Hinzu kommen in den Jahren 2009 und 2010 zusätzliche Investitionsmittel aus dem Konjunkturpaket II einmalig i.H.v. 25 Mio. € (2009) und 29 Mio. € (2010). Damit standen für die Jahre 2008 bis 2010 temporär begrenzt zusätzliche Finanzmittel zur Verfügung.

Gemäß der Finanzplanung 2009 - 2013 sollen sich die Ausgaben ab 2012 auf rund 94 Mio. € p.a. verstetigen. Ohne den Schuldendienst stehen ab 2012 – zumindest bis zur abschließenden Tilgung des Schuldendienstes - damit ca. 60 Mio. € jährlich zur Verfügung, hiervon ca. 34,5 Mio. € für die Pauschalförderung und ca. 25,4 Mio. € für Einzelfördermaßnahmen .

Bei Abzug der Leistungen für den Schuldendienst, die für die Refinanzierung von Berliner Investitionen der Jahre 1995-2002 benötigt werden und nicht für aktuelle Investitionen zur Verfügung stehen, bildet das Land Berlin das Schlusslicht der Investitionsförderung im Ländervergleich (**Anlage 2**). Bezogen auf den Bundesdurchschnitt im Jahr 2008 stellt das Land Berlin weniger als zwei Drittel an Fördermitteln pro Bett für aktuell bedarfsnotwendige Investitionsmaßnahmen zur Verfügung (ohne Schuldendienst und Einmalbeträge). In Hamburg betragen die Investitionsfördermittel je Bett beispielsweise das 2,5-fache gegenüber Berlin. Bezieht man die Haushaltsmittel für den Schuldendienst in die Berechnung ein, lag das Land Berlin im Vergleich zu anderen Bundesländern bei der Finanzierung von Krankenhausinvestitionen gemäß einer Umfrage der Arbeitsgemeinschaft für Krankenhauswesen der AOLG im Jahr 2009 mit 6.323 €/Bett knapp über Bundesniveau (6.191 €/Bett), allerdings inklusive der

Einmalfinanzierung in 2009 i.H.v. ca. 20 Mio. €. Hierbei muss jedoch berücksichtigt werden, dass diese Mittel in dieser Höhe den Krankenhäusern wegen der darin enthaltenen Schuldendienstmittel nicht für aktuelle Investitionen zur Verfügung standen und zudem von Krankenhäusern in allen Bundesländern eine strukturelle Unterfinanzierung im investiven Bereich beklagt wird.

III. Berechnungsmodelle zur Höhe des Investitionsbedarfs der Krankenhäuser

Während die Feststellung einer aktuellen Unterfinanzierung der Krankenhäuser mit Blick auf notwendige Investitionen grundsätzlich unbestritten ist, bestehen über das konkrete Ausmaß dieser Unterfinanzierung unterschiedliche Betrachtungen. Ein anerkanntes wissenschaftliches Verfahren zur Herleitung des „richtigen“, bedarfsnotwendigen Investitionsvolumens ist nicht verfügbar. Mit den nachfolgenden gängigen Berechnungen soll der Investitionsbedarf deshalb zunächst über verschiedene theoretische Modelle der Höhe nach ermittelt werden. Je nach zugrunde gelegten Parametern und Methoden (prozentuale Abschreibung, Nutzungsdauer, Bettenwert etc.) sind die Ergebnisse entsprechend breit aufgefächert. Sie leisten gleichwohl transparente Hilfe beim Bemühen, sich einer gemeinsamen Sicht auf Finanzierungsziele anzunähern. In einem weiteren Schritt werden die theoretischen Rechenmodelle empirisch ermittelten Ergebnissen aus einer Investitionsbedarfsabfrage bei den Krankenhäusern gegenübergestellt.

III.1. Einfaches statistisches Berechnungsmodell

Im Zeitraum 1991 bis 2009 wurden lt. Umfrage der AG Krankenhauswesen der AOLG und DKG-Berechnungen in Berlin insgesamt 234,9 T € an KHG-Mitteln je Planbett in Ansatz gebracht^{2,3}. Hierin spiegeln sich u.a. auch die im Ostteil Berlins in den vergangenen Jahren notwendigen Investitionsmaßnahmen nach der Wiedervereinigung. Der bundesweite Durchschnitt betrug 140,3 T € je Planbett. Würde man diesen bundesweiten Durchschnittswert – also 7.384 € je Jahr und Bett - als sachgerecht ansehen und auf die Zahl der nach KHG geförderten Berliner teil- und vollstationären Betten von 17.049 übertragen, so ergäbe dies ein jährliches Investitionsvolumen von 125,9 Mio. €.

Der Verbraucherpreisindex ist entsprechend der jährlichen Angaben des Statistischen Bundesamts im Zeitraum 1991 bis 2009 um insgesamt 41% gestiegen. Eine indexierte Fortschreibung des durchschnittlichen bundesweiten Fördervolumens ergibt einen Wert von 8.651 € je Bett und Jahr. Für Berlin ergäbe sich hieraus ein **preisbereinigtes jährliches Investitionsvolumen von 147,5 Mio. €**

Dieses „einfache“ Berechnungsmodell unterstellt allerdings, dass in den anderen Bundesländern eine auskömmliche Investitionsfinanzierung erfolgt ist. Da allein im Vergleich zum

² DKG: KHG-Investitionsförderung (Stand: Mai 2010)

³ Berücksichtigt man allerdings den erheblichen Bettenabbau in Berlin (1991: ca. 35.300 KHG-geförderte vollstationäre Betten, 2008: 15.825; jeweils ohne Uni) und legt statt dessen 22.000 Betten durchschnittlich über diese Jahre zu Grunde, ergeben sich hieraus durchschnittlich ca. 164 T € an KHG-Mittel je Planbett.

Jahr 1998 der reale Rückgang der KHG-Fördermittel bundesweit 34,48% (Alte Bundesländer: -24,90%, Neue Bundesländer: -57,72%) beträgt, kann hiervon kaum ausgegangen werden. Für eine sachgerechte Berechnung des Investitionsbedarfes kann dieses Modell insofern nur eingeschränkt herangezogen werden.

III. 2. AfA - Werte

III. 2.1. Berechnungsmodell anhand AfA Werte des DKI – Gutachtens 1971

Das Deutsche Krankenhaus Institut (DKI) hatte für die Einführung des KHG im Jahre 1972 Vorgabewerte für die Berechnung der Wiederbeschaffung von Anlagegütern ermittelt. Dabei hatte man Schätzungen aus Erfahrungen der Vergangenheit verwendet, weil „eine vorausschauende genaue Berechnung der Gebrauchsdauer unmöglich ist“ und eine Aufteilung in langfristig nutzbare Anlagegüter (wirtschaftliche Nutzungsdauer 50 Jahre), mittelfristige Anlagegüter (25 Jahre) und kurzfristige Anlagegüter (10 Jahre) vorgenommen. Allerdings werden die tatsächlichen Werte der durchschnittlichen Nutzungsdauern durch den (nicht investiven) Instandhaltungsaufwand erheblich beeinflusst. Hoher investiver Nachholbedarf drückt sich dementsprechend auch in einer hohen Instandhaltungsquote aus.

Der jeweilige Anteil an kurz-, mittel- und langfristigen abnutzbaren Anlagegütern ist lt. DKI auch von der Versorgungsstufe des Krankenhauses abhängig: mit steigender Versorgungsstufe ist der Anteil der langfristigen Anlagegüter niedriger, während der der kurzfristigen Anlagegüter höher ist.

Im Ergebnis des DKI ergibt sich folgende Gruppierung:

	Kurzfristige AG	Mittelfristige AG	Langfristige AG
Ø Nutzungsdauer Jahre	10	25	50
Grundversorgung Anteil %	19	43	38
Normale Regelversorgung Anteil %	21	43	36
Zentralversorgung Anteil %	24	44	32

Bei entsprechender Aufteilung der unterschiedlichen Nutzungsdauern der Anlagegüter ergibt sich eine Gesamtabschreibung zwischen 4,38% - 4,8 %.

	K-AfA	M-AfA	L-AfA	Gesamt AfA	Gesamt Nutzungsdauer
Grundversorgung	1,9	1,72	0,76	4,38	22,8
Normale Regelversorgung	2,1	1,72	0,72	4,54	22,0
Zentralversorgung	2,4	1,76	0,64	4,8	20,8

17.049 voll- und teilstationäre KHG-Betten und (niedrig) angenommene Neuwertkosten von 200 T € je Bett ergeben einen Neubeschaffungswert in Berlin i.H.v. 3,409 Mrd. €. Ausgehend von der Anwendung des (veralteten) DKI Abschreibungssatzes von jährlich linear 4,38% ergäbe sich eine jährliche Investitionssumme von 8.760 €/Bett bzw. 149,3 Mio. €

(4,38 % von 3,409 Mrd. € Neubeschaffungswert bei 17.049 Betten). Bei Anwendung des AfA Satzes von 4,8 % wären dies 163,7 Mio. €.

Bei 17.049 geförderten Betten und einem Bettenwert von ca. 234.000 € (siehe Ausführungen in Ziffer III. 3.2 Berechnung anhand zeitgemäßer AfA-Werte) ergibt sich ein Neubeschaffungswert von 3,989 Mrd. €. Ausgehend von der Anwendung des DKI Abschreibungssatzes von jährlich linear 4,38 % ergäbe sich eine jährliche Investitionssumme von 10.249 €/Bett bzw. **174,7 Mio. €** (4,38 % von 3,989 Mrd. € Neubeschaffungswert bei 17.049 Betten). Bei Anwendung des AfA Satzes von 4,8 % wären dies **191,5 Mio. €**

III. 2.2. Berechnungsmodell anhand wirtschaftlicher AfA-Werte

Die DKI-Abnutzungswerte sind nach allgemeiner (bundesweiter) Auffassung heute nicht mehr sachgerecht. Insbesondere der hohe Anteil an langfristigen Anlagegütern muss aus wirtschaftlicher Sicht angezweifelt werden. Es wäre zudem zielführend, bei der Frage der Abnutzungsdauer in technische Abnutzungsdauer und wirtschaftlich sinnvolle Abnutzungsdauer zu unterscheiden. Eine kürzere wirtschaftliche Nutzungsdauer ist der Zeitraum, in dem das Wirtschaftsgut in betriebswirtschaftlich sinnvoller Weise, also rentabel und rationell, eingesetzt werden kann. In diesem Fall tritt die technische Nutzungsdauer in den Hintergrund. Die wirtschaftliche Nutzungsdauer ist von vielen Faktoren abhängig: Sie kann verkürzt sein durch die Entwicklung neuer und leistungsfähigerer Geräte oder durch Änderungen in der Nachfragesituation. Nach einem Urteil des Bundesfinanzhofs können Unternehmen technische und wirtschaftliche Absetzungen für Abnutzung (AfA) grundsätzlich unabhängig voneinander geltend machen. Steuerpflichtige Unternehmen können sich auch dann auf eine technische AfA berufen, wenn wirtschaftlich kein Wertverzehr eintritt. Umgekehrt kommt eine wirtschaftliche AfA auch dann in Betracht, wenn sich das Wirtschaftsgut technisch kaum abgenutzt hat. Gerade die in Krankenhäusern vorzufindende medizinische und technische Innovationsentwicklung führt zu erheblichen Verkürzungen der AfA durch deutliche Erhöhung des Anteils kurzfristiger Anlagegüter am gesamten Anlagevermögen.

Nachfolgend wird eine entsprechende Betrachtung für Krankenhäuser vorgenommen, die auf folgender Kostenaufteilung (vgl. Standardprogramm eines 244 Betten-Krankenhauses der Regelversorgung, Schleswig Holstein 2007) basiert:

Investitionsbereiche	Anteil
Baukonstruktion	42 %
Technische Anlagen	34 %
Außenanlagen	4 %
bewegl. Ausstattung	8 %
Baunebenkosten	12 %
Summe	100 %

Diese Aufteilung wird durch eine aktuelle Studie des DKI⁴ weitgehend bestätigt.

⁴ Deutsches Krankenhaus Institut „Krankenhaus Trends Erhebung Januar 2009“

Investitionsbereiche	in Milliarden Euro	Anteil
Bau-/ Umbaumaßnahmen	3,03	41,0%
Medizintechnik	1,80	24,4%
Technische Betriebsanlagen	1,01	13,7%
Einrichtung Krankenzimmer	0,45	6,2%
Einrichtung Behandlungsräume	0,45	6,0%
EDV-Technik	0,33	4,4%
Software	0,21	2,9%
Sonstige Bereiche	0,10	1,3%
Investitionen 2009 insgesamt	7,38	100,0%

Soweit man hieraus Rückschlüsse auf Veränderungen hinsichtlich der sich auf die Anlagegüter beziehenden durchschnittlichen *wirtschaftlichen* Nutzungszeiten zieht, ergibt sich eine wirtschaftliche Abschreibung von 6,4 %.

	Anteil	Abschreibung	
Einrichtung u. Ausstattung	40 %	10 %	4,0 %
Gebäude u. –technik	60 %	4 %	2,4 %
			Summe 6,4 %

Diese Klassifikation trägt der Entwicklung Rechnung, dass die Anzahl der medizintechnischen Großgeräte vervielfacht wurde und angesichts der immer kürzeren Innovationszyklen Anlagegüter (auch Krankenhausgebäude) entsprechend kürzere wirtschaftliche Laufzeiten haben. Bei Anwendung des Neubauwertes je Bett von 200 T € und der wirtschaftlichen Abschreibungswerte von 6,4 % jährlich ergäbe sich ein Finanzbedarf von 12.800 € je Bett und Jahr. Das ergäbe für Berlin ein jährliches Investitionsvolumen von **218,3 Mio. €** bei 17.049 Betten. Bei Anwendung des Neubauwertes je Bett von 234 T€ (siehe Ausführungen in Ziffer III. 3. 3.) und der wirtschaftlichen Abschreibungswerte von 6,4 % jährlich würde sich ein Finanzbedarf von **255,3 Mio. €** bzw. 14.980 € je Bett und Jahr abbilden.

III. 2.3. Berechnung anhand zeitgemäßer AfA-Werte

Um über die Zeit eine gleichbleibende Substanz zu erhalten, ist es grundsätzlich notwendig, Investitionen in Höhe der jeweiligen Abschreibungen vorzunehmen. Den Ausgangspunkt für die Ermittlung einer für eine permanente Werterhaltung notwendigen Investitionssumme bilden daher der Unternehmensneuwert eines Krankenhauses sowie die Abschreibungen auf die Anlagegüter. Würde dagegen das betriebsnotwendige Anlagevermögen der bestehenden Krankenhäuser zugrunde gelegt, würde der in den vergangenen Jahren erfolgte Werteverzehr auf Dauer festgeschrieben. Zudem würde auf nicht mehr aktuelle Anlage- und Vermögenswerte sowie wenig aussagekräftige buchhalterische Abschreibungswerte Bezug genommen. Zur Erhaltung des Substanzwertes muss der jährliche Werteverzehr refinanziert werden. Hierbei muss der aktuelle Stand der Krankenhausbauentwicklung, der Betriebs- und Medizintechnik sowie der Informationstechnik berücksichtigt werden. Ansonsten führt dies zu

einer Substanz- und Wertevernichtung, durch die ein dauerhafter Fortbestand der Krankenhäuser auf hohem qualitativem Niveau unter Einsatz moderner Medizintechnik nicht gesichert werden kann.

Zur Ermittlung des Unternehmensneuwertes bietet sich die Verwendung der Kennzahl Investitionskosten pro Krankenhausbett an. In einer Datenerhebung wurde für zehn kürzlich erbaute bzw. in Planung befindliche Klinken aus Baukosten von 167,7 – 261,5 T € je Bett ein Mittelwert für Neubaukosten von ca. 234 T € zugrunde gelegt⁵. Nicht berücksichtigt sind in diesem Neuwert u.a. Grundstücke und immaterielle Unternehmenswerte. Häufig wird auch ein Bettenwert von 200 T € zugrunde gelegt. Für die Verwendung des höheren Ansatzes spräche, dass Berlin zum einen u.a. durch die Umlandversorgung und die niedrige Fallhäufigkeit einen relativ hohen Anteil an Hochleistungsmedizin und damit eine höhere Fallschwere als im Bundesdurchschnitt aufweist. Auch die erhebliche Leistungsverdichtung in den vergangenen Jahren (Bettenabbau bei gleichzeitigem Fallzahlenanstieg) führt zu einem höheren Bettenwert. Ein Bettenwert von 234 T € würde dementsprechend die hierdurch bedingte höhere Ausstattung mit Medizintechnik etc. widerspiegeln. Zum anderen müssen auch Kliniken der Hochleistungsmedizin (Zentrum für Schwerbrandverletzte, Querschnittsgelähmte etc.) einbezogen werden. Der im Jahr 1997 abgeschlossene Bau eines Krankenhauses in Berlin kostete beispielsweise ca. 462 T € je Bett. Bei einem aktuellen – nicht geförderten - Krankenhausneubau in Berlin wurden nach Angaben des Krankenhauses Investitionen getätigt, die einem Bettenwert von rund 250 T € entsprechen. Die Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden hatte im Jahr 2007⁶ den bundesweiten Gesamtinvestitionsbedarf der Krankenhäuser hochgerechnet und dabei die Parameter 200.000 € Baukosten je Bett und eine wirtschaftliche Abschreibung von 25 Jahren verwendet. Hinzu wurden noch die mit pauschalen Fördermitteln finanzierten kurz- und mittelfristigen Anlagegüter addiert.

Bei 17.049 Betten und einem Bettenneuwert von 234 T € ergäbe sich hieraus in Berlin ein Gesamtanlagevermögen mit Neubauwert i.H.v. 3,989 Mrd. €. Zur Ermittlung der jährlichen kalkulatorischen Abschreibungswerte muss der Neubauwert von 3,989 Mrd. € auf die Nutzungsdauer verteilt werden. Für die Berechnung der Nutzungsdauer erfolgt zunächst die Aufteilung des Anlagevermögens auf langfristige Anlagegüter mit 35% (Gebäude etc, entspricht 1,396 Mrd. €), mittelfristige Anlagegüter mit 40% (Haus und Betriebstechnik etc., entspricht 1,596 Mrd. €) und kurzfristige Anlagegüter mit 25% (Medizintechnik etc., entspricht 0,997 Mrd. €). Die durchschnittliche Nutzungsdauer für langfristige Anlagegüter wird mit 50 Jahren, für mittelfristige Anlagegüter mit 25 Jahren und für kurzfristige Anlagegüter mit 8 Jahren zugrunde gelegt. Dabei wurden abweichend vom DKI-Gutachten aufgrund des medizinischen und technischen Fortschrittes sowie der kürzeren Produktlebenszyklen (z.B. für EDV) die Nutzungsdauer für kurzfristige Anlagegüter von 10 auf 8 Jahren verkürzt. Zudem wurde aufgrund der Verdichtung der Investitionen in Folge des Bettenabbaus und der Verweildauerreduzierung der Anteil kurzfristiger Anlagegüter von ca. 20% auf 25% erhöht. Hieraus ergibt sich ein **kalkulatorischer Abschreibungswert von rund 216,4 Mio. € jährlich**.

Demgegenüber ergäbe die gleiche Berechnung auf der Grundlage eines Bettenneuwertes von 200 T € einen Abschreibungswert von **185 Mio. €**

⁵ Loydl, Nüssle, Mähner, Dr. Weiß: „Wertorientierte Unternehmenssteuerung“, in KU Gesundheitsmanagement 4/2008, S. 56-59.

⁶ Zukunft der Krankenhausversorgung, Bericht der Arbeitsgruppe Krankenhauswesen der AOLG, 25.7.2007, S. 7

Im Ergebnis liegt der jährliche berechnete Investitionsbedarf unter Verwendung dieser Abschreibungsannahmen bei **185 - 216,4 Mio. €** (je nach gewähltem Bettenneuwert). Neben der Verwendung der Investitionsmittel für bauliche Einzelmaßnahmen kommt insbesondere einer deutlichen Erhöhung der seit 2001 nahezu unveränderten Pauschalförderung erhebliche Bedeutung zu. Gemäß der oben dargestellten Analyse ergibt sich davon für die mit der Pauschalförderung verbundenen Maßnahmen ein jährliches Investitionsvolumen i.H.v. ca. 106 bis 124 Mio. €, um wirtschaftliche Betriebsabläufe und eine adäquate Patientenversorgung insbesondere durch eine Stärkung der Bereiche der Medizintechnik, der EDV sowie der technischen Betriebsanlagen zu gewährleisten.

Solange die Investitionsfinanzierung unter der dargestellten Dimension bleibt, wird die Krankenhausinfrastruktur in Berlin Verschleiß und Werteverzehr ausgesetzt.

Berlin weist im Vergleich mit anderen Bundesländern eine verhältnismäßig geringe Bettenzahl je Einwohner und eine hohe Bettenauslastung auf. Ausgehend von einer Analyse des zukünftigen Versorgungsbedarfes geht die Senatsverwaltung für Gesundheit mit dem Krankenhausplan 2010 davon aus, dass in einigen Fachgebieten der Versorgungsbedarf auch infolge des demografischen Wandels steigen wird. Insoweit ist in einzelnen Fachabteilungen von einer Erhöhung der Bettenzahlen oder auch Umwidmungen von Betten auszugehen.

III. 3. Expertenkommission Baden-Württemberg

Der Bericht der Expertenkommission des Landes Baden-Württemberg hält für den personalintensiven Krankenhausbereich eine Investitionsquote von 10 % für angemessen, gemessen am Umsatz der Krankenhäuser.⁷ Dies würde nach funktionsgerechter Sanierung in vielen Krankenhäusern mit unzulänglicher Bauweise zu optimierten Abläufen mit Betriebskostensparnissen von bis zu 20 % und damit zu einer Effizienzrendite führen. Bei einem Umsatz in Berlin von ca. 2,2 Mrd. € läge der Investitionsbedarf dementsprechend bei rund **220 Mio. €** jährlich.

III. 4. Rürup-Gutachten

Rürup⁸ wählt einen pragmatischen Ansatz und nimmt eine Orientierung für die zu bestimmende Größenordnung der Krankenhausinvestitionsförderung auf der Basis intertemporaler, internationaler und intersektoraler Vergleiche vor. Während die volkswirtschaftliche Investitionsquote (bezogen auf das Bruttosozialprodukt beträgt sie ca. 17,9%) sich nicht als Vergleichsmaßstab eigne, ergäbe sich bei Übertragung der Verhältnisse anderer Dienstleistungsbereiche sowie aus den Projektionen der KHG-Investitionen der Vergangenheit ein Investitionsvolumen zwischen ca. 4,7 und 5,7 Mrd. € bundesweit für den Krankenhausbereich. Auf dieser Basis wird als Volumen für die Investitionsförderung im Krankenhausbe-

⁷ Bericht der Expertenkommission des Ministeriums für Arbeit und Soziales (BW), Mai 2006

⁸ Prof. Dr. Bert Rürup: „Umstellung auf eine monistische Finanzierung von Krankenhäusern“, Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, 12. März 2008

reich ein Orientierungswert von 5 Mrd. € als Zielgröße unter Status-quo-Bedingungen unterstellt. 5 Mrd. € entsprechen etwa einer Quote von 8,6 % der bereinigten Krankenhauskosten. Die von Rürup zugrunde gelegte Investitionsquote von 8,6% ergäbe für Berlin einen Investitionsbedarf i.H.v. rund **189 Mio. €** (ohne Charité und Bundeswehrkrankenhaus).

III. 5. Allgemeine Anmerkungen zu den Berechnungsmodellen

Bei den o.g. Berechnungsmodellen insbesondere nach Ziffer III.3. 1 bis III. 3. 3 sind zukünftige kostentreibende Sachverhalte noch nicht berücksichtigt:

- Die Krankenhäuser haben nach wie vor Investitionsanlässe zu bewältigen, die sich aus der Umbruchsituation ergeben: die Anpassung an das DRG-Fallpauschalensystem, das Herstellen der Wettbewerbsfähigkeit auch über die Bundeslandgrenze hinaus, Schwerpunkt- und Zentrenbildung und die notwendige Steigerung der Ertragskraft etc. Die Ausrichtung hin auf eine stärkere **Prozessorientierung** erfordert zusätzliche Investitionen. Es müssen zudem **Rationalisierungsinvestitionen** getätigt werden, damit der zunehmende Kostendruck bewältigt, Wirtschaftlichkeitsreserven gehoben und mit den zu erzielenden Preisen der gewünschte Ertrag erreicht werden können. Durch die Einführung der DRG entsteht für die Krankenhäuser ein erheblicher Rationalisierungsdruck. Bisher hatte jedes Krankenhaus sein eigenes, der individuellen Kostenstruktur entsprechendes Preisgefüge. Mit den DRG wird dem nicht mehr Rechnung getragen. Auch die regional unterschiedlichen Kostenstrukturen werden angeglichen.
- **Innovative Technologien** steigern nicht nur die Qualität, sondern auch die Effizienz der medizinischen Versorgung. Zum einen optimieren sie die Leistungen des medizinischen Personals, zum anderen nutzen sie dem Patienten durch frühzeitige und sichere Diagnosen sowie effektivere Behandlungsoptionen. Hieraus folgen ein steigender Finanzierungsbedarf und notwendige **Modernisierungsinvestitionen**. Der medizinische und technische Fortschritt muss wirtschaftlich genutzt werden. Ein attraktives Leistungsportfolio und eine effektive Unternehmensorganisation sind zu schaffen, um sich im Wettbewerb behaupten zu können. Hierbei ist in Rechnung zu stellen, dass Krankenhausleistungen eine steigende Kapitalintensität haben.
- Aus den Veränderungen in der Morbidität und Demografie, dem Rückgang der Verweildauer und den gesetzlichen Regelungen (z.B. strukturelle Mindestanforderungen durch den GBA) etc. resultieren **Veränderungen in der strukturellen Vorhaltung** von Einrichtungen und Geräten. So verändert sich z.B. das Verhältnis von OP-, Intensiv- und Funktionskapazitäten zu den Betten auf der Normalstation. Durch steigende Fallzahlen sowie verdichtete Prozesse resultieren stärkere Abnutzungen und höhere Investitionsanforderungen auch bei sinkenden Bettenzahlen. Der Investitionsaufwand pro Bett steigt dadurch deutlich.
- Die jährliche **Preisentwicklung** ist bei den oben dargestellten Modellen und der Bestimmung eines zukünftigen Investitionsbedarfes gesondert zu berücksichtigen. Der Verbraucherpreisindex betrug lt. dem Statistischen Bundesamt (Stand 4/2010) im Zeitraum 1991

bis 2009 insgesamt 41 %.⁹ Insoweit wäre eine indexierte Fortschreibung des durchschnittlichen Bedarfs noch ergänzend erforderlich.

- Bei **steigendem Versorgungsbedarf**, z.B. auf Grund demographischer Veränderungen und medizinisch-technischer Fortschritte, und einem damit zu erwartendem Bettenzuwachs würde sich der Investitionsbedarf entsprechend erhöhen. Auch bei größer werdenden Anteilen an technischer Ausstattung ist der notwendige Investitionsbedarf tendenziell steigend.

III. 6. Zusammenfassung Berechnungsmodelle

Eine allgemein anerkannte Berechnungsformel für eine notwendige Investitionsquote für Krankenhäuser gibt es nicht; über verschiedene Modelle und Prämissen lassen sich unterschiedliche Volumina ermitteln.

1. Einfaches statistisches Berechnungsmodell	147,5 Mio. €
2. Berechnungsmodell anhand AfA-Werte des DKI-Gutachtens 1971	149,3 – 191,5 Mio. €
3. Berechnungsmodell anhand wirtschaftlicher AfA-Werte	218,3 – 255,3 Mio. €
4. Berechnungsmodell anhand zeitgemäßer AfA-Werte	185 – 216,4 Mio. €
5. Expertenkommission Baden-Württemberg	220,0 Mio. €
6. Rürup-Gutachten	189,0 Mio. €

Die Bandbreiten innerhalb der Berechnungsmodelle 2 - 4 ergeben sich auf Grund unterschiedlich angesetzter Werte für den Neubauwert je Bett (200 T € bzw. 234 T €) und beim Berechnungsmodell 2 und 4 zusätzlich durch unterschiedlich angesetzte AfA-Werte bzw. Anlagengüteranteile.

Ergänzend zu den vorstehenden Betrachtungen und der nachfolgend dargestellten aktuellen Erhebung zum Investitionsbedarf der Krankenhäuser 2011 bis 2020 wird daran anschließend eine sachlich fundierte Berechnung des notwendigen Investitionsbedarfes vorgenommen, um eine möglichst unstrittige Grundlage für die Diskussion und Erarbeitung einer zukünftigen Investitionsfinanzierung in Berlin mit dem Ziel zu schaffen, eine zukunftssichere und moderne Krankenhausstruktur in Berlin auch weiterhin zu gewährleisten.

IV. Erhebung zum Investitionsbedarf für die Jahre 2011 bis 2020

Um die oben genannten Berechnungsmodelle durch überprüfbare Investitionsmaßnahmenplanungen in den Krankenhäusern zu ergänzen und die Ergebnisse aus den Modellen zu verifizieren, hat die BKG eine differenzierte Erhebung über den notwendigen Investitionsbedarf der kommenden zehn Jahre (2011 bis 2020) in den geförderten Krankenhäusern Berlins im Zeitraum April bis Juni 2010 durchgeführt. Die Erhebung hat sich auf die nach den Kriterien des KHG und LKG notwendigen und wirtschaftlichen Herstellungs- und Anschaffungskosten für Investitionen einschließlich der aus eigenen Mitteln ganz oder teilweise finanzier-

⁹ Quelle: Statistisches Bundesamt – Verbraucherpreis Index für Deutschland insgesamt (Stand 13. April 2010)

ten, dem Grunde nach förderfähigen Investitionen bezogen. Die Maßnahmen dienen allein der stationären Versorgung im Rahmen der Krankenhausplanung auf der Grundlage des jeweils aktuellen Feststellungsbescheides (Basis gem. Krankenhausplan 2006 unter Berücksichtigung ordnungsbehördlicher Genehmigungen per 1.1.2010). Die Kosten wurden jeweils als Bruttoneuwerterkosten (Stand 2010) ohne Berücksichtigung der Kostenentwicklung der kommenden Jahre ermittelt.

Es wurden jeweils getrennt die Baumaßnahmen als Investitionskosten nach § 7 Abs. 1 LKG (i.d.R. Einzelfördermaßnahmen für die Errichtung/Sanierung von Gebäuden und Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer Nutzungsdauer über 15 Jahren) sowie die Wiederbeschaffung von kurzfristigen Anlagegütern nach § 8 LKG (Pauschalförderung für Anlagegüter mit 3-15 Jahren Nutzungsdauer) erfasst. Die kurzfristigen Anlagegüter wurden differenziert als Anlagegüter mit Einzelneubeschaffungskosten von mehr als 100 T€ und als Gesamtsumme mit Neubeschaffungskosten unter 100 T€ dargestellt. Die Anlagegüter wurden gemäß der internen Investitionsplanung oder der Anlagenbuchhaltung der Krankenhäuser zu Bruttoneuwerterkosten (Stand 2010) ermittelt. Hierbei wurde von der durchschnittlichen Nutzungsdauer gemäß der AfA-Tabellen für das jeweilige Anlagegut ausgegangen. Berücksichtigt wurden alle Krankenhäuser in Berlin, die Fördermittel gem. KHG/LKG erhalten (damit ohne Charité, Bundeswehrkrankenhaus sowie die Vertragskrankenhäuser). Die Erhebungen der Krankenhäuser wurden seitens der BKG sowie der Senatsverwaltung für Gesundheit, z.B. im Hinblick auf ihre grundsätzliche Förderfähigkeit gemäß der Maßstäbe nach KHG/LKG (Abgrenzung Instandhaltungskosten von Investitionskosten etc.) auf Plausibilität überprüft.

Der Investitionsbedarf für die Errichtung bzw. Sanierung von Gebäuden und die Beschaffung von Anlagegütern mit einer Nutzungsdauer von über 15 Jahren beträgt für die Jahre 2011 bis 2020 in Berlin insgesamt ca. **1.189 Mio. €** (unter Berücksichtigung der Hochrechnung für ein Krankenhaus, das seinen Investitionsbedarf nur für den Zeitraum von 2011 bis 2015 erfasst hat). Aus der Erhebung ergibt sich ein **durchschnittlicher jährlicher Investitionsbedarf im Bereich der Baumaßnahmen von ca. 118,9 Mio. €**

Der Investitionsbedarf für die Anlagegüter mit einer Nutzungsdauer von 3-15 Jahren und Bruttoneuwerterkosten über 100 T € (Stand 2010), die gemäß § 8 LKG förderfähig sind und deren Wiederbeschaffungen sich aus der internen Investitionsplanung oder der Anlagenbuchhaltung der Krankenhäuser ergeben, beträgt in Berlin insgesamt für den Zeitraum 2011 bis 2020 **356,4 Mio. €** (unter Berücksichtigung der Hochrechnung für 4 Krankenhäuser, von denen eine Erfassung noch nicht vorliegt). Hierzu gehören insbesondere die Medizintechnik (CT, MRT, OP-Systeme, Intensivüberwachung, Herzkathetermessplatz etc), die EDV-Systeme (KIS, Serverlandschaft, Archivierungssysteme etc.) und die Betriebstechnik (Telefonsysteme, Patientenrufanlage, Sicherheitstechnik). Aus der Anlagenbuchhaltung bzw. Investitionsplanung der Krankenhäuser ergibt sich hierfür ein **durchschnittlicher jährlicher Investitionsbedarf von 35,6 Mio. €**

Für die Anlagegüter mit einer Nutzungsdauer von 3-15 Jahren und Bruttoneuwerterkosten unter 100 T € (Stand 2010), die gemäß § 8 LKG förderfähig sind und deren Wiederbeschaffungen sich aus der internen Investitionsplanung oder der Anlagenbuchhaltung der Krankenhäuser ergeben, beträgt der Investitionsbedarf in Berlin insgesamt für den Zeitraum 2011 bis 2020 ca. **674,6 Mio. €** (unter Berücksichtigung der Hochrechnung für 4 Krankenhäuser, von denen eine Erfassung noch nicht vorliegt). Hierzu gehören beispielsweise Fahrzeuge, Mobi-

liar, EDV, Software, OP- und Laborgeräte etc. Die Nutzungsdauer nach den AfA-Tabellen beträgt gemäß den Angaben der Krankenhäuser im gewichteten Durchschnitt für diese Anlagegüter 6,68 Jahre. Hieraus ergäbe sich ein **durchschnittlicher jährlicher Investitionsbedarf pro Jahr von 101 Mio. €** (674,6 Mio. € / 6,68 Jahren Nutzungsdauer).

Im Ergebnis der Erhebung beträgt die Summe des bestehenden Investitionsbedarfs hochgerechnet auf alle Krankenhäuser (ohne Charité und Bundeswehrkrankenhaus) rd. **255,5 Mio. € pro Jahr**. In der Differenzierung beträgt der durchschnittliche jährliche Investitionsbedarf für bauliche Maßnahmen hochgerechnet rd. 118,9 Mio. €, der durchschnittliche jährliche Investitionsbedarf für kurzfristige Anlagegüter hochgerechnet rd. 136,6 Mio. €.

Aufgrund der geringeren Investitionsförderung in den vergangenen Jahren ist vermutlich von einer höheren betrieblichen Nutzungsdauer als 6,65 Jahre in den Krankenhäusern auszugehen. Zur Sicherung der medizinischen Versorgungsqualität und der Ausstattung der Krankenhäuser mit moderner Medizintechnik wurde bei der Ermittlung des Investitionsbedarfes für die Anlagegüter allerdings die Nutzungsdauer nach den AfA-Tabellen zugrunde gelegt. Die in den AfA-Tabellen angegebene Nutzungsdauer dient als Anhaltspunkt für die Beurteilung der Angemessenheit der steuerlichen Absetzungen für Abnutzung (AfA) und orientiert sich an der tatsächlichen Nutzungsdauer eines unter üblichen Bedingungen arbeitenden Betriebs.

Bei angenommener 10-jähriger Nutzungsdauer für kurzfristige Anlagegüter mit Bruttoneuwerkkosten unter 100 T € (Stand 2010) ergäbe sich ein **durchschnittlicher jährlicher Investitionsbedarf pro Jahr von 67,46 Mio. €** (674,6 Mio. € / 10 Jahre Nutzungsdauer). Unter Berücksichtigung, dass von den Krankenhäusern auch Baumaßnahmen benannt worden sind, die aufgrund der Absenkung des Investitionsvolumens in den vergangenen Jahren und dem damit erfolgten überdurchschnittlichen Werteverzehr bislang noch nicht finanziert wurden, und dass sich im angemeldeten Bedarf nach grober Einschätzung der Senatsgesundheitsverwaltung zum Teil auch nicht förderfähige Maßnahmen befinden, würde nach deren Beurteilung ein jährlicher Investitionsbedarf i.H.v. 89,5 Mio. € für Baumaßnahmen verbleiben. Da weder die Höhe der genauen Kosten der jeweiligen Maßnahmen noch die genauen Inhalte abschließend bewertet werden können, ergibt sich bei der förderrechtlichen Beurteilung eine gewisse Bandbreite. Unter diesen Prämissen würde die Summe des bestehenden notwendigen Investitionsbedarfs (kurz-, mittel- und langfristige Anlagegüter) hochgerechnet auf alle Krankenhäuser (ohne Charité und Bundeswehrkrankenhaus) **rd. 192,6 Mio. € pro Jahr betragen**. In der Differenzierung würde der durchschnittliche jährliche Investitionsbedarf im Rahmen der baulichen Investitionsmaßnahmen hochgerechnet rd. 89,5 Mio. € betragen, der durchschnittliche jährliche Investitionsbedarf für kurzfristige Anlagegüter hochgerechnet rd. 103,1 Mio. €.

Nachfolgend die Ermittlung des jährlichen Gesamtinvestitionsbedarfes (in Mio. €):

Investitionsbedarf	Erhebung Krankenhäuser	durchschn. jährl. Bedarf BKG	Beurteilung Sen-GUV	durchschn. jährl. Bedarf SenGUV
Baumaßnahmen	1.189,0	118,9	ca. 75%	89,5
Anlagegüter > 100 T €	356,4	35,6		35,6
Anlagegüter < 100 T €	674,6	101,0	ND 10 anstatt 6,68 Jahren	67,5
Summe		255,5		192,6

V. Alternative Möglichkeiten der Investitionsfinanzierung

Die in den vergangenen Jahren deutlich zurückgegangenen Investitionen des Landes Berlin wurden teilweise durch Eigenmittel der Krankenhäuser, Förderung durch die Träger/Anteilseigner oder Kreditfinanzierung kompensiert. Das Deutsche Krankenhausinstitut hat für 2005 einen Anteil bundesweit von fast 30% Eigeninvestitionen ermittelt¹⁰. Das KHG verpflichtet zwar die Länder zu einer vollständigen Finanzierung der notwendigen Investitionskosten, die reale Situation erfordert von den Krankenhäusern allerdings, auch Eigenmittel zur Finanzierung nach dem KHG an sich förderungsfähiger Investitionen einzusetzen. Die Krankenhäuser sehen sich in der Gefahr, „auf Verschleiß“ betrieben zu werden. Sowohl bei der Einzelförderung als auch der Pauschalförderung hat sich in den vergangenen Jahren eine investive Unterfinanzierung ergeben.

Die Möglichkeiten, Eigenmittel teilweise zur Verfügung zu stellen, lassen jedoch nach, da sich die finanzielle Gesamtsituation der Krankenhäuser verschlechtert. Auf Grund der Kostensteigerungen (z.B. durch Tarifverträge) einerseits und den Anpassungen bei der Betriebsmittelfinanzierung andererseits werden kurzfristige Rationalisierungsinvestitionen mit den Mitteln der Krankenhausträger zunehmend nicht mehr möglich sein. In Berlin wurde der Landesbasisfallwert in den vergangenen Jahren deutlich abgesenkt und befindet sich nunmehr unter dem bundesdurchschnittlichem Niveau. Hieraus ergeben sich bei vergleichsweise hohem Fallschweregrad und niedriger Fallhäufigkeit in Berlin unter Berücksichtigung der Umlandversorgung - insgesamt ist der Anteil der vollstationären Behandlungsfälle in Berliner Krankenhäusern, die für Nichtberliner (ohne Ausländer) erbracht werden, bis heute gestiegen - niedrigere Krankenhausaussgaben pro Einwohner als im Bundesdurchschnitt. Bei sinkenden Fallerlösen bestehen weniger Möglichkeiten, Rationalisierungsinvestitionen zur Verbesserung der Betriebsabläufe aus Überschüssen zu tätigen. Hinzu kommt, dass die Banken bei der Kreditvergabe restriktiver geworden sind. Verantwortlich hierfür sind die verschärften Eigenkapitalrichtlinien für Banken (Basel II) sowie die Bankenkrise.

¹⁰ DKI, Krankenhausbarometer, Umfrage 2005

Insoweit müssen die Bundesländer ihre Verantwortung im Bereich der Investitionsfinanzierung für die Krankenhäuser zukünftig noch stärker wahrnehmen. Auch das Bundesgesundheitsministerium sowie die Spitzenverbände der Krankenkassen haben mehrfach darauf verwiesen, dass die derzeitige Investitionsfinanzierung den durchschnittlichen Investitionsbedarf nicht deckt und eine bedarfsgerechte Aufstockung des Fördervolumens notwendig ist.

VI. Reform der Investitionsfinanzierung

Infolge des im März 2009 verabschiedeten Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG) soll für Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind, eine Investitionsförderung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen ab dem 1. Januar 2012, für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen nach § 17d Abs. 1 Satz 1 ab dem 1. Januar 2014, ermöglicht werden. Gemäß § 10 Abs. 1 KHG sollen zu diesem Zweck Grundsätze und Kriterien für die Ermittlung eines Investitionsfallwertes auf Landesebene entwickelt werden. Entsprechend dem in § 10 Abs. 2 KHG enthaltenen Auftrag haben sich die Selbstverwaltungsparteien auf der Bundesebene auf eine Vereinbarung über die Grundstrukturen für Investitionsbewertungsrelationen und das Verfahren zu ihrer Ermittlung verständigt. In den Investitionsbewertungsrelationen ist der Investitionsbedarf für die voll- und teilstationären Leistungen pauschaliert abzubilden; der Differenzierungsgrad soll praktikabel sein. Außerdem sieht das Gesetz eine Beauftragung des InEK vor, bis zum 31. Dezember 2010 für das DRG-Vergütungssystem und bis zum 31. Dezember 2012 für Einrichtungen nach § 17d Abs. 1 Satz 1 bundeseinheitliche Investitionsbewertungsrelationen zu entwickeln und zu kalkulieren. Das Recht der Länder, eigenständig zwischen der Förderung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen und der Einzelförderung von Investitionen einschließlich der Pauschalförderung kurzfristiger Anlagegüter zu entscheiden, bleibt unberührt.

Die Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz hat einen Gesetzentwurf zur Änderung des Landeskrankenhausgesetzes mit neuen förderrechtlichen Rahmenbedingungen vorgelegt, nach denen die Umstellung auf eine Investitionspauschale ab 2013 ermöglicht werden soll. Die Krankenhäuser in Berlin werden dann mit den ihnen zur Verfügung stehenden pauschalierten Investitionszuschüssen in der Lage sein, ihre Investitionsentscheidungen eigenverantwortlich nach unternehmerischen Gesichtspunkten zu treffen.

Aus Sicht der BKG setzt jede Art der Investitionsförderung die Bereitstellung der für die Erfüllung der Versorgungsaufträge und nach Maßgabe des KHG notwendigen Investitionsmittel durch das Land Berlin voraus. Vor diesem Hintergrund sind die Länder im Rahmen der Reform der Investitionsfinanzierung aufgefordert, eine sachgerechte Finanzierung des Investitionsbedarfes zu gewährleisten und die Anforderungen an eine zukünftige Investitionsfinanzierung finanzpolitisch in den Haushaltsplänen der Länder umzusetzen und zu fundieren. Diese Analyse dient dazu, dass hierzu erforderliche Investitionsniveau zu bestimmen.

VII. Fazit

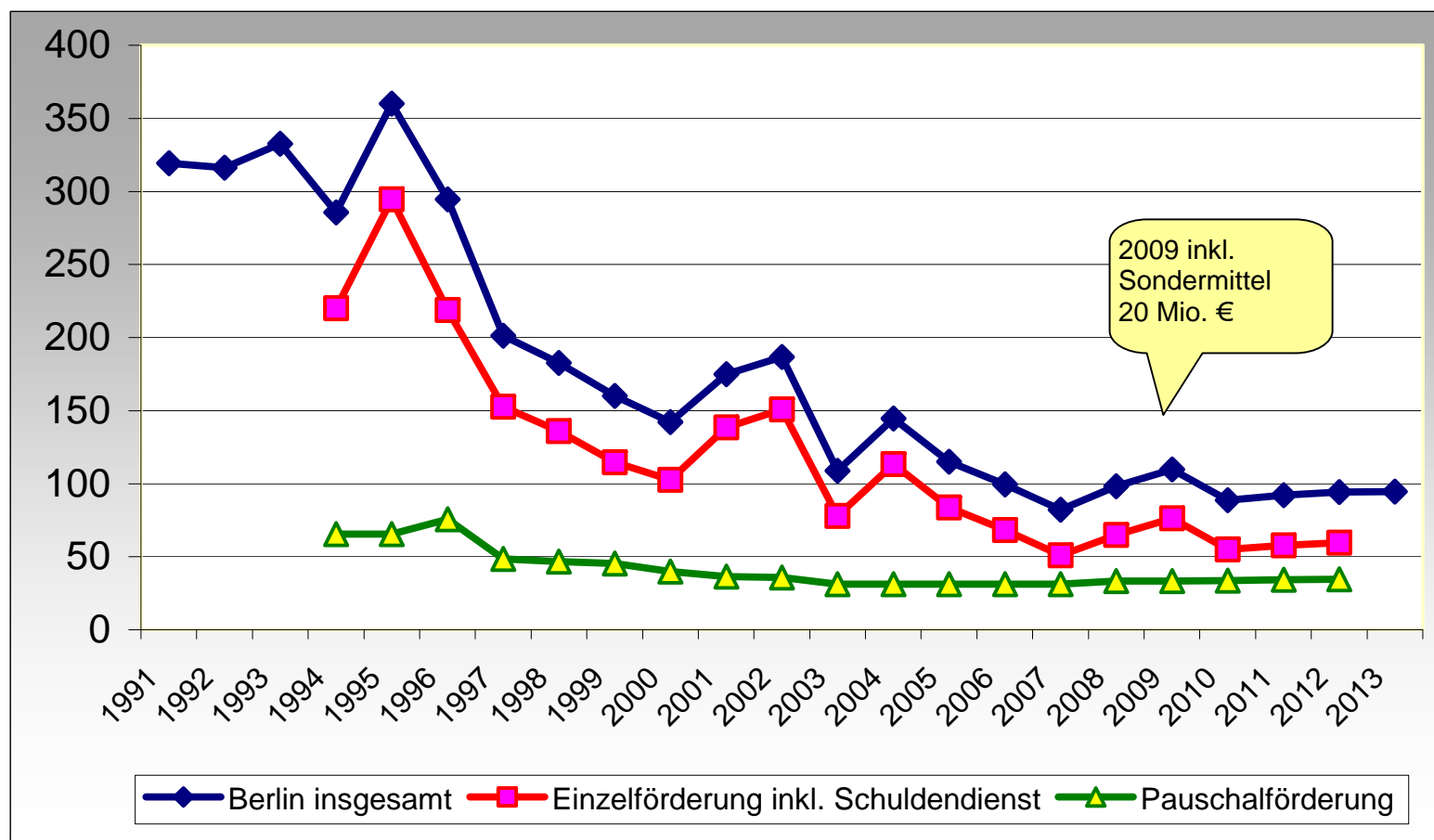
Berechnungsformeln und verschiedene Modelle sowie Prämissen zur Ermittlung des erforderlichen Investitionsbedarfs müssen durch überprüfbare Investitionsmaßnahmenplanungen der Krankenhäuser belegt werden. Dies wurde mit der Erhebung zur Maßnahmenplanung der Krankenhäuser von 2011 bis 2020 sowie einer Darstellung der regelmäßig zu refinanzierenden Anlagegüter erreicht.

Die unterschiedlichen Berechnungsmodelle variieren mit Ausnahme der rein statistischen Modelle hinsichtlich ihrer Prämissen (Bettenneuwert, Nutzungsdauer der Anlagegüter) und führen zu einem jährlichen Investitionsvolumen von 147,5 – 255,3 Mio. €. Dabei wurde auf den durch Feststellungsbescheide definierten Bettenbestand unter Berücksichtigung der ordnungsbehördlich genehmigten Betten per 1.1.2010 abgestellt. Bei einem steigendem Versorgungsbedarf, z.B. auf Grund demographischer Veränderungen und medizinisch-technischer Fortschritte, und damit zu erwartendem Bettenzuwachs und/oder Entwicklung eines höheren Bettenneuwertes würden sich die Beträge entsprechend erhöhen. Das anhand von Abschreibungswerten berechnete Investitionsniveau wird durch wissenschaftliche Analysen gestützt.

Der durch die Krankenhäuser individuell ermittelte und mit konkreten Maßnahmen unterlegte Investitionsbedarf bestätigt dieses Finanzierungsvolumen. Die empirische Erhebung bei den Berliner Plankrankenhäusern über einen Zeitraum von 10 Jahren führt zu einem jährlichen Investitionsbedarf von 192,6 Mio. € bis 255,5 Mio. €. Es wird somit sowohl durch analytische Berechnungen als auch durch empirische Erhebungen deutlich, dass die derzeit durch das Land bereitgestellten Investitionsmittel nicht ausreichen.

Berliner Krankenhäuser sind nach den Fördermittelgewährungen in den neunziger Jahren (Darlehensprogramm, Art. 14 GSG) gut aufgestellt. Die dem Krankenhausbereich in 2008/2009 ergänzend zur Verfügung gestellten Investitionsmittel und die Förderungen aus dem Konjunkturprogramm II haben zusätzliche Effekte bewirken können. Die Lücke zwischen Investitionsbedarf und derzeit zur Verfügung stehenden Fördermitteln wird hierdurch jedoch nicht behoben, sondern allenfalls kurzfristig verringert. Um die bisherige Versorgungsqualität auch in der Zukunft zu sichern und Substanzverlust und Verschleiß der zur medizinischen Versorgung der Berliner Bevölkerung notwendigen Infrastruktur zu vermeiden, ist unter Berücksichtigung der in diesem Papier dargestellten Berechnungsmodelle und der Erhebung bei den Berliner Krankenhäusern ein angemessenes und auskömmliches Investitionsvolumen durch das Land Berlin bereitzustellen.

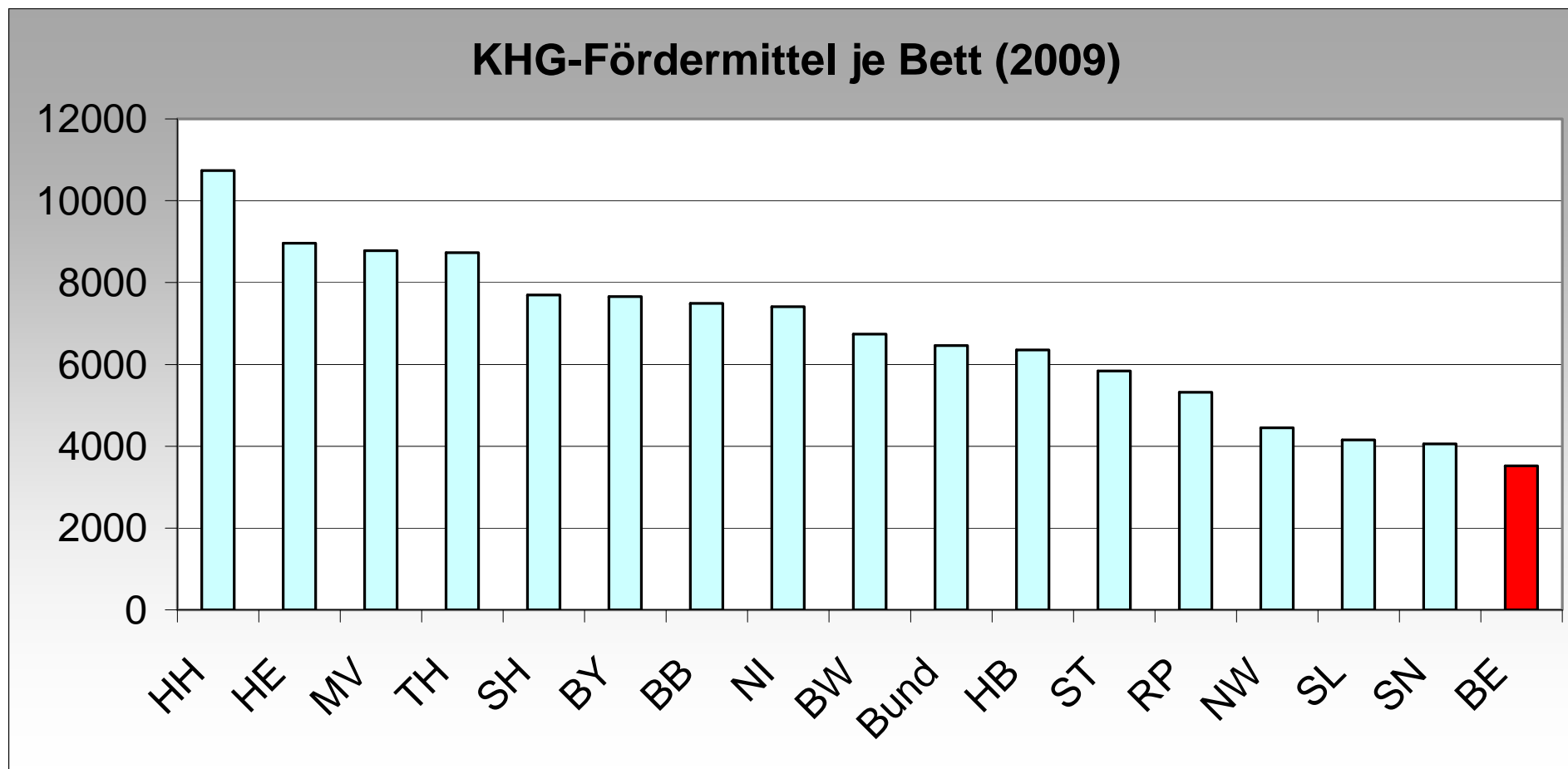
Entwicklung der KHG-Investitionsfördermittel in Berlin in Mio. € - inklusive des Schuldendienst i.H.v. ca. 34 Mio. €p.a. -



Quelle: bis 2006: KHG-Fördermittel gem. Umfrage der AG Krankenhauswesen der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG)
 2007 - 2008: Beschlossene Investitionsplanung 2007-2011 / Stand 2007 (die im Jahr 2008 vom Land Berlin zur Verfügung gestellten zusätzlichen Mittel für die Einzel- und Pauschalförderung von rd. 20 Mio. € sind daher im Jahresansatz 2008 noch nicht enthalten).
 2009 - 2013: Beschlossene Investitionsplanung 2009-2013 (die im Jahr 2009 vom Land Berlin zur Verfügung gestellten zusätzlichen Mittel für die Einzel- und Pauschalförderung von rd. 20 Mio. € sind im Jahresansatz 2009 enthalten).

KHG-Investitionsförderung 2009 nach Bundesländern je Bett in €

(Berlin: verfügbare Mittel nach Abzug des Schuldendienstes, ohne einmalige Sondermittel 2009)



Quelle: DKG: Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern, Stand September 2010; Bettenzahlen (KHG geförderte vollstationäre Betten) gem. Statistisches Bundesamt, Grunddaten 2009; eigene Berechnungen (Investitionsförderung Berlin nach Abzug des Schuldendienst (ca. 34 Mio. €), die für aktuell betriebsnotwendige Investitionen nicht zur Verfügung stehen, und ohne einmalige Sonderfinanzierung i.H.v. 20 Mio. € in 2009); Mittel aus dem Konjunkturprogramm II (in Berlin 25 Mio. € in 2009) sind insgesamt nicht enthalten.