



Regierungskommission

für eine moderne und bedarfsgerechte
Krankenhausversorgung

**Dreizehnte Stellungnahme und Empfehlung
der Regierungskommission für eine moderne
und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung**

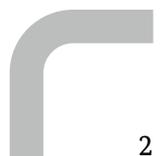
Reform der Investitionskosten- finanzierung für die Krankenhäuser in Deutschland

**Bestandsinvestitionen und
Strukturinvestitionen**



INHALTSVERZEICHNIS

I. Ausgangs- und Problemlage	3
Rechtlicher Hintergrund.....	3
Höhe des Investitionsbedarfs.....	3
Abschätzung des tatsächlichen Bedarfs an Bestandsinvestitionen für Krankenhäuser.....	4
Entwicklung der Investitionsmittel im Zeitverlauf.....	8
Folgen des Rückgangs der Investitionsmittel.....	11
II. Ziele	12
III. Empfehlungen	13
Pauschalförderung statt Einzelvorhabensförderung.....	13
Bestandsinvestitionen und Strukturinvestitionen.....	13
Strukturinvestitionen/Transformationsfonds im Rahmen der Krankenhausreform.....	14
Bestandsinvestitionen.....	16
Impressum	20





I. Ausgangs- und Problemlage

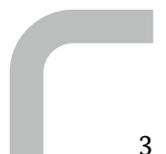
Rechtlicher Hintergrund

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), im Jahr 1972 in Westdeutschland in Kraft getreten, ist auch heute noch die bedeutendste rechtliche Grundlage für die Krankenhausfinanzierung und -planung und seit der Wiedervereinigung auch für Ostdeutschland maßgeblich. Mit diesem Gesetz wurde die duale Krankenhausfinanzierung eingeführt. Hiernach werden die Betriebskosten, insbesondere die Behandlungskosten, durch die Krankenversicherung finanziert. Die Investitionskosten hingegen sind als Teil der genuin staatlichen Daseinsvorsorge Aufgabe der öffentlichen Hand. Leitend für die Einführung der dualen Finanzierung für die Krankenhäuser war seinerzeit die unzureichende Investitionsfinanzierung, der enorme Bedarf an Krankenhausanierungen und an Krankenhausneu- und -ergänzungsbauten.

Unter Investitionskosten versteht das KHG die Kosten der Errichtung (Neubau, Umbau, Erweiterungsbau) von Krankenhäusern und der Anschaffung der zum Krankenhaus gehörenden Anlagegüter einschließlich deren Wiederbeschaffung. Die wesentlichen Finanziers der Investitionsbedarfe der Krankenhäuser sind die Bundesländer, da diesen auch die Zuständigkeit für die Krankenhausplanung zukommt. Die Länder haben entsprechend ihrer Krankenhausplanung gemäß § 6 Abs. 1 KHG Investitionspläne aufzustellen, wobei die Investitionsförderung sich in zwei Bereiche, die Einzelvorhabensförderung (§ 9 Abs. 1 und 2 KHG) und die Pauschalförderung (§ 9 Abs. 3 KHG), aufteilen kann. Mit der Aufnahme eines Krankenhauses und seiner Fachabteilungen als Plankrankenhaus in den Landeskrankenhausplan erwirbt das Krankenhaus einen Anspruch auf investive Mittel vom Bundesland. Der Anspruch ist allerdings nach Art und Höhe nicht konkret bestimmt. Abweichend gestaltet sich die Investitionskostenfinanzierung der Universitätskliniken, die nach den Landeshochschulbauförderungsgesetzen erfolgt.

Höhe des Investitionsbedarfs

Das Sachanlagevermögen von Betrieben einschließlich Krankenhäusern verliert allein durch die Alterung kontinuierlich an Wert, sodass bereits zum bloßen Substanzerhalt kontinuierlich Investitionen in relevanter Höhe erforderlich sind (*Bestandsinvestitionen*). Bei der Betrachtung verschiedener Branchen werden die hierfür erforderlichen Mittel zumeist pragmatisch als prozentualer Anteil an den Umsätzen angegeben. Allerdings ergibt sich der Investitionsbedarf primär aus Umfang und Art des Sachanlagevermögens, dessen Alter und Zustand und allenfalls indirekt aus der Höhe der Umsätze.





Zumeist wird für Krankenhäuser als Mindesthöhe für Investitionen zum Erhalt des Bestands ein Wert um die 8 % der Umsätze genannt.^{1,2} Die rechnerische Abschätzung des tatsächlichen Bedarfs für Bestandsinvestitionen ist komplex und erfordert verschiedene Annahmen, etwa zur zukünftigen Zahl benötigter Krankenhausbetten und zur Höhe von Abschreibungen, die Krankenhäuser auf ihr vorhandenes Sachanlagevermögen vornehmen. Eine Kalkulation wird im Kasten erläutert.

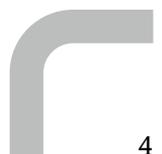
Abschätzung des tatsächlichen Bedarfs an Bestandsinvestitionen für Krankenhäuser

Für die Abschätzung der tatsächlich benötigten Höhe an Bestandsinvestitionen müssen für verschiedene, nicht exakt feststehende Parameter Annahmen getroffen werden. Es ist daher sinnvoll, die Kalkulation mit einer Spannweite an Annahmen durchzuführen, sodass Abschätzungen für eine mittlere, eine untere und eine obere Höhe an erforderlichen Investitionen resultieren. Der Anschaulichkeit halber werden die nachfolgenden Erläuterungen mit den Annahmen zum mittleren Szenario durchgeführt. In der anschließenden Tabelle werden auch die Kalkulationen zur unteren und zur oberen Grenze dargestellt.

Das Sachanlagevermögen aller Krankenhäuser belief sich nach Hochrechnungen im Jahr 2022 auf etwa 129 Milliarden Euro.³ Es handelt sich um die Sachanlagen, die in der Vergangenheit von Krankenhäusern erworben wurden. Aufgrund der geringen Investitionsfördermittel der Länder in den vergangenen 20 bis 25 Jahren besteht Grund zu der Annahme, dass die erworbenen Sachanlagevermögen nicht ausreichen, um modernen Erfordernissen zu entsprechen, mithin ein Investitionsstau besteht und weniger investiert wurde, als nötig gewesen wäre. So werden zum Beispiel medizinische Geräte länger genutzt als vorgesehen. Sie sind irgendwann abgeschrieben und stehen nicht mehr in der Bilanz, werden aber weiterverwendet.

Es ist schwer, diesen Investitionsstau direkt zu beziffern. Ein guter Vergleichsmaßstab für eine Krankenhauslandschaft ohne Investitionsstau sind aber die Krankenhäuser in den neuen Bundesländern, in die in den 1990er- und 2000er-Jahren viel und auskömmlich investiert wurde. Das zeigt sich

- 1 Augurzky B et al. Krankenhaus Rating Report 2022 – Vom Krankenhaus zum Geisterhaus? medhochzwei Verlag, Heidelberg, 2022.
- 2 https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf
- 3 Augurzky B et al. Krankenhaus Rating Report 2024 – Zwischen Hoffen und Bangen. medhochzwei Verlag, Heidelberg, 2024.





auch in den Bilanzen. Ihr Sachanlagevermögen lag im Jahr 2010 deutlich höher als in den westdeutschen Ländern. Unter Zugrundelegung des Sachanlagevermögens der Krankenhäuser in den neuen Ländern aus dem Jahr 2010 als Maßstab – sozusagen als Goldstandard – müsste das Sachanlagevermögen in ganz Deutschland im Jahr 2022 um circa 23 % höher liegen, also bei 159 Milliarden Euro.

Allerdings sind nicht die kompletten in den Bilanzen hinterlegten Sachanlagen förderfähig. So betreiben manche Krankenhäuser auch Parkflächen, Kioske oder bieten ambulante Leistungen an. In der Regel sind daher nur rund 80 % der Bauvorhaben förderfähig bzw. nur 127 der genannten 159 Milliarden Euro. Auch wird das heute vorhandene Anlagevermögen in der Zukunft nicht mehr in dem Maße erforderlich sein, wenn die derzeit niedrige Bettenauslastung von 71 % auf eine Zielauslastung von 85 % angehoben wird und im Zuge der Ambulantisierung der Medizin – trotz der Alterung der Bevölkerung – mittelfristig 20 % weniger stationäre Fälle zu erwarten sind.⁴ Damit wären in der Zukunft ein Drittel weniger Betten nötig. Unter der Annahme, dass dadurch der Investitionsbedarf um 20 % sinkt, beläuft sich das künftig nötige Anlagevermögen auf 102 Milliarden Euro.

Zu berücksichtigen ist jedoch, dass die in der Bilanz ausgewiesenen Werte aus einer Zeit stammen, in der die Baukosten niedriger waren. Die durchschnittliche Abschreibungsrate liegt nach Berechnungen des Krankenhaus Rating Reports 2024 bei 5,65 %. Dabei handelt es sich um einen gemittelten Wert aus Abschreibungen auf Gebäude, technische Anlagen sowie Betriebs- und Geschäftsausstattung. Aus diesem Wert ergibt sich eine durchschnittliche Abschreibungsdauer von rund 18 Jahren. Unter der Annahme, dass die bilanzierten Sachanlagen zur Hälfte abgeschrieben sind, stammen sie im Mittel aus einer Zeit vor neun Jahren. In dieser Zeit (2015 bis 2024) ist der Baukostenindex um 66 % gestiegen.⁵ Würde man das vorhandene Sachanlagevermögen heute ersetzen wollen, wäre mit entsprechend höheren Kosten in Höhe von 169 Milliarden Euro zu rechnen.

Ein Teil der Krankenhauslandschaft soll in den kommenden zehn Jahren neu gebaut werden. Angestrebt sind die Bildung von Schwerpunkten und die Zusammenlegung von Standorten. Dafür stellt der Transformationsfonds im Rahmen des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) 50 Milliarden Euro zur Verfügung. Angenommen wird, dass 90 % davon für Bauen verwendet werden. Diese Mittel können – zumindest für eine längere Zeit – von dem Bedarf der 169 Milliarden abgezogen werden, da in neu gebaute Gebäude und Anlagen für eine längere Zeit nicht reinvestiert werden

4 Pioch C, Nimptsch U, Mansky T, Busse R (2024). Endbericht zum Projekt Ambulantisierungspotenzial in deutschen Akutkrankenhäusern. https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Forschungsforderung/2022/Endbericht_AMBPO_korrigiert_15022024.pdf

5 https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2025/01/PD25_011_61261.html



muss. Damit ergibt sich ein restlicher Bedarf von 124 Milliarden Euro – zumindest für einen längeren Zeitraum nach Nutzung der Mittel des Transformationsfonds.

Dieses errechnete Sachanlagevermögen sollte kontinuierlich erneuert werden, um einem Bestandsverfall entgegenzuwirken, was bedeutet, dass die jährlich getätigten Abschreibungen von 5,65 % auch reinvestiert werden müssen. Bezogen auf den Wert von 124 Milliarden Euro entspricht dies sieben Milliarden Euro jährlich und damit bezogen auf die Krankenhauserlöse ungefähr 8 % pro Jahr. Diese Größenordnung bezieht sich auf den Erhalt einer ausreichenden und modernen Krankenhausstruktur und beinhaltet nicht die Mittel, die zum Ausgleich des Investitionsstaus zusätzlich erforderlich sind, um die Krankenhausstruktur auf ein ausreichendes und modernes Niveau zu heben.

Die folgende Tabelle stellt die Berechnungen in der Übersicht dar und zeigt darüber hinaus, wie eingangs erläutert, auch die Kalkulation einer unteren und einer oberen Grenze. **Der Bedarf für Bestandsinvestitionen liegt hier nach zwischen sechs und acht Milliarden Euro pro Jahr, was 6,9 bis 9,2 % der Krankenhauserlöse entspricht.**



› **Tabelle 1:**

Kalkulatorische Abschätzung des jährlichen Investitionsbedarfs zum Bestandserhalt für die Krankenhäuser (Erläuterungen im Text)

	Annahmen			In Mrd. Euro			Anmerkungen
	Untere Grenze	Mittlerer Wert	Obere Grenze	Untere Grenze	Mittlerer Wert	Obere Grenze	
Sachanlagevermögen zu AHK* 2022				127	129	131	Quelle: Krankenhaus Rating Report 2024
Sachanlagevermögen zu AHK* 2022 zzgl. Investitionsstau	+21 %	+23 %	+25 %	154	159	164	Zusatzbedarf wegen nicht getätigter Investitionen in der Vergangenheit (Investitionsstau), Benchmark Neue Bundesländer 2010
Davon noch nötig bei höherer Auslastung und Ambulantisierung	-22 %	-20 %	-18 %	120	127	134	Mittlerer Wert: Ziel- auslastung 85 % und Ambulantisierung 20 %
Unter Berücksichtigung des Baukostenindex	+64 %	+66 %	+68 %	197	211	226	Baukostensteigerung 2015 bis 2024
Davon förderfähig	78 %	80 %	82 %	153	169	185	Nur Investitionen für die stationäre Versorgung sind förderfähig
Nach Übernahme durch Transformationsfonds: -45 Mrd. Euro				108	124	140	Zumindest für einige Zeit sind hiernach keine Reinvestitionen hierfür nötig
Durchschnittliche Abschreibungsrate des Sachanlagevermögens/J., dem Bedarf für Bestandsinvestitionen/J. entsprechend	5,55 %	5,65 %	5,75 %	6,01	6,98	8,05	
Entspricht Anteil an Krankenhaus-erlösen von				6,9 %	8,0 %	9,2 %	
Zur Information: Fördermittel der Länder 2022				3,55	3,55	3,55	
Förderlücke 2022				2,46	3,43	4,50	

*AHK: Anschaffungs- und Herstellungskosten.

Wie im Kasten ausgeführt, bedingen die gestiegenen Baukosten – unter anderem aufgrund zunehmender behördlicher Auflagen –, dass mit gleichbleibenden Investitionsmitteln weniger Bestandssicherung und neue Strukturen erreicht werden können. Bei darüber hinausgehendem Investitionsbedarf, etwa im Rahmen sich verändernder Anforderungen an die Krankenhausinfrastruktur (*Strukturinvestitionen*, s. u.) – zum Beispiel aufgrund demografischen Wandels, medizinischen Fortschritts oder neuer Ziele bei Klimaneutralität und Digitalisierung –, müssen die Investitionen entsprechend höher liegen.

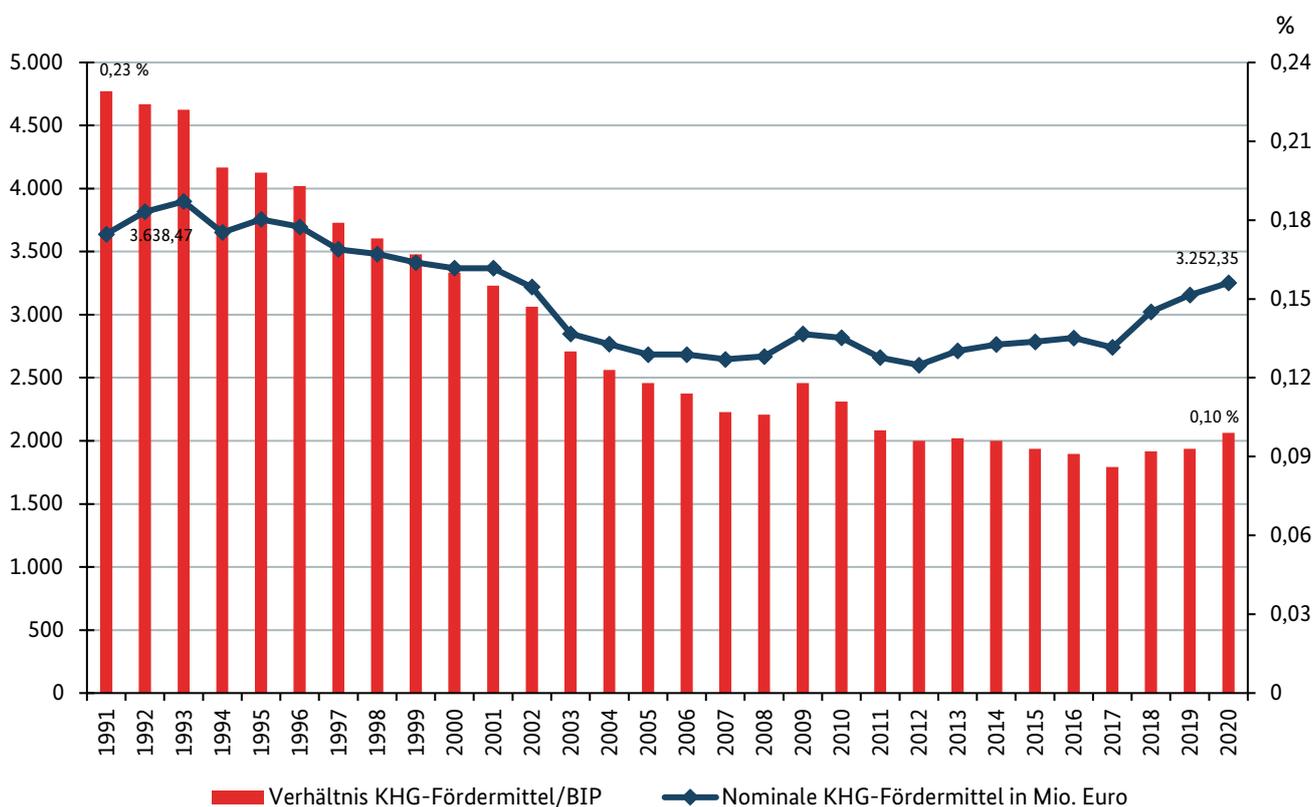




Der betriebswirtschaftlichen Betrachtung sollte eine volkswirtschaftliche Betrachtung der Gesamtinvestitionen eines Landes in die Gesundheitsversorgung gegenübergestellt werden. Für die Höhe ist eine Orientierung am medizinischen Bedarf der Bevölkerung adäquat.

Entwicklung der Investitionsmittel im Zeitverlauf

Seit Wirksamwerden des KHG 1973 haben sich die Investitionsmittel (KHG-Mittel) verdoppelt (Stand 2020), während sich das Bruttoinlandsprodukt veriebenfach hat. Insbesondere von 2010 bis 2020 war hierbei ein starkes Auseinanderklaffen der beiden Parameter zu verzeichnen (Abbildung 1).

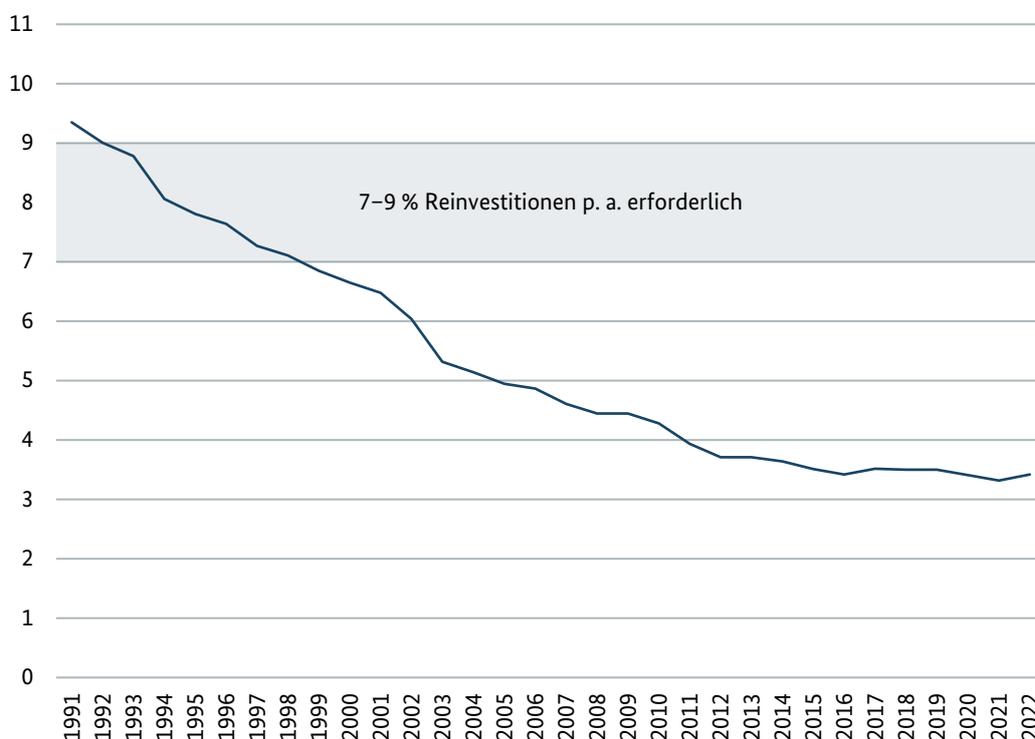


› **Abbildung 1:**
Nominale Investitionsmittel nach KHG (Mio. Euro; blaue Kurve) und Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt (%; rote Balken) 1991 bis 2020⁶

⁶ Deutsche Krankenhausgesellschaft (2022). Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern 2021. https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.7_Presse/1.7.1_Pressemitteilungen/2022/2022-01-17_Anlage_Bestandsaufnahme_2021.pdf
In den Haushaltsansätzen der neuen Bundesländer (einschließlich Berlin) sind in den Jahren 1995 bis 2014 jeweils die Investitionszuschläge gemäß Art. 14 GSG enthalten. Quellen der DKG: Umfrage der Arbeitsgruppe für Krankenhauswesen der AOLG, Statistisches Bundesamt, Berechnungen der DKG.



Die gesamten KHG-Fördermittel beliefen sich im Jahr 2022 auf 3,55 Milliarden Euro.⁷ Gegenüber dem Vorjahr lagen sie damit zwar um 8,1 % und gegenüber dem Jahr 2019 um 11,9 % höher. Zum Zeitpunkt der Wiedervereinigung Anfang der 1990er-Jahre hatten die gesamten KHG-Mittel nominal jedoch noch 3,6 Milliarden Euro betragen. Im Vergleich zu den Erlösen der Krankenhäuser (ohne Universitätskliniken) machten die Mittel 2022 nur 3,5 % aus. 1991 hatte dieser Wert noch bei 9,4 % gelegen (Abbildung 2).



› **Abbildung 2:**

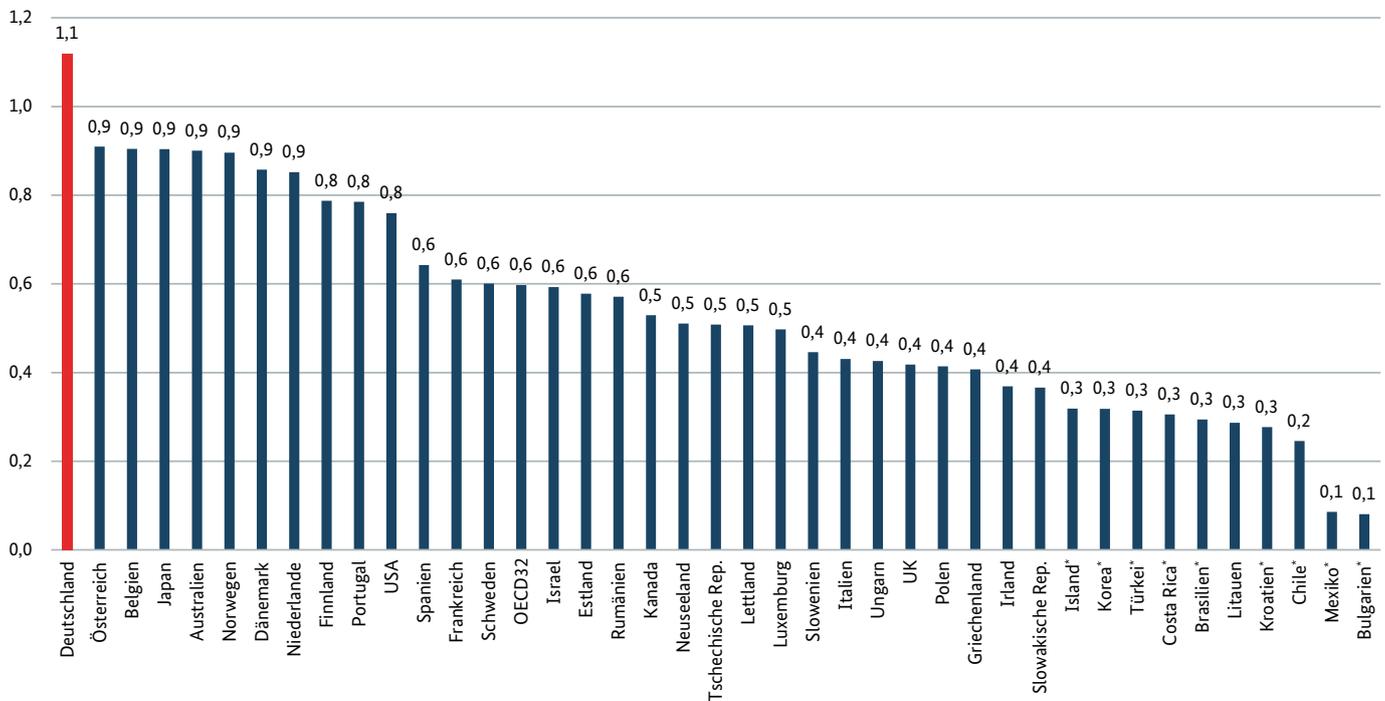
Anteil der KHG-Fördermittel an Erlösen der Krankenhäuser in Prozent⁸

Volkswirtschaftlich betrachtet liegen die Investitionen Deutschlands in die Gesundheitsversorgung zwar auf dem Spitzenplatz unter den OECD-Ländern (Abbildung 3). Bei einer weit überdurchschnittlichen Zahl an Gesundheitseinrichtungen sind die pro Gesundheitsanbieter zur Verfügung stehenden Investitionsmittel jedoch niedrig.

⁷ <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/157191/umfrage/khg-foerdermittel-nach-bundesland/>

⁸ Augurzky B et al. Krankenhaus Rating Report 2024 – Zwischen Hoffen und Bangen. medhochzwei Verlag, Heidelberg, 2024 (modifiziert). Anmerkung: ohne Universitätskliniken.





► **Abbildung 3:**
Jährliche Gesundheits- und Sozialinvestitionen (Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2021), OECD-Länder im Vergleich⁹

(* bezieht sich auf die Bruttoanlageinvestitionen in Gesundheitsanbieter gemäß dem System der Gesundheitsausgabenrechnung [System of Health Accounts])

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen formulierte bereits in seinem Gutachten 2018¹⁰: „Da sich die Länder zunehmend aus ihrer finanziellen Verantwortung zurückziehen, stellen sie die Legitimation ihrer Verantwortung für die Krankenhausplanung mehr und mehr infrage.“ Die aufgezeigte Entwicklung der Investitionskostenfinanzierung macht die zentrale Verantwortung der Bundesländer – bei relevanten Unterschieden zwischen den Ländern – für die aktuellen erheblichen wirtschaftlichen Schwierigkeiten der meisten Krankenhäuser, für den aufgelaufenen Investitionsstau und für kompensatorische, nicht rein medizinisch begründbare Fallzahlsteigerungen in den zurückliegenden Jahren deutlich.

9 OECD/European Commission. Health at a Glance 2023: OECD Indicators. OECD Publishing, Paris, 2023. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>

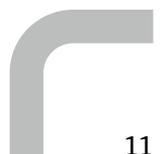
10 https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf



Folgen des Rückgangs der Investitionsmittel

Der Rückgang des Anteils der KHG-Fördermittel an den Krankenauseinnahmen hat verschiedene ungünstige Folgen:

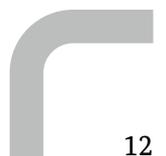
- › unzureichende Anpassung der Krankenhäuser an die Entwicklung in der Medizin und den medizinischen Fortschritt einschließlich der Möglichkeiten zur Ambulantisierung
- › mangelhafte Digitalisierung der Krankenhausprozesse
- › unwirtschaftliche Krankenhausprozesse aufgrund einer Infrastruktur, die an die immer stärker verdichteten Abläufe im Krankenhaus nicht ausreichend angepasst ist (Beispiele sind unzureichende Aufzugskapazitäten, unzureichend dimensionierte Sterilisationseinrichtungen, ineffektive Wegeführung im Krankenhaus, unwirtschaftliche Stationsgrößen)
- › nicht mehr dem Standard entsprechende Patientinnen- und Patientenunterbringung, etwa in Drei- und Vierbettzimmern oder mit gemeinsamen sanitären Einrichtungen für mehrere Patientenzimmer
- › dadurch Unzufriedenheit der Patientinnen und Patienten und resultierende Schwierigkeiten, negative Rückmeldungen (zum Beispiel in Patient-Reported Outcome Measures [PROMs] und Patient-Reported Experience Measures [PREMs]) von Defiziten der medizinischen Qualität abzugrenzen
- › in Mehrbettzimmern erhöhtes Risiko für nosokomiale Infektionen, etwa mit multiresistenten Erregern
- › Fehlen von Einbettzimmern zur Isolation infektiöser Patientinnen und Patienten und hieraus folgend ineffiziente Einzelbelegung von Mehrbettzimmern
- › Vernachlässigung von Klimaschutz und Nachhaltigkeit im Krankenhausbau
- › kompensatorische, nicht medizinisch begründete Mengenausweitung der Krankenhausbehandlungen
- › zunehmende Privatisierung öffentlich-rechtlicher oder freigemeinnütziger Krankenhäuser
- › Belastung des Jahresergebnisses der Krankenhäuser durch Abschreibungen und Zinsen wegen selbst getätigter und darlehensfinanzierter Investitionen
- › Defizite und Insolvenzen von Krankenhäusern





II. Ziele

1. Sicherstellung von Bestandsinvestitionen und Strukturinvestitionen in tatsächlich benötigter Höhe
2. Investitionsquote für Bestandsinvestitionen in Höhe von 7 bis 9 % der Erlöse der Krankenhäuser
3. Hebung der Patientensicherheit durch eine aktuellen medizinischen Standards entsprechende Krankenhausinfrastruktur





III. Empfehlungen

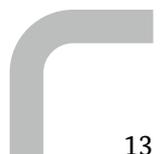
Pauschalförderung statt Einzelvorhabensförderung

Grundsätzlich empfiehlt die Regierungskommission, gesetzlich nur noch Pauschalförderung und keine Einzelvorhabensförderung mehr vorzusehen. Einzelvorhabensförderungen sind bürokratischer, verzögern Investitionen und bergen das Risiko, dass Anträgen strategisch kalkulierte, überteuerte Planungen zugrunde liegen. Es besteht ferner die Gefahr, dass am Ende der langen Genehmigungsdauer die bewilligten Investitionen nicht mehr aktuellen Erfordernissen oder Standards entsprechen und die Planung bereits überholt ist. Pauschalförderungen hingegen lassen den Krankenhäusern mehr Gestaltungsfreiheit und setzen für die Krankenhäuser einen Anreiz, die Fördermittel möglichst wirtschaftlich zu verwenden. Hieraus sollten auch Darlehen bedient werden können.

Bestandsinvestitionen und Strukturinvestitionen

Strukturinvestitionen und Bestandsinvestitionen verfolgen unterschiedliche Ziele. Ziel von Bestandsinvestitionen ist, wie oben ausgeführt, im Wesentlichen der Erhalt des Anlagevermögens wie von Immobilien, Geräten und anderer medizinischer Infrastruktur. Wie dargelegt, verliert das Anlagevermögen eines Krankenhauses allein durch Zeitablauf an Wert, was sich auch in den jährlichen Abschreibungen ausdrückt. Bestandsinvestitionen wirken diesem Substanzverlust entgegen.

Strukturinvestitionen hingegen finanzieren strukturelle Veränderungen, die unter anderem durch die Anpassung der Krankenhauslandschaft an die sich ändernde Demografie (u. a. Alters- und Morbiditätsstruktur), den medizinischen Fortschritt, die Verfügbarkeit von Fachkräften und die allgemeine wirtschaftliche Lage bedingt sind. Zu derartigen strukturellen Veränderungen zählen Umgestaltungen zur Optimierung der Krankenhausstruktur wie Neubau oder Erweiterung von Krankenhäusern, der Umbau etwa zum Zweck einer stärkeren Ambulantisierung, Zusammenlegung und auch Schließung von Krankenhausstandorten oder Teilen hiervon.



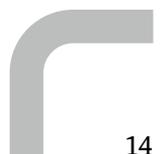


Strukturinvestitionen/Transformationsfonds im Rahmen der Krankenhausreform

Die im KHVVG geregelte Krankenhausreform beinhaltet die Schaffung eines Transformationsfonds. Dieser ist für einen Zeitraum von zehn Jahren vorgesehen und mit 50 Milliarden Euro ausgestattet (fünf Milliarden Euro pro Jahr), wobei die Hälfte der Summe von den Krankenversicherungen und die andere Hälfte von den Bundesländern aufzubringen ist. Die Mittel des Transformationsfonds dienen ausschließlich Strukturinvestitionen im oben erläuterten Sinn. Gefördert werden Transformationen, die mit den Zielen der Krankenhausreform übereinstimmen, unter anderem die standortübergreifende Konzentration akut stationärer Versorgungskapazitäten, die Bildung von Krankenhausverbänden, die Schaffung integrierter Notfallstrukturen, die Erfüllung von Qualitätskriterien, die Umwandlung in Level II-Krankenhäuser (sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen), die Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen, die Vernetzung universitärer und nicht universitärer Kliniken zur Behandlung seltener, schwerwiegender oder komplexer Erkrankungen oder die Schließung von Krankenhausstandorten. Die Förderung von Strukturinvestitionen aus dem Transformationsfonds ist daran gekoppelt, dass auch das betroffene Bundesland Investitionsmittel in einer gesetzlich vorgegebenen Mindesthöhe aufbringt und hierbei nicht kompensatorisch seine bisherigen Bestandsinvestitionen zurückfährt.

Die mit der Krankenhausreform beabsichtigte grundlegende Umstrukturierung der Krankenhausversorgung in Deutschland ist ohne zusätzliche Strukturinvestitionen nicht zu erreichen. Die Regierungskommission begrüßt die Ziele und die Förderprinzipien des Transformationsfonds ausdrücklich. Die Höhe des Transformationsfonds ermöglicht es, relevante Strukturveränderungen in der Krankenhauslandschaft Deutschlands zu finanzieren. Entscheidend ist, dass bei der Ausgestaltung des Transformationsfonds in der gemeinsam von Bundes- und Länderexekutive zu beschließenden Rechtsverordnung bekräftigt wird, dass die Mittel tatsächlich für strukturelle Veränderungen in Übereinstimmung mit den Zielen der Krankenhausreform eingesetzt werden. Die verpflichtende Beteiligung der Bundesländer an den durch den Transformationsfonds geförderten Strukturinvestitionen mit zusätzlichen eigenen Mitteln entspricht der Planungshoheit und Planungsverpflichtung der Bundesländer und wird von der Regierungskommission unterstützt.

Die oben angesprochenen Bestandsinvestitionen sind unabhängig vom Transformationsfonds weiterhin erforderlich und müssen zusätzlich aufgebracht werden. Die neu geschaffenen Strukturen mit Konzentration der Leistungserbringung und dem Abbau von Über- und Mehrfachversorgung führen aber mittelfristig dazu, dass die erforderlichen Bestandsinvestitionen sinken. Auch die Betriebskosten der Krankenhäuser sind in modernen und angepassten Strukturen niedriger als in ineffizienteren Strukturen vor der Transformation.





In der vorgesehenen Zeitspanne von zehn Jahren ist bei allseitiger Anstrengung der Umbau der Krankenhauslandschaft in Deutschland im Sinne der Ziele der Krankenhausreform grundsätzlich möglich. Auch danach bleibt aber ein kontinuierlicher Bedarf für Strukturinvestitionen bestehen, der sich allein schon aus der kontinuierlichen Veränderung der Rahmenbedingungen der Krankenhausversorgung ergibt. Hierbei ist unter anderem an die demografische und ökonomische Entwicklung und den medizinischen Fortschritt zu denken.

Die Regierungskommission empfiehlt, die Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser mittel- und langfristig so zu reformieren, dass auch nach Auslaufen des Transformationsfonds **Strukturinvestitionen und Bestandsinvestitionen getrennt geregelt und finanziert werden**. Eine Verstetigung des Transformationsfonds im Sinne der Schaffung eines dauerhaften **Fonds für Strukturinvestitionen** ist sinnvoll. Auch für diesen neuen Fonds ist eine hälftige Finanzierung aus Ländermitteln und Bundesmitteln zu empfehlen, wobei eine wichtige und zu entscheidende Frage ist, ob die Bundesmittel wie beim Transformationsfonds von den Krankenversicherungen und/oder aus Steuermitteln kommen sollten. Eine Finanzierung aus Steuermitteln entspräche mehr der staatlichen Pflicht zur Daseinsvorsorge, zu der auch die Schaffung einer flächendeckenden und qualitativ hochwertigen Krankenhausversorgung gehört, hätte aber den Nachteil einer Abhängigkeit von der Haushaltslage – wie es sich bei der gegenwärtigen Investitionsfinanzierung durch die Bundesländer zeigt. Im Falle einer (teilweisen) Finanzierung aus Krankenkassenmitteln müssen private Krankenversicherung und Beihilfe einbezogen werden.

Wie auch für den Transformationsfonds vorgesehen, sollten nur Strukturinvestitionen gefördert werden, wenn

- die beabsichtigte Neustrukturierung in Übereinstimmung mit den dem Krankenhaus zugeteilten Leistungsgruppen ist
- sie der Schaffung bedarfsgerechter, moderner und zukunftssträchtiger Strukturen dienen
- durch sie ein medizinischer Bedarf gedeckt wird, ohne Überversorgung zu erzeugen
- sie zu wirtschaftlich tragfähigen Strukturen führen
- sich das betroffene Bundesland mit eigenen Mitteln in einer rechtlich verbindlich vorgegebenen Mindesthöhe an der Strukturinvestition beteiligt
- das betroffene Bundesland in einer rechtlich definierten Höhe seiner Verpflichtung für Bestandsinvestitionen nachkommt





Die Digitalisierung von Krankenhäusern ist auch unabhängig von den zuvor genannten Kriterien zu fördern. Investitionen in klimafreundliche und nachhaltige Krankenhausstrukturen sowie zur Steigerung der Resilienz in Katastrophenfällen sind ebenfalls unabhängig von den zuvor genannten Kriterien förderfähig, zumindest bis zu einer festgelegten Höhe des zu schaffenden Strukturinvestitionsfonds.

Nach Abschluss der Transformationsphase im Rahmen der Krankenhausreform können die jährlichen Mittel in dem neu aufzulegenden Fonds für Strukturinvestitionen geringer ausfallen als im Transformationsfonds.

Bestandsinvestitionen

Wie ausgeführt, besteht unabhängig von Strukturinvestitionen ein kontinuierlicher Bedarf an Bestandsinvestitionen, der, wie dargelegt, mit 7 bis 9 % der Krankenhauserlöse zu veranschlagen ist. Als vorrangiges Ziel einer Reform ist zu erreichen, dass den Krankenhäusern tatsächlich Mittel für Bestandsinvestitionen in mindestens dieser Höhe zusätzlich zu den Erlösen aus der Behandlung (zukünftig im Wesentlichen Vorhaltevergütung und residuale DRGs) zur Verfügung stehen und die in der Einleitung dargelegte chronische Unterfinanzierung und die Abhängigkeit der Bestandsinvestitionen von der finanziellen Lage und der Prioritätensetzung der Länderhaushalte beendet wird. Hierfür sieht die Regierungskommission zwei alternative Wege.

A) Anreizsystem

Die Bundesländer bleiben für Krankenhausplanung und damit auch für die Bestandsinvestitionen zuständig. Rechtlich und praktisch ist es schwierig, eine konkrete Mindesthöhe an Bestandsinvestitionen für die Krankenhäuser eines Bundeslandes vorzuschreiben, die Umsetzung zu kontrollieren und durchzusetzen. Zielführender ist daher ein Anreizsystem, indem sich auch der Bund mit Steuermitteln an den Bestandsinvestitionen beteiligt. Voraussetzung für eine Bundesbeteiligung sollte sein, dass das jeweilige Bundesland in seiner Krankenhausplanung die Ziele der Krankenhausreform umsetzt und eine bestimmte Mindestquote an Bestandsinvestitionen in seinem Landeshaushalt vorsieht. Eine solche Mindestquote könnte zum Beispiel bei 5 % der Umsätze aller Krankenhäuser des Landes veranschlagt werden. Bestandsinvestitionen, die das Land über diese Mindestquote hinaus vornimmt, würden durch den Bund mit zusätzlichen Mitteln in halber Höhe gefördert. Bei einer Mindestquote von 5 % würde ein Bundesland, das Bestandsinvestitionen in Höhe von 7 % in seinem Haushalt vorsieht (also 2 Prozentpunkte über der Mindestquote), Bundesmittel in Höhe von 1 % erhalten, sodass die Bestandsinvestitionen in dem Bundesland auf 8 % steigen würden.



B) Monistische Finanzierung

In der Einleitung wurde ausgeführt, dass in den letzten 20 Jahren die duale Krankenhausfinanzierung durch einen kontinuierlichen Rückgang der Investitionsmittel der Bundesländer immer weniger eine wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser garantierte. Eine gänzliche Abkehr vom bisherigen System ist daher zu diskutieren. Eine monistische Finanzierung könnte zum Beispiel durch einen Investitionsaufschlag auf die bisherigen DRGs erfolgen, wie sie sich im schweizerischen DRG-System ergibt¹¹. Im zukünftigen Finanzierungssystem empfiehlt sich ein Aufschlag in analoger Höhe auf die Vorhaltevergütung (und nicht auf die rDRGs), um keinen Fehlanreiz zur Mengenausweitung zu erzeugen.

Eine monistische Finanzierung bedeutet, die Bundesländer teilweise oder vollständig von der Verpflichtung zu Bestandsinvestitionen zu entbinden, was im Gegenzug die Konsequenz mit sich brächte, dass die Bundesländer auch die Kompetenz und Hoheit über die Krankenhausplanung zumindest teilweise abgeben. Bei einer Krankenhausfinanzierung von Behandlungskosten und Investitionen durch die Krankenversicherungen müsste diesen im Gegenzug auch ein verbindliches Mitentscheidungsrecht über die Krankenhausplanung übertragen werden.

Vorteil einer monistischen Finanzierung wäre eine verlässlichere finanzielle Situation für die Krankenhäuser und Synergien durch Verantwortung für Planung und Betrieb in einer Hand (Krankenversicherungen). Dies entspräche auch einer Angleichung an den vertragsärztlichen Bereich, in dem Betriebs- und Investitionskosten ebenfalls monistisch von den Krankenversicherungen getragen werden, wenngleich beklagt wurde, dass in den vergangenen Jahren auch im vertragsärztlichen Bereich zu geringe Investitionen erfolgten¹².

Eine monistische Finanzierung bietet in einem reformierten Gesundheitssystem die Möglichkeit einer Bevölkerungsorientierung der Finanzierung von Investitionen und Betriebskosten, etwa durch Festlegung eines risikoadjustierten Pro-Kopf-Bedarfs, möglichst in einer bundeslandübergreifenden Betrachtung. Ein derartiger volkswirtschaftlicher Ansatz, bei dem im Zentrum der Finanzierung steht, was quantitativ und qualitativ für eine hochwertige und flächendeckende Versorgung der Bevölkerung tatsächlich benötigt wird, ist eine entscheidende Strategie, um die kontinuierlich überproportional steigenden Gesundheitsausgaben¹³ zu regulieren und einen Kollaps des Finanzierungssystems zu vermeiden.

11 Art. 49 Abs. 5 und 7 des KVG der Schweiz (Bundesgesetz über die Krankenversicherung), Fassung gemäß Ziffer 1 des BG (Bundesgesetzes) vom 21. Dezember 2007 zur Spitalfinanzierung (AS 2008 2049).

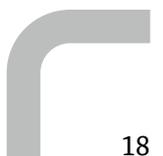
12 https://www.zi.de/fileadmin/Migration/Zi-PM_Investitionen_in_Arztpraxen.pdf

13 Augurzky B et al. Krankenhaus Rating Report 2024 – Zwischen Hoffen und Bangen. medhochzwei Verlag, Heidelberg, 2024.





Eine monistische Finanzierung durch die Krankenversicherungen birgt jedoch insbesondere die Gefahr einer weiteren erheblichen Steigerung der Sozialabgaben, wogegen sich die Regierungskommission ausspricht. Im Gegenzug für die Entbindung der Bundesländer von Investitionsverpflichtungen müssten zwingend kompensatorische finanzielle Umschichtungen erfolgen, zum Beispiel durch die Entlastung der Krankenversicherungen von versicherungsfremden Leistungen und durch Neuverteilung von Steuereinnahmen, die bisher den Bundesländern zur Verfügung stehen.





Diese und alle anderen Stellungnahmen der Regierungskommission sind im Internet abrufbar unter:

www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenhaus/regierungskommission-krankenhausversorgung.html

Diese Stellungnahme und Empfehlung wurde von der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung einstimmig bei einer Enthaltung verabschiedet.

Mitglieder der Regierungskommission sind (in alphabetischer Reihenfolge):

Prof. Dr. Boris Augurzky
Prof. Dr. Tom Bschor
Prof. Dr. Reinhard Busse
Prof. Dr. Jörg Dötsch
Michaela Evans
Prof. Dr. Dagmar Felix
Irmtraud Gürkan
Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg
Prof. Dr. Martina Hasseler
Prof. Dr. Stefan Huster
Prof. Dr. Christian Karagiannidis
Prof. Dr. Thorsten Kingreen
Prof. Dr. Heyo Kroemer
Prof. Dr. Laura Münkler
Prof. Dr. Jochen Schmitt
Prof. Dr. Rajan Somasundaram
Prof. Dr. Leonie Sundmacher





Regierungskommission
für eine moderne und bedarfsgerechte
Krankenhausversorgung



Impressum

Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

Leiter und Koordinator:

Prof. Dr. med. Tom Bschor
c/o Bundesministerium für Gesundheit
Mauerstraße 29, 10117 Berlin

Postanschrift: 11055 Berlin
Krankenhauskommission@bmg.bund.de

Veröffentlichung: 7. März 2025

