

Augurzky, Boris et al.

Research Report

Investitionsbarometer NRW: Forschungsprojekt im Auftrag der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen

RWI Projektberichte

Provided in Cooperation with:

RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Essen

Suggested Citation: Augurzky, Boris et al. (2016) : Investitionsbarometer NRW: Forschungsprojekt im Auftrag der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, RWI Projektberichte, Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI), Essen

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/144166>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



Projektbericht

Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung

Investitionsbarometer NRW

Forschungsprojekt im Auftrag der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen

Impressum

Vorstand des RWI

Prof. Dr. Christoph M. Schmidt (Präsident)

Prof. Dr. Thomas K. Bauer (Vizepräsident)

Prof. Dr. Wim Kösters

Verwaltungsrat

Prof. Dr. Reinhard F. Hüttl (Vorsitzender);

Manfred Breuer; Prof. Dr. Claudia Buch; Reinhold Schulte (Stellv. Vorsitzende)
Hans Jürgen Kerkhoff; Dr. Thomas A. Lange; Dr.-Ing. Herbert Lütkestratkötter;
Hans Martz; Andreas Meyer-Lauber; Dr. Stefan Profit; Hermann Rappen; Prof.
Regina T. Riphahn, Ph.D.; Dr. Michael H. Wappelhorst; Josef Zipfel

Forschungsbeirat

Prof. Regina T. Riphahn, Ph.D. (Vorsitzende);

Prof. Dr. Stefan Felder (Stellv. Vorsitzender)

Prof. Dr. Monika Büttler; Prof. Dr. Lars P. Feld; Prof. Dr. Alexia Fürnkranz-
Prskawetz; Prof. Timo Goeschl, Ph.D.; Prof. Timothy W. Guinnane, Ph.D.;
Prof. Dr. Kai Konrad; Prof. Dr. Wolfgang Leininger; Prof. Dr. Nadine Riedel;
Prof. Dr. Kerstin Schneider; Prof. Dr. Conny Wunsch

Ehrenmitglieder des RWI

Heinrich Frommknecht; Dr. Eberhard Heinke; Prof. Dr. Paul Klemmer †;
Dr. Dietmar Kuhnt

RWI Projektbericht

Herausgeber:

Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung

Hohenzollernstraße 1/3, 45128 Essen, Germany

Phone +49 201-81 49-0, Fax +49 201-81 49-200, e-mail: rwi@rwi-essen.de

Alle Rechte vorbehalten. Essen 2016

Schriftleitung: Prof. Dr. Christoph M. Schmidt

Investitionsbarometer NRW

Forschungsprojekt im Auftrag der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen

25. April 2016

Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung

Investitionsbarometer NRW

**Forschungsprojekt im Auftrag der Krankenhaus-
gesellschaft Nordrhein-Westfalen**

25. April 2016

Projektbericht

Projektteam:

RWI: Prof. Dr. Boris Augurzky (Leiter), Ronald Janßen-Timmen, Dr. Adam Pilny,
Hermann Rappen, Christiane Wuckel

hcb: Annika Emde

CURACON: Robert Orsag, Birgitta Lorke

Das Projektteam bedankt sich bei Sebastian Bülter, Mehdi Lincon, Rüdiger
Budde, Fabian Dehos, Claudia Lohkamp, Yvonne Meyer und Renate Racz für die
Unterstützung bei der Erstellung dieses Berichts.

Inhaltsverzeichnis

Executive Summary	7
1. Einleitung	13
2. Daten	14
2.1 Online-Befragung	14
2.2 Analyseebene	16
2.3 Deskriptive Statistiken	22
3. Methodik	29
3.1 Förderlücke	29
3.1.1 InEK-Methode	31
3.1.2 Methode Substanzerhalt	32
3.1.3 Eigene Einschätzung	36
3.2 Investitionsstau	36
3.3 Bedeutung von Krankenhausinvestitionen und -betrieb	38
3.3.1 Top-down-Ansatz: Die wirtschaftlichen und fiskalischen Effekte der Krankenhausinvestitionen	39
3.3.2 Bottom-up-Ansatz: Ableitung der Bruttowertschöpfung und der fiskalischen Effekte des Krankenhausbetriebs	45
3.4 Ausblick	45
4. Ergebnisse	46
4.1 Investitionsbedarf und Förderlücke	46
4.2 Investitionsstau	52
4.3 Gesamt- und finanzwirtschaftliche Bedeutung von Krankenhausinvestitionen und -betrieb	55
4.3.1 Krankenhausinfrastruktur im Spannungsfeld von versorgungspolitischen, fiskalischen und gesamtwirtschaftlichen Zielsetzungen	55
4.3.2 Empirische Ergebnisse	57
4.3.2.1 Die wirtschaftlichen und fiskalischen Effekte der Krankenhausinvestitionen	57
4.3.2.2 Die Bruttowertschöpfung und die fiskalischen Effekte des Krankenhausbetriebs	60
4.3.3 Zur regionalen Bedeutung des Krankenhausbetriebs	61
4.4 Ausblick	64
5. Literatur	65
6. Anhang	67
Online-Fragebogen	67

Verzeichnis der Tabellen, Schaubilder und Karten

Tabelle 1	Allgemeine Informationen zu Kreisen.....	21
Tabelle 2	Deskriptive Statistiken zu Krankenhäusern 2014.....	22
Tabelle 3	Deskriptive Statistiken zu Finanzkennzahlen 2014	23
Tabelle 4	Deskriptive Statistiken zu Fördermitteln 2014	26
Tabelle 5	Deskriptive Statistiken zu Investitionen 2014.....	27
Tabelle 6	Fiskalische Effekte des Krankenhausbetriebs in Nordrhein- Westfalen.....	44
Tabelle 7	Investitionsbedarf über InEK-Methode (Methode 1)	47
Tabelle 8	Investitionsbedarf über Sachanlagevermögen (Methode 2).....	48
Tabelle 9	Investitionsbedarf und Förderlücke je Kreis	48
Tabelle 10	Investitionsbedarf nach subjektiver Einschätzung (Methode 3).....	51
Tabelle 11	Investitionszwecke zusätzlich notwendiger Investitionen	51
Tabelle 12	Förderlücke (Methoden 1-3).....	52
Tabelle 13	Investitionsstau bei Benchmark „Ostdeutsche Krankenhäuser“	52
Tabelle 14	Investitionsstau je Kreis	54
Tabelle 15	Investitionsstau bei Benchmark „Top 50% der ostdeutschen Krankenhäuser“	55
Tabelle 16	Struktur und gesamtwirtschaftliche Wirkungen von Krankenhausinvestitionen pro 100 Mio. € (Investitionsmix)	58
Tabelle 17	Gesamtwirtschaftliche Wirkungen geförderter und erforderlicher Krankenhausinvestitionen	59
Tabelle A1	Definition bestimmter Kennzahlen	71
Tabelle A2	Investitionsbedarf nach Kreisen (Methoden 1-3)	72
Tabelle A3	Sachanlagevermögen nach Kreisen	73
Tabelle A4	Fördermittel nach Kreisen	74
Tabelle A5	Investitions- und Förderquote zu Gesamterlösen nach Kreisen	75
Tabelle A6	Fördermittelverwendung zur Bedienung von Zinsen und Tilgung nach Kreisen	76
Tabelle A7	Endbestand von Fördermitteln und Anzahl von Großinvestitionen nach Kreisen.....	77
Tabelle A8	Investitionen nach Kreisen.....	78
Tabelle A9	Eigenfinanzierte Investitionen nach Kreisen.....	79
Tabelle A10	Subjektive Einschätzung der Befragungsteilnehmer zu Investitionen nach Kreisen.....	80
Tabelle A11	Bedeutung des Krankenhausbetriebs für die Kommunen	81
Tabelle A12	Bedeutung des Krankenhausbetriebs für die Kommunen	82
Tabelle A13	Projektion	83

Investitionsbarometer NRW

Schaubild 1	Vergleich der Grundgesamtheit mit Stichprobe	16
Schaubild 2	Methoden zur Berechnung der Förderlücke	30
Schaubild 3	Investitionsbedarf über InEK-Methode (Methode 1)	31
Schaubild 4	Investitionsbedarf über Sachanlagevermögen (Methode 2).....	33
Schaubild 5	Ableitung des Investitionsstaus über Benchmark.....	37
Schaubild 6	Berechnung des Investitionsstaus	38
Schaubild 7	Input-Output-Analyse der gesamtwirtschaftlichen Effekte von Krankenhausinvestitionen	41
Schaubild 8	Fiskalische Effekte von Krankenhausinvestitionen	43
Schaubild 10	Fördermittel 2014 und Förderlücke nach Kreisen	50
Schaubild 11	Bereinigte Gesamtausgaben und Krankenhausfördermittel im nordrhein-westfälischen Landeshaushalt.....	56
Schaubild 12	Fiskalische Effekte der Umsetzung des Investitionsbedarfs der nordrhein-westfälischen Plankrankenhäuser 2014.....	60
Schaubild 13	Beitrag des Krankenhausbetriebs zur regionalen Bruttowertschöpfung	62
Schaubild 14	Anteil des Krankenhauspersonals an den Arbeitnehmern	62
Schaubild 15	Direkte und indirekte kommunale Einnahmen durch den Krankenhausbetrieb	63
Schaubild 16	Projektion des Jahresüberschusses/-fehlbetrags vor Steuern in % der Gesamterlöse (Szenario 1 und 2)	64
Karte 1	Teilnahmeanzahl und -quoten (nach IK) auf Kreisebene vor Zusammenlegung	17
Karte 2	Zusammenlegung von Kreisen.....	18
Karte 3	Teilnahme je Kreis (nach Krankenhäusern)	19
Karte 4	Teilnahme je Kreis (nach Betten).....	20
Karte 5	Abschreibungsgrad 2014	24
Karte 6	Förderquote des SAV (Sonderposten / SAV zu RBW)	28
Karte 7	Fördermittel bezogen auf Gesamterlöse 2014	28
Karte 8	Investitionen bezogen auf Gesamterlöse 2014	29

Executive Summary

In den vergangenen Jahren hat sich die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser verschlechtert. Mangels ausreichender Investitionen ist außerdem ein schlechender Substanzverzehr zu beobachten. Zwar stellen die Bundesländer Investitionsfördermittel zur Verfügung und Krankenhäuser investieren darüber hinaus ergänzend aus Eigenmitteln. Dennoch reichen diese Investitionsaktivitäten nicht aus, um die Unternehmenssubstanz dauerhaft halten zu können. Das Investitionsbarometer NRW hat sich daher die Aufgabe gesetzt, den Investitionsbedarf, die bestehende Förderlücke und den bislang kumulierten Investitionsstau der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser sowohl auf kleinräumiger als auch auf Landesebene zu ermitteln. Es soll ferner die Bedeutung des laufenden Krankenhausbetriebs und der Krankenhausinvestitionen für die lokale Wirtschaft, für NRW und für Deutschland insgesamt aufzeigen. Schließlich schreibt es die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser bis 2025 unter Beibehaltung des bestehenden Fördermittelvolumens und bei Schließung der Förderlücke fort.

Das Investitionsbarometer NRW stützt sich dabei auf umfassende Daten nordrhein-westfälischer Plankrankenhäuser, die an einer eigens für das Barometer erstellten Online-Befragung teilgenommen haben. Die Grundgesamtheit bilden alle 337 im Krankenhausplan NRW aufgenommenen und damit nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz förderfähigen Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen, wobei überwiegend Daten des Jahres 2014 herangezogen werden. Hochschulkliniken nach § 108 Nr. 1 SGB V, Versorgungsvertragskrankenhäuser nach § 108 Nr. 3 SGB V und sonstige Krankenhäuser werden nicht in die Betrachtung miteinbezogen. Insgesamt haben 93% aller Plankrankenhäuser in NRW an der Befragung teilgenommen (313 von 337 Krankenhäusern). Zur Wahrung der Anonymität werden Auswertungen nicht auf Krankensebene, sondern nur in verdichteter Form, meist auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte veröffentlicht. Vereinzelt werden einzelne Kreise zusammengefasst, um eine ausreichend große Stichprobe zu erhalten. Insgesamt ergaben sich damit 44 Regionen.

Im Jahr 2014 erwirtschafteten die Krankenhäuser in NRW Gesamterlöse in Höhe von rund 20 Mrd. €, davon ca. 16 Mrd. € aus Krankenhausleistungen. Der Personalaufwand lag mit 11,7 Mrd. € mehr als doppelt so hoch wie der Materialaufwand (5,2 Mrd. €). Die Abschreibungen auf das Anlagevermögen beliefen sich auf 940 Mio. €, der Jahresüberschuss nach Steuern betrug rund 316 Mio. €. Das Sachanlagevermögen zu Anschaffungs- und Herstellungskosten wies einen Wert von insgesamt 24,8 Mrd. € auf. Der Restbuchwert aufgrund des Werteverzehrs

durch die laufende Nutzung lag bei 11,5 Mrd. €. Mithin fiel der Abschreibungsgrad (Werteverzehr) des Sachanlagevermögens mit 54% damit recht hoch aus. Im Hinblick auf Qualität und Effizienz des genutzten Anlagevermögens sollte er unter 50% liegen.

Das Volumen der getätigten Investitionen ist seit Jahren tendenziell rückläufig. Während 2010 insgesamt noch 1,1 Mrd. € aus Fördermitteln und Eigenmitteln von den Krankenhäusern investiert worden waren, waren es 2014 nur noch rund 850 Mio. €. Im Jahr 2014 erhielten die Plankrankenhäuser ca. 509 Mio. € an Investitionsfördermitteln nach KHG durch das Land NRW. Die kommunale Beteiligung an den Fördermitteln des Landes belief sich auf 196 Mio. €. Die Fördermittel setzen sich aus der Baupauschale nach § 18 Abs. 1 Nr. 1 KHGG NRW und der kurzfristigen Pauschale nach § 18 Abs. 1 Nr. 2 KHGG NRW zusammen, wobei das Volumen der kurzfristigen Pauschale mit ca. 304 Mio. € höher lag als das der Baupauschale (ca. 206 Mio. €). Da die Krankenhäuser nicht alle notwendigen Investitionen durch Fördermittel des Landes finanzieren können, sind sie gezwungen, einen Teil der Investitionen aus Eigenmitteln aufzubringen. Seit 2012 ist die Höhe dieses eigenfinanzierten Betrags stark rückläufig. 2014 wurden 4,2% des vorhandenen Sachanlagevermögens (zu Anschaffungs- und Herstellungskosten) durch Investitionen ersetzt. 2,1% des Sachanlagevermögens konnten mit Hilfe von Fördermitteln ersetzt werden. Die restlichen 2,1% mussten aus Eigenmitteln bzw. fremdfinanziert aufgebracht werden. 1991 entsprach der Anteil der den deutschen Krankenhäusern bundesweit zur Verfügung gestellten Fördermittel noch einem Anteil von rund 10% der Gesamterlöse der Krankenhäuser. 2014 lag der Anteil in NRW bei 2,5%. Kumuliert über die Vergangenheit wurden 47% des Sachanlagevermögens über Fördermittel, 21% über Darlehen und der Rest über Eigenkapital finanziert. Die Finanzierung der in der Vergangenheit getätigten Investitionen erfolgte somit zu weniger als 50% durch Fördermittel des Landes. Das heißt, dass die Krankenhäuser in NRW mehr als die Hälfte ihrer Investitionen durch eigene Mittel oder mit Hilfe von Darlehen finanzierten. Dabei ist zu vermuten, dass die insgesamt getätigten Investitionen sogar noch unter dem Bedarf lagen.

Zur Ableitung des jährlichen Investitionsbedarfs der Krankenhäuser in NRW greift das Investitionsbarometer NRW auf drei Methoden zurück:

1. „InEK-Methode“: Über die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) errechnete Bezugsgröße aus der Kalkulation der Investitionsbewertungsrelationen in Verbindung mit der Leistungsmenge des Krankenhauses,

2. „Substanzerhalt“: Über das Sachanlagevermögen zu Anschaffungs- und Herstellungskosten, unter Betrachtung der jährlichen Abschreibungen sowie ergänzt um ein Benchmarking mit Krankenhäusern, die als voll investiert anzunehmen sind,
3. „Eigene Einschätzung“: Über die (subjektive) eigene Einschätzung des Krankenhauses.

Nach der InEK-Methode ergibt sich ein jährlicher Investitionsbedarf für nordrhein-westfälische Krankenhäuser von 1,42 Mrd. €. Nach der Methode des Substanzerhalts sind jährliche Investitionen in Höhe von 1,16 Mrd. € erforderlich, um das bestehende Sachanlagevermögen der Krankenhäuser in NRW erhalten zu können („IST-Ansatz“). Aufgrund der mangelnden Investitionstätigkeit und der jährlichen Förderlücke der Vergangenheit dürfte das gegenwärtige Sachanlagevermögen in NRW jedoch in nicht unerheblichem Maße zu gering ausfallen. Vergleicht man es mit dem Sachanlagevermögen der Krankenhäuser in den ostdeutschen Bundesländern, die derzeit – aufgrund einer Sonderförderung zwischen 1995 und 2014 nach Artikel 14 des Gesundheitsstrukturgesetzes – noch als weitgehend vollinvestiert betrachtet werden können und tatsächlich ein relativ höheres Sachanlagevermögen besitzen, ergibt sich ein jährlicher Investitionsbedarf von 1,49 Mrd. € („SOLL-Ansatz“). Würde man dabei nur die Top-50% der ostdeutschen Krankenhäuser zugrunde legen, ergäbe sich sogar ein Investitionsbedarf von 1,92 Mrd. € p.a. Setzt man bei Neubauten einen Investitionsbedarf pro Bett von 230 000 € an, beliefe sich der jährliche Investitionsbedarf auf 1,54 Mrd. € p.a. Wir bevorzugen die Benchmark basierend auf allen ostdeutschen Krankenhäusern, weil sie auf einem tatsächlich realisierten Zustand beruht.

Die am Investitionsbarometer NRW teilnehmenden Krankenhäuser wurden auch nach ihrer eigenen Einschätzung zu anstehenden Investitionen befragt. Insgesamt haben sie für die kommenden Jahre Investitionen in Höhe von 1,34 Mrd. € pro Jahr eingeplant. Hinzu kämen noch weitere 880 Mio. € an nötigen Investitionen, für die jedoch derzeit keine Aussicht auf Finanzierung besteht. In der Summe sind dies über 2,2 Mrd. € p.a.

Da in der Vergangenheit die tatsächlich durchgeführten Investitionen offenbar unterhalb des tatsächlichen Bedarfs lagen, hat sich inzwischen ein Investitionsstau in den Krankenhäusern aufgebaut. Wir beziffern ihn für NRW auf größer als 10 Mrd. € bis über 12,5 Mrd. €. Dieser Wert ergibt sich wiederum aus einem Vergleich des Sachanlagevermögens der Krankenhäuser in NRW mit jenem aller Krankenhäuser in den ostdeutschen Bundesländern.

Ableitet wurde außerdem der volkswirtschaftliche Wert von Investitionen. Ein Investitionsvolumen von 1,5 Mrd. € im Krankenhausbereich würde eine Bruttowertschöpfung von 395 Mio. € in NRW und von 1,85 Mrd. € bundesweit schaffen. Der errechnete Effekt auf die Beschäftigung beläuft sich auf 5.850 Personen in NRW und 27.400 Personen bundesweit. Gleichzeitig können Bund, Länder, Kommunen und Sozialversicherungen bei einem solchen Investitionsvolumen mit einem Aufkommen an Steuern in Höhe von 445 Mio. € und Sozialbeiträgen von 275 Mio. € rechnen. Geht man davon aus, dass ohne diese Investitionen vorhandene Arbeitsplätze verloren gingen bzw. keine neuen geschaffen würden, so kommen noch eingesparte Sozialleistungen von 185 Mio. € und eingesparte Versicherungsleistungen von 120 Mio. € wegen vermiedener Arbeitslosigkeit hinzu. Insgesamt belief sich der fiskalische Effekt bei einem Investitionsvolumen in Höhe von 1,5 Mrd. € auf rund 1 Mrd. €.

Aber auch der laufende Betrieb von Krankenhäusern ist mit regionalwirtschaftlichen Effekten verbunden. Über 253 000 Menschen sind in Nordrhein-Westfalens Krankenhäusern beschäftigt. Das sind 3,1% aller Beschäftigten in NRW. Die jährliche Bruttowertschöpfung des laufenden Betriebs aller Plankrankenhäuser beträgt 2,1% der gesamten Bruttowertschöpfung des Landes. Der Betrieb trägt außerdem jährlich rund 1 Mrd. € zum Steueraufkommen des Landes bei. In die Haushalte der Kommunen fließen davon 385 Mio. € p.a., denen eine 40%ige kommunale Finanzierungsbeteiligung an den rund 500 Mio. € Krankenhausfördermitteln des Landes gegenübersteht (rund 196 Mio. €).

Um einen Eindruck über die Konsequenzen der bestehenden Förderlücke zu bekommen, werden im Investitionsbarometer NRW zwei Szenarien miteinander verglichen. Zunächst wird der Status quo, d.h. die bestehende Förderlücke, in die Zukunft fortgeschrieben. Dabei werden die Maßnahmen des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSKG) berücksichtigt und langfristig eine Kosten-Erlös-Schere von 0,4%-Punkten p.a. unterstellt. D.h. die Erlöse wachsen um 0,4%-Punkte weniger stark als die Kosten der Krankenhäuser. Unter diesem Szenario kommt es nach einer kurzfristigen Verbesserung im Rahmen des KHSKG mittelfristig zu einer deutlichen Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser. Es ist bis 2025 von einem durchschnittlichen Jahresverlust in Höhe von 0,9% der Erlöse auszugehen.

In einem zweiten Szenario gehen wir dagegen davon aus, dass ab 2018 sämtliche Neu-Investitionen der Krankenhäuser zu 100% über Fördermittel des Landes finanziert werden. Damit würden für neue Investitionen keine eigenfinanzierten Abschreibungen und keine Zinsen für Darlehen mehr anfallen. Dies wäre nur noch für die Alt-Investitionen, die das Sachanlagevermögen noch eine Zeit lang

dominieren würden, der Fall. Allmählich würden aber die eigenfinanzierten Abschreibungen sowie die Zinslast zurückgehen, sodass sich das Jahresergebnis der Krankenhäuser kontinuierlich verbessern könnte. Es läge in diesem Szenario 2025 bei 1,4% der Erlöse. Ein solch leicht positiver Wert ist bei einer Vollfinanzierung von Investitionen durch Fördermittel aus folgenden Gründen nötig. Erstens ist neben dem Anlagevermögen auch das Umlaufvermögen mit Eigen- und Fremdkapital zu finanzieren. Für das eingesetzte Eigenkapital fallen Kapitalkosten an, die aus dem Jahresüberschuss getragen werden müssen. Zweitens ist aus kaufmännischer Vorsicht heraus stets ein Puffer für unerwartete Schwankungen im Betrieb nötig.

Um dem gegenwärtig stattfindenden schleichenden Substanzabbau und langfristig einer Verschlechterung der Ertragslage mit der Gefahr auch einer Verschlechterung der Versorgungsqualität Einhalt zu gebieten, plädieren wir für eine volle Übernahme der Kosten zur Realisierung der Investitionsbedarfe aus Fördermitteln des Landes.

1. Einleitung

Die wirtschaftliche Situation vieler Krankenhäuser hat sich seit 2010 verschlechtert. Nach Untersuchungen des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI) wiesen 2013 bundesweit mindestens 30% aller Krankenhäuser einen Jahresverlust¹ auf, 15% befanden sich in einer Situation mit erhöhter Insolvenzgefahr (Augurzky et al. 2015). Aktuelle Zahlen des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) zeigen ein ähnliches Bild. So wiesen knapp 32% der Allgemeinkrankenhäuser 2014 einen Jahresfehlbetrag auf (DKI 2015).

Weiter ist zu beobachten, dass mangels Investitionen ein schleichender Substanzverzehr stattfindet. Zwar stellen die Bundesländer Investitionsfördermittel zur Verfügung und Krankenhäuser investieren ergänzend aus Eigenmitteln, dennoch scheinen diese Investitionsaktivitäten nicht auszureichen, um die Unternehmenssubstanz erhalten zu können. Dies wiederum beeinträchtigt mittelfristig die Wirtschaftlichkeit.

Analysen des Krankenhaus Rating Report 2015 zeigen: eine schwache Unternehmenssubstanz geht mit einer schwachen Wirtschaftlichkeit einher. In der Folge sinken die Ertragskraft und damit die Investitionsfähigkeit des Krankenhauses. Für die Erbringung einer guten Medizin ist neben Personal aber auch Kapital ein wichtiger Faktor. Ohne regelmäßige Investitionen in das Gebäude, die Infrastruktur, moderne Medizintechnik und Großgeräte kann die medizinische Qualität nicht dauerhaft auf hohem Niveau gehalten werden.

Das Investitionsbarometer NRW untersucht auf Grundlage einer äußerst umfangreichen Stichprobe, die 93% aller Plankrankenhäuser in NRW umfasst, den Investitionsbedarf, die Fördermittel des Landes, die Förderlücke und den bislang kumulierten Investitionsstau der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser sowohl auf der Ebene der Kreise und kreisfreien Städte als auch auf Landesebene. Darüber hinaus werden die Bedeutung des laufenden Krankenhausbetriebs und die Bedeutung von Krankenhausinvestitionen für die lokale Wirtschaft, für NRW und für Deutschland insgesamt untersucht.

Im Detail behandelt das Investitionsbarometer NRW vier Themenblöcke:

1. Ermittlung des Investitionsbedarfs, der Fördermittel des Landes und der Förderlücke in NRW auf Ebene des einzelnen Plankrankenhauses mit an-

¹Die Messung erfolgt auf der Ebene des Konzernabschlusses, nicht auf Standortebene.

schließender Aggregation auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte sowie auf Landesebene,

2. Ableitung des bislang entstandenen Investitionsstaus auf Ebene des einzelnen Plankrankenhauses mit anschließender Aggregation auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte sowie auf Landesebene,
3. Ableitung der Bedeutung des laufenden Krankenhausbetriebs und der Bedeutung von Krankenhausinvestitionen für die lokale Wirtschaft, für NRW und für Deutschland insgesamt und
4. Projektion der wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser bis 2025 (a) bei Beibehaltung des bestehenden Fördermittelvolumens und (b) bei Schließung der Förderlücke durch Anhebung des Fördermittelvolumens auf den errechneten jährlichen Investitionsbedarf ab dem Jahr 2018.

2. Daten

Die Grundgesamtheit des Investitionsbarometers NRW bilden alle im Krankenhausplan NRW aufgenommenen und damit nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) förderfähigen Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen (Plankrankenhäuser nach § 108 Nr. 2 SGB V), wobei für das Investitionsbarometer NRW überwiegend Daten des Jahres 2014 herangezogen werden (Datenjahr 2014). Hochschulkliniken nach § 108 Nr. 1 SGB V, Versorgungsvertragskrankenhäuser nach § 108 Nr. 3 SGB V und sonstige Krankenhäuser werden nicht in die Betrachtung miteinbezogen, da sie keine Landesförderung nach dem KHG erhalten. In Nordrhein-Westfalen gibt es 337 Plankrankenhäuser (Grundgesamtheit).

Das Investitionsbarometer NRW stützt sich auf umfassende Daten nordrhein-westfälischer Plankrankenhäuser, die dazu an einer eigens erstellten Online-Befragung teilgenommen haben und darüber hinaus auf Daten aus dem Krankenhaus Rating Report 2015. Letztere werden zu Benchmarking-Zwecken verwendet. Als Benchmark werden dabei Krankenhäuser herangezogen, die als voll investiert angenommen werden können. Aufgrund der umfangreichen Investitionen, die zwischen 1995 und 2014 aufgrund einer Sonderförderung in den neuen Bundesländern in die Krankenhäuser getätigt wurden, werden als Benchmark ostdeutsche Krankenhäuser zugrunde gelegt.

2.1 Online-Befragung

Grundlage des Investitionsbarometers NRW bilden Daten auf Krankensebene aus Nordrhein-Westfalen, die unter einem sogenannten Institutionskennzei-

chen (IK) geführt werden. Ein Institutionskennzeichen kann mehr als einen Krankenhausstandort umfassen. Da sämtliche Ergebnisse auf Kreisebene dargestellt werden und Institutionskennzeichen in der Regel nicht Standorte aus verschiedenen Kreisen bzw. kreisfreien Städten umfassen, stellt die IK-Ebene keine Einschränkung der Analysen dar. In 13 Fällen lagen unter einem Institutionskennzeichen Standorte in verschiedenen Kreisen bzw. kreisfreien Städten vor.

Im Zeitraum von Oktober 2015 bis Januar 2016 wurde eine Online-Befragung unter allen 337 Plankrankenhäusern in NRW durchgeführt. Zugrunde lag ein eigens für das Investitionsbarometer NRW erstellter, umfassender Online-Fragebogen.

Neben Daten aus dem Jahresabschluss der Krankenhäuser wurden für das Investitionsbarometer NRW wichtige ergänzende Daten zu Investitionsthemen erfragt. Die Jahresabschlussdaten basieren auf dem Jahresabschluss der Krankenhäuser nach der Krankenhausbuchführungsverordnung (KHBV), um tatsächlich nur krankenhausbetragene Daten zu verwenden. Das bedeutet, dass zum Beispiel andere Segmente wie Pflegeheime oder Rehabilitationskliniken, die in derselben Trägergesellschaft wie das Krankenhaus betrieben werden, nicht einbezogen wurden. Eine eigens eingerichtete Hotline der CURACON GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft stand den teilnehmenden Krankenhäusern für den Befragungszeitraum für Fragen zur Verfügung.

Der Online-Fragebogen gliederte sich in drei Themenblöcke: Im ersten Block wurden allgemeine Angaben zum Krankenhaus erhoben: Angaben zur Trägerschaft, die Anzahl der Standorte je IK, zur Kapazität und Leistung der Krankenhäuser. Dabei wurde zwischen dem Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG – somatischer Bereich) und dem Anwendungsbereich der Bundespflegesatzverordnung (BpflV – psychiatrischer/psychosomatischer Bereich) differenziert. Konkret erfragt wurde die Zahl der Betten, der stationären, teilstationären und ambulanten Fälle, der Tages- und Nacht klinikplätze, das Casemixvolumen nach dem KHEntgG, Berechnungstage nach der BpflV und die Zahl belegter Ausbildungsplätze für Gesundheitsfachberufe. Sofern ein Krankenhaus über mehrere Standorte verfügte, wurde je Standort die Fallzahl separat abgefragt, um die Daten einer IK mit Standorten in mehreren Kreisen den einzelnen Kreisen bzw. kreisfreien Städten zuordnen zu können.

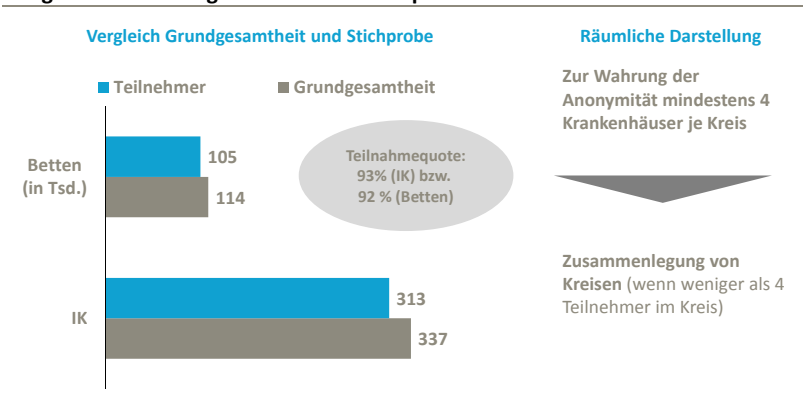
Im zweiten Block wurden Finanzkennzahlen abgefragt, u.a. Informationen zu Instandhaltungen, Darlehensverbindlichkeiten, Outsourcing, Leasing- und Mietaufwendungen, Erträgen aus Krankenhausleistungen und Gesamterlösen, Personal- und Materialaufwendungen, Fördermitteln und dem Jahresergebnis.

Der dritte Themenblock widmete sich den Investitionen und künftigen Investitionsentscheidungen bzw. -vorhaben der Teilnehmer.

Außerdem wurden die teilnehmenden Krankenhäuser gebeten, ihre Anlagespiegel aus den testierten Jahresabschlüssen für die Jahre 2010 bis 2014 zur Verfügung zu stellen. Die Anlagespiegel enthalten wichtige und in einem einheitlichen Format aufbereitete Informationen zu den einzelnen Positionen des Sachanlagevermögens und den jährlichen Abschreibungen der teilnehmenden Einrichtungen.

Die Teilnahmequote bei der Online-Befragung fiel außergewöhnlich hoch aus. Schaubild 1 ist zu entnehmen, dass von den 337 Plankrankenhäusern 313 teilgenommen haben, was einer Teilnahmequote von 93% entspricht. Bezogen auf die Bettenzahl liegt die Teilnahmequote bei 92%. Aufgrund dessen kann das Investitionsbarometer NRW als sehr aussagekräftig und repräsentativ für Nordrhein-Westfalen angesehen werden.

Schaubild 1
Vergleich der Grundgesamtheit mit Stichprobe



Quelle: RWI, hcb. – Anmerkung: Bei der Grundgesamtheit handelt es sich um alle im Krankenhausplan NRW aufgenommenen und damit nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) förderfähigen Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen.

2.2 Analyseebene

Ein Ziel des Investitionsbarometers NRW ist die Untersuchung und Darstellung auf kleinräumiger Ebene. Zur Wahrung der Anonymität werden Auswertungen jedoch nicht auf Krankensebene, sondern nur in verdichteter Form veröffentlicht. In NRW gibt es 337 Plankrankenhäuser, die nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) förderwürdig sind. Aus Gründen der Anonymität sollen in

jeder räumlichen Einheit mindestens vier Krankenhäuser vorhanden sein. Die kleinräumigste Einheit, die dieses ausreichende Maß an Anonymität für die verdichteten Ergebnisse gewährleisten kann, ist die Ebene der Kreise und kreisfreien Städte. Aus diesem Grund wird auf diese regionale Ebene zurückgegriffen. Es gibt insgesamt 53 Kreise und kreisfreie Städte in Nordrhein-Westfalen.

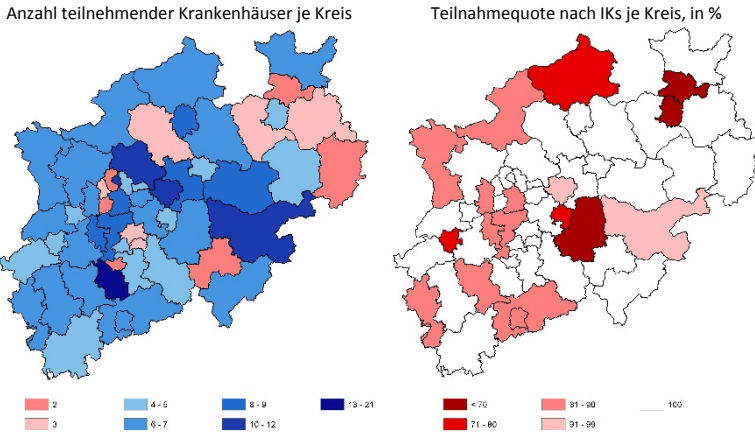
Es gibt noch einen weiteren Grund für die Wahl der Kreisebene. Da die gewählte Methodik zur Bestimmung der Investitionslücke auch mit Annahmen arbeiten muss, kann es auf Ebene eines einzelnen Krankenhauses zu Verzerrungen kommen, wenn die gewählten Annahmen auf Hausebene nicht exakt zutreffend sein sollten. Dies kann zum Beispiel der Fall sein, wenn das Haus Besonderheiten aufweist (z.B. Spezialisierungen, Reha-Leistungen oder Pflegeheime), die sich nicht exakt herausrechnen lassen.² Je höher die Aggregationsebene gewählt wird, desto weniger fallen hausindividuelle Besonderheiten (Ausreißer) ins Gewicht. Auf der Landesebene ist davon auszugehen, dass sich sämtliche Über- und Unterschätzungen der hausindividuellen Investitionslücken bei der Aggregation weitgehend ausgleichen.

Landesweit lag die Teilnahmequote der Plankrankenhäuser bei 93%. Sie variiert jedoch auf Kreisebene. Die Anzahl teilnehmender Krankenhäuser und die Teilnahmequoten auf Kreisebene werden in Karte 1 abgebildet. Es zeigt sich, dass 12 der 53 Kreise und kreisfreien Städte das Kriterium von mindestens vier Einrichtungen je Kreis nicht erfüllen. Jeweils sechs Kreise bzw. kreisfreie Städte beinhalten entweder lediglich zwei bzw. drei teilnehmende Krankenhäuser. Die Teilnahmequote fällt regional unterschiedlich hoch aus. Lediglich drei Kreise bzw. kreisfreie Städte weisen Teilnahmequoten von unter 70% auf.

Um ein hinreichendes Maß an Anonymität zu gewährleisten, wurden die 12 Kreise bzw. kreisfreien Städte mit weniger als vier teilnehmenden Krankenhäusern mit angrenzenden Kreisen bzw. kreisfreien Städten zusammengelegt. Die regionale Verteilung der zusammengelegten Kreise ist in Karte 2 abgebildet. Da diese 12 Kreise bzw. kreisfreien Städte nicht in allen Fällen direkt zusammengelegt werden konnten, wurden insgesamt 18 Kreise bzw. kreisfreien Städte zu

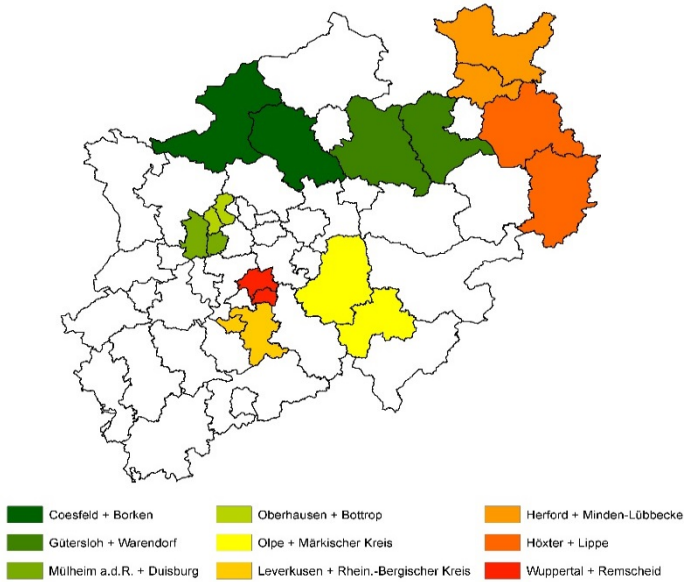
² Sollte beispielsweise ein Unternehmen neben dem Krankenhaus auch viele Pflegeheime betreiben, würde sein Sachanlagevermögen im Verhältnis zum Umsatz deutlich höher ausfallen als bei einem reinen Krankenhausbetrieb, weil Pflegeheime sehr kapitalintensiv sind. In diesem Beispiel würde der Investitionsbedarf überschätzt. Gleichwohl erfolgt eine (ggf. näherungsweise) Bereinigung bei Krankenhausunternehmen mit weiteren Geschäftsfeldern im nicht-akutstationären Bereich über den Online-Fragebogen.

**Karte 1
Teilnahmezahl und -quoten (nach IK) auf Kreisebene vor Zusammenlegung**



Quelle: RWI, hcb.

**Karte 2
Zusammenlegung von Kreisen**



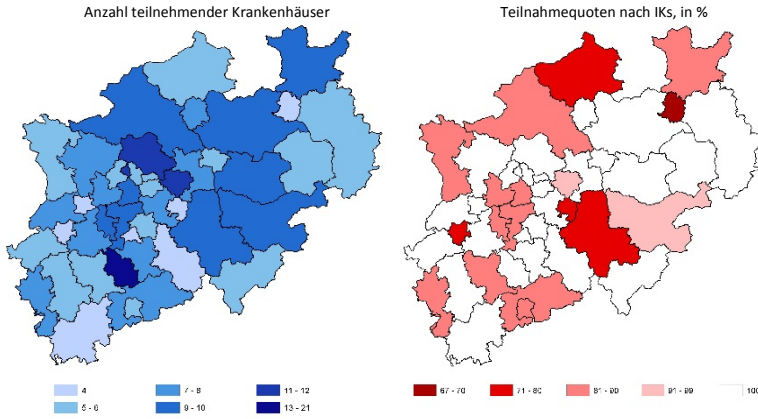
Quelle: RWI, hcb.

neun Regionen zusammengelegt. Wir sprechen der Einfachheit halber auch nach dieser Zusammenlegung weiterhin von Kreisen. Damit reduziert sich die Gesamtanzahl der betrachteten Kreise bzw. kreisfreien Städte von 53 auf 44. Bei der Zusammenlegung wurde Wert darauf gelegt, dass die betreffenden Kreise mit geringen Teilnehmerzahlen zwingend mit direkten Nachbarn zusammengelegt werden. Ferner wurden bei der Wahl geeigneter Nachbarkreise Faktoren wie das Einzugsgebiet der dort ansässigen Krankenhäuser bzw. deren Standortnähe zum Nachbarkreis einbezogen.

Nach der Zusammenlegung der Kreise bzw. kreisfreien Städte ergeben sich für die 44 verbliebenen Kreise in NRW die in Karte 3 und 4 dargestellten Zahlen. Jeder Kreis enthält nun mindestens vier teilnehmende Krankenhäuser. Die kreisfreie Stadt Köln weist mit der vollständigen Teilnahme aller 21 Plankrankenhäuser die höchste Teilnehmerzahl aus. Um auch die Größe der potenziell fehlenden Krankenhäuser zu berücksichtigen, wurden die Teilnahmequoten auch nach der Anzahl der Betten berechnet. Hier spielt die Anzahl der Teilnehmer nach IK keine Rolle. Beispielsweise nahmen in Bielefeld vier von sechs Krankenhäusern an der Umfrage teil. Daraus ergibt sich eine Teilnahmequote von ca. 67%. Bezogen auf die Betten weist Bielefeld mit 86% jedoch eine deutlich höhere Teilnahmequote auf.

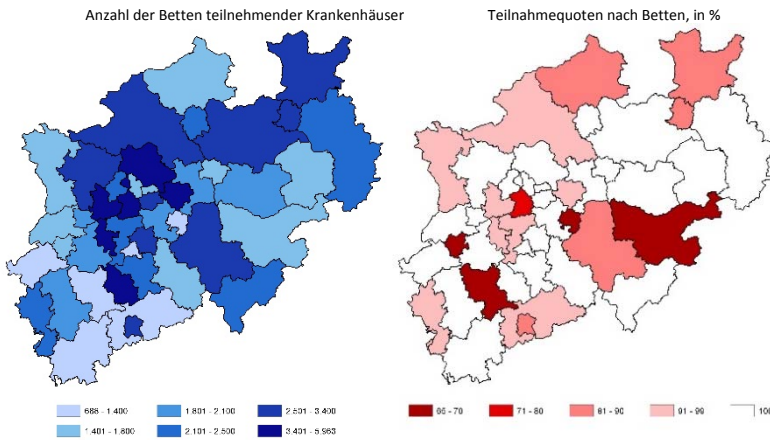
Tabelle 1 gibt eine detaillierte Übersicht über allgemeine Informationen zu den 44 Kreisen bzw. kreisfreien Städten. Die Teilnahmequote schwankt zwischen 67-100%, wobei nahezu 60% aller Kreise bzw. kreisfreien Städte auf eine Teilnahmequote von 100% kommen.

Karte 3
Teilnahme je Kreis (nach Krankenhäusern)



Quelle: RWI, hcb.

Karte 4
Teilnahme je Kreis (nach Betten)



Quelle: RWI, hcb.

Investitionsbarometer NRW

Tabelle 1
Allgemeine Informationen zu Kreisen

Kreise und kreisfreie Städte	Krankenhäuser		Teilnahmequote in %	Bevölkerung	Bevölkerungsdichte ¹	Anzahl Patienten (vollstationär)	Anzahl Betten (vollstationär)
	gesamt	Teilnehmer					
Bielefeld	6	4	67	329 782	1 274	182 204	4 766
Bochum	6	6	100	361 876	2 484	102 310	2 872
Bonn	7	6	86	313 958	2 226	100 408	2 898
Borken und Coesfeld	10	9	90	581 187	229	121 013	2 930
Dortmund	12	11	92	580 511	2 068	186 124	4 755
Duisburg und Mülheim a.d.R.	9	8	89	652 573	2 014	168 720	5 015
Düren	6	6	100	259 073	275	61 703	1 792
Düsseldorf	10	9	90	604 527	2 781	152 293	4 264
Ennepe-Ruhr-Kreis	7	7	100	322 916	791	81 591	2 036
Essen	11	9	82	573 784	2 728	154 052	4 266
Euskirchen	4	4	100	188 158	151	41 755	1 101
Gelsenkirchen	5	5	100	257 651	2 455	76 500	1 752
Hagen	5	4	80	186 716	1 164	49 053	1 458
Hamm	5	5	100	176 580	780	63 891	1 735
Heinsberg	5	5	100	249 310	397	25 306	692
Herford und Minden-Lübbecke	10	9	90	558 435	348	135 420	3 356
Herne	5	5	100	154 608	3 007	83 905	1 631
Hochsauerlandkreis	11	10	91	261 561	133	70 704	1 910
Höxter und Lippe	5	5	100	487 897	199	85 079	2 491
Kleve	7	6	86	304 963	247	73 435	1 991
Köln	21	21	100	1 046 680	2 584	233 851	5 962
Krefeld	4	4	100	222 500	1 615	80 416	2 020
Leverkusen und Rhein-Berg-Kreis	7	7	100	441 037	854	89 998	2 296
Märkischer Kreis und Olpe	14	11	79	548 579	309	133 541	4 323
Mettmann	11	9	82	477 760	1 173	92 707	2 969
Mönchengladbach	5	4	80	256 853	1 507	64 804	1 774
Münster	8	8	100	302 178	996	91 902	2 324
Oberbergischer Kreis	4	4	100	270 618	295	58 486	1 571
Oberhausen und Bottrop	5	5	100	325 309	1 831	83 738	2 263
Paderborn	5	5	100	299 071	240	82 309	1 752
Recklinghausen	12	12	100	613 092	806	181 544	5 015
Remscheid und Wuppertal	6	6	100	454 434	1 871	121 690	3 117
Rhein-Erft-Kreis	7	6	86	459 448	652	48 598	1 110
Rhein-Kreis Neuss	7	7	100	442 522	768	78 282	2 066
Rhein-Sieg-Kreis	8	7	88	585 781	508	69 088	1 610
Siegen-Wittgenstein	6	6	100	275 909	244	79 488	2 139
Soest	9	9	100	296 742	223	78 968	2 050
Solingen	4	4	100	156 771	1 751	44 382	1 214
Städteregion Aachen	8	7	88	547 661	775	112 209	2 765
Steinfurt	8	6	75	437 127	243	95 828	2 331
Unna	8	8	100	391 774	721	81 251	1 910
Viersen	7	7	100	295 067	524	49 593	1 394
Warendorf und Gütersloh	10	10	100	627 875	274	110 995	3 061
Wesel	7	7	100	457 244	438	117 340	2 802
Nordrhein-Westfalen	337	313	93	17 638 098	517	4 296 472	113 547

Quelle: RWI, hcb. – Anmerkung: Die Anzahl der Krankenhäuser, Patienten und der Betten bezieht sich auf die Grundgesamtheit (337 Plankrankenhäuser).

¹Einwohner je km².

2.3 Deskriptive Statistiken

Tabelle 2 zeigt allgemeine deskriptive Statistiken zu den 337 Plankrankenhäusern in NRW. Die Anzahl vollstationärer Betten beläuft sich auf rund 113 500, wovon 13% dem Bereich nach BpflV zuzurechnen sind. 2014 sind ca. 4,3 Mio. Patienten vollstationär versorgt worden, von denen 5% dem Bereich nach BpflV zurechenbar sind. Bei den rund 145 000 teilstationären Fällen macht dieser Bereich indessen 36% aus. Jeder vierte von fünf Tages- und Nachtplätzen ist dem BpflV-Bereich zuzuordnen. Ferner wurden im Jahr 2014 rund 8,5 Mio. Patienten in NRW ambulant im Krankenhaus versorgt. Außerdem waren im Jahr 2014 rund 20 000 Ausbildungsplätze in den Gesundheitsberufen nach § 2 Nr. 1a KHG in den 337 Plankrankenhäusern besetzt.

Tabelle 2
Deskriptive Statistiken zu Krankenhäusern 2014

Plankrankenhäuser	
Insgesamt	337
Teilgenommen	313
Teilnahmequote	
Nach Krankenhäusern (IK)	93%
Nach Bettenzahl	92%
Nach Trägerschaft	
Öffentlich-rechtlich	100%
Freigemeinnützig	91%
Privat	95%
Anzahl vollstationärer Betten	
davon: nach BpflV	13%
Anzahl vollstationärer Patienten	
davon: nach BpflV	5%
Anzahl teilstationärer Fälle	
davon: nach BpflV	36%
Tages- und Nachtplätze	
davon: nach BpflV	81%
Ausbildungsplätze	
Ambulante Fälle	8 485 658

Quelle: RWI, hcb. – Anmerkung: Werte sind auf alle 337 Plankrankenhäuser hochgerechnet

Tabelle 3 beinhaltet Statistiken zu Finanzkennzahlen. Dabei handelt es sich stets um hochgerechnete Werte für die Grundgesamtheit aller 337 Plankrankenhäuser. Dazu wurden die Daten der 313 Teilnehmer auf die Grundgesamtheit

von 337 Plankrankenhäusern in NRW hochgerechnet³. Im Jahr 2014 hatten die Krankenhäuser in NRW Gesamterlöse in Höhe von rund 20 Mrd. €, wovon ca. 16 Mrd. € Erlöse aus Krankenhausleistungen waren. Der Personalaufwand lag mit 11,7 Mrd. € mehr als doppelt so hoch wie der Materialaufwand (5,2 Mrd. €). In Höhe von ca. 100 Mio. € tätigten die Kliniken Ausgaben für Miete und Leasing, zu deren Finanzierung grundsätzlich die Fördermittel des Landes eingesetzt werden dürfen. Für die Instandhaltung des bestehenden Anlagevermögens, die als Betriebskosten über die Erlöse aus Krankenhausleistungen zu finanzieren sind, fielen Ausgaben von ca. 600 Mio. € an, wobei davon etwa ein Drittel in die Instandhaltung von Gebäuden floss. Die gesamten Abschreibungen auf das Anlagevermögen lagen bei 943 Mio. €. Insgesamt erwirtschafteten die Krankenhäuser in NRW 2014 einen leichten Jahresüberschuss nach Steuern in Höhe von 316 Mio. €.

Tabelle 3
Deskriptive Statistiken zu Finanzkennzahlen 2014

Gesamterlöse in Mio. €	20 079
davon: Erlöse aus Krankenhausleistungen	80,8%
Personalaufwand in Mio. €	11 654
Materialaufwand in Mio. €	5 165
Ausgaben für Miete in Mio. €	56
Ausgaben für Leasing in Mio. €	43
Instandhaltungskosten in Mio. €	597
davon: Instandhaltungskosten für Gebäude in Mio. €	188
Abschreibungen in Mio. €	943
Erträge aus der Auflösung von Sonderposten in Mio. €	567
Jahresüberschuss nach Steuern in Mio. €	316
SAV zu AHK in Mio. €	24 789
SAV zu RBW in Mio. €	11 498
Abschreibungsgrad	54%
Bilanzsumme in Mio. €	17 945

Quelle: RWI, hcb. – Anmerkung: Werte sind auf alle 337 Plankrankenhäuser hochgerechnet.

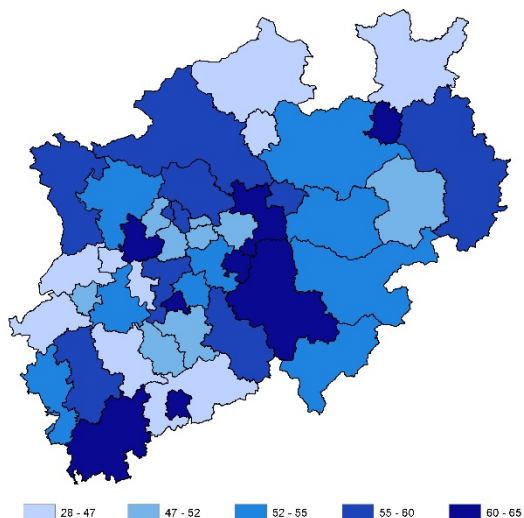
Die über alle Plankrankenhäuser in NRW aufsummierte Bilanzsumme belief sich zum 31. Dezember 2014 auf ca. 18 Mrd. €. In diesem Umfang standen den Krankenhäusern des Landes NRW lang- und kurzfristige Vermögenswerte für die Erfüllung ihrer Versorgungsaufgaben zur Verfügung. Das langfristige Sachanlagevermögen mit Restbuchwerten von ca. 11,5 Mrd. € umfasste 64% des Gesamtvermögens. Die Summe des in den Plankrankenhäusern des Landes NRW vor-

³ Die Hochrechnung erfolgte meist über die Anzahl vollstationärer Patienten und vereinzelt über die Anzahl vollstationärer Betten.

handenen Sachanlagevermögens (SAV) zu Anschaffungs- und Herstellungskosten (AHK) betrug zum 31. Dezember 2014 insgesamt 24,8 Mrd. €. Der Restbuchwert zum 31. Dezember 2014 aufgrund des Werteverzehrs durch die laufende Nutzung des Krankenhausgebäudes und der Einrichtung und Ausstattung lag bei 11,5 Mrd. €. Der Abschreibungsgrad (Werteverzehr) des SAV betrug im Durchschnitt also zum Stichtag 31. Dezember 2014 54%.

Karte 5 illustriert, dass der Abschreibungsgrad des SAV regional variiert. Die Krankenhäuser in den Kreisen bzw. kreisfreien Städten im geringsten 20%-Quantil haben im Durchschnitt 28-47% ihres SAV abgeschrieben, während die Kreise bzw. kreisfreien Städte im obersten 20%-Quantil Abschreibungsquoten von 60-65% aufweisen. Im Hinblick auf Qualität und Effizienz des genutzten Anlagevermögens sollte der Abschreibungsgrad nicht über 50% liegen. Bei 30 von 44 betrachteten Kreisen bzw. kreisfreien Städten liegt der Abschreibungsgrad über 50%.

Karte 5
Abschreibungsgrad 2014
 in %



Quelle: RWI, hcb. – Anmerkung: Die Einteilung der Kategorien erfolgt nach 20%-Quantilen.

Kennzahlen zu Fördermitteln sind in Tabelle 4 dargestellt. Im Jahr 2014 erhielten die Plankrankenhäuser 509 Mio. €⁴ an Fördermitteln nach KHG durch das Land NRW. Die kommunale Beteiligung an den Fördermitteln des Landes belief sich im Jahr 2014 auf ein Volumen von 196 Mio. €⁵. Die Fördermittel setzen sich aus der Baupauschale nach § 18 Abs. 1 Nr. 1 KHGG NRW und der kurzfristigen Pauschale nach § 18 Abs. 1 Nr. 2 KHGG NRW zusammen, wobei das Volumen der kurzfristigen Pauschale mit 304 Mio. € höher lag als das der Baupauschale (206 Mio. €). Seit 2008 dürfen die Krankenhäuser in NRW die Fördermittel auch zur Finanzierung der Kapitalkosten von Investitionsdarlehen verwenden. In diesem Sinne wurden 2014 knapp 18% der Baupauschale und ca. 3% der kurzfristigen Pauschale für die Bedienung bestehender Kredite verwendet. Da einige Investitionen wie z.B. Bauvorhaben sich typischerweise in Planung und Abwicklung über einen längeren Zeitraum erstrecken, werden nicht alle Fördermittel jährlich sofort in Anspruch genommen, sondern bis zur Realisierung entsprechender Maßnahmen angespart. Der angesparte Endbestand noch nicht verwendeter Fördermittel belief sich 2014 auf rund 406 Mio. € und war damit geringer als der bisher durchschnittliche Haushaltsansatz des Landes NRW für die Krankenhausinvestitionsförderung der vergangenen Jahre. Davon entfielen 283 Mio. € auf die Baupauschale und 123 Mio. € auf die kurzfristige Pauschale.

⁴ Der Haushaltsansatz des Landes NRW für die Krankenhausinvestitionsförderung belief sich im Jahr 2014 – ebenso in den Vorjahren 2013 und 2012 – auf 483 Mio. € (Baupauschale: 190 Mio. €, kurzfristige Pauschale: 293 Mio. €). Im Jahr 2015 belief sich der Haushaltsansatz auf 507 Mio. € (Baupauschale: 190 Mio. €, kurzfristige Pauschale: 317 Mio. €). Im Jahr 2016 beläuft sich der Haushaltsansatz auf 514 Mio. € (Baupauschale: 197 Mio. €, kurzfristige Pauschale: 317 Mio. €). Für das Investitionsbarometer NRW basieren sämtliche Berechnungen auf den Angaben der 313 Plankrankenhäuser, die an der Online-Befragung teilgenommen haben. Diese wurden auf alle 337 Plankrankenhäuser in NRW hochgerechnet. Daraus ergab sich eine Krankenhausinvestitionsförderung des Landes im Jahr 2014 in Höhe von gerundet 509 Mio. € (gerundet: Baupauschale: 206 Mio. €, kurzfristige Pauschale: 304 Mio. €). Abweichungen ergaben sich zum einen durch die Hochrechnung und zum anderen daraus, dass in den Angaben der Krankenhäuser auch angesparte Fördermittel aus Vorjahren berücksichtigt wurden, die im Jahr 2014 investiert wurden. Eine Bereinigung der hochgerechneten Angaben der Plankrankenhäuser, um eine Angleichung an den Haushaltsansatz des Landes NRW für das Datenjahr 2014 zu erreichen, erfolgte nicht. Dadurch wurde die Förderlücke in NRW unter Berücksichtigung der Haushaltsansätze 2015 und 2016 konservativ ermittelt.

⁵ In Nordrhein-Westfalen werden die Gemeinden an den im Haushaltsansatz des Landes veranschlagten Haushaltsbeträgen der förderfähigen Investitionsmaßnahmen nach § 9 Abs. 1 KHG in Höhe von 40% beteiligt (§ 17 KHGG NRW). Im Jahr 2014 belief sich diese Beteiligung – ebenso in den Vorjahren 2013 und 2012 – auf 196 Mio. € und im Jahr 2015 auf 205,6 Mio. €. Im Jahr 2016 beläuft sich die Beteiligung auf ca. 206,3 Mio. €.

Tabelle 4
Deskriptive Statistiken zu Fördermitteln 2014

Erhaltene Fördermittel in Mio. €	509
davon: Baupauschale in Mio. €	206
davon: Kurzfristige Pauschale in Mio. €	304
Kommunale Beteiligung an Fördermitteln in Mio. €	196
Verwendung Fördermittel für Kreditfinanzierung in Mio. €	47
davon: Darlehen für Baumaßnahmen (Baupauschale) in Mio. €	37
davon: Darlehen für kurzfristige Anlagegüter in Mio. €	10
Anteil Verwendung der Baupauschale für Kreditfinanzierung	18%
Anteil Verwendung der kurzfristige Pauschale für Kreditfinanzierung	3%
Endbestand angesparter Fördermittel in Mio. €	406
davon: Baupauschale in Mio. €	283
davon: Kurzfristige Pauschale in Mio. €	123

Quelle: RWI, hcb. – Anmerkung: Werte sind auf alle 337 Plankrankenhäuser hochgerechnet.

Tabelle 5 gibt einen Überblick über das Investitionsgeschehen. Das Volumen der getätigten Investitionen ist seit Jahren tendenziell rückläufig. Während 2010 insgesamt noch 1,1 Mrd. € von den Krankenhäusern investiert worden sind, beliefen sich die getätigten Investitionen 2014 nur noch auf 849 Mio. €. Da die Krankenhäuser nicht alle notwendigen Investitionen durch Fördermittel des Landes finanzieren können, sind die Krankenhäuser gezwungen, einen Teil der Investitionen aus Eigenmitteln aufzubringen. Seit 2012 ist die Höhe dieses eigenfinanzierten Betrags stark rückläufig und betrug 2014 noch 428 Mio. €. Blickt man auf Großinvestitionen mit einem Gesamtvolumen von über 10 Mio. €, zeigt sich, dass in den vergangenen zehn Jahren in NRW insgesamt rund 160 solcher Vorhaben umgesetzt worden sind.

Über die Art und Weise der Finanzierung des Sachanlagevermögens geben die folgenden drei Kennzahlen Auskunft: 47% des SAV sind durch Fördermittel, 21% über Darlehen und der Rest über Eigenkapital finanziert. Die Finanzierung der in der Vergangenheit getätigten Investitionen erfolgte somit zu weniger als 50% durch Fördermittel des Landes. Mehr als die Hälfte ihrer Investitionen finanzierten die Krankenhäuser in NRW durch eigene Mittel oder mit Hilfe von Darlehen. Im Jahr 2014 wurden 4,2% des vorhandenen Sachanlagevermögens (zu AHK) durch Investitionen ersetzt. 2,1% des Sachanlagevermögens konnten mit Hilfe von Fördermitteln ersetzt werden. Die restlichen 2,1% mussten aus Eigenmitteln bzw. fremdfinanziert aufgebracht werden. Im Jahr 1991 entsprach der Anteil der den deutschen Krankenhäusern bundesweit zur Verfügung gestellten Fördermit-

Tabelle 5
Deskriptive Statistiken zu Investitionen 2014

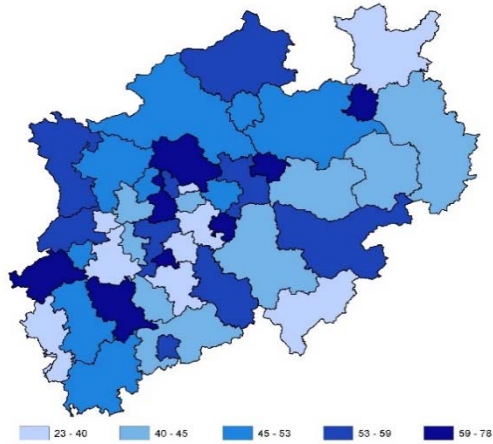
	Gesamt	In KH- betrieb ¹
Investitionen in Mio. €		
2010	1 375	1 123
2011	1 348	1 096
2012	1 444	1 175
2013	1 099	901
2014	1 043	849
Eigenfinanzierte Investitionen ² in Mio. €		
2010		673
2011		654
2012		737
2013		476
2014		428
Anzahl Großinvestitionen (>10 Mio. €) in letzten 10 Jahren in NRW	157	
Förderquote des SAV (SoPo / SAV zu RBW)	46,7%	
Darlehensquote des SAV (Darlehensverbindlichkeiten / SAV zu RBW)	21,1%	
Eigenkapitalquote des SAV zu RBW	32,2%	
Fördermittel bezogen auf SAV zu AHK	2,1%	
Fördermittel bezogen auf Gesamterlöse	2,5%	
Investitionen bezogen auf SAV zu AHK	4,2%	
Investitionen bezogen auf Gesamterlöse	5,2%	
Instandhaltungsquote von Gesamterlöse	3,0%	

Quelle: RWI, hcb. – Anmerkung: Werte sind auf alle 337 Plankrankenhäuser hochgerechnet. – ¹Es wird angenommen, dass ein Teil der Investitionen in Projekte ohne direkten Bezug zu förderfähigen Krankenhausleistungen fließt. Um dies zu beziffern wird das Verhältnis der Erlöse aus Krankenhausleistungen zu Gesamterlösen genutzt (vgl. Abschnitt 3.1.2). – ²Da es Krankenhäusern möglich ist, Fördermittel anzusparen, kann die Summe der Investitionen geringer sein, als die Summe der Fördermittel. In diesem Fall werden die eigenfinanzierten Investitionen für das Haus auf null gesetzt.

tel noch einem Anteil von 10% der Gesamterlöse der Krankenhäuser, ermöglichte also eine Investitionsquote von 10% (Augurzky et al. 2015). Im Jahr 2014 lag dieser Anteil in Nordrhein-Westfalen bei 2,5% der Gesamterlöse. Die Instandhaltungsquote betrug 2014 im Durchschnitt 3,0%.

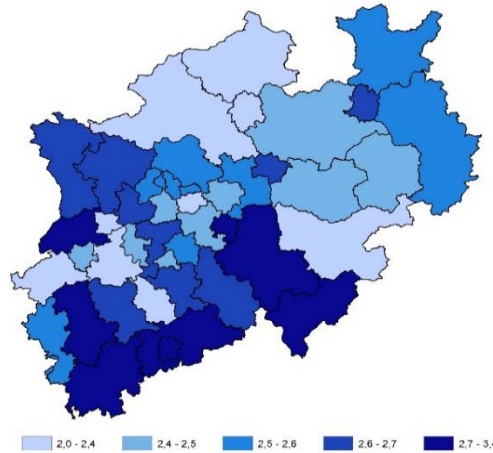
Die regionalen Unterschiede in der Förderquote des SAV (SoPo / SAV zu RBW) sind in Karte 6 abgebildet. Die Krankenhäuser in den Kreisen bzw. kreisfreien Städten des untersten 20%-Quantils haben eine Förderquote zwischen 23-40%,

Karte 6
Förderquote des SAV (Sonderposten / SAV zu RBW)
 in %



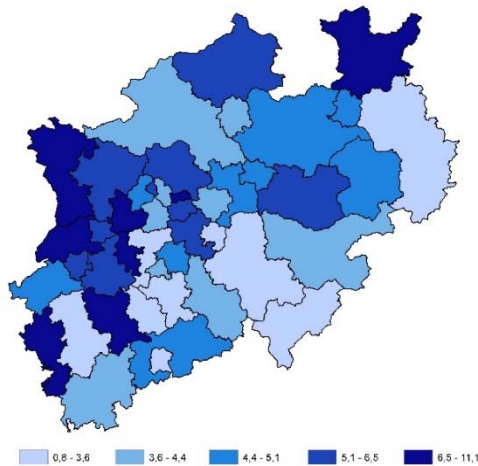
Quelle: RWI, hcb. – Anmerkung: Die Einteilung der Kategorien erfolgt nach 20%-Quantilen.

Karte 7
Fördermittel bezogen auf Gesamterlöse 2014
 in %



Quelle: RWI, hcb. – Anmerkung: Die Einteilung der Kategorien erfolgt nach 20%-Quantilen.

Karte 8
Investitionen bezogen auf Gesamterlöse 2014
in %



Quelle: RWI, hcb. – Anmerkung: Die Einteilung der Kategorien erfolgt nach 20%-Quantilen.

während im obersten 20%-Quantil mit 59-78% mehr als die Hälfte des SAV durch Fördermittel finanziert wird. In Karte 7 wird die regionale Verteilung der Fördermittel bezogen auf die Gesamterlöse dargestellt. Die Spannweite bewegt sich im Bereich von 2,0 bis 3,4%. Das Verhältnis von getätigten Investitionen zu Gesamterlösen wird in Karte 8 veranschaulicht. Der Wert schwankt zwischen 0,8 und 11,1%.

3. Methodik

3.1 Förderlücke

Nach § 4 Nr. 1 KHG werden die Krankenhäuser dadurch wirtschaftlich gesichert, dass deren Investitionskosten im Wege öffentlicher Förderung vom Land übernommen werden. In der Praxis sind die Krankenhäuser jedoch gezwungen, einen großen Teil der getätigten Investitionen auch aus Eigenmitteln zu finanzieren, sofern Eigenmittel verfügbar sind. Vielfach dürften zum Teil notwendige Investitionen mangels Finanzierungsmöglichkeiten gänzlich unterbleiben. Zwischen dem notwendigen Investitionsbedarf und den tatsächlich vom Land zur Verfügung gestellten Fördermitteln klafft damit eine sogenannte Förderlücke. Sie soll

auf verschiedene Art und Weise für jedes am Investitionsbarometer NRW teilnehmende Plankrankenhaus berechnet werden. Zur Bestimmung des jährlichen Investitionsbedarfs werden drei unterschiedliche Methoden verwendet:

1. **„InEK-Methode“:** Über die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) errechnete Bezugsgröße aus der Kalkulation der Investitionsbewertungsrelationen in Verbindung mit der Leistungsmenge des Krankenhauses,
2. **„Substanzerhalt“:** Über das Sachanlagevermögen (SAV) zu Anschaffungs- und Herstellungskosten (AHK),
 - a. unter Betrachtung der jährlichen Abschreibungen sowie
 - b. ergänzt um ein Benchmarking mit Krankenhäusern, die als voll investiert anzunehmen sind,
3. **„Eigene Einschätzung“:** Über die (subjektive) eigene Einschätzung des Krankenhauses.

Anschließend stellen wir dem so ermittelten Investitionsbedarf das Volumen der vom Land erhaltenen Fördermittel gegenüber. Grundlage sind die Angaben der Krankenhäuser aus der Online-Befragung zu ihren Investitionen in den vergangenen fünf Jahren, wobei abgefragt wurde, in welchem Umfang diese aus Fördermitteln und aus Eigenmitteln finanziert wurden. Für die drei Methoden ergibt sich aus der Differenz des Investitionsbedarfs und der erhaltenen Fördermittel schließlich die jährliche Förderlücke. Schaubild 2 fasst das Vorgehen zusammen. Im Folgenden gehen wir im Detail auf die Methoden ein.

Schaubild 2

Methoden zur Berechnung der Förderlücke



Quelle: RWI, hcb.

3.1.1 InEK-Methode

Bei diesem Ansatz wird der Investitionsbedarf eines Krankenhauses auf Grundlage der vom InEK errechneten Bezugsgröße aus der Kalkulation der Investitionsbewertungsrelationen ermittelt. Das InEK hatte im Jahr 2015 für den Katalog 2014 Investitionsbewertungsrelationen kalkuliert, deren Ziel eine pauschalierte Abbildung des Investitionsbedarfs stationärer Leistungen ist (InEK 2015). Das InEK ermittelte dazu eine Bezugsgröße, die den mittleren Investitionsbedarf je Fall widerspiegelt. Die Multiplikation dieser Bezugsgröße mit der Fallzahl ergibt den jährlichen Investitionsbedarf, der als bestandserhaltend angesehen werden kann.

Die Berechnung von Investitionsbewertungsrelationen basiert auf den Investitionskosten für förderfähige Investitionsmaßnahmen nach Maßgabe der Regelungen des KHG. Die Investitionskosten werden anhand der Vorschriften des Kalkulationshandbuches in den an der Kalkulation teilnehmenden Krankenhäusern einheitlich ermittelt. In Schaubild 3 werden die Bezugsgrößen dargestellt. Für die Jahre 2014 und 2015 gibt das InEK folgende Bezugsgrößen an: 286,06 € (2014) und 313,07 € (2015). Für 2015 ergibt sich eine um über 9,4% höhere Bezugsgröße, was zum einen auf höhere Kostensätze und zum anderen auf eine erhöhte auswertbare Patientenzahl gegenüber dem Vorjahr zurückgeführt werden kann.

Schaubild 3
Investitionsbedarf über InEK-Methode (Methode 1)

Nach Draheim & Beeck (2015)	Nach Berliner Krankenhausförderungs-Verordnung (KhföVO)
Grundlage: InEK-Daten	BPfIV-Fälle
DRG-Fälle	<ul style="list-style-type: none">• Nach PEPP: 2,1-facher Satz der DRG-Bezugsgröße• Ohne PEPP: 1,9-facher Satz der DRG-Bezugsgröße
2014: 286,06 €	Ausbildung
2015: 313,07 €	2014: 110,00 €
BPfIV-Fälle	2015: 250,00 €
2015: 608,77 €	
(Herleitung über DRGs für ICD-10-Kodes U40Z, U61Z und U63Z)	

Quelle: RWI, hcb. – Anmerkungen: Im Investitionsbarometer NRW verwendete Bezugsgrößen sind in grauer Schrift dargestellt. Die Investitionsbewertungsrelationen nach der Berliner KhföVO werden nicht verwendet, jedoch weichen die Ergebnisse zu den Bezugsgrößen nach Draheim und Beeck kaum ab.

Da sich die Bezugsgröße des InEK bisher nur auf den DRG-Bereich bezieht, werden für den Bereich nach der BpflV und für den Ausbildungsbereich Annahmen bzw. Hilfsgrößen herangezogen. Für den Bereich nach BpflV gibt es zwei Ansätze, die sich verfolgen lassen können. Der erste Ansatz folgt Draheim und Beeck (2015), die den Investitionsbedarf für BpflV-Fälle mit Hilfe ausgewählter DRGs abgeleitet haben. Dazu wurden Investitionsbewertungsrelationen ausgewählter DRGs⁶ dem Leistungsgeschehen nach BpflV zugeordnet und anschließend gemittelt. Dadurch wird ein bestandserhaltender Investitionsbedarf für BpflV-Fälle in Höhe von 608,77 € je BpflV-Fall ermittelt. Diese Hilfsgröße ist viel höher als die Bezugsgröße im somatischen Bereich, was sich durch deutlich längere Verweildauern im Bereich der BpflV erklären lässt.

Eine alternative Hilfsgröße bietet die Verordnung über das Verfahren der Förderung von Krankenhäusern nach dem Landeskrankenhausesgesetz (Krankenhausförderungs-Verordnung, KhföVO) für Berliner Krankenhäuser. In der Berliner KhföVO werden fiktive Investitionsbewertungsrelationen für den Bereich der BpflV empfohlen, wobei bei psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen zwischen denen unterschieden wird, die bereits das pauschalierende Entgeltsystem nach § 17d KHG (PEPP) anwenden und solchen, die es noch nicht anwenden. Für jene Einrichtungen, die noch nicht nach PEPP abrechnen, wird empfohlen für vollstationäre Fälle den 1,8-fachen Satz (teilstationär: 0,9-facher Satz) der regulären Bezugsgröße anzusetzen. Einrichtungen, die bereits nach PEPP abrechnen, sollen für vollstationäre Fälle den 2,1-fachen Satz ansetzen (teilstationär: 1,0-facher Satz).

Bei Anwendung dieser Sätze auf die InEK-Bezugsgröße für 2015 wird ein leicht höherer Wert erreicht als bei Draheim und Beeck. Für das Investitionsbarometer NRW wird die Bezugsgröße von Draheim und Beeck verwendet. Allerdings weichen die Hilfsgrößen zwischen beiden Quellen nicht stark voneinander ab, sodass die Unterschiede ohnehin gering sind. Eine Hilfsgröße für den Investitionsbedarf je Ausbildungsplatz findet sich in der Berliner KhföVO in Höhe von 250 € seit 2015, die wir im Folgenden ebenfalls unterstellen.

3.1.2 Methode Substanzerhalt

In diesem Ansatz wird der Investitionsbedarf über das Sachanlagevermögen (SAV) zu Anschaffungs- und Herstellungskosten (AHK) ermittelt. Der Ansatz unterteilt sich wiederum in zwei Varianten, wie es in Schaubild 4 illustriert ist:

⁶ U40Z: Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei psychischen Krankheiten und Störungen, U61Z: Schizophrenie, wahnhaft und akut psychotische Störungen, U63Z: Schwere affektive Störungen.

- a) Ist-SAV zu AHK (Methode 2a)
- b) Soll-SAV zu AHK (Methode 2b)

Bei **Methode 2a** wird angenommen, dass ein Krankenhaus sein bestehendes SAV zu AHK dauerhaft erhalten sollte. Dazu muss es regelmäßig Investitionen in Höhe der jährlich anfallenden Abschreibungen des SAV tätigen. Ausgangsbasis für die Berechnungen ist der Mittelwert des Jahresbestandes von SAV zu AHK, der allerdings um krankenhaushausfremde Leistungen bereinigt wird. Der dazu verwendete Bereinigungsfaktor wird auf Grundlage der erhobenen Daten individuell für jedes Krankenhaus berechnet.⁷ Er ist das Verhältnis aus Erlösen aus Krankenhausleistungen zu den Gesamterlösen. Im Durchschnitt über alle teilnehmenden Krankenhäuser beträgt er 81%. Das bereinigte Ist-SAV je Krankenhaus ergibt sich aus Multiplikation des gesamten Ist-SAV mit dem individuellen Bereinigungsfaktor und wird im Folgenden für die weiteren Berechnungen verwendet.

Schaubild 4
Investitionsbedarf über Sachanlagevermögen (Methode 2)



Quelle: RWI, hcb. – Anmerkungen: ¹Die Bereinigung erfolgt individuell je Krankenhaus anhand der erzielten Erlöse. – ²Aus Krankenhaus Rating Report 2015. – ³Top 50% der ostdeutschen Krankenhäuser aus Krankenhaus Rating Report, gemessen an Verhältnis SAV zu Gesamterlösen. – ⁴Grundstücke werden nicht abgeschrieben; eine Trennung in Gebäude und Grundstücke ist jedoch nicht möglich; der Anteil von Grundstücken ist jedoch als gering anzunehmen.

⁷ Jahresabschlussdaten müssen sich nicht ausschließlich auf den stationären Krankenhausbereich beziehen. Sie können in einigen Fällen auch z.B. ambulante Leistungen sowie Pflege- oder Reha-Leistungen umfassen. Über den Fragebogen stellen wir sicher, dass eine näherungsweise Abgrenzung der akutstationären von den anderen Leistungen erfolgt.

Nunmehr könnten die krankenhausindividuellen Abschreibungsraten angesetzt werden, um den Investitionsbedarf zu errechnen, der nötig wäre, um das SAV zu halten. Dabei ist zu berücksichtigen, dass nicht jedes Krankenhaus die gleiche Nutzungsdauer für gleiche Anlagegüter unterstellt. Um Verzerrungen durch unterschiedlich gewählte Nutzungsdauern zu vermeiden, werden einheitliche Re-Investitionsraten je Anlagegut angesetzt. Sie beruhen auf durchschnittlichen Nutzungsdauern der Anlagegüter. Für Gebäude und Grundstücke wird eine Nutzungsdauer von 40 Jahren (Re-Investitionsrate: 2,5% p.a.), für technische Anlagen 12 Jahre (8,3% p.a.) und für Einrichtungen und Ausstattung 8 Jahre (12,5% p.a.) angesetzt. Ferner addieren wir einen Inflationsausgleich für die Beschaffung neuer Anlagegüter von 2,0%.⁸

Diese hier vorgestellte Methodik unterschätzt den Investitionsbedarf, wenn man davon ausgeht, dass in der Vergangenheit bereits zu wenig investiert wurde und damit das vorhandene SAV zu AHK generell zu niedrig ausfällt. Folglich würde die möglicherweise bestehende Unterkapitalisierung dauerhaft fortgeschrieben werden. Es handelt sich bei Methode 2a somit um eine Untergrenze des Investitionsbedarfs. Um diese mögliche Unterschätzung zu vermeiden, wird ergänzend dazu in **Methode 2b** ein Benchmarking mit Krankenhäusern durchgeführt, von denen angenommen werden kann, dass sie in der Vergangenheit alle notwendigen Investitionen durchgeführt haben und damit als nicht unterinvestiert gelten können. Hierfür kommen Krankenhäuser aus Ostdeutschland in Frage, die als vollumfänglich investiert angesehen werden können. Für diesen Zweck wird auf Jahresabschlussdaten aus dem Krankenhaus Rating Report 2015 (Augurzky et al. 2015) zurückgegriffen.

Um eine Bandbreite aufzuzeigen, in der der Investitionsbedarf liegt, greift Methode 2b auf unterschiedliche Benchmarks zurück. Über die Benchmarks wird ein Soll-SAV für alle Krankenhäuser abgeleitet. Dazu werden erst die einzelnen Bestandteile des SAV (zu AHK) in Relation zum Leistungsvolumen eines Krankenhauses gesetzt, um der unterschiedlichen Größe der Krankenhäuser Rechnung zu tragen und eine Vergleichbarkeit herbeizuführen.⁹ Daraus ergibt sich ein Soll-

⁸ Da die Anlagegüter meist schon mehrere Jahre alt sind, könnte der Inflationsausgleich deutlich höher ausfallen. Um in den Berechnungen konservativ zu bleiben, wurde auf eine hohe Anpassung verzichtet.

⁹ Es sei darauf hingewiesen, dass im Datenpool des Krankenhaus Rating Report 2015 nur das Anlagevermögen zu AHK vorliegt. Das Sachanlagevermögen zu AHK wird per Annahme abgeleitet. Auch hier werden Korrekturen für nicht akutstationäre Anteile vorgenommen.

wert, mit dessen Hilfe das Soll-SAV bei gegebenem Leistungsvolumen eines Krankenhauses abgeleitet wird. Der Sollwert wird auf drei Arten gebildet:

- i. für alle ostdeutschen Krankenhäuser (Methode 2b.1),
- ii. für die Top-50%-Krankenhäuser in Ostdeutschland (Methode 2b.2) und
- iii. für eine feste Investitionsgröße je Bett (Methode 2b.3).

Für Methode 2b ergeben sich damit drei Werte für den Investitionsbedarf. Die Top-50% der ostdeutschen Krankenhäuser werden im Datenpool des Krankenhaus Rating Report 2015 (Augurzky et al. 2015) über die Kennzahl „SAV (zu AHK) im Verhältnis zu den Gesamterlösen“ identifiziert. Nur die 50% der ostdeutschen Krankenhäuser mit den höchsten Werten dieser Kennzahl fließen in die Benchmark ein. Statt des Ist-SAV wie bei Methode 2a, wird bei der hier genannten Vorgehensweise das in vielen Fällen höhere Soll-SAV (zu AHK) angesetzt. Der Investitionsbedarf wird mit dieser Methode höher ausfallen und kann als eine Obergrenze betrachtet werden.

Auf dieser Grundlage ergibt sich gemäß Methode 2b.1 bei der Benchmark aller ostdeutschen Krankenhäuser ein Soll-SAV von 1,55 € je Euro Gesamterlöse. Würden die nordrhein-westfälischen Krankenhäuser zu dieser Benchmark aufholen wollen, müsste dieser Betrag je Euro Gesamterlös investiert sein. Bei der höher angesetzten Benchmark der Top-50% aller ostdeutschen Krankenhäuser (Methode 2b.2) wären sogar 1,99 € je Euro Gesamterlöse nötig, um deren Sachanlageniveau zu erreichen. Beim dritten Ansatz wird ein fixer Betrag von 230 000 € je Bett angenommen. Dieser Wert leitet sich aus der Praxis ab und rechnet die kompletten Investitionskosten eines Krankenhauses auf das Bett herunter. Mit diesen Ansätzen errechnet sich jeweils das Soll-SAV. Ebenso wie bei Methode 2a werden auch hier im Sinne der Vergleichbarkeit einheitliche Re-Investitionsraten und ein Inflationsausgleich angenommen, um auf den jährlichen Investitionsbedarf zu kommen.

Im Ergebnis ergibt sich nach den verschiedenen Methoden eine Bandbreite des Investitionsbedarfs. Dabei halten wir die Methodik 2b.1 für gut fundiert und konservativ in ihren Annahmen, weil die zugrunde liegende Benchmark auf die real existierende Krankenhauslandschaft der ostdeutschen Bundesländer zurückgreift. Die Kapitalausstattung der Top-50%-Krankenhäuser wäre zwar auch ein für alle ostdeutschen Krankenhäuser wünschenswertes Ziel. Sie konnte aber trotz des Fördermittelvolumens der ostdeutschen Bundesländer nicht erreicht werden.

3.1.3 Eigene Einschätzung

Dieser Ansatz (Methode 3) greift auf die subjektiven Einschätzungen der teilnehmenden Krankenhäuser zurück, wie sie im Online-Fragebogen erhoben wurden. Dabei wurde einerseits das Volumen konkret geplanter Investitionsvorhaben für die Jahre 2015-2019 abgefragt, die der stationären Versorgung zugutekommen. Es wurde zwischen Gebäuden, technischen Anlagen und Maschinen sowie Einrichtung und Ausstattung differenziert. Ferner wurde abgefragt, welches zusätzliche Volumen an Investitionsmitteln für die stationäre Versorgung für denselben Zeitraum, über die bereits geplanten Investitionsvorhaben hinaus, notwendig wäre. Der nach dieser Methode abgeleitete Investitionsbedarf berechnet sich folglich aus der Summe der konkret geplanten Investitionen und der, aus Sicht der Krankenhäuser, zusätzlich notwendigen Investitionen.

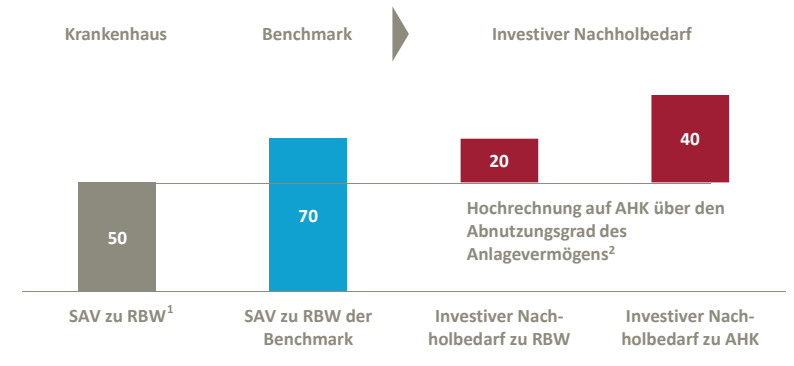
3.2 Investitionsstau

Der Investitionsstau ist zu verstehen als die kumulierten Investitionslücken der Vergangenheit. Dabei sind ältere Investitionslücken geringer zu gewichten als jüngere, weil auch die Lücken „abgeschrieben“ werden müssen. Mit anderen Worten hat eine Lücke von vor 50 Jahren heute keine Bedeutung mehr. Da aber von den teilnehmenden Krankenhäusern keine langen Zeitreihen aus der Vergangenheit vorliegen, lässt sich der Investitionsstau nicht über die Summation vergangener (und abgeschriebener) Investitionslücken bestimmen.

Wir wählen daher einen anderen Weg und greifen wiederum auf die Benchmarks ostdeutscher Krankenhäuser zurück, die als voll investiert betrachtet werden können. Nach Bereinigung der unterschiedlichen Nutzungsdauern des SAV sind die Werte des SAV zu Buchwerten vergleichbar. Schaubild 5 illustriert schematisch die Grundidee dieser Methodik. Das beispielhafte Krankenhaus habe ein SAV zu Restbuchwerten in Höhe von 50 Mio. €, während die Benchmark einen Restbuchwert von 70 Mio. € aufweise. Der Investitionsstau ergibt sich dann zunächst aus der Differenz der beiden Werte, hier also 20 Mio. €.

Würde man diesen Differenzbetrag von 20 Mio. € investieren, würde sich die Lücke des SAV zur Benchmark schließen. Allerdings handelt es sich auch bei der Benchmark um Güter zum Restbuchwert, also um gebrauchte Güter. Solche Güter werden bei einer Investition in der Regel nicht verwendet. Daher muss anschließend berücksichtigt werden, dass sich die Investition zur Schließung des Investitionsstaus auf neue Anlagegüter zu höheren Preisen beziehen muss. Der investive Nachholbedarf zu Restbuchwerten in Höhe von 20 Mio. € wird über den

Schaubild 5
Ableitung des Investitionsstaus über Benchmark



Quelle: RWI, hcb. – Anmerkungen: ¹RBW: Restbuchwert. – ²Als Faktor wird das Verhältnis zwischen SAV (zu AHK) und SAV (RBW) der Benchmark-Größen genutzt.

Abnutzungsgrad des Anlagevermögens der Benchmark auf Anschaffungs- und Herstellungskosten hochgerechnet. Resultierend daraus würde der investive Nachholbedarf zu AHK, also der Investitionsstau, in diesem Beispiel bei 40 Mio. € liegen.

Bei diesem Ansatz werden zwei Methoden herangezogen (Schaubild 6). Beiden ist gleich, dass das SAV zu AHK zunächst um krankenhausfremde Leistungen bereinigt wird. Bei **Methode A** werden die kumulierten Abschreibungen vom SAV zu AHK abgezogen, sodass das Ist-SAV zu Restbuchwerten resultiert. Hingegen werden bei **Methode B** die kumulierten Abschreibungen zuvor auf einheitliche Nutzungsdauern umgerechnet, um Verzerrungen durch unterschiedliche Nutzungsdauern zu vermeiden. Das Ergebnis ist ein bereinigtes SAV zu Restbuchwerten. Als Benchmarks für das nach Methode A und B ermittelte SAV zu Restbuchwerten gelten erstens das SAV zu Restbuchwerten aller ostdeutschen Krankenhäuser sowie zweitens die Top-50% davon. Wollten die Krankenhäuser in NRW zu diesen Benchmarks (zu Restbuchwerten) aufholen, müssten sie 91 Cent bzw. 1,02 Euro je Euro Gesamterlöse investieren. Wie zur Ableitung des Investitionsbedarfs halten wir die Benchmark aller ostdeutschen Krankenhäuser auch hier für die geeignetere, weil sie in diesen Bundesländern tatsächlich realisierte Werte abbildet, während die Top-50%-Benchmark nur einen wünschenswerten Zustand abbildet.

Schaubild 6
Berechnung des Investitionsstaus



Quelle: RWI, hcb. – Anmerkungen: ¹Angelehnt an KH Rating Report 2015. – ²Bereinigt um Sachanlagen ohne direkten Bezug zu förderfähigen Krankenhausleistungen. – ³SAV zu RBW der ostdt. KH um 10% reduziert, weil darin auch Sachanlagen ohne direkten Bezug zu förderfähigen Krankenhausleistungen enthalten sind.

Da Investitionen allerdings zu Anschaffungs- und Herstellungskosten getätigt werden müssten, wird der kalkulierte Investitionsstau auf diese Kosten hochgerechnet. Als Hochrechnungsfaktor dient dabei das Verhältnis zwischen SAV zu AHK und SAV zu Restbuchwerten der Benchmark-Größen.

3.3 Bedeutung von Krankenhausinvestitionen und -betrieb

Krankenhausinvestitionen und der Krankenhausbetrieb wirken sich nicht nur positiv auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung aus, sondern auch auf die wirtschaftliche Entwicklung sowie die öffentlichen Haushalte. Die gesamt- und finanzwirtschaftlichen Effekte der Krankenhausinvestitionen werden mittels eines sog. Top-down-Ansatzes analysiert, die des Krankenhausbetriebs mittels eines sog. Bottom-up-Ansatzes. Sie werden soweit wie möglich auf Ebene der kreisfreien Städte und der Kreise regionalisiert.

3.3.1 Top-down-Ansatz: Die wirtschaftlichen und fiskalischen Effekte der Krankenhausinvestitionen

Der Einfluss von Investitionsprojekten auf die gesamt- und regionalwirtschaftlichen Leistungen wird bevorzugt mit Hilfe einer Input-Output-Analyse untersucht. Dabei werden die Investitionswirkungen auf Bundesebene berechnet und für die Landesebene regionalisiert. Diese Vorgehensweise wird auch im vorliegenden Investitionsbarometer NRW gewählt. Die Wirkungen von Krankenhausinvestitionen auf Produktion, Bruttowertschöpfung und Beschäftigung werden dabei mit einem statischen Input-Output-Modell analysiert, das sich auf die tief gegliederten Input-Output-Tabellen des Statistischen Bundesamtes für das Berichtsjahr 2011 stützt (Destatis 2015). In diesem Modell wird die Planung und Umsetzung von Investitionen, die sich in der Regel über mehr als eine Periode erstrecken, nicht in ihrer zeitlichen Abfolge abgebildet, sondern es findet eine statische Analyse statt, die auf den Input-Output-Daten des verwendeten Berichtsjahres basiert. Auch wenn sich Investitionsprojekte über mehrere Jahre erstrecken, macht es für das Gesamtergebnis der Input-Output-Analyse keinen Unterschied, ob die Investitionsausgaben auf mehrere Jahre aufgeteilt und die Einzelergebnisse am Ende zusammengezählt werden oder ob die Investitionsausgaben komplett einem (Berichts-) Jahr zugeordnet werden. Im Ergebnis werden damit die Gesamtwirkungen einer Investitionsnachfrage dargestellt, die sich aber entsprechend der tatsächlichen Umsetzungsdauer eines Projektes über mehrere Jahre verteilen können (Holub/Schnabl 1994: 91).¹⁰

Die verwendeten Input-Output-Tabellen bilden die Verflechtung der Volkswirtschaft in tiefer Gliederung nach 72 Produktionsbereichen ab. Neben den Lieferungen von Vorleistungen dieser Bereiche untereinander (Vorleistungsverflechtung) wird die Entstehung der Produktion und der Bruttowertschöpfung durch die Produktionsprozesse sowie die Verwendung der produzierten Güter in den verschiedenen Komponenten der Endnachfrage (Konsum, Investitionen, Exporte, Vorratsveränderungen) dargestellt. Ausgehend von den Vorleistungsverflechtungen des jeweiligen Berichtsjahres, bieten Input-Output-Modelle die Möglichkeit, Interdependenzen innerhalb einer Volkswirtschaft umfassend zu analysieren. Dabei wird davon ausgegangen, dass die Inputs für die Produktion der nachgefragten Güter in einem konstanten Verhältnis zueinander stehen, d.h. dass innerhalb der Vorleistungsinputs sowie zwischen Vorleistungen und primären

¹⁰ Damit wird implizit unterstellt, dass die gesamtwirtschaftlichen Verflechtungszusammenhänge zumindest kurz- und mittelfristig keinen größeren strukturellen Veränderungen unterliegen. Diese Annahme ist insofern plausibel, als sich die durch die Daten abgebildeten Produktionsprozesse im Zeitablauf nur langsam ändern.

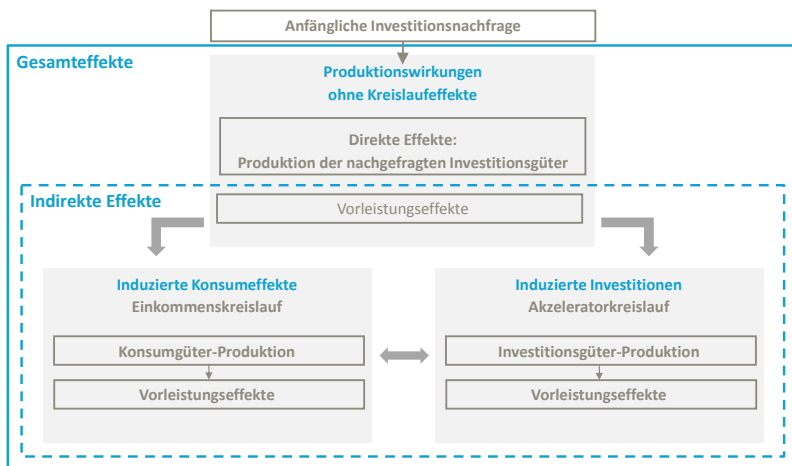
Inputs wie Arbeit und Kapital keine Substitution stattfindet. Daher bleiben die Anteile der einzelnen Vorleistungen sowie der Wertschöpfungskomponenten innerhalb eines „Produktionsprozesses“ unverändert. Mögliche Skaleneffekte werden daher im Modell nicht berücksichtigt. Darüber hinaus wird hier unterstellt, dass die Investitionsnachfrage und der damit induzierte Konsum mit den vorhandenen Produktionskapazitäten bewältigt werden kann. Im Jahr 2014 bewegte sich die gesamtwirtschaftliche Produktion im Korridor der Normalauslastung²¹ (SVR 2015: 291). Es wird angenommen, dass es keine Preiseffekte gibt und keine kapazitätsbedingten Investitionen induziert werden. Die Annahme kann als begründet angesehen werden, da es im vorliegenden Investitionsbarometer NRW gleichermaßen um die Wirkung getätigter Investitionen sowie um zusätzliche Investitionen zur Deckung des tatsächlichen Bedarfs geht.

Ausgangspunkt der Analyse ist eine unterstellte Erhöhung der Nachfrage nach Bauleistungen und Anlagegütern durch Krankenhausinvestitionen (Schaubild 7). Diese zusätzliche Nachfrage wird nicht nur in den unmittelbar betroffenen Sektoren wie z.B. der Bauwirtschaft wirksam, sondern wegen der Vorleistungsverflechtungen einer Branche auch in einer Vielzahl vorgelagerter Bereiche. Diese Zulieferer steigern als Folge des exogenen Nachfrageimpulses ihren Umsatz und die Beschäftigung (Vorleistungseffekte).

Bei den gesamtwirtschaftlichen Wirkungen einer zusätzlichen Nachfrage wird zwischen direkten und indirekten Effekten unterschieden. Zusammen bilden sie den Gesamteffekt einer (zusätzlichen) Nachfrage (Schaubild 7). Direkte Effekte treten in derjenigen Branche auf, in der der Nachfrageimpuls wirksam wird (z.B. Baubranche, Medizintechnik). Der direkte Produktionseffekt entspricht in der Höhe dem Wert der nachgefragten Güter. Indirekte Effekte ergeben sich aus der Vorleistungsverflechtung der Branchen untereinander. Hierbei werden nicht nur die Vorleistungen für die Produktion der direkt nachgefragten Investitionsgüter berücksichtigt, sondern auch jene, die wiederum von deren Vorleistungslieferanten benötigt werden. Auf diese Weise wird eine Kaskade von Vorleistungen erfasst. Weil auch das Baugewerbe und die Ausrüster Vorleistungen für andere Branchen erbringen, enthält der indirekte Produktionseffekt auch ihre Vorleistungen für andere Wirtschaftszweige.

²¹ Die Normalauslastung bezeichnet den langjährigen Durchschnitt der Auslastung der volkswirtschaftlichen Produktionskapazitäten. Einzelheiten hierzu siehe SVR 2015.

Schaubild 7
Input-Output-Analyse der gesamtwirtschaftlichen Effekte von Krankenhausinvestitionen



Vgl. auch RWI (2013): 23.

Da sich die Datenbasis für die Input-Output-Analyse auf die gesamte deutsche Volkswirtschaft bezieht, müssen die Ergebnisse für das Land Nordrhein-Westfalen regionalisiert werden. Hierzu wird auf Angaben zur Bruttowertschöpfung und zur Beschäftigung auf Landesebene zurückgegriffen. Diese Daten liegen gegliedert nach 20 Wirtschaftszweigen vor, so dass die Gliederung der Input-Output-Tabelle entsprechend zusammengefasst werden muss. Das Ergebnis der Input-Output-Analyse für Investitionen im Krankenhausbereich für NRW ergibt sich dann entsprechend dem Anteil des Landes an der Bruttowertschöpfung bzw. der Beschäftigung auf Bundesebene.

Im nächsten Schritt werden das Volumen und die Struktur des Investitionsimpulses bestimmt. Die Untersuchung der wirtschaftlichen und fiskalischen Effekte beschränkt sich nicht nur auf die getätigten Investitionen, sondern schließt auch die ermittelte Investitionslücke mit ein. Die Untersuchungsergebnisse werden differenziert nach den Effekten der Krankenhausfördermittel, der Schließung der

Förderlücke (selbstfinanzierte Investitionen und Investitionslücke)¹² und des bedarfsgerechten Investitionsniveaus insgesamt.

Für die Input-Output-Analyse gilt es neben dem Investitionsimpuls auch die Investitionsstruktur zu bestimmen. Letztere entscheidet darüber, welche Wirtschaftszweige von der Investitionstätigkeit profitieren. Der hier unterstellte Investitionsmix (Bau- und Anlageinvestitionen) wird aus der Struktur der Beschreibungen hergeleitet, wie sie sich aus den Ergebnissen der Online-Befragung ergibt. Der Investitionsmix ist damit vergangenheitsorientiert und berücksichtigt keine neueren Entwicklungen. Eine vergleichende Analyse mit einer aktuellen Erhebung von Investitionsplanungen durch BDO (2015) zeigt aber, dass sich in den wirtschaftlichen Effekten keine signifikanten Unterschiede ergeben.

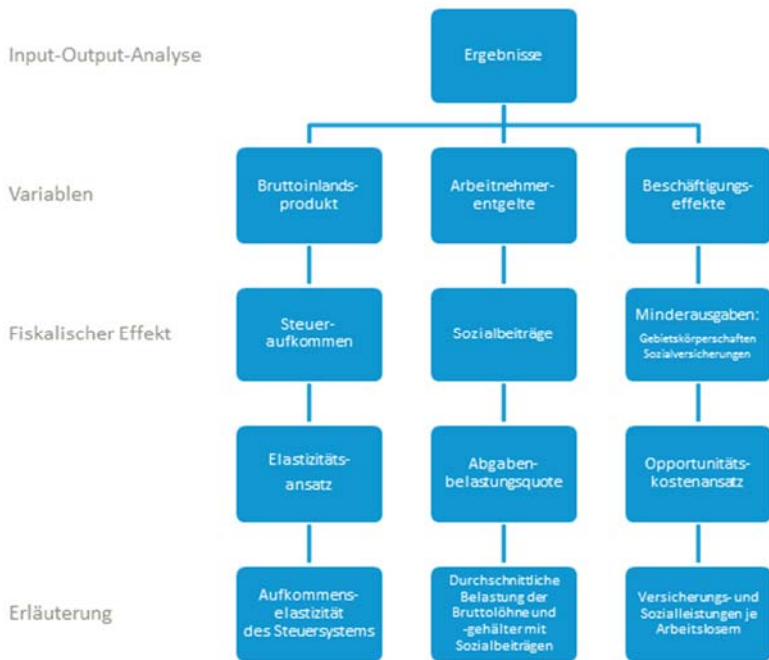
Schließlich werden die fiskalischen Effekte von Krankenhausinvestitionen¹³ abgeleitet. Sie können nicht endogen im Rahmen der Input-Output-Analyse ermittelt werden, sondern müssen vielmehr mittels zusätzlicher Annahmen aus den Simulationsergebnissen abgeleitet werden. Dazu kommen in vergleichbaren Studien unterschiedliche Methoden zur Bestimmung der Auswirkungen auf die öffentlichen Haushalte (Gebietskörperschaften, Sozialversicherungen) zur Anwendung: u.a. Indikatorrelationen (z.B. Steueraufkommen je Wertschöpfungseinheit; Hardt et al. 2006), Aufkommenselastizität des Steuersystems (Allgrogen/Malina 2010, Hardt et al. 2006, RWI 2011) durchschnittliche Abgabenbelastungsquoten (z.B. Belastung der Bruttolöhne und -gehälter mit Lohnsteuer; Heuer et al. 2005) oder eingesparte Kosten infolge einer verringerten Arbeitslosigkeit (z.B. unterstelltes Arbeitslosengeld; Helmenstein et al. 2005, RWI 2011).

Anknüpfend an das Bruttoinlandsprodukt werden die generierten Steuereinnahmen mit Hilfe der Aufkommenselastizität des bundesdeutschen Steuersystems ermittelt (Schaubild 8). Dabei wird in dieser Untersuchung eine Aufkommenselastizität von 1,06 unterstellt, wie sie zuletzt im Finanzbericht des Landes Nordrhein-Westfalen im Durchschnitt für die Jahre 1992 bis 2014 ermittelt wurde (Finanzministerium des Landes Nordrhein-Westfalen 2015: A16). Die fiskali-

¹² Da eigentlich die Länder verpflichtet sind, die notwendigen Krankenhausinvestitionen zu finanzieren, wird hier auch von der Schließung der Förderlücke gesprochen, die die selbstfinanzierten Investitionen der Krankenhäuser mit einbezieht.

¹³ Vgl. zur Ableitung fiskalischer Effekte aus Ergebnissen von Input-Output-Analysen auch RWI (2011) und (2013).

Schaubild 8
Fiskalische Effekte von Krankenhausinvestitionen



Quelle: RWI.

schen Auswirkungen auf den nordrhein-westfälischen Landeshaushalt und die nordrhein-westfälischen Kommunalhaushalte in ihrer Gesamtheit werden anhand von Plausibilitätsüberlegungen quantifiziert, die sich auf die vertikale wie horizontale Steuerverteilung im bundesstaatlichen Finanzausgleich 2014 stützen.

Die Arbeitnehmerentgelte, die auch die Arbeitgeberanteile zu den Sozialversicherungen enthalten, sind der Ausgangspunkt für die Berechnung der Sozialbeiträge (Schaubild 8). In einem ersten Schritt werden aus den Arbeitnehmerentgelten die Bruttolöhne und -gehälter ermittelt, in einem zweiten Schritt ihre durchschnittliche Belastung durch die Sozialbeiträge (Tabelle 6).

Die direkten und indirekten Beschäftigungseffekte der Krankenhausinvestitionen reduzieren die öffentlichen Ausgaben für Versicherungs- und Sozialleistungen

Tabelle 6
Berechnungsgrundlagen der fiskalischen Effekte des Krankenhausbetriebs in Nordrhein-Westfalen

Abgabe	Ableitung der Bemessungsgrundlage aus	Abgabenquote/Steuersatz
Lohn- und Einkommensteuer		Durchschnittliche Belastung der Bruttolöhne und -gehälter mit Lohnsteuer 16,2%
Sozialabgaben	Personalaufwand ^a	Durchschnittliche Belastung der Bruttolöhne und -gehälter mit Sozialabgaben (Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteile) 33,5%
Umsatzsteuer (Konsum der Beschäftigten)		Gewichteter Mehrwertsteuersatz auf 74% (Konsumquote) der Nettolöhne und -gehälter 16,3%
		Lebensmittel/bezogene Leistungen 7% ^b
		Medizinischer Bedarf (ohne Implantate/Transplantate) 19% ^b
		Implantate 7% ^b
		Transplantate 0% ^b
		Wasser, Energie, Brennstoffe 19%
		Wirtschaftsbedarf 19% ^b
Umsatzsteuer (nicht abzugsfähige Vorsteuer der Krankenhäuser)	Materialaufwand ^a	Verwaltungsbedarf 19% ^b
		Zentraler Verwaltungsdienste 0% ^b
		Zentrale Gemeinschaftsdienste 0% ^b
		Pflegesatzfähige Instandhaltung 19% ^b
		Sonstige Abgaben 0% ^b
		Sonstige Sachkosten 0% ^b
		Vorleistungen (gewichteter Steuersatz) ^c 14,5%

Eigene Darstellung. -^aOnline-Befragung der Plankrankenhäuser. -^bSteuersätze zugeordnet nach Angaben des Umsatzsteuergesetzes. -^cGewichtet gemäß der Struktur des Materialaufwands nach Angaben des Statistischen Bundesamtes.

gen. Diese Minderausgaben werden aus dem Volumen und der Struktur der gesamtfiskalischen Kosten der Arbeitslosigkeit abgeleitet, wie sie das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) regelmäßig ermittelt. Dazu wird auf die durchschnittlichen Ausgaben je Arbeitslosen für Versicherungs- und Sozialleis-

tungen zurückgegriffen und mit den durch die Investition generierten Beschäftigten multipliziert (Schaubild 8).

3.3.2 Bottom-up-Ansatz: Ableitung der Bruttowertschöpfung und der fiskalischen Effekte des Krankenhausbetriebs

Der laufende Krankenhausbetrieb selbst trägt ebenfalls zur Bruttowertschöpfung (BWS) bei. Die erhobenen Daten des Investitionsbarometers NRW erlauben es, die Bruttowertschöpfung der Plankrankenhäuser landesweit und in den kreisfreien Städten und Kreisen zu berechnen. Dabei kommt die sog. additive Methode zur Anwendung, da hierfür die benötigten Daten zur Verfügung stehen. Allerdings kann hier nur die Bruttowertschöpfung zu Faktorkosten als Summe aus Personalaufwand, Jahresüberschuss und Abschreibung berechnet werden. Dies macht im Falle der Krankenhäuser aber nur einen geringen Unterschied zur BWS zu Herstellungskosten aus, denn die Krankenhausfördermittel gelten nicht als Subvention. Die relative wirtschaftliche Bedeutung der Krankenhäuser zur landesweiten bzw. regionalen Bruttowertschöpfung wird allenfalls unterschätzt. Dabei wurde die regionale Bruttowertschöpfung mit dem landesweiten Zuwachs fortgeschrieben, weil die regionalisierten Daten 2014 für die kreisfreien Städte und Kreise noch nicht vorlagen.

Die erhobenen Daten beinhalten auch die Positionen Personal- und Materialaufwand. Dies erlaubt die geleistete Lohn- und Einkommensteuer und die abgeführten Sozialabgaben auf der Grundlage durchschnittlicher Abgabenquoten zu errechnen. Hinzu kommen die geleistete Umsatzsteuer im Rahmen des Konsums der Beschäftigten sowie die nicht abzugsfähige Vorsteuer der Krankenhäuser. Für letztere wurde ein gewichteter Umsatzsteuersatz gemäß der Struktur des Materialaufwands und den Vorgaben des Umsatzsteuergesetzes berechnet, wie in Tabelle 6 veranschaulicht wird.

3.4 Ausblick

Für die Projektion der Gewinn- und Verlustrechnungen der Krankenhäuser wird der Jahresüberschuss vor Steuern anteilig an den Gesamterlösen unter zwei Szenarien bis 2025 auf Krankenhausebene fortgeschrieben. Szenario 1 hält die Höhe des gegenwärtigen Fördermittelvolumens konstant für die kommenden Jahre und unterstellt, dass die Krankenhäuser genau so viel investieren, dass sie ihre Unternehmenssubstanz halten können. D.h. sie steuern die diesbezügliche Differenz zu den jährlichen Fördermitteln des Landes aus Eigenmitteln und Fremdkapital bei, sodass Investitionen genau in Höhe der jährlichen Abschreibungen getätigt werden. Ferner sind künftig zu erwartende Steigerungen der Tariflöhne (auf Basis vergangener Entwicklungen) berücksichtigt. Bis 2020 ist

anzunehmen, dass die Maßnahmen des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) Steigerungen in Personal- und Materialkosten noch ausgleichen können und sich Kosten und Erlöse einigermaßen parallel entwickeln. Nach 2020 gehen wir davon aus, dass Erlöse nicht im gleichen Umfang wachsen wie die Kosten, was eine kontinuierliche Verschlechterung der Finanzlage zur Folge hat. Es wird eine Kosten-Erlös-Schere von 0,4% p.a. angenommen.

Szenario 2 setzt auf Szenario 1 auf. Auch hier gilt Substanzerhalt. Es werden aber ab 2018 sämtliche dazu nötigen Investitionen zu 100% über Fördermittel des Landes finanziert. Das bedeutet, dass alle Neu-Investitionen ohne Eigen- oder Fremdkapital auskommen. Abschreibungen auf eigenfinanzierte Anlagegüter oder Zinsaufwendungen für Darlehen für Investitionszwecke fallen für Neu-Investitionen nicht mehr an. Allerdings fallen in Szenario 2 weiterhin die Abschreibungen oder Zinsaufwendungen für Investitionen aus den Jahren vor 2018 an. Im ersten Jahr nach der Umstellung dominieren daher noch die Aufwendungen für frühere Investitionen. Erst allmählich dominieren in den späteren Jahren die voll geförderten Investitionen, sodass Abschreibungen und Zinsaufwendungen allmählich zurückgehen, was sich positiv auf das Jahresergebnis auswirkt.

In beiden Szenarien wird jedoch nicht von dem tatsächlichen Jahresüberschuss im Jahr 2014 ausgegangen (vgl. Tabelle 3). Die Krankenhäuser weisen nämlich Abschreibungsraten in unterschiedlicher Höhe auf. Um in den Szenarien Verzerrungen durch unterschiedliche Nutzungsdauern der Anlagegüter zu vermeiden, werden für alle Krankenhäuser einheitliche Abschreibungsraten angesetzt. Durch diese Korrektur steigen die Abschreibungen im Durchschnitt an, wodurch sich ein geringerer durchschnittlicher Jahresüberschuss vor Steuern von +0,7% für 2014 ergibt. Relevant ist jedoch nicht der konkrete Ausgangswert 2014, sondern vielmehr seine Veränderung über die Zeit und die Differenz dieser Veränderungen zwischen den beiden Szenarien.

Die Ergebnisse auf Hausebene werden anschließend auf Regierungsbezirksebene aggregiert. Es wird hier von der Kreisebene abgewichen, weil bei Projektionen Verzerrungen durch hausindividuelle Besonderheiten noch stärker ins Gewicht fallen könnten.

4. Ergebnisse

4.1. Investitionsbedarf und Förderlücke

Aufgrund der hohen Teilnahme an der Online-Befragung zum Investitionsbarometer NRW lassen sich aussagekräftige Auswertungen zum Investitionsbedarf

und -stau machen. Die Analysen wurden auf Grundlage der vorliegenden Daten der 313 teilnehmenden Plankrankenhäuser durchgeführt, wobei die Ergebnisse stets auf die Grundgesamtheit aller 337 nordrhein-westfälischen Plankrankenhäuser hochgerechnet wurden. Die Ergebnisse für Krankenhäuser mit Standorten in verschiedenen Kreisen bzw. kreisfreien Städten wurden den entsprechenden Kreisen anteilig zugerechnet.

Tabelle 7 zeigt die Ergebnisse für den Investitionsbedarf nach der InEK-Methode. Es ergibt sich ein jährlicher Investitionsbedarf von 1,4 Mrd. €. Den größten Teil des Bedarfs macht mit nahezu 1,3 Mrd. € der DRG-Bereich aus, gefolgt vom Bereich nach BpflV mit 135 Mio. €. Die Ausbildungsstätten wurden mit 5 Mio. € berücksichtigt.

Tabelle 7
Investitionsbedarf über InEK-Methode (Methode 1)

Investitionsbedarf für ...	Bezugsgröße in €	Fallzahlen / Ausbildungs- plätze	Investitions- bedarf in Mio. €
DRG-Fälle	313,07	4 074 092	1 275
BpflV-Fälle	608,77	222 380	135
Ausbildungsstätten	250,00	19 942	5
Gesamt			1 415

Quelle: RWI, hcb.

Der nach Methode 1 ermittelte Investitionsbedarf basiert auf der Fallzahl der Krankenhäuser. Das bestehende SAV der Einrichtungen wird hier nicht einbezogen. Da jedes Krankenhaus u.a. abhängig von seinem Leistungsportfolio jedoch eine andere Kapitalausstattung besitzt, bietet die Methode „Substanzerhalt“ (Methode 2) die Möglichkeit zu einer differenzierteren Analyse. Tabelle 8 zeigt die verschiedenen Ergebnisse. Ausgangspunkt ist das tatsächlich in den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern vorhandene SAV zu AHK in Höhe von 24,8 Mrd. €. Dieses wird um krankenhaushausfremde Leistungen bereinigt, wodurch sich ein bereinigtes SAV von 20,1 Mrd. € ergibt.

Methode 2a berechnet den Investitionsbedarf über das Ist-SAV zu AHK mit rund 1,2 Mrd. € p.a. Bei dieser Methode würde eine bestehende unzureichende Investitionstätigkeit der Vergangenheit aber in die Zukunft fortgeschrieben werden. Methode 2b legt daher stattdessen ein Soll-SAV zu Grunde, das sich an voll investierten Krankenhäusern orientiert.

Nach Methode 2b.1, bei der die ostdeutschen Krankenhäuser als Benchmark zu Grunde gelegt werden, ergibt sich ein Investitionsbedarf von 1,5 Mrd. €. Der investive Bedarf nach Methode 2b.1 ist als konservativ anzusehen, da hier die

gesamte Verteilung ostdeutscher Krankenhäuser Berücksichtigung findet, die einen real existierenden Zustand abbilden. Werden hingegen die Top-50% dieser Krankenhäuser als Benchmark angesetzt (Methode 2b.2), liegt der Investitionsbedarf sogar bei 1,9 Mrd. €. Hierbei handelt es sich selbst für ostdeutsche Länder um einen wünschenswerten Zustand. Schließlich definiert der Benchmark-Ansatz nach Methode 2b.3 den Investitionsbedarf über einen festen Betrag von 230 000 € je Bett. Über diesen Ansatz würde der Investitionsbedarf bei rund 1,5 Mrd. € liegen.

Tabelle 8
Investitionsbedarf über Sachanlagevermögen (Methode 2)
 in Mio. €

	Methode 2a	Methode 2b.1 (Ostdt.)	Methode 2b.2 (Ostdt. -Top 50%)	Methode 2b.3 (230 Tsd. € / Bett)
SAV zu AHK (insgesamt)	24 789	24 789	24 789	24 789
Annahme: krankenhausfremdes SAV (19%)	4 667	4 667	4 667	4 667
Bereinigtes SAV zu AHK	20 121	20 121	20 121	20 121
Bereinigtes SOLL-SAV zu AHK		25 137	32 340	26 116
Investitionsbedarf	1 160	1 488	1 915	1 543

Quelle: RWI, hcb.

Für den konservativen Ansatz der Benchmark ostdeutscher Krankenhäuser werden die Ergebnisse in Tabelle 9 auf Kreisebene dargestellt. Der Investitionsbedarf variiert, was den regionalen Unterschieden im stationären Leistungsvolumen und der Bettendichte geschuldet ist. Während der Kreis Heinsberg mit 7,7 Mio. € den geringsten jährlichen Investitionsbedarf aufweist, verzeichnet die kreisfreie Stadt Köln mit über 83 Mio. € den höchsten jährlichen Investitionsbedarf. Die Förderlücke liegt im Landesdurchschnitt bei 65,8% des Investitionsbedarfs. Unterschiede gibt es in der Bandbreite eigenfinanzierter Investitionen. Außer im Kreis Düren, wurden in jedem Kreis von den Krankenhäusern im Jahr 2014 Investitionen eigenfinanziert. Im Landesdurchschnitt wurden 2014 rd. 29% des Investitionsbedarfs aus eigenen Mitteln der Krankenhäuser finanziert.

Investitionsbarometer NRW

Tabelle 9
Investitionsbedarf und Förderlücke je Kreis
in Mio. €

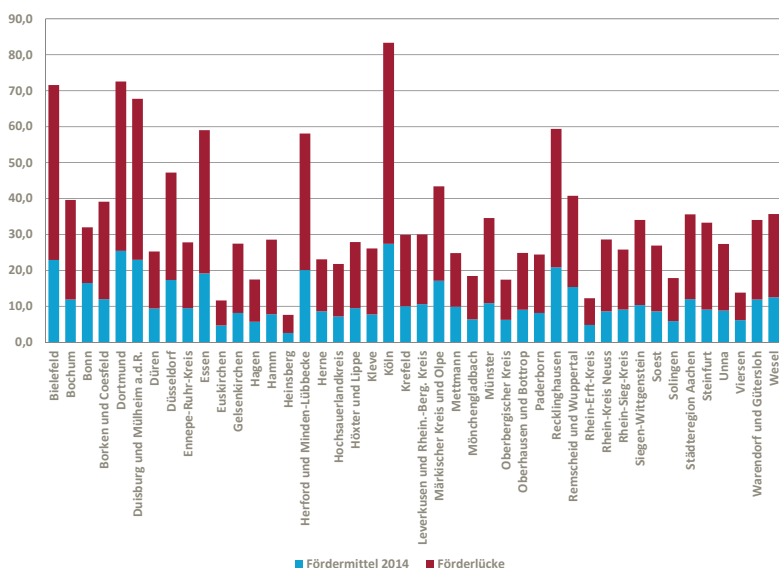
Kreise und kreisfreie Städte	Investitions- bedarf p.a. ¹	Fördermittel 2014 ⁴	Förderlücke	Eigenfinanzierte Investitionen 2014
Bielefeld	71,5	22,9	48,7	15,6
Bochum	39,6	11,9	27,7	9,8
Bonn	32,0	16,5	15,5	1,1
Borken und Coesfeld	39,1	12,0	27,1	7,9
Dortmund	72,5	25,4	47,1	11,3
Duisburg und Mülheim a.d.R.	67,7	23,0	44,8	27,7
Düren	25,2	9,4	15,8	0,0
Düsseldorf	47,2	17,3	29,9	43,1
Ennepe-Ruhr-Kreis	27,8	9,5	18,3	7,9
Essen	59,0	19,2	39,8	14,7
Euskirchen	11,7	4,7	6,9	2,2
Gelsenkirchen	27,5	8,2	19,3	4,1
Hagen	17,5	5,7	11,8	0,5
Hamm	28,6	7,8	20,7	6,4
Heinsberg	7,7	2,6	5,0	2,3
Herford und Minden-Lübbecke	58,1	20,1	38,0	33,8
Herne	23,1	8,6	14,5	20,2
Hochsauerlandkreis	21,8	7,2	14,6	4,3
Höxter und Lippe	27,9	9,5	18,4	0,8
Kleve	26,1	7,8	18,3	10,5
Köln	83,3	27,4	55,9	11,2
Krefeld	29,9	10,1	19,8	13,2
Leverkusen und Rhein.-Berg. Kreis	30,0	10,6	19,3	2,3
Märkischer Kreis und Olpe	43,4	17,1	26,3	6,0
Mettmann	24,8	9,9	14,9	3,9
Mönchengladbach	18,4	6,4	12,1	8,6
Münster	34,6	10,9	23,7	6,8
Oberbergischer Kreis	17,4	6,3	11,2	2,6
Oberhausen und Bottrop	24,9	9,1	15,8	6,5
Paderborn	24,4	8,2	16,3	4,8
Recklinghausen	59,4	20,8	38,5	20,9
Remscheid und Wuppertal	40,7	15,4	25,4	12,0
Rhein-Erft-Kreis	12,2	4,8	7,4	10,1
Rhein-Kreis Neuss	28,6	8,6	20,0	8,1
Rhein-Sieg-Kreis	25,8	9,1	16,7	6,9
Siegen-Wittgenstein	34,1	10,3	23,7	1,7
Soest	26,9	8,6	18,3	8,3
Solingen	17,9	5,9	12,0	4,0
Städteregion Aachen	35,6	12,0	23,6	23,5
Steinfurt	33,3	9,1	24,2	9,9
Unna	27,4	8,8	18,5	5,5
Viersen	13,9	6,2	7,7	10,5
Warendorf und Gütersloh	34,1	11,9	22,2	7,4
Wesel	35,7	12,5	23,2	8,8
Nordrhein-Westfalen	1 488,1	509,4	978,8	427,5

Quelle: RWI, hcb. – Anmerkungen: ¹Der jährliche Investitionsbedarf ist mit Methode 2b.1 berechnet worden, die als Benchmark alle ostdeutschen Krankenhäuser zugrunde legt.

⁴ Vgl. Fn. 4 auf Seite 25.

Die regionalen Unterschiede in der Höhe des jährlichen Investitionsbedarfs werden zusätzlich in Schaubild 10 veranschaulicht. Über alle Kreise und kreisfreien Städte in NRW zeigt sich, dass die Fördermittel des Landes nicht ausreichend sind, um den Investitionsbedarf vollständig zu decken, sodass jeder Kreis eine Förderlücke aufweist.

Schaubild 10
Fördermittel 2014 und Förderlücke nach Kreisen
 in Mio. €



Quelle: RWI, hcb.

Einen weiteren Ansatzpunkt für den jährlichen Investitionsbedarf liefert die subjektive Einschätzung der Befragungsteilnehmer (Methode 3). Die teilnehmenden Krankenhäuser hatten die Möglichkeit, ihre eigene subjektive Einschätzung zu zukünftigen Investitionen von 2015 bis 2019 zu geben. Diese subjektive Einschätzung findet sich in Tabelle 10: die konkret geplanten Investitionen, der davon über Fördermittel finanzierbare Anteil und über die konkret geplanten Investitionen hinausgehende für notwendig erachtete Investitionen. Der gesamte Investitionsbedarf nach der subjektiven Einschätzung setzt sich aus den konkret geplanten Investitionen und den zusätzlich notwendigen Investitionen zusammen. Er summiert sich auf über 2,2 Mrd. € pro Jahr. Dieser Wert ist sehr hoch, spiegelt er doch die Erwartungen und Investitionswünsche der Kranken-

häuser wider, die über die konkret geplanten Investitionsvorhaben hinausgehen. Die konkret geplanten Investitionen indessen haben ein jährliches Volumen von rund 1,3 Mrd. €.

Tabelle 10
Investitionsbedarf nach subjektiver Einschätzung (Methode 3)
in Mio. €

	2015-2019	pro Jahr
konkret geplante Investitionen	6 679	1 336
Davon über Fördermittel finanzierbarer Anteil	2 298	460
Zusätzlich notwendige Investitionen	4 397	879
Investitionsbedarf (gesamt)	11 076	2 215

Quelle: RWI, hcb.

Neben dem Volumen der zusätzlich notwendigen Investitionen in Gebäude, technische Anlagen und Ausstattung wurden die Krankenhäuser danach befragt, für welche Zwecke diese Investitionen genutzt werden sollen. Eine Übersicht der Investitionszwecke zusätzlich notwendiger Investitionen gibt Tabelle 11. So würden 87% der teilnehmenden Krankenhäuser bevorzugt in die energetische Sanierung investieren. 69% würden Investitionen tätigen, die der Verbesserung der Krankenhaushygiene zugutekommen. Knapp die Hälfte der teilnehmenden Krankenhäuser würde Verbesserungen behindertengerechter Versorgung und geriatrischer Versorgungsstrukturen vornehmen sowie telematische Anwendungen implementieren.

Tabelle 11
Investitionszwecke zusätzlich notwendiger Investitionen

	Anzahl	Anteil in %
Energetische Sanierung	261	87
Verbesserung der Krankenhaushygiene	207	69
Verbesserung behindertengerechter Versorgung	157	52
Verbesserung geriatrischer Versorgungsstrukturen	149	50
Implementierung telematischer Anwendungen	142	47

Quelle: RWI, hcb.

Die berechneten Werte zum Investitionsbedarf zeigen, in welcher Größenordnung Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen notwendigerweise Investitionen tätigen sollten. Diese Investitionen müssen nach dem KHG durch das Land getragen werden. Nach § 4 Nr. 1 KHG werden die Krankenhäuser dadurch wirtschaftlich gesichert, dass deren Investitionskosten im Wege öffentlicher Förderung vom Land übernommen werden. In der Praxis sind die Krankenhäuser jedoch gezwungen, einen großen Teil der getätigten Investitionen auch aus Eigenmitteln zu finanzieren. Darüber hinaus dürften zum Teil notwendige Investitionen man-

gels Finanzierungsmöglichkeiten vollständig unterbleiben. Zwischen dem notwendigen Investitionsbedarf und den tatsächlich zur Verfügung gestellten Fördermitteln klafft damit eine Förderlücke.

Das Volumen der Förderlücke wird in Tabelle 12 veranschaulicht. Für alle zuvor erläuterten Methoden wird in der ersten Spalte der Investitionsbedarf ausgewiesen. In Spalte 2 folgen die Fördermittel 2014 und in Spalte 3 folgt die jeweilige Förderlücke. Die Spannbreite der Förderlücke bewegt sich zwischen 650 Mio. € und 1,7 Mrd. €. Bei dem konservativen Benchmarking auf Basis der ostdeutschen Krankenhäuser liegt die Förderlücke bei 980 Mio. €.

Tabelle 12
Förderlücke (Methoden 1-3)
 in Mio. €

		Investitions- bedarf	Förder- mittel 2014	Förder- lücke
Methode 1:	InEK ¹	1 416	509	906
Methode 2a:	IST - SAV	1 160	509	650
Methode 2b.1:	SOLL – SAV (Ostdt.)	1 488	509	979
Methode 2b.2:	SOLL – SAV (Top 50 %)	1 915	509	1 405
Methode 2b.3:	SOLL – SAV auf Bettenbasis	1 543	509	1 034
Methode 3:	Subjektive Einschätzung	2 215	509	1 706

Quelle: RWI, hcb. – Anmerkungen: ¹Hochrechnung über Fallzahl statt Bettenzahl.

4.2. Investitionsstau

Der Investitionsbedarf und die Förderlücke berücksichtigen nicht, dass bereits in der Vergangenheit Investitionen in nicht ausreichendem Umfang getätigt wurden und sich ein Investitionsstau aufgebaut hat. Der Investitionsstau auf Basis der Benchmark der ostdeutschen Krankenhäuser findet sich in Tabelle 13. Wir bevorzugen wiederum diese Benchmark, weil sie auf einem in Ostdeutschland tatsächlich realisierten Zustand beruht.

Bei Methode A, die die tatsächlichen kumulierten Abschreibungen berücksichtigt, liegt der Investitionsstau zu Anschaffungs- und Herstellungskosten bei über 10 Mrd. €. Indessen werden bei Methode B Verzerrungen aufgrund unterschiedlicher Nutzungsdauern der Anlagegüter herausgerechnet, indem einheitliche Abschreibungsraten angesetzt werden. Bei dieser Methode liegt der Investitionsstau zu AHK bei über 12,5 Mrd. €.

Tabelle 13
Investitionsstau bei Benchmark „Ostdeutsche Krankenhäuser“
in Mio. €

	Methode A ¹	Methode B ¹
SAV zu AHK ²	20 430	20 430
Kumulierte Abschreibungen ²	11 307	12 610
Bereinigtes (IST-)SAV zu RBW ³	9 331	7 820
Bereinigtes SOLL-SAV zu RBW	14 775	14 775
Investitionsstau	5 915	7 377
Investitionsstau zu AHK ⁴	10 063	12 551

Quelle: RWI, hcb. – Anmerkungen: ¹Kappung: Negative Werte wurden auf null gekappt, so dass für Krankenhäuser, die tatsächlich höher investiert haben, als der im Investitionsbarometer NRW berechnete Investitionsbedarf, keine Verrechnung mit den Investitionsbedarfen der übrigen Krankenhäuser im Kreis erfolgte. – ²Bereinigt um Sachanlagen ohne direkten Bezug zu förderfähigen Krankenhausleistungen. – ³IST-SAV zu RBW bei Methode A. Bereinigtes SAV zu RBW unter Berücksichtigung einheitlicher Abschreibungsdauern bei Methode B. – ⁴Als Faktor wird das Verhältnis zwischen SAV (zu AHK) und SAV (RBW) der Benchmark-Größen genutzt (= 0,58777).

Die regionale Variation des Investitionsstaus stellt Tabelle 14 dar. Es zeigt sich, dass Krankenhäuser in jedem Kreis bzw. jeder kreisfreien Stadt in Nordrhein-Westfalen in der Vergangenheit notwendige Investitionen nicht tätigten. Den niedrigsten Investitionsstau mit 61 Mio. € weist der Kreis Heinsberg auf, während die Krankenhäuser in der kreisfreien Stadt Köln einen Stau von 803 Mio. € verzeichnen.

Tabelle 15 illustriert den Investitionsstau, wenn als Benchmark die Top-50% der ostdeutschen Krankenhäuser angesetzt werden. Da nur die am besten investierten Krankenhäuser in Ostdeutschland als Benchmark dienen, fällt der Investitionsstau entsprechend höher aus. Bei Methode A errechnet sich ein Investitionsstau von über 14 Mrd. €, während er bei Methode B auf 17 Mrd. € beziffert wird.

Tabelle 14
Investitionsstau je Kreis
in Mio. €

Kreise und kreisfreie Städte	Investitionsstau
Bielefeld	679
Bochum	321
Bonn	380
Borken und Coesfeld	395
Dortmund	636
Duisburg und Mülheim a.d.R.	604
Düren	216
Düsseldorf	307
Ennepe-Ruhr-Kreis	244
Essen	534
Euskirchen	111
Gelsenkirchen	202
Hagen	151
Hamm	213
Heinsberg	61
Herford und Minden-Lübbecke	373
Herne	142
Hochsauerlandkreis	168
Höxter und Lippe	249
Kleve	216
Köln	803
Krefeld	181
Leverkusen und Rhein.-Berg. Kreis	255
Märkischer Kreis und Olpe	386
Mettmann	236
Mönchengladbach	106
Münster	332
Oberbergischer Kreis	154
Oberhausen und Bottrop	132
Paderborn	131
Recklinghausen	628
Remscheid und Wuppertal	310
Rhein-Erft-Kreis	90
Rhein-Kreis Neuss	196
Rhein-Sieg-Kreis	189
Siegen-Wittgenstein	274
Soest	244
Solingen	188
Städteregion Aachen	310
Steinfurt	223
Unna	318
Viersen	84
Warendorf und Gütersloh	301
Wesel	282
Nordrhein-Westfalen	12 551

Quelle: RWI, hcb. – Anmerkungen: Der Investitionsstau ist mit Methode B berechnet worden, die als Benchmark alle ostdeutschen Krankenhäuser zugrunde legt und von einheitlichen Abschreibungsraten ausgeht.

Tabelle 15
Investitionsstau bei Benchmark „Top 50% der ostdeutschen Krankenhäuser“
in Mio. €

	Methode A ¹	Methode B ¹
SAV zu AHK ²	20 430	20 430
Kumulierte Abschreibungen ²	11 099	12 610
Bereinigtes (IST-)SAV zu RBW ³	9 331	7 820
Bereinigtes SOLL-SAV zu RBW	17 537	17 537
Investitionsstau	8 488	10 015
Investitionsstau zu AHK ⁴	14 441	17 039

Quelle: RWI, hcb. – Anmerkungen: ¹Kappung: Negative Werte wurden auf null gekappt, sodass für Krankenhäuser, die tatsächlich höher investiert haben, als der im Investitionsbarometer NRW berechnete Investitionsbedarf, keine Verrechnung mit den Investitionsbedarfen der übrigen Krankenhäuser im Kreis erfolgte. – ²Bereinigt um Sachanlagen ohne direkten Bezug zu förderfähigen Krankenhausleistungen. – ³IST-SAV zu RBW bei Methode A. Bereinigtes SAV zu RBW unter Berücksichtigung einheitlicher Abschreibungsdauern bei Methode B. – ⁴Als Faktor wird das Verhältnis zwischen SAV (zu AHK) und SAV (RBW) der Benchmark-Größen genutzt (= 0,58777).

4.3 Gesamt- und finanzwirtschaftliche Bedeutung von Krankenhausinvestitionen und -betrieb

4.3.1 Krankenhausinfrastruktur im Spannungsfeld von versorgungspolitischen, fiskalischen und gesamtwirtschaftlichen Zielsetzungen

Die Länder haben nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz die lokale und regionale Krankenhausversorgung als Träger der Krankenhausplanung sicherzustellen und durch die Übernahme der Investitionskosten im Wege der öffentlichen Förderung die Plankrankenhäuser wirtschaftlich zu sichern (§ 4 Nr. 1 KHG). Dabei ist zu beobachten, dass die Länder einen immer geringeren Anteil an der Investitionsfinanzierung bereitstellen. In Nordrhein-Westfalen sind die Krankenhaushausfördermittel seit 1991 *nominal* um ein Viertel zurückgeführt worden (Schaubild 10), der Anteil an den Landesausgaben hat sich sogar mehr als halbiert. Das Fördervolumen war in den vergangenen Jahren konstant mit einer leicht positiven Entwicklung in 2015 und 2016: Von 2012 bis 2014 belief sich der Haushaltsansatz des Landes NRW für die Krankenhausinvestitionsförderung (Baupauschale und Pauschale für kurzfristige Anlagegüter) auf jährlich 483 Mio. €, 2015 auf 507 Mio. € und in 2016 beläuft er sich auf 514 Mio. €. ¹⁵ Diese zurückhaltende Entwicklung lässt sich versorgungspolitisch nicht rechtfertigen. Im Gegenteil: Es

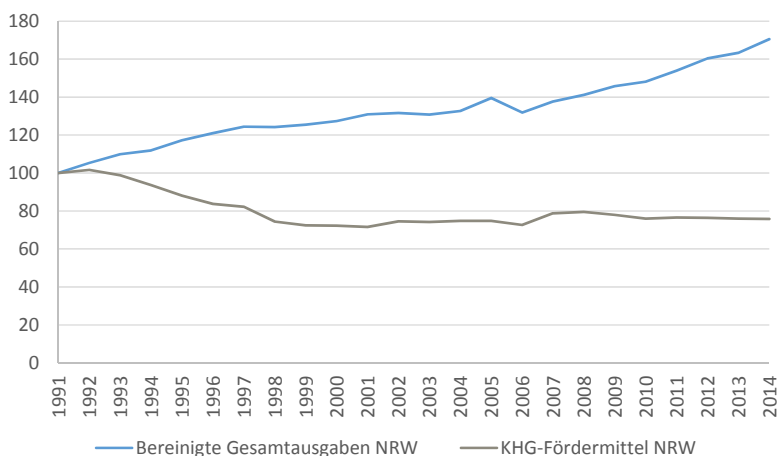
¹⁵ Vgl. Fn. 4 auf Seite 25.

besteht allein in Nordrhein-Westfalen eine Förderlücke von 1 Mrd. € für das Jahr 2014 und ein kumulierter Investitionsstau von zurzeit rund 12,5 Mrd. € (s.o. Kapitel 4.1.1).

Schaubild 11

Bereinigte Gesamtausgaben und Krankenhausfördermittel im nordrhein-westfälischen Landeshaushalt

1991 bis 2014; 1991=100



Eigene Berechnungen nach Angaben der Deutschen Krankenhausgesellschaft (2015).

Die Länderhaushalte stehen seit längerem unter Konsolidierungsdruck, der sich mit der Einführung der Schuldenbremse noch erhöht hat. Dies gilt im besonderen Maße für den Landeshaushalt Nordrhein-Westfalens, dessen Pro-Kopf-Verschuldung 2014 mit 7 841 € den Durchschnitt der westdeutschen Flächenländer ohne NRW mit 5 385 € deutlich übersteigt. Aber auch die Finanzlage der nordrhein-westfälischen Kommunen, die zu 40% an der Finanzierung der Krankenhausfördermittel beteiligt sind, ist vielfach und anhaltend prekär. Dies zeigt sich nicht zuletzt in dem Anstieg der kommunalen Kassenkredite in Nordrhein-Westfalen: Betrug ihr Anteil an den bundesweiten kommunalen Kassenkrediten 1999 noch 34%, so sind es mittlerweile 50% bei einem Bevölkerungsanteil an den Flächenländern von nur rund 25%. Die Investitionsförderungsmaßnahmen für Krankenhäuser stehen damit zunehmend in Konkurrenz zu anderen Landesaufgaben, etwa Bildung oder Innere Sicherheit. Die kommunalen Spitzenverbände vertreten zwar auch die Auffassung, dass die Fördermittel zu gering sind. Sie

beklagen aber zugleich einen zu hohen Finanzierungsbeitrag und fehlende Mitspracherechte bei der Vergabe der Fördermittel. Angesichts dieser Gemengelage von Förderlücke und Investitionsstau sowie Konsolidierungsbedarfen im Landeshaushalt wie in den Kommunalhaushalten wird häufig übersehen, dass Krankenhäuser nicht nur Kosten verursachen, sondern u.a. zur Wertschöpfung und damit wiederum zur Finanzierung der öffentlichen Haushalte beitragen.

Krankenhausinvestitionen und der Krankenhausbetrieb wirken sich nicht nur positiv auf die Gesundheit der Bevölkerung aus, sondern auch auf die wirtschaftliche Entwicklung sowie die öffentlichen Haushalte. Dabei gehen von den einzelnen Phasen der Erstellung und des Betriebs unterschiedliche Wirkungen aus. Der Transformationsinput wird geprägt durch die duale Krankenhausfinanzierung: die steuerfinanzierten Investitionen, der beitragsfinanzierte Betrieb. Steuern und Krankenversicherungsbeiträge wirken für sich genommen zunächst restriktiv auf die wirtschaftliche Entwicklung, da sie den privaten Haushalten und den Unternehmen Mittel entziehen. Sie beeinflussen zudem ihre wirtschaftlichen Entscheidungen, z.B. das Arbeitsangebot bzw. die Investitionstätigkeit. Krankenhausinvestitionen und der Betrieb von Krankenhäusern leisten darüber hinaus einen positiven Beitrag zur Bruttowertschöpfung und sind damit wachstumsrelevant. Jenseits des unmittelbar messbaren wirtschaftlichen Beitrags, leisten die Krankenhäuser aber u.a. auch einen Beitrag zu einer höheren individuellen Lebensqualität sowie zur Erwerbsfähigkeit. Außerdem beeinflussen sie die regionale Standortqualität für private Unternehmen und erhöhen das Produktionspotenzial. Das vorliegende Investitionsbarometer NRW konzentriert sich auf die gesamt- und finanzwirtschaftlichen Effekte von Krankenhausinvestitionen und Krankenhausbetrieb.

4.3.2 Empirische Ergebnisse

4.3.2.1 Die wirtschaftlichen und fiskalischen Effekte der Krankenhausinvestitionen

Die gesamtwirtschaftlichen Wirkungen der Krankenhausinvestitionen hängen von der konkreten Investitionsstruktur ab, d.h. von der Aufteilung auf die zu errichtenden Anlagegüter. Tabelle 16 zeigt die Ergebnisse für drei unterschiedliche Investitionsstrukturen pro 100 Mio. € Investitionssumme. Es zeigt sich, dass sie trotz unterschiedlicher Investitionsstruktur kaum voneinander abweichen. Die Ergebnisse für die von der BDO erhobene geplanten Investitionsstruktur und die hier aus den Abschreibungen der Krankenhäuser hergeleiteten Investitionsstruktur unterscheiden sich kaum. Die Wirkungen von Investitionen gemäß der gesamtwirtschaftlichen Investitionsstruktur führen ebenfalls zu kaum besseren Ergebnissen als von Krankenhausinvestitionen. Ein direkter Vergleich müsste

aber auch die positiven Auswirkungen der Krankenhausinvestitionen auf Lebensqualität und Produktionspotenzial berücksichtigen, die nicht Gegenstand des Investitionsbarometers NRW sind.

Tabelle 16

Struktur und gesamtwirtschaftliche Wirkungen von Krankenhausinvestitionen pro 100 Mio. € (Investitionsmix)

							Unterstellte Investitionsstruktur						
		Gebäude		Medizintechnik		IT (Hard-/Software)		Gebäude/ Grundstücke		Einrichtung/ Ausstattung		Technische Ausstattung	
		62,9%		25,8%		11,3%		48,0%		44,5%		7,5%	
							Gesamtwirtschaftliche Wirkungen						
		Erhebung BDO (Geplante Investitionen)		Abschreibungen (RWI)		Investitionsstruktur der Gesamtwirtschaft							
		Bund	darunter: NRW	Bund	darunter: NRW	Bund	darunter: NRW	Bund	darunter: NRW				
Bruttowertschöpfung in Mio. €	123,5	26,3	124,3	26,5	127,0	27,1							
Arbeitnehmereinkommen in Mio. €	62,5	13,5	63,5	14,0	64,8	14,3							
Nettobetriebsüberschuss ¹ in Mio. €	40,2	8,9	40,5	8,9	40,1	8,8							
Bruttoinlandsprodukt in Mio. €	126,5	27,0	127,2	27,1	129,9	27,7							
Beschäftigungswirkungen in Personen	1899,0	397	1 840	393	1 981	406							

Quelle: RWI. – Anmerkung: ¹Bruttowertschöpfung abzüglich Arbeitnehmereinkommen abzüglich Abschreibungen.

Zur Bestimmung der gesamtwirtschaftlichen und fiskalischen Effekte der Krankenhausfördermittel sowie der Schließung der Förderlücke wird unterschieden zwischen den geförderten Investitionen in Höhe von rund 500 Mio. €, der Schließung der Förderlücke in Höhe von rund 1 Mrd. € und dem gesamten Investitionsbedarf in Höhe von rund 1,5 Mrd. € (Tabelle 17). Die Realisierung des gesamten Investitionsbedarfs würde in Deutschland eine Bruttowertschöpfung von 1,85 Mrd. € generieren. Krankenhausinvestitionen in Höhe von 1 € haben damit bundesweit eine Bruttowertschöpfung von 1,24 € zur Folge. Die Deckung des

Tabelle 17
Gesamtwirtschaftliche Wirkungen geförderter und erforderlicher Krankenhausinvestitionen

	Deutschland	darunter: NRW
Krankenhausfördermittel (509,4 Mio. €)		
Bruttowertschöpfung in Mio. €	633,2	135,0
Arbeitnehmereinkommen in Mio. €	323,5	71,3
Nettobetriebsüberschuss in Mio. €	206,3	45,3
Bruttoinlandsprodukt in Mio. €	648,0	138,0
Beschäftigungswirkungen	9 373	2 002
Schließung der Förderlücke (978,8 Mio. €)		
Bruttowertschöpfung in Mio. €	1 216,5	259,4
Arbeitnehmereinkommen in Mio. €	621,5	137,0
Nettobetriebsüberschuss in Mio. €	396,4	87,1
Bruttoinlandsprodukt in Mio. €	1 244,9	265,2
Beschäftigungswirkungen	18 008	3 846
Investitionsbedarf insgesamt (1.488 Mio. €)		
Bruttowertschöpfung in Mio. €	1 849,7	394,4
Arbeitnehmereinkommen in Mio. €	945,0	208,3
Nettobetriebsüberschuss in Mio. €	602,7	132,4
Bruttoinlandsprodukt in Mio. €	1 892,4	403,2
Beschäftigungswirkungen in Personen	27 381	5 848

Quelle: RWI.

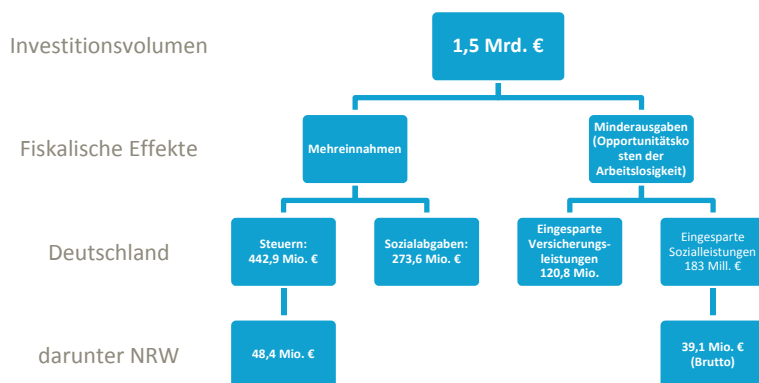
Investitionsbedarfs in Höhe von rund 1,5 Mrd. € würde zudem Beschäftigung im Umfang von 27 381 Personen¹⁶ sichern oder schaffen. Damit verbunden sind Arbeitnehmereinkommen in Höhe von 945 Mio. €. Auf Nordrhein-Westfalen würde jeweils etwa ein Fünftel dieser gesamtwirtschaftlichen Effekte entfallen.

Mit einem Investitionsvolumen von rund 1,5 Mrd. € wären zudem bundesweit Steuereinnahmen von 442,9 Mio. € sowie Sozialabgaben in Höhe von 273,6 Mio. € verbunden. Geht man davon aus, dass ohne diese Investitionen vorhandene Arbeitsplätze verloren gingen bzw. keine neuen geschaffen würden, so kommen noch Minderausgaben der öffentlichen Haushalte hinzu (Opportunitätskosten der Arbeitslosigkeit). Die Versicherungsleistungen fallen um 120,8 Mio. € geringer aus, die Sozialleistungen um 183 Mio. €.

¹⁶ Die zu den Input-Output-Daten korrespondierenden Beschäftigtenzahlen für Arbeitnehmer und Erwerbstätige werden in Personen angegeben. Diese Angaben stellen einen Durchschnittswert für die in einem Kalenderjahr Beschäftigten dar, wobei nicht zwischen teilzeit- und vollzeitbeschäftigten Personen unterschieden wird. Unberücksichtigt bleibt zudem, ob die Beschäftigung ganzjährig erfolgte. Dies hat zur Folge, dass die Höhe der berechneten Beschäftigungswirkungen eines Investitionsprojektes tendenziell überschätzt wird.

Insgesamt resultierten aus einem Investitionsvolumen in Höhe von rund 1,5 Mrd. € rund 1 Mrd. € an Einnahmen und Minderausgaben der öffentlichen Haushalte (Schaubild 12). Unter Berücksichtigung des vertikalen und horizontalen bundesstaatlichen Finanzausgleichs verblieben dem Land Nordrhein-Westfalen und seinen Kommunen Steuereinnahmen von 48,4 Mio. €, wovon unter Berücksichtigung des kommunalen Finanzausgleichs 19,8 Mio. € auf die Kommunen entfielen. Die Sicherung und Schaffung von Arbeitsplätzen führt zudem zu geringeren Sozialleistungen im Umfang von 39,1 Mio. €, die aber wegen der Beteiligung des Bundes an den Kosten der Unterkunft im Rahmen des SGB II als Bruttogröße anzusehen sind.

Schaubild 12
Fiskalische Effekte der Umsetzung des Investitionsbedarfs der nordrhein-westfälischen Plankrankenhäuser 2014



Quelle: RWI.

4.3.2.2 Die Bruttowertschöpfung und die fiskalischen Effekte des Krankenhausbetriebs

Vom Krankenhausbetrieb selbst gehen größere gesamtwirtschaftliche und fiskalische Effekte aus als von den Investitionen. Die Volumina sind deutlich größer. Die Bruttowertschöpfung zu Faktorkosten der Plankrankenhäuser belief sich 2014 auf 11,9 Mrd. €. Dies entspricht etwa 2,1% der gesamten Bruttowertschöpfung in Nordrhein-Westfalen. Von den 11,9 Mrd. € entfielen allein 10,8 Mrd. € auf Personalkosten, die den größten Kostenblock der Krankenhäuser darstellen.

Betrachtet man alle Krankenhäuser in NRW, so sind dort 3,1% der landesweiten Beschäftigten aktiv.

Die fiskalischen Effekte fallen entsprechend aus. Allein die nordrhein-westfälischen Kommunen erzielten 2014 Einnahmen (Steuereinnahmen, Schlüsselzuweisungen) aus den Abgaben der Krankenhäuser und ihrer Beschäftigten von 385 Mio. €, denen eine 40-prozentige kommunale Finanzierungsbeteiligung an den rund 500 Millionen Euro Krankenhausfördermitteln des Landes gegenüberstand (196 Millionen Euro)¹⁷.

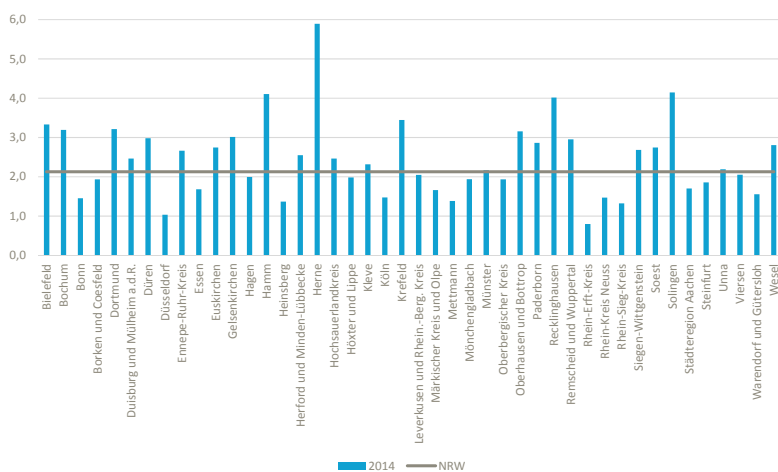
Das Land NRW vereinnahmte 753 Mio. € (Lohn- und Einkommensteuer, nicht abzugsfähige Umsatzsteuer, Umsatzsteuer Arbeitnehmerkonsum), wovon allerdings rund 154 Mio. € an die Gemeinden und Kreise über den kommunalen Finanzausgleich flossen.

4.3.3 Zur regionalen Bedeutung des Krankenhausbetriebs

Die Plankrankenhäuser leisteten 2014 einen Beitrag zur Bruttowertschöpfung in Höhe von 11,9 Mrd. €. Dies entspricht 2,1% der Bruttowertschöpfung im Lande Nordrhein-Westfalen. Die wirtschaftliche Bedeutung der Krankenhäuser variiert regional (Schaubild 13) Die Spannweite des Anteils der Bruttowertschöpfung (BWS) reicht von 0,8% im Rhein-Erft-Kreis bis 5,9% in Herne. Bemerkenswert ist, dass der Beitrag zur BWS in Regionen mit guten sozioökonomischen Rahmenbedingungen geringer ist als in Gebieten mit schlechten. In Regionen, die das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung als (stark) wachsend bezeichnet, betrug der Median des Beitrags zur Bruttowertschöpfung 1,5%, in stabilen Kreisen bzw. kreisfreien Städten 2,3% und in (stark) schrumpfenden 2,5%. Damit scheint der Krankenhausbetrieb stabilisierend auf die lokale Wirtschaft zu wirken. Die nordrhein-westfälischen Krankenhäuser – einschließlich der Nicht-Plankrankenhäuser – sind zugleich wichtige Arbeitgeber. Auf sie entfallen 3,1% der Beschäftigten (Schaubild 14).

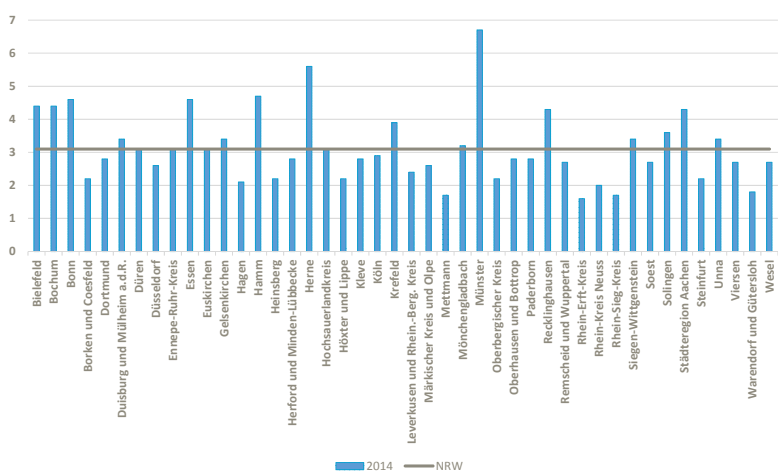
¹⁷Vgl. Fn.5 auf Seite 25.

Schaubild 13
Beitrag des Krankenhausbetriebs zur regionalen Bruttowertschöpfung
 2014; in %



Eigene Berechnungen auf Basis der Online-Befragung sowie von Angaben des it.nrw.

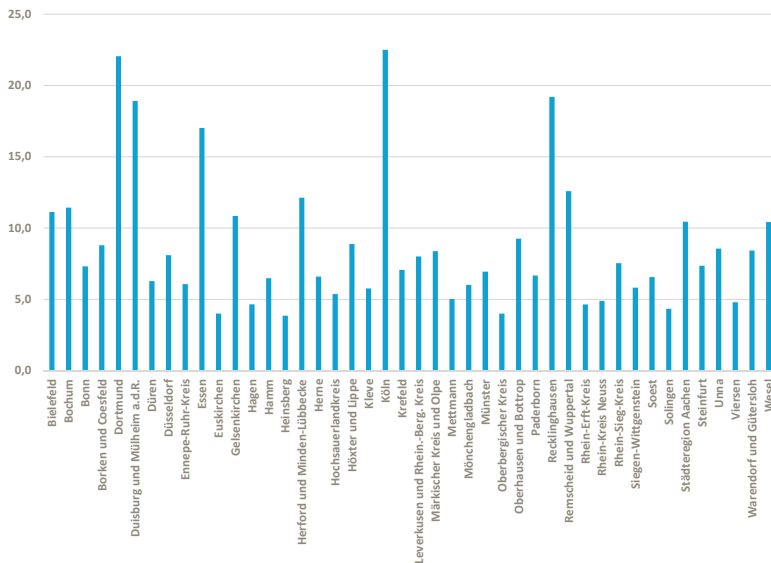
Schaubild 14
Anteil des Krankenhauspersonals an den Arbeitnehmern
 2013; in %



Eigene Berechnungen nach Angaben des it.nrw.

Wie bereits ausgeführt, überwiegen die fiskalischen Effekte des Krankenhausbetriebs die der Krankenhausinvestitionen (s.o. Kapitel 4.3). Dabei spiegeln die kommunalen Einnahmen durch den Krankenhausbetrieb zu einem wesentlichen Teil die regionale Verteilung des Personalaufwandes wieder, die sich im Gemeindeanteil an der Einkommensteuer niederschlägt. Zu einem bedeutenden, wenn gleich geringeren Teil handelt es sich bei den kommunalen Einnahmen um Schlüsselzuweisungen im Rahmen des kommunalen Finanzausgleichs. Hintergrund ist, dass auch das Land vom Krankenhausbetrieb fiskalisch profitiert und einen Teil der erzielten Steuereinnahmen den Gemeinden über den kommunalen Finanzausgleich zur Verfügung stellt. Die kommunalen Einnahmen, die direkt oder indirekt auf den Krankenhausbetrieb zurückzuführen sind, gibt das Schaubild 15 wieder.

Schaubild 15
Direkte und indirekte kommunale Einnahmen durch den Krankenhausbetrieb
 2014; in Mio. €



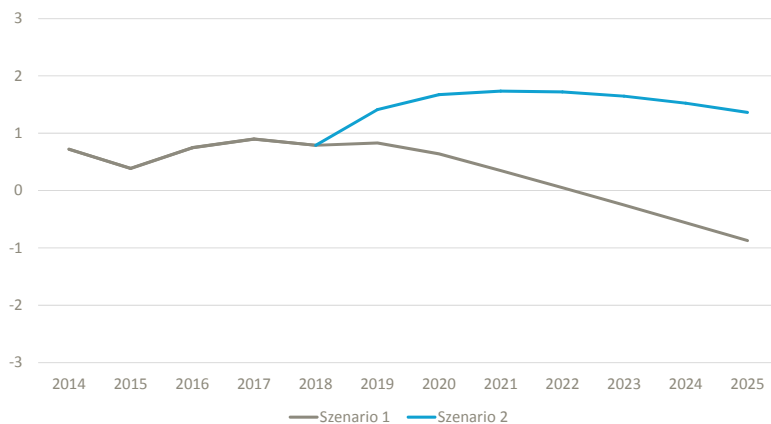
Eigene Berechnungen auf Basis der Online-Umfrage sowie Angaben des Ministeriums für Inneres und Kommunales des Landes Nordrhein-Westfalen.

4.4 Ausblick

Schaubild 16 stellt den erwarteten durchschnittlichen Jahresüberschuss vor Steuern (unter Zugrundelegung einheitlicher Abschreibungsquoten für alle Krankenhäuser) bis 2025 unter Szenario 1 und 2 dar. Durch die Maßnahmen des KHSG dürften Steigerungen in Personal- und Sachkosten durch Erlössteigerungen in ähnlichen Größenordnungen ausgeglichen werden. Dies hat zur Folge, dass sich die finanzielle Lage der Krankenhäuser bis 2020 kaum verändert. Danach ist jedoch davon auszugehen, dass das Kostenwachstum das Erlöswachstum übersteigt und es somit zu einer kontinuierlichen Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage kommt. Bis 2025 würde das Jahresergebnis auf -0,9% fallen. Die Entwicklung auf Ebene der Regierungsbezirke läuft parallel (siehe Tabelle A15). Im Mittel ist in keinem Regierungsbezirk langfristig im Durchschnitt ein positives Jahresergebnis aufrecht zu erhalten. Im Jahre 2025 schwanken die Jahresergebnisse auf Ebene der Regierungsbezirke zwischen -0,3% bis -1,5%.

Schaubild 16

Projektion des Jahresüberschusses/-fehlbetrags vor Steuern in % der Gesamterlöse (Szenario 1 und 2)
2014 bis 2025



Quelle: RWI, hcb. – Anmerkungen: Jahresüberschuss vor Steuern bezogen auf Gesamterlöse (unter Zugrundelegung einheitlicher Abschreibungsquoten für alle Krankenhäuser). Alternativszenario in blau: Ab 2018 werden Investitionen vollständig durch das Land finanziert.

In Szenario 2 wird unterstellt, dass das Land NRW ab 2018 seinem investiven Auftrag vollständig nachkommt und Neu-Investitionen in Höhe des Investitions-

bedarfs von 1,5 Mrd. € zu 100% über Fördermittel finanziert. Die finanzielle Lage der Krankenhäuser würde sich so langfristig stabilisieren. Das Jahresergebnis würde bis 2025 +1,4% betragen. Dies bestätigt sich auch für die einzelnen Regierungsbezirke. Die durchschnittlichen Jahresergebnisse bewegen sich auf dieser Ebene zwischen +0,8% und +2,0%.

Ein solch leicht positiver Wert ist auch bei einer Vollfinanzierung von Investitionen durch Fördermittel aus folgenden Gründen nötig. Erstens ist neben dem Anlagevermögen auch das Umlaufvermögen mit Eigen- und Fremdkapital zu finanzieren. Für das eingesetzte Eigenkapital fallen Kapitalkosten an, die aus dem Jahresüberschuss getragen werden müssen. Zweitens ist aus kaufmännischer Vorsicht heraus stets ein Puffer für unerwartete Schwankungen im Betrieb nötig.

5. Literatur

Allroggen, F. und R. Malina (2010), Prognose der regionalwirtschaftlichen Effekte des Flughafens Dortmund für das Jahr 2025. Münster.

Augurzky, B., C. Hentschker, S. Krolop, A. Pilny und C.M. Schmidt (2014), Krankenhaus Rating Report 2014 - Mangelware Kapital: Wege aus der Investitionsfalle. Heidelberg: medhochzwei.

Augurzky, B., S. Krolop, C. Hentschker, A. Pilny und C. M. Schmidt (2015), Krankenhaus Rating Report 2015: ‚Bad Bank‘ für Krankenhäuser - Krankenhausausstieg vor der Tür?. Heidelberg: medhochzwei.

Augurzky, B., S. Krolop, C. Hentschker, A. Pilny, C.M. Schmidt und C. Wuckel (2016), Krankenhaus Rating Report 2016: Mit Rückenwind in die Zukunft. Heidelberg: medhochzwei, im Erscheinen.

BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft (Hrsg.) (2015), Investitionsfähigkeit der deutschen Krankenhäuser. Gutachten im Auftrag des Deutschen Krankenhaus Instituts. Köln.

Destatis (2015), Input-Output-Rechnung 2011 (Revision 2014). Fachserie 18 „Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen“, Reihe 2. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Deutsche Krankenhausgesellschaft (2015), Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern. Internet: http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/159/aid/13814/title/Bestandsaufnahme_zur_Krankenhausplanung_und_Investitionsfinanzierung_in_den_Bundeslaendern_%28Stand%3A_August_2015%29, abgerufen am 12. April 2016.

DKI – Deutsches Krankenhausinstitut (2015), Krankenhausbarometer Umfrage 2015. Düsseldorf.

Draheim, M. und S. Beeck (2015), Leistungsgerechte Finanzierung durch Investitionsbewertungsrelationen. *Das Krankenhaus* 9: 818-822.

Finanzministerium des Landes Nordrhein-Westfalen (2015), Finanzplanung 2015 bis 2019 mit Finanzbericht 2016 des Landes Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf.

Hardt, U., R. Ertel und U. Schasse (2006), Regionalökonomische und fiskalische Effekte aus Investitionen in den Sportstättenbau in Niedersachsen. Niedersächsisches Institut für Wirtschaftsforschung e.V., Hannover.

Helmenstein, Ch., A. Kleissner und B. Moser (2005), Ökonomische Wirkungen von Sportgroßveranstaltungen. Destination Salzburg. Endbericht. Salzburg.

Heuer, K., R. Klophaus und T. Schaper (2005), Regionalökonomische Auswirkungen des Flughafens Frankfurt-Hahn für den Betrachtungszeitraum 2003-2015. Wissenschaftliche Forschungsstudie im Auftrag der Flughafen Frankfurt-Hahn GmbH. Birkenfeld.

Holub H.-W. und H. Schnabl (1994), Input-Output-Rechnung: Input-Output-Analyse. München und Wien: Oldenbourg.

InEK – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2015), Abschlussbericht Entwicklung von Investitionsbewertungsrelationen (IBR) gemäß § 10 KHG für das Jahr 2015. Siegburg.

RWI – Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (2013), Regionalökonomische Effekte des Emscherumbaus – Endbericht. *RWI Projektberichte*. Essen.

RWI – Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (2011), Zukunft Bau – Multiplikator- und Beschäftigungseffekte von Bauinvestitionen. *RWI Projektberichte*. Essen.

SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2015), Zukunftsfähigkeit in den Mittelpunkt. Jahresgutachten 15_16. Wiesbaden.

Senatsverwaltung für Justiz und Verbraucherschutz (2015), Verordnung über das Verfahren der Förderung von Krankenhäusern nach dem Landeskrankenhausgesetz (Krankenhausförderungs-Verordnung - KhföVO). Berlin, 20.10.2015.

6. Anhang

Online-Fragebogen

Ansprechpartner im Krankenhaus

Kontaktperson

Bitte nennen Sie uns den Ansprechpartner zu dieser Befragung (E-Mail-Adresse).

Bitte vervollständigen Sie die folgenden Angaben:

E-Mail

Vorspann

Erläuterungen zum Projekt

Gründe für die Erhebung der Daten

Zurückspielen der Analyseergebnisse für das eigene Haus

Hinweis: Werte aus der Bilanz und GuV immer aus KHBV

Block I: Allgemeine Informationen zum Krankenhaus (IK)

Krankenhaus (IK)

Bitte nennen Sie uns Ihr Institutionskennzeichen.

Institutionskennziffer (IK)

Adresse

Bitte nennen Sie uns den Namen und die Adresse des Krankenhauses.

Bitte vervollständigen Sie die folgenden Angaben:

Name

PLZ

Stadt

Trägerschaft

Kapazität und Leistung

Bitte nennen Sie uns die verschiedenen Maße der Kapazität ihres Krankenhauses.

Anzahl der Betten (vollstationär)

davon nach BpflV

Anzahl der Tages- und Nachtambulanzplätze

davon nach BpflV

Anzahl der Fälle (vollstationär)

davon nach BpflV

Anzahl der Fälle (teilstationär)

davon nach BpflV

Anzahl der ambulanten Fälle (alle ambulanten Leistungen)

Casemixvolumen

Berechnungstage im Bereich BpflV (insgesamt)

Belegte Ausbildungsplätze für Gesundheitsfachberufe nach § 2 Nr. 1a KHG

Anzahl der Standorte

Wie viele Standorte hat Ihre Institution?

Lage der Standorte

Gibt es Standorte in verschiedenen Kreisen / kreisfreien Städte?

Falls ja, nennen Sie uns bitte die Adresse des zweiten Standortes, d.h. dem ersten Standort neben ihrem Hauptstandort.

Bitte vervollständigen Sie die folgenden Angaben:

PLZ

Stadt

Anzahl Fälle (somatisch + psych.)

Block II: Finanzkennzahlen 2014 auf Ebene der IK

Bezugsjahr

Bitte nennen Sie uns das Bezugsjahr der aktuellen Bilanzzahlen, die Sie in den folgenden Fragen angeben können.

Jahr

I Hochladen der Anlagespiegel 2010 bis 2014

Anlagespiegel

Nun möchten wir Sie bitten, uns Ihren Anlagespiegel der Jahre 2010 bis 2014 (am besten im pdf- oder xls-Format als eine oder bis zu fünf Dateien) hochzuladen.

Zur Erläuterung: Hierbei handelt es um den Bruttoanlagennachweis nach KHBV 2010 bis 2014; bei einer Fusion der IK im Zeitraum 2010 bis 2014 bitten wir Sie, erst die früheren Anlagespiegel zu addieren und dann hochzuladen.

Jahr 2010:

Jahr 2011:

Jahr 2012:

Jahr 2013:

Jahr 2014:

Instandhaltungen

Summe der Instandhaltungskosten 2010 bis 2014

davon Gebäude

Passiva

Bitte geben Sie die folgenden Bilanzierungsposten nach KHBV für das Jahr an.

Bilanzsumme

Eigenkapital

Sonderposten aus Zuwendungen zur Finanzierung des AV

davon Sonderposten aus Fördermitteln nach dem KHG

Darlehensverbindlichkeiten aus Investitionskrediten

Outsourcing

Haben Sie folgende Funktionen ausgelagert?

Mehrfachantworten möglich

Eigene Apotheke

Labor

Küche

Wäscherei/Reinigung

Radiologie

Medizintechnik gesamt

Sonstiger Bereich

nichts davon ausgelagert

Investitionsbarometer NRW

Leasing / Miete / Nutzungsentgelte / Pacht aufwendungen

Bitte geben Sie für folgende Posten die Ausgaben im Jahr an.
Nutzungsentgelt / Miete Überlassung Krankenhausgebäude p.a.
Leasingaufwand p.a. (Gesamt - ohne Nutz.entgelt/Miete für KH-Gebäude)
Gesamtvolumen Leasingverpflichtungen

Erträge

Bitte geben Sie die folgenden Posten aus der GuV nach KHBV an.
Summe aller Erträge (Nr. 1-8 nach KHBV)
davon Erlöse aus Krankenhausleistungen

Operative Kosten

Bitte geben Sie die folgenden Posten aus der GuV nach KHBV an.
Personalaufwand
Materialaufwand
a. für Roh- und Betriebsstoffe
a1. davon für Wasser, Energie, Brennstoffe
b. für bezogene Leistungen

Operative Kosten

Bitte geben Sie die folgenden Posten aus der GuV nach KHBV an.
Erträge aus der Auflösung von Sonderposten

Fördermittel 2014

Bitte geben Sie die Fördermittel für das Jahr 2014 an.
Bewilligte Baupauschale (§ 18 Abs. 1 Nr 1)
davon Verwendung für Finanzierung von Krediten (Zins & Tilgung)
Endbestand noch nicht verwendeter Fördermittel nach §18 Abs. 1 Nr. 1 zum 31.12.2014
Bewilligte Pauschale für kurzfristige Anlagegüter (§ 18 Abs. 1 Nr 2)
davon Verwendung für Finanzierung von Krediten (Zins & Tilgung)
Endbestand noch nicht verwendeter Fördermittel nach §18 Abs. 1 Nr. 2 zum 31.12.2014

Jahresergebnis

Bitte geben Sie aus der GuV nach KHBV folgenden Posten an.
Jahresergebnis

Block III: Investitionen und Einschätzungen auf Ebene der IK

Investitionen in die stationäre Versorgung für 2015 bis 2019

Bitte geben Sie für den Zeitraum 2015 bis 2019 die Summe der konkret geplanten Investitionen in die stationäre Versorgung an.

Bitte geben Sie die Summe über alle 5 Jahre an.

Insgesamt

Gebäude

Technische Anlagen und Maschinen

Einrichtungen und Ausstattungen

Welcher Anteil (%) davon ist über Fördermittel finanzierbar?

Welche zusätzlichen Investitionen ergänzend zu Frage Zeile 108 in die stationäre Versorgung 2015 bis 2019 wären aus Ihrer Sicht nötig?

Insgesamt

Gebäude

Technische Anlagen und Maschinen

Einrichtungen und Ausstattungen

Befinden sich darunter auch Investitionen für folgende Zwecke?

Mehrfachantworten möglich

Verbesserung geriatrischer Versorgungsstrukturen

Verbesserung der Krankenhaushygiene

Verbesserung behindertengerechter Versorgung

Energetische Sanierung

Implementierung telematischer Anwendungen

Investitionen als Anteil der Erlöse

Bitte geben Sie bei der folgenden Frage Ihre individuelle Einschätzung ab.

Welche Investitionsquote halten Sie für ein Krankenhaus Ihres Leistungsportfolios für erforderlich?

Zurückliegende Großinvestitionen

Bitte geben Sie die Anzahl der Großinvestitionen (über 10 Millionen Euro) an, die in den letzten 10 Jahren durchgeführt wurden.

Anzahl der Großinvestitionen

Investitionsbarometer NRW

Tabelle A1

Definition bestimmter Kennzahlen

Kennzahl	Definition
Fördermittel 2014 in Mio. €	Bewilligte Baupauschale (§ 18 Abs. 1 Nr. 1+2 KHGG NRW)
Baupauschale in Mio. €	Pauschale für mittel- und langfristige Anlagegüter nach § 18 Abs. 1 Nr. 1 KHGG NRW
Anteil Verwendung der Baupauschale für Kreditfinanzierung in %	Anteil der Baupauschale, die zur Bedienung von Zinsen und Tilgung für Investitionsdarlehen verwendet wurde
Kurzfristige Pauschale in Mio. €	Pauschale für kurzfristige Anlagegüter nach § 18 Abs. 1 Nr. 2 KHGG NRW
Anteil Verwendung der kurzfristige Pauschale für Kreditfinanzierung in %	Anteil der kurzfristigen Pauschale, die zur Bedienung von Zinsen und Tilgung für Investitionsdarlehen verwendet wurde
SAV zu AHK in Mio. €	Sachanlagevermögen zu Anschaffungs- und Herstellungskosten
SAV zu RBW in Mio. €	Sachanlagevermögen zu Restbuchwerten
Gesamterlöse in Mio. €	Summe aller Erträge (Nr. 1-8 nach KHBV)
Erlöse aus Krankenhausleistungen in Mio. €	Erlöse aus Krankenhausleistungen (Nr. 1 nach KHBV)
Förderquote des SAV in %	Sonderposten / Sachanlagevermögen zu RBW
Investitionen bezogen auf Gesamterlöse in %	Investitionen / Gesamterlöse
Fördermittel bezogen auf Gesamterlöse in %	Fördermittel / Gesamterlöse
Abschreibungsgrad in %	Kumulierte Abschreibungen / kumuliertes SAV zu AHK
Instandhaltungsquote in %	Aufwendungen für Instandhaltungen / Gesamterlöse

Quelle: RWI, hcb.

Tabelle A2
Investitionsbedarf nach Kreisen (Methoden 1-3)
in Mio. €

Kreise und kreisfreie Städte	InEK- Methode Methode 1	Substanzerhalt				Subjektive Einschätzung Methode 3
		Methode 2a	Methode 2b.1	Methode 2b.2 Soll-SAV - Top-50%	Methode 2b.3	
	Ist-SAV	Soll-SAV – Ostdeutsche Krankenhäuser	Krankenhäuser	230 000 € / Bett		
Bielefeld	59,9	53,0	71,5	92,0	71,7	110,8
Bochum	33,7	28,2	39,6	51,0	41,4	63,6
Bonn	34,2	24,0	32,0	41,2	34,8	40,6
Borken und Coesfeld	39,4	26,8	39,1	50,3	39,3	57,6
Dortmund	61,1	58,4	72,5	93,3	61,8	97,0
Duisburg und Mülheim a.d.R.	55,6	56,0	67,7	87,1	73,1	158,1
Düren	21,3	14,3	25,2	32,5	28,8	43,3
Düsseldorf	50,5	42,7	47,2	60,7	51,9	109,2
Ennepe-Ruhr-Kreis	26,1	21,4	27,8	35,8	26,8	33,8
Essen	51,9	36,8	59,0	75,9	59,6	101,7
Euskirchen	14,5	8,6	11,7	15,0	13,7	16,1
Gelsenkirchen	24,9	22,1	27,5	35,3	27,9	23,0
Hagen	16,0	11,4	17,5	22,5	22,6	30,0
Hamm	20,7	18,6	28,6	36,8	30,2	25,3
Heinsberg	8,4	5,8	7,7	9,8	8,5	8,7
Herford und Minden-						
Lübbecke	44,2	55,1	58,1	74,7	45,1	85,1
Herne	27,1	19,6	23,1	29,7	20,5	36,1
Hochsauerlandkreis	23,2	19,5	21,8	28,0	25,0	25,7
Höxter und Lippe	28,1	23,1	27,9	35,9	34,3	20,5
Kleve	24,3	21,5	26,1	33,6	32,0	39,1
Köln	76,5	58,5	83,3	107,2	77,6	102,7
Krefeld	26,8	24,8	29,9	38,4	24,7	24,2
Leverkusen und Rhein.-						
Berg. Kreis	28,6	22,6	30,0	38,6	31,3	36,2
Märkischer Kreis und Olpe	44,6	41,1	43,4	55,8	60,1	52,2
Mettmann	32,7	20,4	24,8	31,9	35,2	94,6
Mönchengladbach	21,2	16,6	18,4	23,7	22,4	31,0
Münster	30,7	23,8	34,6	44,5	28,2	56,0
Oberbergischer Kreis	19,4	15,1	17,4	22,4	20,7	30,2
Oberhausen und Bottrop	26,9	21,4	24,9	32,0	29,1	40,3
Paderborn	26,8	18,3	24,4	31,4	24,1	27,9
Recklinghausen	59,6	45,2	59,4	76,4	66,2	67,9
Remscheid und Wuppertal	40,6	36,4	40,7	52,4	35,8	66,5
Rhein-Erft-Kreis	15,3	9,8	12,2	15,7	13,4	17,8
Rhein-Kreis Neuss	26,3	29,0	28,6	36,8	27,4	39,7
Rhein-Sieg-Kreis	22,1	14,7	25,8	33,2	24,0	30,7
Siegen-Wittgenstein	26,1	18,6	34,1	43,8	37,8	15,1
Soest	26,6	17,3	26,9	34,6	28,7	32,4
Solingen	14,0	13,3	17,9	23,0	17,4	32,2
Städteregion Aachen	36,3	29,6	35,6	45,8	38,0	48,2
Steinfurt	32,0	28,8	33,3	42,8	31,3	69,1
Unna	25,7	16,8	27,4	35,2	28,1	28,0
Viersen	17,0	15,4	13,9	17,8	16,9	44,6
Warendorf und Gütersloh	37,3	26,5	34,1	43,8	38,2	54,8
Wesel	37,9	28,3	35,7	45,9	37,8	47,5
Nordrhein-Westfalen	1 415,8	1 159,6	1 488,1	1 914,6	1 543,4	2 215,1

Investitionsbarometer NRW

Tabelle A3
Sachanlagevermögen nach Kreisen

Kreis und kreisfreie Städte	SAV zu AHK (Mio. €)	SAV zu RBW (Mio. €)	Abschreibungsgrad (in %)
Bielefeld	997,4	363,6	63,5
Bochum	551,1	267,3	51,5
Bonn	556,9	211,3	62,1
Borken und Coesfeld	600,8	256,0	57,4
Dortmund	1 276,8	626,4	50,9
Duisburg und Mülheim a.d.R.	1 050,3	363,0	65,4
Düren	316,5	125,9	60,2
Düsseldorf	979,9	516,6	47,3
Ennepe-Ruhr-Kreis	470,9	212,3	54,9
Essen	775,3	394,5	49,1
Euskirchen	193,8	74,8	61,4
Gelsenkirchen	398,0	174,2	56,2
Hagen	219,2	81,9	62,6
Hamm	333,3	137,7	58,7
Heinsberg	132,7	95,3	28,2
Herford und Minden-Lübbecke	1 159,7	630,1	45,7
Herne	426,9	220,3	48,4
Hochsauerlandkreis	415,1	194,7	53,1
Höxter und Lippe	480,6	200,3	58,3
Kleve	400,7	176,4	56,0
Köln	1 330,2	662,9	50,2
Krefeld	570,2	300,6	47,3
Leverkusen und Rhein.-Berg. Kreis	467,1	240,8	48,5
Märkischer Kreis und Olpe	916,6	348,5	62,0
Mettmann	451,5	194,0	57,0
Mönchengladbach	351,4	170,9	51,4
Münster	585,4	322,1	45,0
Oberbergischer Kreis	323,6	128,1	60,4
Oberhausen und Bottrop	434,7	220,7	49,2
Paderborn	373,4	187,4	49,8
Recklinghausen	978,4	394,4	59,7
Remscheid und Wuppertal	890,7	423,0	52,5
Rhein-Erft-Kreis	228,6	144,4	36,8
Rhein-Kreis Neuss	667,5	306,7	54,0
Rhein-Sieg-Kreis	307,0	165,3	46,2
Siegen-Wittgenstein	351,7	165,5	52,9
Soest	376,9	171,3	54,5
Solingen	257,9	98,1	62,0
Städteregion Aachen	637,6	303,4	52,4
Steinfurt	633,8	338,8	46,5
Unna	316,7	117,8	62,8
Viersen	361,9	192,8	46,7
Warendorf und Gütersloh	658,5	315,7	52,1
Wesel	581,5	261,6	55,0
Nordrhein-Westfalen	24 788,7	11 497,5	53,6

Tabelle A4
Fördermittel nach Kreisen
in Mio. €

Kreise und kreisfreie Städte	Fördermittel 2014 ¹⁸	davon: Baupauschale	davon: kurzfristige Pau- schale
Bielefeld	22,9	9,1	13,8
Bochum	11,9	4,7	7,2
Bonn	16,5	8,2	8,3
Borken und Coesfeld	12,0	4,8	7,3
Dortmund	25,4	10,2	15,3
Duisburg und Mülheim a.d.R.	23,0	9,1	13,9
Düren	9,4	4,1	5,3
Düsseldorf	17,3	6,9	10,5
Ennepe-Ruhr-Kreis	9,5	3,8	5,7
Essen	19,2	7,6	11,6
Euskirchen	4,7	1,9	2,8
Gelsenkirchen	8,2	3,3	4,9
Hagen	5,7	2,3	3,4
Hamm	7,8	3,1	4,7
Heinsberg	2,6	1,0	1,6
Herford und Minden-Lübbecke	20,1	8,0	12,2
Herne	8,6	3,4	5,2
Hochsauerlandkreis	7,2	2,9	4,3
Höxter und Lippe	9,5	3,8	5,7
Kleve	7,8	3,1	4,7
Köln	27,4	10,9	16,6
Krefeld	10,1	4,0	6,1
Leverkusen und Rhein.-Berg. Kreis	10,6	4,2	6,5
Märkischer Kreis und Olpe	17,1	6,6	10,5
Mettmann	9,9	3,9	6,0
Mönchengladbach	6,4	2,5	3,9
Münster	10,9	4,3	6,6
Oberbergischer Kreis	6,3	2,5	3,8
Oberhausen und Bottrop	9,1	3,6	5,5
Paderborn	8,2	3,3	4,8
Recklinghausen	20,8	8,5	12,4
Remscheid und Wuppertal	15,4	6,1	9,3
Rhein-Erft-Kreis	4,8	1,9	2,9
Rhein-Kreis Neuss	8,6	3,4	5,2
Rhein-Sieg-Kreis	9,1	3,9	5,2
Siegen-Wittgenstein	10,3	4,1	6,3
Soest	8,6	3,4	5,2
Solingen	5,9	2,3	3,6
Städteregion Aachen	12,0	4,7	7,3
Steinfurt	9,1	4,2	4,9
Unna	8,8	3,9	5,0
Viersen	6,2	2,9	3,3
Warendorf und Gütersloh	11,9	4,7	7,2
Wesel	12,5	4,9	7,6
Nordrhein-Westfalen	509,4	205,6	303,7

¹⁸ Vgl. Fn. 4 auf Seite 25.

Investitionsbarometer NRW

Tabelle A5
Instandhaltungs-, Investitions- und Förderquote nach Kreisen
in %

Kreise und kreisfreie Städte	Instandhaltungsquote	Investitionsquote	Förderquote	
		bezogen auf Gesamterlöse	bezogen auf Gesamterlöse	bezogen auf das Sachanlagevermögen
Bielefeld	2,8	5,0	2,6	62,2
Bochum	3,1	5,2	2,4	43,8
Bonn	2,5	2,5	3,4	57,2
Borken und Coesfeld	2,9	4,4	2,3	48,0
Dortmund	3,4	4,0	2,5	45,3
Duisburg und Mülheim a.d.R.	4,0	7,1	2,7	44,8
Düren	2,6	2,1	3,4	48,0
Düsseldorf	4,1	10,2	2,5	43,0
Ennepe-Ruhr-Kreis	3,2	5,6	2,5	35,4
Essen	2,6	4,3	2,5	60,5
Euskirchen	3,4	3,9	2,7	52,5
Gelsenkirchen	3,0	4,4	2,6	56,4
Hagen	2,3	0,8	2,7	59,8
Hamm	3,5	4,5	2,6	59,5
Heinsberg	2,6	5,0	2,3	78,1
Herford und Minden-Lübbecke	2,0	7,8	2,6	32,2
Herne	3,1	11,1	2,5	27,7
Hochsauerlandkreis	3,4	4,2	2,3	58,8
Höxter und Lippe	3,0	3,1	2,5	43,0
Kleve	3,6	7,6	2,6	56,1
Köln	3,2	3,6	2,3	44,0
Krefeld	2,4	6,3	2,3	23,2
Leverkusen und Rhein.-Berg. Kreis	2,6	3,4	2,7	39,9
Märkischer Kreis und Olpe	2,8	3,4	3,1	44,3
Mettmann	1,4	3,2	2,6	54,3
Mönchengladbach	3,4	6,5	2,4	46,1
Münster	1,8	3,7	2,1	53,1
Oberbergischer Kreis	3,4	4,1	2,6	58,0
Oberhausen und Bottrop	4,4	4,7	2,5	50,0
Paderborn	2,6	4,8	2,5	45,0
Recklinghausen	3,6	5,8	2,5	61,8
Remscheid und Wuppertal	2,8	4,9	2,5	35,7
Rhein-Erft-Kreis	2,8	9,5	2,6	75,7
Rhein-Kreis Neuss	2,3	5,3	2,2	22,9
Rhein-Sieg-Kreis	3,3	5,1	2,8	40,9
Siegen-Wittgenstein	2,7	2,6	2,8	38,8
Soest	3,6	5,7	2,4	41,9
Solingen	3,2	4,4	2,5	59,9
Städteregion Aachen	2,6	9,1	2,5	35,3
Steinfurt	1,4	5,2	2,0	56,8
Unna	2,6	4,5	2,6	56,3
Viersen	2,3	8,8	2,9	53,5
Warendorf und Gütersloh	3,3	4,6	2,4	51,6
Wesel	3,6	5,3	2,6	47,9
Nordrhein-Westfalen	3,0	5,2	2,5	46,7

Tabelle A6
Fördermittelverwendung zur Bedienung von Zinsen und Tilgung nach Kreisen
in %

Kreis und kreisfreie Städte	Anteil Verwendung der Fördermittel aus der Baupau- schale zur Bedienung von Zinsen und Tilgung	Anteil Verwendung der Fördermittel aus der kurzfris- tigen Pauschale zur Bedie- nung von Zinsen und Tilgung
Bielefeld	0,4	0,0
Bochum	0,0	0,0
Bonn	15,7	0,5
Borken und Coesfeld	26,0	1,0
Dortmund	27,0	1,8
Duisburg und Mülheim a.d.R.	16,7	6,3
Düren	14,4	0,0
Düsseldorf	20,0	1,6
Ennepe-Ruhr-Kreis	16,2	0,3
Essen	13,6	2,6
Euskirchen	0,0	0,0
Gelsenkirchen	0,0	0,0
Hagen	4,3	0,1
Hamm	0,9	0,0
Heinsberg	47,8	7,6
Herford und Minden-Lübbecke	41,5	8,1
Herne	35,5	0,0
Hochsauerlandkreis	32,0	17,5
Höxter und Lippe	16,5	0,1
Kleve	0,0	0,0
Köln	36,7	1,4
Krefeld	12,7	19,0
Leverkusen und Rhein.-Berg. Kreis	32,6	0,5
Märkischer Kreis und Olpe	13,0	16,6
Mettmann	9,6	0,0
Mönchengladbach	19,3	19,0
Münster	2,1	0,6
Oberbergischer Kreis	8,6	0,0
Oberhausen und Bottrop	16,9	0,0
Paderborn	12,0	0,2
Recklinghausen	7,7	0,0
Remscheid und Wuppertal	22,9	17,1
Rhein-Erft-Kreis	4,6	1,2
Rhein-Kreis Neuss	63,1	0,1
Rhein-Sieg-Kreis	0,6	1,1
Siegen-Wittgenstein	22,1	0,0
Soest	2,1	0,0
Solingen	3,1	1,4
Städteregion Aachen	43,7	0,0
Steinfurt	2,2	0,8
Unna	58,2	0,1
Viersen	4,4	3,9
Warendorf und Gütersloh	17,7	8,2
Wesel	0,0	0,0
Nordrhein-Westfalen	17,8	3,3

Investitionsbarometer NRW

Tabelle A7
Endbestand von Fördermitteln nach Kreisen
in Mio. €

Kreise und kreisfreie Städte	Endbestand nicht ver- wendeter Fördermittel aus der Baupauschale	Endbestand nicht ver- wendeter Fördermittel aus der kurzfristigen Pauschale
Bielefeld	10,0	4,4
Bochum	3,5	2,6
Bonn	11,0	4,1
Borken und Coesfeld	9,4	5,4
Dortmund	7,9	5,5
Duisburg und Mülheim a.d.R.	10,9	2,8
Düren	4,1	1,9
Düsseldorf	7,6	4,0
Ennepe-Ruhr-Kreis	4,5	0,8
Essen	7,0	1,7
Euskirchen	5,5	0,4
Gelsenkirchen	3,8	-1,1
Hagen	2,8	3,0
Hamm	3,3	2,9
Heinsberg	1,0	0,3
Herford und Minden-Lübbecke	2,3	5,4
Herne	6,0	2,0
Hochsauerlandkreis	3,3	-3,6
Höxter und Lippe	5,5	0,1
Kleve	8,1	1,7
Köln	14,0	9,6
Krefeld	3,0	0,2
Leverkusen und Rhein.-Berg. Kreis	8,5	8,4
Märkischer Kreis und Olpe	10,5	10,5
Mettmann	8,6	6,1
Mönchengladbach	6,4	2,6
Münster	6,6	2,6
Oberbergischer Kreis	4,5	2,2
Oberhausen und Bottrop	6,8	5,6
Paderborn	7,7	0,5
Recklinghausen	19,6	4,9
Remscheid und Wuppertal	6,2	2,3
Rhein-Erft-Kreis	1,4	1,5
Rhein-Kreis Neuss	4,3	2,9
Rhein-Sieg-Kreis	4,1	4,1
Siegen-Wittgenstein	13,1	5,9
Soest	2,2	2,5
Solingen	5,7	1,4
Städteregion Aachen	5,2	-0,9
Steinfurt	2,9	2,3
Unna	2,4	-2,9
Viersen	7,3	1,1
Warendorf und Gütersloh	2,8	3,3
Wesel	11,4	1,9
Nordrhein-Westfalen	282,9	122,9

Anmerkung: Da Krankenhäuser Anschaffungen durch Vorgriffe vorfinanzieren können, sind negative Endbestände möglich.

Tabelle A8
Investitionen nach Kreisen
in Mio. €

Kreise und kreisfreie Städte	2010	2011	2012	2013	2014
Bielefeld	12,5	11,0	13,7	26,4	35,2
Bochum	28,7	22,3	26,6	22,1	21,7
Bonn	19,6	24,1	17,1	13,5	9,8
Borken und Coesfeld	30,7	32,7	24,0	22,2	18,5
Dortmund	41,7	62,6	64,8	44,7	32,6
Duisburg und Mülheim a.d.R.	31,2	31,5	32,3	33,8	50,4
Düren	15,8	10,0	14,3	14,1	5,1
Düsseldorf	57,5	92,0	103,1	50,5	59,3
Ennepe-Ruhr-Kreis	12,5	16,2	18,2	17,2	16,6
Essen	28,7	45,6	61,1	28,3	28,8
Euskirchen	7,0	6,3	9,5	8,9	5,6
Gelsenkirchen	9,4	11,1	8,6	11,2	11,1
Hagen	1,9	1,6	2,1	1,8	1,3
Hamm	21,2	15,1	10,4	8,9	11,7
Heinsberg	5,5	5,9	6,3	3,9	4,6
Herford und Minden-Lübbecke	35,8	40,7	54,0	46,7	49,4
Herne	17,2	17,1	25,9	19,4	28,8
Hochsauerlandkreis	17,9	16,3	13,2	14,3	10,9
Höxter und Lippe	13,2	20,4	38,8	33,8	9,8
Kleve	60,8	12,7	14,8	18,2	17,4
Köln	54,4	49,4	91,6	38,6	33,5
Krefeld	58,4	49,4	21,4	31,3	22,6
Leverkusen und Rhein.-Berg. Kreis	19,1	22,8	16,7	11,7	10,9
Märkischer Kreis und Olpe	27,8	22,6	24,5	15,2	15,7
Mettmann	7,7	17,3	28,7	29,2	10,5
Mönchengladbach	51,7	39,2	33,3	24,9	15,0
Münster	8,8	9,7	32,1	7,5	15,4
Oberbergischer Kreis	22,9	25,6	25,1	12,9	8,0
Oberhausen und Bottrop	15,9	23,2	22,8	22,9	14,1
Paderborn	43,3	25,0	22,6	23,2	12,9
Recklinghausen	28,6	27,1	24,8	29,4	39,1
Remscheid und Wuppertal	8,6	7,4	8,9	13,4	25,7
Rhein-Erft-Kreis	37,4	36,4	28,4	14,3	14,7
Rhein-Kreis Neuss	37,9	18,8	19,5	11,9	15,9
Rhein-Sieg-Kreis	3,2	10,0	11,5	6,9	13,6
Siegen-Wittgenstein	18,0	19,8	18,2	19,9	7,7
Soest	30,2	28,0	22,8	16,7	16,1
Solingen	26,3	31,6	18,7	20,4	8,3
Städteregion Aachen	21,9	23,9	34,0	20,4	34,5
Steinfurt	28,6	33,3	19,9	21,9	18,8
Unna	49,7	38,0	30,7	24,1	13,0
Viersen	14,3	11,6	29,4	19,9	15,7
Warendorf und Gütersloh	27,1	20,1	16,9	15,9	17,1
Wesel	12,9	10,3	13,3	9,0	21,3
Nordrhein-Westfalen	1 123,3	1 095,7	1 174,5	901,3	849,0

Tabelle A9
Eigenfinanzierte Investitionen nach Kreisen
in Mio. €

Kreise und kreisfreie Städte	2010	2011	2012	2013	2014
Bielefeld	1,3	0,0	3,1	5,2	15,6
Bochum	17,3	10,5	15,2	11,9	9,8
Bonn	3,8	11,5	6,7	4,0	1,1
Borken und Coesfeld	19,4	21,6	12,5	10,9	7,9
Dortmund	18,0	38,9	41,2	23,6	11,3
Duisburg und Mülheim a.d.R.	9,3	12,2	11,2	12,1	27,7
Düren	8,2	4,7	7,3	7,2	0,0
Düsseldorf	40,7	74,7	85,8	35,8	43,1
Ennepe-Ruhr-Kreis	3,7	7,2	9,7	8,8	7,9
Essen	12,9	28,0	45,7	14,3	14,7
Euskirchen	3,3	1,8	5,0	4,4	2,2
Gelsenkirchen	3,3	4,7	0,8	3,7	4,1
Hagen	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Hamm	13,8	7,4	3,1	3,3	6,4
Heinsberg	3,4	3,8	3,8	1,5	2,3
Herford und Minden-Lübbecke	17,7	24,6	37,5	31,2	33,8
Herne	8,9	8,8	17,9	11,8	20,2
Hochsauerlandkreis	10,8	9,8	6,9	7,9	4,3
Höxter und Lippe	3,7	10,9	29,3	25,2	0,8
Kleve	53,2	5,3	7,0	11,5	10,5
Köln	28,3	23,1	66,8	14,6	11,2
Krefeld	49,1	40,0	12,2	21,9	13,2
Leverkusen und Rhein.-Berg. Kreis	8,6	13,3	6,4	2,0	2,3
Märkischer Kreis und Olpe	35,5	25,0	18,3	12,8	6,0
Mettmann	20,2	15,0	17,7	8,7	3,9
Mönchengladbach	2,6	11,2	22,8	23,0	8,6
Münster	40,8	29,2	22,7	14,5	6,8
Oberbergischer Kreis	3,6	3,7	26,3	1,6	2,6
Oberhausen und Bottrop	15,0	16,7	17,3	5,0	6,5
Paderborn	7,8	15,0	14,6	14,8	4,8
Recklinghausen	23,7	7,1	5,2	6,4	20,9
Remscheid und Wuppertal	13,9	13,6	11,5	14,2	12,0
Rhein-Erft-Kreis	4,1	2,8	4,1	9,0	10,1
Rhein-Kreis Neuss	28,8	28,5	20,5	6,2	8,1
Rhein-Sieg-Kreis	30,7	10,3	11,9	5,3	6,9
Siegen-Wittgenstein	5,5	4,2	21,7	14,8	1,7
Soest	19,1	11,8	8,8	8,3	8,3
Solingen	0,3	5,7	7,1	2,6	4,0
Städteregion Aachen	7,6	8,8	6,9	8,5	23,5
Steinfurt	21,4	19,2	14,7	7,8	9,9
Unna	6,3	2,5	4,7	2,7	5,5
Viersen	20,3	26,3	13,5	15,8	10,5
Warendorf und Gütersloh	11,2	12,7	22,8	10,2	7,4
Wesel	16,1	21,4	7,9	10,2	8,8
Nordrhein-Westfalen	673,3	653,9	736,8	475,5	427,5

Tabelle A10
Subjektive Einschätzung der Befragungsteilnehmer zu Investitionen nach Kreisen

	Gep plante Investitionen p.a. (Mio. €)	Geförderter Anteil der geplante n Investitionen (in %)	Zusätzlich notwendige Investitionen p.a. (Mio. €)	Investitionsbedarf nach subjektiver Einschätzung p.a. (Mio. €)
Kreise und kreisfreie Städte				
Bielefeld	74,5	33	36,2	110,8
Bochum	38,0	28	25,6	63,6
Bonn	29,6	44	10,9	40,6
Borken und Coesfeld	32,6	27	25,0	57,6
Dortmund	54,6	49	42,4	97,0
Duisburg und Mülheim a.d.R.	103,6	21	54,5	158,1
Düren	17,6	25	25,7	43,3
Düsseldorf	67,3	44	41,9	109,2
Ennepe-Ruhr-Kreis	23,5	30	10,4	33,8
Essen	56,3	31	45,4	101,7
Euskirchen	13,0	42	3,0	16,1
Gelsenkirchen	13,3	57	9,7	23,0
Hagen	8,8	49	21,2	30,0
Hamm	14,4	52	10,9	25,3
Heinsberg	5,8	44	2,9	8,7
Herford und Minden-Lübbecke	54,2	34	30,8	85,1
Herne	35,0	21	1,1	36,1
Hochsauerlandkreis	17,8	34	7,9	25,7
Höxter und Lippe	15,3	19	5,2	20,5
Kleve	27,3	30	11,8	39,1
Köln	65,5	38	37,2	102,7
Krefeld	22,4	24	1,8	24,2
Leverkusen und Rhein.-Berg. Kreis	16,3	73	19,9	36,2
Märkischer Kreis und Olpe	35,0	31	17,1	52,2
Mettmann	29,6	27	65,0	94,6
Mönchengladbach	21,0	30	10,0	31,0
Münster	31,6	27	24,5	56,0
Oberbergischer Kreis	13,6	47	16,6	30,2
Oberhausen und Bottrop	26,7	32	13,6	40,3
Paderborn	16,2	43	11,7	27,9
Recklinghausen	48,5	39	19,5	67,9
Remscheid und Wuppertal	44,6	24	21,9	66,5
Rhein-Erft-Kreis	9,5	49	8,3	17,8
Rhein-Kreis Neuss	21,9	35	17,8	39,7
Rhein-Sieg-Kreis	11,8	58	18,9	30,7
Siegen-Wittgenstein	11,4	38	3,8	15,1
Soest	23,1	23	9,3	32,4
Solingen	17,7	30	14,6	32,2
Städteregion Aachen	29,2	40	19,0	48,2
Steinfurt	36,7	41	32,4	69,1
Unna	12,5	59	15,5	28,0
Viersen	26,1	21	18,5	44,6
Warendorf und Gütersloh	29,9	34	24,9	54,8
Wesel	32,3	42	15,2	47,5
Nordrhein-Westfalen	1 335,7	34	879,4	2 215,1

Investitionsbarometer NRW

Tabelle A11
Bedeutung des Krankenhausbetriebs für die Kommunen

Kreise und kreisfreie Städte	Anteil an regionaler Wertschöpfung (in %)	Anteil der Beschäftigten (in %)	Kommunale Beteiligung an Fördermitteln (Mio. €)
Bielefeld	3,3	4,4	3,7
Bochum	3,2	4,4	4,0
Bonn	1,5	4,6	3,4
Borken und Coesfeld	1,9	2,2 ^a	6,5
Dortmund	3,2	2,8	6,4
Duisburg und Mülheim an der Ruhr	2,5	3,4 ^a	7,3
Düren	3,0	3,1	2,9
Düsseldorf	1,0	2,6	6,6
Ennepe-Ruhr-Kreis	2,7	3,1	3,6
Essen	1,7	4,6	6,3
Euskirchen	2,7	3,1 ^a	2,1
Gelsenkirchen	3,0	3,4	2,9
Hagen	2,0	2,1 ^a	2,1
Hamm	4,1	4,7	2,0
Heinsberg	1,4	2,2	2,8
Herford und Minden-Lübbecke	2,5	2,8 ^a	6,3
Herne	5,9	5,6	1,7
Hochsauerlandkreis	2,5	3,1	3,0
Höxter und Lippe	2,0	2,2 ^a	5,5
Kleve	2,3	2,8	3,4
Köln	1,5	2,9	11,2
Krefeld	3,4	3,9	2,5
Leverkusen und Rheinisch-Bergischer Kreis	2,0	2,4 ^a	4,9
Märkischer Kreis und Olpe	1,7	2,6	6,3
Mettmann	1,4	1,7	5,3
Mönchengladbach	1,9	3,2	2,9
Münster	2,2	6,7	3,2
Oberbergischer Kreis	1,9	2,2	3,1
Oberhausen und Bottrop	3,2	2,8 ^a	3,7
Paderborn	2,9	2,8	3,3
Recklinghausen	4,0	4,3	6,9
Remscheid und Wuppertal	3,0	2,7 ^a	5,1
Rhein-Erft-Kreis	0,8	1,6	5,0
Rhein-Kreis Neuss	1,5	2,0	4,9
Rhein-Sieg-Kreis	1,3	1,7	6,5
Siegen-Wittgenstein	2,7	3,4	3,1
Soest	2,7	2,7	3,3
Solingen	4,1	3,8	1,7
Städteregion Aachen	1,7	4,3	6,0
Steinfurt	1,9	2,2	4,8
Unna	2,2	3,4	4,4
Viersen	2,1	2,7	3,3
Warendorf und Gütersloh	1,6	1,8	7,0
Wesel	2,8	2,7	5,1
Nordrhein-Westfalen	2,1	3,1	196,0

Anmerkung: ^aGeschätzt, da jeweils Angaben zu einer kreisfreien Stadt oder einem Kreis fehlten.

Tabelle A12
Bedeutung des Krankenhausbetriebs für die Kommunen

Kreise und kreisfreie Städte	Steueraufkommen bei den Kommunen/ Kommunaler Finanzausgleich (Mio. €)	Lohnsteuer- aufkommen beim Land (Mio. €)	Sozialversiche- rungsbeiträge (Arbeitnehmer und Arbeitge- ber-Anteil; Mio. €)	darunter GKV-Beiträge (Mio. €)
Bielefeld	11,1	19,7	96,5	37,9
Bochum	11,4	17,2	84,0	33,0
Bonn	7,3	14,7	71,9	28,3
Borken und Coesfeld	8,8	16,3	80,0	31,4
Dortmund	22,0	31,7	155,2	61,0
Duisburg und Mülheim a.d.R.	18,9	26,0	127,2	50,0
Düren	6,3	10,5	51,5	20,2
Düsseldorf	8,1	21,5	105,3	41,4
Ennepe-Ruhr-Kreis	6,1	11,5	56,1	22,1
Essen	17,0	21,4	104,7	41,1
Euskirchen	4,0	6,6	32,2	12,7
Gelsenkirchen	10,8	11,8	57,6	22,6
Hagen	4,7	5,8	28,6	11,2
Hamm	6,5	10,3	50,2	19,7
Heinsberg	3,9	4,0	19,5	7,6
Herford und Minden-Lübbecke	12,1	23,3	114,2	44,9
Herne	6,6	10,0	49,1	19,3
Hochsauerlandkreis	5,4	10,2	49,9	19,6
Höxter und Lippe	8,9	13,1	64,0	25,1
Kleve	5,8	9,4	46,0	18,1
Köln	22,5	38,9	190,6	74,9
Krefeld	7,1	11,4	55,8	21,9
Leverkusen und Rhein.-Berg. Kreis	8,0	13,5	66,0	25,9
Märkischer Kreis und Olpe	8,4	16,1	79,0	31,1
Mettmann	5,0	11,5	56,3	22,1
Mönchengladbach	6,0	7,4	36,4	14,3
Münster	7,0	16,9	82,9	32,6
Oberbergischer Kreis	4,0	8,0	39,2	15,4
Oberhausen und Bottrop	9,3	12,6	61,8	24,3
Paderborn	6,7	12,0	58,6	23,0
Recklinghausen	19,2	30,3	148,4	58,3
Remscheid und Wuppertal	12,6	19,7	96,4	37,9
Rhein-Erft-Kreis	4,6	5,4	26,3	10,3
Rhein-Kreis Neuss	4,9	12,2	59,8	23,5
Rhein-Sieg-Kreis	7,5	10,2	49,7	19,5
Siegen-Wittgenstein	5,8	13,6	66,3	26,1
Soest	6,6	12,4	60,9	23,9
Solingen	4,3	9,0	44,2	17,4
Städteregion Aachen	10,4	14,8	72,5	28,5
Steinfurt	7,4	10,9	53,4	21,0
Unna	8,6	12,2	59,8	23,5
Viersen	4,8	7,9	38,6	15,2
Warendorf und Gütersloh	8,4	17,8	87,0	34,2
Wesel	10,4	17,2	84,4	33,2
Nordrhein-Westfalen	385,2	637,1	3 118,4	1 225,2

Investitionsbarometer NRW

Tabelle A13

Projektion

Regierungsbezirk	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Fortschreibung : Jahresüberschuss (in % von Gesamterlöse)												
Arnsberg	0,1	-0,3	0,1	0,3	0,2	0,2	0,0	-0,2	-0,5	-0,8	-1,2	-1,5
Detmold	1,2	0,8	1,1	1,2	1,1	1,1	0,9	0,6	0,3	0,0	-0,3	-0,6
Düsseldorf	1,1	0,8	1,2	1,4	1,3	1,3	1,1	0,9	0,6	0,3	0,0	-0,3
Köln	0,6	0,4	0,7	0,9	0,8	0,9	0,7	0,4	0,1	-0,2	-0,5	-0,8
Münster	1,0	0,5	0,8	0,9	0,8	0,8	0,6	0,2	-0,1	-0,4	-0,7	-1,1
Nordrhein-Westfalen	0,7	0,4	0,7	0,9	0,8	0,8	0,6	0,3	0,1	-0,3	-0,6	-0,9
Schließung der Förderlücke ab 2018 : Jahresüberschuss (in % von Gesamterlöse)												
Arnsberg	0,1	-0,3	0,1	0,3	0,2	0,9	1,1	1,2	1,2	1,1	1,0	0,8
Detmold	1,2	0,8	1,1	1,2	1,1	1,7	2,0	2,1	2,2	2,1	2,0	1,9
Düsseldorf	1,1	0,8	1,2	1,4	1,3	1,9	2,2	2,3	2,3	2,3	2,1	2,0
Köln	0,6	0,4	0,7	0,9	0,8	1,4	1,6	1,6	1,6	1,5	1,4	1,2
Münster	1,0	0,5	0,8	0,9	0,8	1,3	1,5	1,5	1,5	1,4	1,2	1,1
Nordrhein-Westfalen	0,7	0,4	0,7	0,9	0,8	1,4	1,7	1,7	1,7	1,6	1,5	1,4