



Projektbericht

RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung
hcb – Institute for Health Care Business GmbH

Investitionsbarometer NRW

**Forschungsprojekt im Auftrag der
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen**

Januar 2022

Impressum

Herausgeber:

RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung
Hohenzollernstraße 1-3 | 45128 Essen, Germany

Postanschrift:

Postfach 10 30 54 | 45030 Essen, Germany

Fon: +49 201-81 49-0 | E-Mail: rwi@rwi-essen.de
www.rwi-essen.de

Vorstand

Prof. Dr. Dr. h. c. Christoph M. Schmidt (Präsident)
Prof. Dr. Thomas K. Bauer (Vizepräsident)
Dr. Stefan Rumpf (Administrativer Vorstand)

© RWI 2022

Der Nachdruck, auch auszugsweise, ist nur mit Genehmigung des RWI gestattet.

RWI Projektbericht

Schriftleitung: Prof. Dr. Dr. h. c. Christoph M. Schmidt
Gestaltung: Daniela Schwindt, Magdalena Franke, Claudia Lohkamp

Investitionsbarometer NRW

Forschungsprojekt im Auftrag der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen
Januar 2022

Projektteam

Prof. Dr. Boris Augurzky, Christiane Wuckel, Celia Rothe

Projektbericht

RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung
hcb – Institute for Health Care Business GmbH

Investitionsbarometer NRW

Forschungsprojekt im Auftrag der
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen

Januar 2022

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	3
1. Einleitung	5
2. Methodik.....	5
3. Ergebnisse	7
3.1. Fördermittel	7
3.2. Investitionsfähigkeit.....	8
3.3. Investitionsbedarf- und Förderlücke	15
3.4. Investitionsstau.....	17
3.5. Zusätzliche Investitionsförderung in NRW seit 2017	19
4. Ausblick	21
Literatur.....	23

Verzeichnis der Schaubilder und Tabellen

Schaubild 1: Investitionsfördermittel des Landes NRW über die Zeit	7
Schaubild 2: Investitionsfördermittel in Relation zu Krankenhauserlösen nach Bundesländern (Förderquote)	8
Schaubild 3: Durchschnittliche Kapitalstruktur der Krankenhäuser	11
Schaubild 4: Investitionsfähigkeit	12
Schaubild 5: Kapitaleinsatz und Förderquoten im Zeitverlauf für NRW	12
Schaubild 6: Kapitaleinsatz und Förderquoten im Zeitverlauf für die Neuen Bundesländer	13
Schaubild 7: Investitionstätigkeit im Zeitverlauf.....	14
Schaubild 8: Veränderung ausgewählter Bilanzpositionen.....	15
Schaubild 9: Förderlücke NRW.....	16
Schaubild 10: Förderlücke Deutschland.....	16
Schaubild 11: Entwicklung des Bau- und Investitionsgüterindex	17
Schaubild 12: Förderfähiger Investitionsstau NRW 2014	18
Schaubild 13: Förderfähiger Investitionsstau NRW 2019	18
Schaubild 14: Förderfähiger Investitionsstau Deutschland 2019	19
Schaubild 15: Sonderförderung in NRW im Jahr 2017	19
Schaubild 16: Effekt bei einer Verstetigung der Sonderförderung.....	20
Schaubild 17: Weitere Investitionsmittel.....	20
Schaubild 18: Projektion des Jahresergebnisses nach Steuern	21
Tabelle 1: Aktiva und Passiva von beispielhaften Krankenhäusern	9
Tabelle 2: GuV und Mindest-EBITDA-Marge von beispielhaften Krankenhäusern.....	10

Zusammenfassung

Auf Grundlage der Jahresabschlussdaten des Krankenhaus Rating Reports 2021 (KRR21) leiten wir nach der Vorgehensweise des Investitionsbarometers NRW 2016 und des Krankenhaus Rating Reports 2016 für die nordrhein-westfälischen Krankenhäuser den jährlichen **Investitionsbedarf**, die jährliche **Förderlücke** sowie den kumulierten **Investitionsstau** ab. Die Methodik orientiert sich am Investitionsbarometer NRW 2016 – allerdings mit Anpassungen in Abhängigkeit der vorliegenden Datentiefe des KRR21. Wir bestimmen den Investitionsbedarf zum Erhalt des vorhandenen Sachanlagevermögens in NRW („**Ist-Ansatz**“) und zudem zum Erreichen des Soll-Sachanlagevermögens („**Soll-Ansatz**“), erstens basierend auf Benchmarks anderer Bundesländer und zweitens mittels den vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) errechneten Bezugsgrößen. Den Investitionsbedarfen stellen wir die Investitionsfördermittel des Landes gegenüber, woraus sich die **Förderlücke** ergibt.

Die KHG-Fördermittel des Landes NRW beliefen sich im Jahr 2019 auf 626 Mio. € und lagen damit um 7,6% höher als im Vorjahr. Zwischen den Jahren 2007 und 2016 stagnierten die nominalen Investitionsfördermittel des Landes. Bezogen auf die Krankenhauserlöse sind sie allerdings von etwa 4% der Erlöse im Jahr 2007 auf 2,8% im Jahr 2019 gesunken. Im Vergleich zu den anderen Bundesländern lag die Höhe der Fördermittel in NRW im Jahr 2019 im Mittelfeld und im gesamten Zeitraum von 2007 bis 2019 im unteren Bereich.

Das niedrige Niveau der Fördermittel führt dazu, dass Krankenhäuser auch aus Eigenmitteln investieren müssen, um einem Substanzverzehr entgegen wirken zu können. Seit 2017 ist eine Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser sowohl bundesweit als auch in NRW zu beobachten, was seit 2017 eine abnehmende Investitionsfähigkeit zur Folge hat. Die Zahl der nicht-investitionsfähigen Häuser lag in NRW im Jahr 2019 bei über 40%. Im Jahr 2019 schätzen wir die Krankenhausinvestitionen in NRW auf 5,0% der Erlöse. In Deutschland (ohne NRW) waren es 6,5%. Dabei berücksichtigen wir nur Investitionen und Sachanlagevermögen, die im Sinne des KHG förderfähig sind.

Die im Vergleich zum Leistungsvolumen rückläufigen Fördermittel und Investitionen haben auch Spuren in den Bilanzen der Krankenhäuser hinterlassen. So ist in NRW der Anteil der Sonderposten¹ am förderfähigen Sachanlagevermögen (SAV) in den vergangenen Jahren deutlich gefallen: von 75% im Jahr 2007 auf nur noch 47% im Jahr 2019. Im Verhältnis zu den Erlösen ist das SAV seit Jahren gesunken und erreichte 2019 einen erneuten Tiefpunkt.

Im „Ist-Ansatz“ beläuft sich der förderfähige jährliche **Investitionsbedarf** der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser auf 1,27 Mrd. €. Diese Investitionen wären nötig, um das vorhandene förderfähige Sachanlagevermögen erhalten zu können. Knapp die Hälfte davon stellt das Land als Fördermittel zur Verfügung. Damit beläuft sich die jährliche **Förderlücke auf 645 Mio. €**. Würde sie geschlossen, würde aber trotzdem die unzureichende Investitionstätigkeit der Vergangenheit fortgeschrieben. Ausgehend vom im Durchschnitt vorbildlichen SAV der Krankenhäuser in den Neuen Bundesländern im Jahr 2013 würde der förderfähige jährliche Investitionsbedarf dagegen bei 1,85 Mrd. € liegen. Im Vergleich zu den Berechnungen des Investitionsbarometers NRW 2016 liegt er nun deutlich höher, weil der Soll-Ansatz auch das inzwischen höhere Preis- und Leistungsniveau berücksichtigt. Diesbezüglich beträgt die jährliche **Förderlücke**

¹ Sonderposten stellen einen Passivposten der Bilanz dar, in dem die Fördermittel der Krankenhäuser verbucht sind.

1,23 Mrd. €. Im „InEK-Ansatz“ ergibt sich ein jährlicher Investitionsbedarf von 1,54 Mrd. € und eine **Förderlücke von 917 Mio. €** p.a.

Der so errechnete jährliche Investitionsbedarf berücksichtigt nicht, dass in der Vergangenheit Investitionen nicht in ausreichendem Umfang getätigt wurden und sich somit inzwischen ein **Investitionsstau** aufgebaut hat, der zusätzlich abgebaut werden müsste. Für NRW lag er nach unseren Berechnungen im Jahr 2019 bei 8,1 Mrd. € zu Restbuchwerten und bei **13,8 Mrd. €** zu Anschaffungs- und Herstellungskosten.

Im Jahr 2017 gewährte das Land NRW einmalig eine Sonderförderung in Höhe von 250 Mio. €. Dies entsprach einem zusätzlichen Volumen von 2,6% des förderfähigen SAV. Würde dieser Betrag von 250 Mio. € dauerhaft zur Verfügung gestellt, könnten die Krankenhäuser damit langfristig, bei einer durchschnittlichen Abschreibungsrate von 5,65%, ein um 46 % höheres SAV als im Status quo aufbauen.

Schließlich untersuchen wir, wie sich die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser in NRW bis zum Jahr 2032 verändern würde, wenn das Land die Förderlücke ab 2023 entweder ganz oder zumindest teilweise schließen würde und wenn die Leistungszahlen der Krankenhäuser wieder das Vor-Corona-Niveau erreichten. Diese Untersuchung erfolgt unter Rückgriff auf Szenarien aus dem Krankenhaus Rating Report 2021. Ohne eine Verminderung der Förderlücke käme es zu einer kontinuierlichen Verschlechterung des durchschnittlichen Jahresergebnisses, das gegen Ende dieses Jahrzehnts -1,2% betrüge. Hauptgrund dafür sind, wegen des zu erwartenden zunehmenden Fachkräftemangels, überproportional steigende Personalkosten. Demgegenüber fehlen mangels ausreichender Steigerung der Leistungszahlen ökonomische Skaleneffekte, um das Kostenwachstum auffangen zu können.

Bei einer vollständigen Schließung der Förderlücke läge das prognostizierte durchschnittliche Jahresergebnis im Jahr 2032 dagegen bei +1,9%. Trotz der dabei unterstellten Vollfinanzierung der förderfähigen Investitionen ist ein positives Jahresergebnis wichtig. Erstens ist neben dem Anlagevermögen auch das Umlaufvermögen mit Eigen- und Fremdkapital sowie das nicht-förderfähige Anlagevermögen zu finanzieren. Dafür fallen Kapitalkosten an, die aus dem Jahresüberschuss getragen werden müssen. Zweitens ist, gemäß kaufmännischer Vorsicht, stets ein Puffer für unerwartete Schwankungen im Betrieb nötig. Drittens bliebe den Krankenhäusern ein Spielraum, um den bestehenden Investitionsstau sukzessive abzutragen. Wenn die Fördermittel ab 2023 den jährlichen förderfähigen Investitionsbedarf zu 75% decken würden, läge das durchschnittliche Jahresergebnis bei zumindest 0,8% im Jahr 2032. Käme es zu einer dauerhaften Verstetigung der Sonderförderung aus dem Jahr 2017 in Höhe von 250 Mio. € ab 2023, läge es in dem Szenario bei -0,1%.

Im Ergebnis zeigt sich erstens, dass die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser in NRW ohne eine geschlossene Förderlücke nicht auf ein insgesamt tragfähiges Niveau zu bringen ist. Zweitens wächst der Investitionsstau in NRW von Jahr zu Jahr weiter an, solange die durch die bestehende Förderlücke hervorgerufene Investitionslücke nicht geschlossen wird. Ohne Gegensteuern würde mangels ausreichender Investitionen der schleichende Substanzverzehr in den Krankenhäusern fortbestehen.

1. Einleitung

Das RWI – Leibniz Institut für Wirtschaftsforschung und die hcb GmbH legen zusammen mit weiteren Partnern jährlich den Krankenhaus Rating Report (KRR) vor. Im Juni 2021 wurde beim Hauptstadtkongress der siebzehnte Report veröffentlicht. Sein wichtigstes Ziel ist es, im deutschen Krankenhausmarkt Transparenz zu schaffen. Der Report greift – je nach Jahr – auf eine bundesweite Stichprobe von 500 bis 550 Jahresabschlüssen von Krankenhäusern zurück. Sie umfassen insgesamt fast 1.000 Krankenhäuser mit einem am Umsatz gemessenen Marktanteil von rund 70%. Die Stichprobe für Nordrhein-Westfalen umfasst – je nach Jahr – 120 bis 170 Jahresabschlüsse und rund 220 Krankenhäuser mit einem Marktanteil im Bundesland von etwa 60%. Der Krankenhaus Rating Report 2021 (KRR21) analysiert Jahresabschlüsse aus dem **Jahr 2019** und früheren Jahren. Aussagen zu den Folgen der Covid-19-Pandemie für Krankenhäuser im Jahr 2020 sind damit noch nicht möglich; jedoch wird der Versuch unternommen, erste vorliegende Erkenntnisse aus dem Jahr 2020 in eine fundierte Hochrechnung auf das Jahr 2020 und darüber hinaus zu berücksichtigen.

Grundsätzlich sieht die duale Krankenhausfinanzierung vor, dass die Betriebskosten der Krankenhäuser im Wesentlichen durch die Krankenkassen und die Investitionskosten über öffentliche Fördermittel der Bundesländer finanziert werden. Auf Grundlage der vorliegenden Jahresabschlussdaten des Krankenhaus Rating Report 2021 werden in dieser **exklusiven Sonderanalyse** die **Investitionssituation** sowie die **Investitionsbedarfe** der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser für den Zeitraum 2007 bis 2019 untersucht. Zudem wird ein Blick auf die Auswirkungen der einmaligen Erhöhung der Investitionsfördermittel des Landes im Jahr 2017 um 250 Mio. Euro geworfen. Methodik und Kennzahlen orientieren sich am Investitionsbarometer NRW 2016 – mit Anpassungen in Abhängigkeit der vorliegenden Datentiefe des KRR21. Eine eigene umfangreiche Datenerhebung wie beim Investitionsbarometer NRW 2016 wird nicht vorgenommen.

2. Methodik

Auf Grundlage der Jahresabschlussdaten des KRR21 leiten wir nach der Vorgehensweise des Investitionsbarometers NRW 2016 und des Krankenhaus Rating Reports 2016 den jährlichen **Investitionsbedarf**, die jährliche **Förderlücke** sowie den kumulierten **Investitionsstau** ab. Hochschulkliniken und Krankenhäuser, die nicht im Krankenhausplan NRW enthalten sind, werden nicht berücksichtigt. Basis bildet das Jahr 2019. Außerdem werden wichtige Kennzahlen im Zeitverlauf von 2007 bis 2019 sowie im Bundeslandvergleich dargestellt. Wenn nicht anders ausgewiesen, beziehen wir uns stets auf förderfähiges Anlagevermögen, wie im Investitionsbarometer NRW 2016.²

Zunächst erfolgt die Aufbereitung der relevanten Daten zu den Investitionsfördermitteln des Landes und zu den Investitionen der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser über die Zeit.³ Wir bestimmen den Investitionsbedarf (i) zum Erhalt des vorhandenen Sachanlagevermögens in NRW („Ist-Ansatz“) und (ii) zum Erreichen des Soll-Sachanlagevermögens („Soll-Ansatz“), ers-

² Wir nehmen an, dass 81% des in den Bilanzen ausgewiesenen Anlagevermögens im Durchschnitt förderfähig ist.

³ Die Investitionen werden über die Veränderung des Anlagevermögens abgeleitet.

tens basierend auf Benchmarks anderer Bundesländer und zweitens mittels den vom InEK errechneten Bezugsgrößen.⁴ Zudem leiten wir den kumulierten Investitionsstau in NRW über die vergangenen Jahre ab.

Zur Beurteilung der generellen Investitionsfähigkeit der Krankenhäuser⁵ leiten wir die mindestens nötige EBITDA-Marge ab (Mindest-EBITDA), um das vorhandene Anlagevermögen halten und die Kapitalkosten erwirtschaften zu können. Dazu stellen wir die Struktur des Anlagevermögens (Aktiva) und die Finanzierungsstruktur (Passiva) dar. Aus dem Sachanlagevermögen lassen sich die jährlichen Abschreibungen sowie die Abnutzung des Anlagevermögens (Buchwerte im Vergleich zu Anschaffungs- und Herstellungskosten) ermitteln. Aus den Passiva leiten wir die Finanzierungskosten ab.

Der Ist-Ansatz orientiert sich am Investitionsbarometer NRW 2016 und ermittelt die Investitionen, die notwendig sind, um die jährlichen **Abschreibungen auszugleichen** und so das bestehende (förderfähige) Sachanlagevermögen konstant zu halten. Für alle Krankenhäuser werden dabei einheitliche Abschreibungsraten je Anlagegut angesetzt. Dies soll Verzerrungen durch krankenhausindividuelle Nutzungsdauern in den einzelnen Jahresabschlüssen vermeiden.

Der beschriebene Ist-Ansatz unterschätzt den Investitionsbedarf, wenn eine mögliche Unterkapitalisierung fortgeschrieben wird. Daher wird dieser Ansatz um zwei „Soll-Ansätze“ ergänzt. Hierzu braucht es ein Benchmarking zur Darstellung von Soll-Zuständen. Benchmarks für den „Soll-Ansatz“ sind Krankenhäuser, die als nicht unterinvestiert gelten. Diese Einstufung basiert auf der Annahme, dass sie in der Vergangenheit alle notwendigen Investitionen durchgeführt haben. Wie im Investitionsbarometer NRW 2016 ziehen wir dafür die ostdeutschen Krankenhäuser heran. Allerdings verzeichnen die Neuen Bundesländer inzwischen einen starken Rückgang der Investitionsfördermittel der Länder. Daher kann nicht mehr davon ausgegangen werden, dass die Unternehmenssubstanz der ostdeutschen Krankenhäuser noch durchgängig als nicht unterinvestiert und damit vorbildlich anzusehen ist. Aus diesem Grund übernehmen wir die Benchmarks aus dem Investitionsbarometer NRW 2016 (Datenjahr 2013). Damit leiten wir das Soll-Sachanlagevermögen (SAV) für alle Krankenhäuser in der NRW-Stichprobe ab. Ergänzend dazu verwenden wir die vom InEK bereitgestellten Investitionsbewertungsrelationen zur Ableitung der Investitionsbedarfe.

Den Investitionsbedarfen werden anschließend die Investitionsfördermittel des Landes gegenübergestellt, woraus sich die **Förderlücke** ergibt. Zur Abschätzung des kumulierten **Investitionsstaus** vergleichen wir das aktuelle Sachanlagevermögen der Krankenhäuser mit dem Soll-Sachanlagevermögen der oben definierten Benchmark.

Diese Analysen lassen einen Vergleich sowohl über die Zeit als auch über die Bundesländer zu. Ein direkter Vergleich zu den Ergebnissen des Investitionsbarometers NRW 2016 ist allerdings nur eingeschränkt möglich. Grund dafür ist die im Vergleich zum KRR21 detailliertere und breitere Datenbasis des Investitionsbarometers NRW 2016, dem eine eigene umfangreiche Datenerhebung von fast allen nordrhein-westfälischen Krankenhäusern zu Grunde lag.

⁴ Die Bezugsgrößen spiegeln die mittleren Investitionskosten je Fall wider.

⁵ Nicht nur in Bezug auf das förderfähige Anlagevermögen.

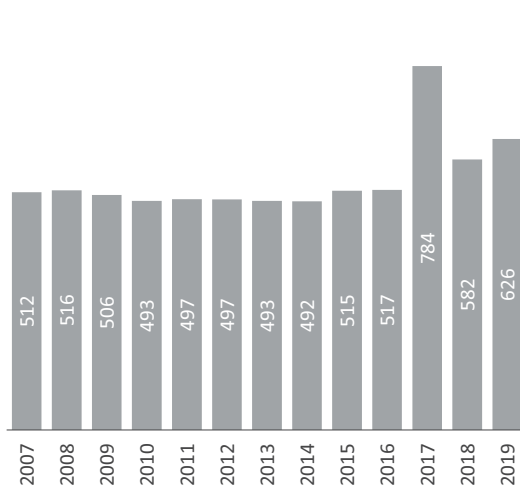
3. Ergebnisse

3.1. Fördermittel

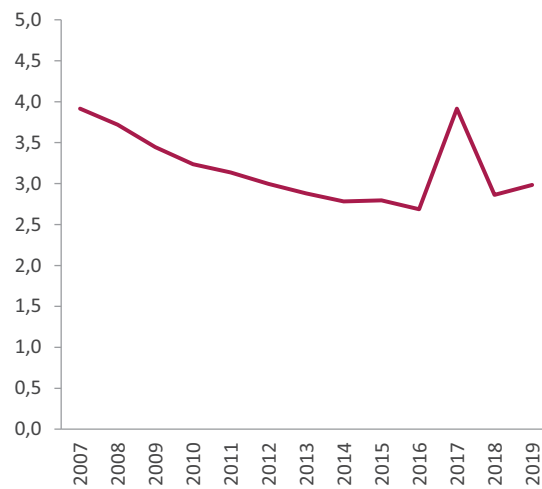
Die KHG-Fördermittel des Landes NRW beliefen sich im Jahr 2019 auf 626 Mio. € und stiegen damit um 7,6% gegenüber dem Vorjahr (Schaubild 1). Rückblickend stagnierten die nominalen Investitionsfördermittel des Landes zwischen den Jahren 2007 und 2016. Bezogen auf die Krankenhaus Erlöse waren sie allerdings von etwa 4% auf 2,8% der Erlöse gesunken. Das heißt preis- und leistungsbereinigt entsprachen die Mittel aus 2016 nicht mehr dem Niveau aus 2007.

Schaubild 1: Investitionsfördermittel des Landes NRW über die Zeit

Investitionsfördermittel des Landes NRW
in Mio. €



Investitionsfördermittel des Landes NRW
in % von KH-Erlösen

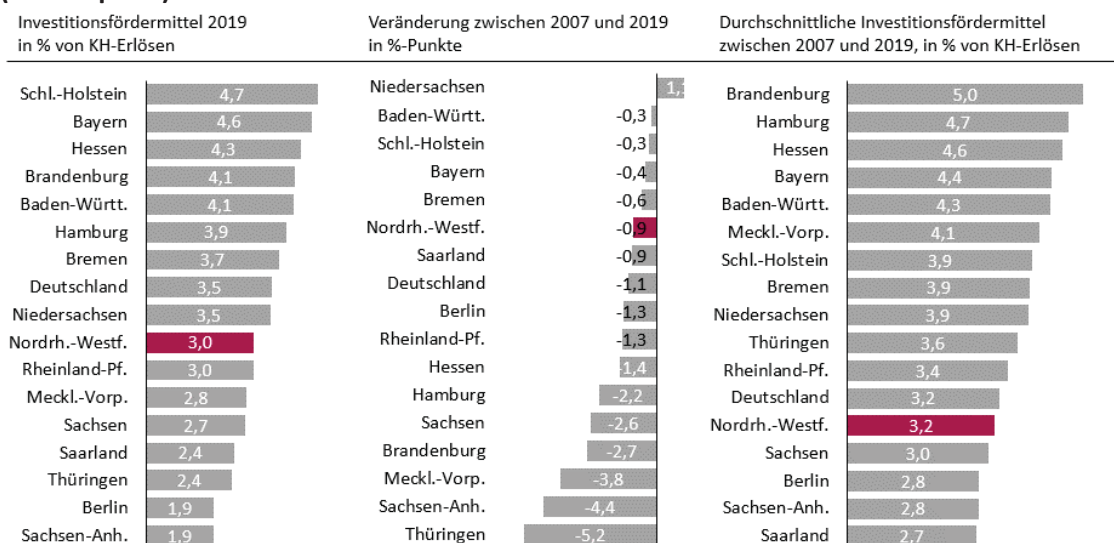


Quelle: Krankenhaus Rating Report 2021 (Statistisches Bundesamt 2019).

Das Jahr 2017 bildete eine Ausnahme mit einer einmaligen Sonderförderung in Höhe von 250 Mio. € durch das Land NRW, eine kurzfristige Erhöhung der Fördermittel um rund 50%. Als Anteil an den Krankenhaus Erlösen erreichten die Investitionsfördermittel daher wieder für ein Jahr das Niveau von 2007. In den Jahren 2018 und 2019 näherten sie sich erneut dem niedrigeren Niveau von 2016, lagen jedoch noch sichtbar darüber.

Im Vergleich zu den anderen Bundesländern lag NRW im Jahr 2019 im Mittelfeld und im gesamten Zeitraum von 2007 und 2019 im unteren Bereich (Schaubild 2). Gegenüber 2007 nahmen die Investitionsfördermittel NRWs um 0,9 Prozentpunkte ab, leicht geringer als im bundesweiten Mittel. Die Fördermittelquote hat sich in allen Bundesländern – abgesehen von Niedersachsen – reduziert. Besonders auffällig ist der Rückgang in den Neuen Bundesländern, die im Jahr 2007 noch auf den oberen Rängen zu finden waren, im Jahr 2019 dagegen eher auf den unteren Rängen.

Schaubild 2: Investitionsfördermittel in Relation zu Krankenhauserlösen nach Bundesländern (Förderquote)



Quelle: Krankenhaus Rating Report 2021, DKG (2019), Statistisches Bundesamt (2019).

3.2. Investitionsfähigkeit

Zur Aufrechterhaltung des laufenden Krankenhausbetriebs fallen im Wesentlichen Personal- und Sachkosten an. Nach Abzug dieser Betriebskosten bleibt von den Erlösen das so genannte EBITDA⁶ bzw. Betriebsergebnis übrig. Damit werden die Abschreibungen und Kapitalkosten finanziert. Die Kapitalkosten setzen sich zusammen aus den Kosten für Fremd- und Eigenkapital. Ohne eine Vergütung des Fremdkapitals (Zinsen, Mieten und Pachten) und des Eigenkapitals (Eigenkapitalrendite) kann ein Betrieb in der Regel kein Kapital für Investitionszwecke erhalten. Ein Krankenhaus erhält jedoch zudem Investitionsfördermittel des Landes, sodass es im Idealfall – zumindest für förderfähiges Anlagevermögen – kein Fremd- oder Eigenkapital akquirieren muss. In der Realität wird dieser Idealfall praktisch nie erreicht. Daher spielt die EBITDA-Marge im Krankenhaus eine wichtige Rolle.

Basierend auf der typischen Bilanzstruktur eines Krankenhauses lässt sich ermitteln, wie hoch die EBITDA-Marge sein muss, um die Abschreibungen auf eigenfinanziertes Anlagevermögen sowie die Kapitalkosten finanzieren zu können („Mindest-EBITDA-Marge“). Für ein beispielhaftes Krankenhaus⁷ leiten wir in Tabelle 1 und Tabelle 2 die Mindest-EBITDA-Marge ab. Die Rechnungen beziehen sich auf das gesamte Anlage- und Umlaufvermögen, nicht nur auf förderfähiges Anlagevermögen.⁸ Ein Krankenhaus in NRW setzt je Fall im Durchschnitt ein Sachanlagevermögen (SAV) von 2.243 € ein. Daraus ergeben sich die jährlichen Abschreibungen, die reinvestiert werden müssen, damit das Krankenhaus das bestehende SAV erhalten kann („Ist-Ansatz“). Sie belaufen sich auf 280 €, davon sind 103 € aus der Auflösung von Sonderposten.

⁶ Englisch „Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization“.

⁷ Die Zahlen spiegeln ein durchschnittliches Krankenhaus in NRW bzw. Deutschland wider unter Berücksichtigung der länderspezifischen Trägerverteilung.

⁸ Eine Trennung der Bilanzen der Krankenhäuser in förderfähige und andere Bilanzpositionen ist in den Daten nicht möglich.

Tabelle 1: Aktiva und Passiva von beispielhaften Krankenhäusern 2019; in € je Fall

Aktiva in € je Fall	NRW		Deutschland (ohne NRW)		
Anlagevermögen	2.334	66,9%		2.520	68,6%
<i>Immaterielles Anlageverm.</i>	26	0,7%		26	0,7%
<i>Sachanlagevermögen (SAV)</i>	2.243	64,3%	100%	2.429	66,1% 100%
Grundstücke und Bauten	1.893	54,3%	84,4%	2.066	56,2% 85,1%
Technische Anlagen & Masch.	77	2,2%	3,4%	105	2,9% 4,3%
Betriebs- & Gesch.sausstatt.	272	7,8%	12,1%	257	7,0% 10,6%
<i>Finanzanlagen</i>	65	1,9%		65	1,8%
Umlaufvermögen	1.150	33,0%		1.150	31,3%
Rest	5	0,1%		5	0,1%
Bilanzsumme	3.489	100,0%		3.675	100,0%
Abgeschriebenes SAV		54%		51%	

Passiva in € je Fall	NRW		Deutschland (ohne NRW)		
Eigenkapital	1.135	32,5%	3,0%	1.034	28,1% 3,3%
Sonderposten	825	23,6%	0,0%	1.147	31,2% 0,0%
Fremdkapital (Rest)	1.529	43,8%	3,0%	1.494	40,7% 3,0%
Bilanzsumme	3.489			3.675	

Quelle: Krankenhaus Rating Report 2021.

Tabelle 2: GuV und Mindest-EBITDA-Marge von beispielhaften Krankenhäusern 2019, in € je Fall

GuV in € je Fall	NRW		D ohne NRW	
Umsatz	3.827	100%	3.872	100%
Sonstige betriebl. Erlöse	300	7,9%	443	11,4%
Sonstige betriebl. Aufw.	-530	-13,9%	-577	-14,9%
Operative Kosten	-3.339	-87,2%	-3.506	-90,6%
EBITDA	258	6,7%	232	6,0%
Abschreibungen insges.	-280	-7,3%	-283	-7,3%
Abschreib. geförderte Anl	103	2,7%	136	3,5%
Zinsen	-46	-1,2%	-45	-1,2%
Jahresüberschuss v. St.	36	0,9%	40	1,0%
EBITDA mit Fördermittel		9,4%		9,5%

EBITDA ohne Förderm. ⁽¹⁾ / Ges.erlöse	6,3%	5,4%
EBITDA mit Förderm. ⁽¹⁾ / Ges.erlöse ⁽²⁾	8,8%	8,5%

Quelle: Krankenhaus Rating Report 2021. – ⁽¹⁾ „EBITDA mit Förderm.“ enthalten Investitionsfördermittel; in „EBITDA ohne Förderm.“ wurden die Investitionsfördermittel herausgerechnet. – ⁽²⁾ Gesamterlöse = Umsatzerlöse + sonstige betriebliche Erlöse

Die Bilanzsumme für ein nordrhein-westfälisches Krankenhaus beträgt 3.489 € je Fall. Sie setzt sich zu 32,5% aus Eigenkapital, 23,6% aus Sonderposten (Fördermittel) und zu 43,8% aus Fremdkapital⁹ zusammen. Aus dieser Finanzierungsstruktur ergeben sich die Kapitalkosten. Dabei nehmen wir für Fremdkapital einen Zinssatz von 3% und für Eigenkapital ebenfalls eine Rendite von 3% an, weil es in NRW sehr viele gemeinnützige Krankenhäuser gibt. Bei privaten Krankenhäusern liegt die nötige Eigenkapitalrendite höher, um am Kapitalmarkt Eigenkapital erhalten zu können¹⁰. Die Sonderposten müssen nicht vergütet werden, weil sie vom Land als Fördermittel kostenlos zur Verfügung gestellt werden. Folglich fallen für ein typisches Krankenhaus in NRW für die Finanzierung des Eigenkapitals 36 € und des Fremdkapitals 46 € je Fall und Jahr an.

Damit ergibt sich für das beispielhafte Krankenhaus in NRW eine Mindest-EBITDA-Marge von 9,4% des Umsatzes bzw. 8,8% der Gesamterlöse. Diese Marge beinhaltet auch Fördermittel. Sie unterscheidet sich in NRW nur geringfügig vom Wert für das beispielhafte Krankenhaus außerhalb NRW (8,5% der Gesamterlöse). Vor allem aufgrund der anderen Finanzierungsstruktur in NRW – gekennzeichnet durch einen deutlich niedrigeren Anteil an Sonderposten – liegen die

⁹ Wir subsumieren alle anderen Positionen jenseits des Eigenkapitals und der Sonderposten unter Fremdkapital.

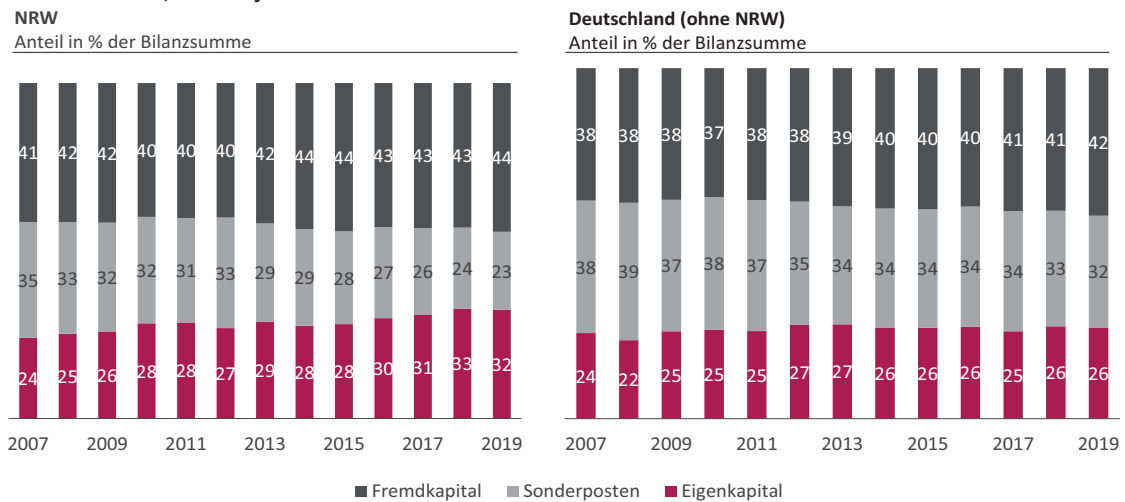
¹⁰ Für die erwartete Eigenkapitalverzinsung werden 1% für öffentliche Träger, 3% für freigemeinnützige Träger und 8% für private Träger angenommen. Der bundeslandtypische Wert variiert basierend auf der Trägerverteilung im Bundesland.

Mindest-EBITDA-Margen nach Abzug der Fördermittel in NRW höher (6,3%) als in Deutschland (ohne NRW) (5,4%).

Schaubild 3 stellt die durchschnittliche Kapitalstruktur für NRW und Deutschland (ohne NRW) über die Zeit dar. Es lässt sich deutlich erkennen, wie in NRW der Anteil der Sonderposten in den vergangenen Jahren gesunken ist. Im Gegenzug ist die Eigenkapitalquote stark und die Fremdkapitalquote schwach gestiegen. In Deutschland (ohne NRW) ist ebenfalls der Trend eines sinkenden Anteils an Sonderposten zu beobachten. Allerdings liegt er im Jahr 2019 mit 32% deutlich höher als in NRW (23%).

Schaubild 3: Durchschnittliche Kapitalstruktur der Krankenhäuser

2007 bis 2019; Anteil je %

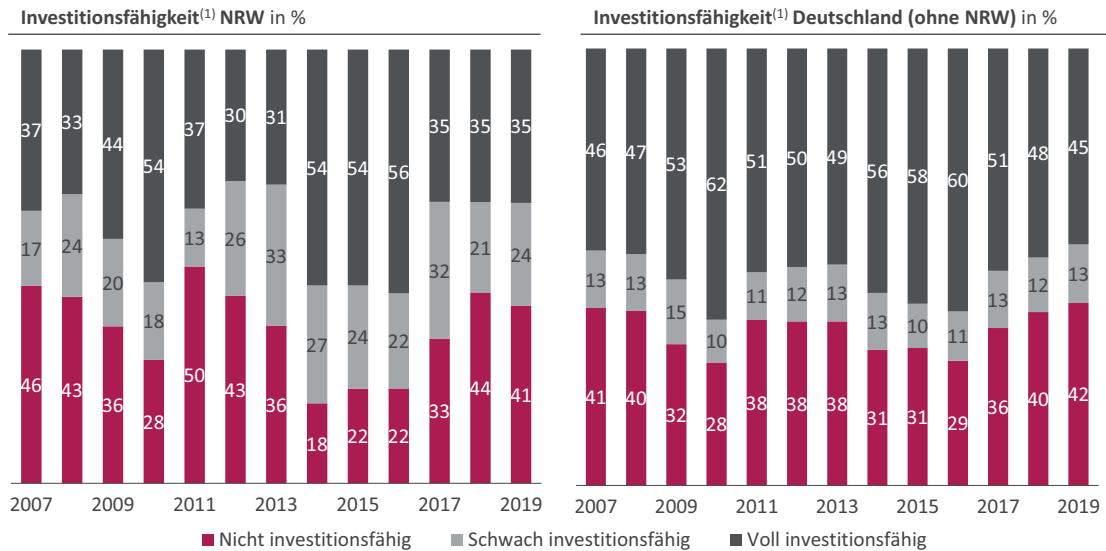


Quelle: Krankenhaus Rating Report 2021. – Anmerkung: Fremdkapital ist definiert als Bilanzsumme abzüglich Eigenkapital und Sonderposten; Berechnung über das fusionierte Krankenhaus. Die Stichprobengröße variiert zwischen 201 und 243 Beobachtungen für NRW bzw. 810 und 979 Beobachtungen für Deutschland.

Wenn ein Krankenhaus keine ausreichend hohe EBITDA-Marge erzielt, ist es nicht investitionsfähig und kann sein Anlagevermögen auf die Dauer nicht halten. Wir bezeichnen ein Krankenhaus im Folgenden als „voll investitionsfähig“, wenn seine EBITDA-Marge größer ist als die auf seiner vorliegenden Bilanzstruktur errechnete individuelle Mindest-EBITDA-Marge. Wir sprechen von „schwach investitionsfähig“, wenn es eine auf leicht niedrigeren Abschreibungsraten und Zinssätzen beruhende Marge erreicht. Krankenhäuser mit einer EBITDA-Marge unterhalb dieser abgeschwächten Marge sind „nicht investitionsfähig“. Wir weisen darauf hin, dass die so gemessene Investitionsfähigkeit nur beurteilt, ob ein Krankenhaus in der Lage ist, den Status quo zu halten, nicht jedoch, ob es auch einen möglicherweise bestehenden investiven Nachholbedarf finanzieren kann.

Der Anteil der voll investitionsfähigen Häuser nimmt gemäß dieser Definition in NRW seit 2017 deutlich ab (Schaubild 4). Ein ähnlicher Trend zeigt sich für Deutschland (ohne NRW). Die Zahl der nicht investitionsfähigen Häuser liegt in NRW mit 41% im Jahr 2019 ähnlich hoch wie in Deutschland (ohne NRW) mit 42%. Allerdings ist der Anteil der schwach investitionsfähigen Häuser mit 24% (13% in Deutschland (ohne NRW)) höher und nur 35% der Häuser gelten als voll investitionsfähig (45% in Deutschland (ohne NRW)).

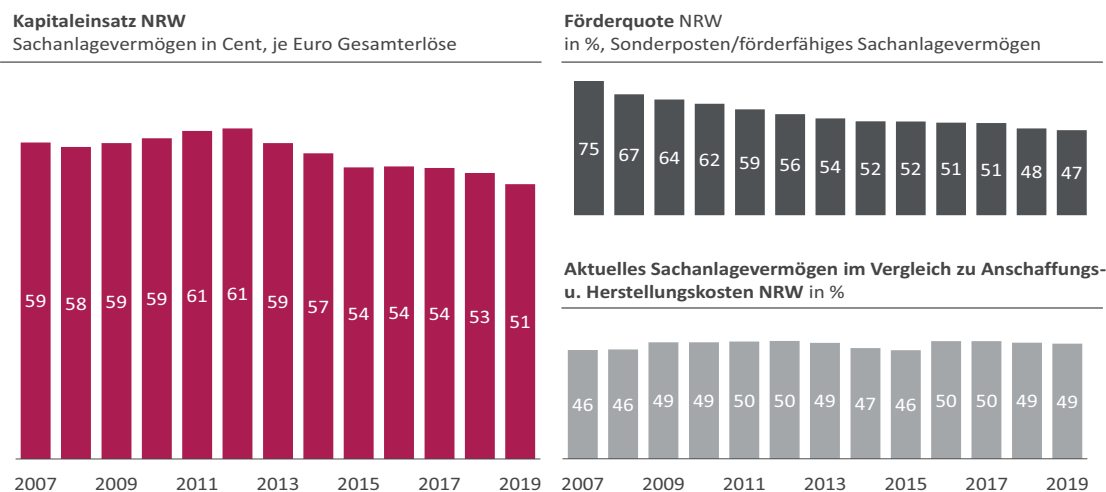
Schaubild 4: Investitionsfähigkeit
2007 bis 2019; Anteil in %



Quelle: Krankenhaus Rating Report 2021. – Anmerkung: ⁽¹⁾ Voll investitionsfähig bei Erreichen der Mindest-EBITDA-Marge, schwach investitionsfähig bei Erreichen der abgeschwächten Mindest-EBITDA-Marge. Mindest-EBITDA wird individuell für jedes Krankenhaus berechnet. Die Stichprobengröße variiert zwischen 201 und 243 Beobachtungen für NRW bzw. 810 und 979 Beobachtungen für Deutschland.

Schaubild 5 zeigt ein deutliches Absinken des Kapitaleinsatzes im Verhältnis zu den Erlösen in NRW. Bis 2013 blieb das Sachanlagevermögen je Euro Gesamterlöse weitestgehend stabil bei etwa 60 Cent Sachanlagevermögen je Euro Erlöse. Seitdem sinkt es sukzessive. Im Jahr 2019 lag es nur noch bei 51 Cent je Euro Erlöse. Ein noch stärkerer Rückgang ist bei der Förderquote zu beobachten. Sie misst den Anteil des förderfähigen Sachanlagevermögens, der über Sonderposten gedeckt ist. Er sank von 75% im Jahr 2007 auf nur noch 47% im Jahr 2019. Das in der Bilanz verbuchte Sachanlagevermögen im Vergleich zu seinen Anschaffungs- und Herstellungskosten blieb weitgehend unverändert über die Zeit bei knapp 50%, weil sich die Abschreibungsraten über die Zeit kaum ändern.

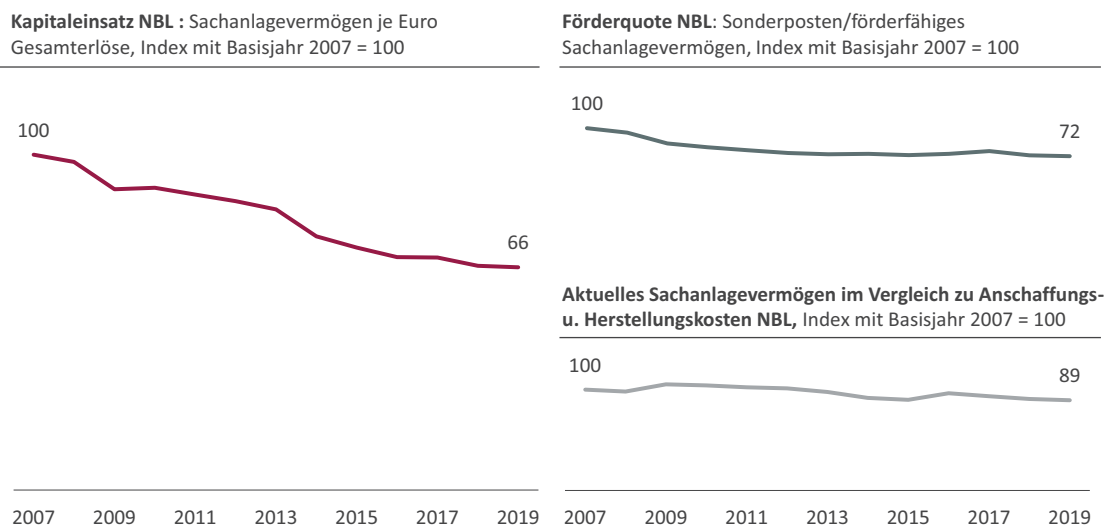
Schaubild 5: Kapitaleinsatz und Förderquoten im Zeitverlauf für NRW
2007 bis 2019



Quelle: Krankenhaus Rating Report 2021. – Anmerkung: Berechnung über das fusionierte Krankenhaus. Die Stichprobengröße variiert zwischen 172 und 229 Beobachtungen.

Auch in den Neuen Bundesländern hat der Kapitaleinsatz stark abgenommen (Schaubild 6). Das Sachanlagevermögen je Euro Erlöse fiel von 105 Cent im Jahr 2007 auf nur noch 70 Cent im Jahr 2019. Im gleichen Zeitraum sank die Förderquote von 89% auf 64%. Im Investitionsbarometer NRW 2016 (Datenjahr 2014) wurden die Neuen Bundesländer im Jahr 2013 in Bezug auf den investiven Zustand als vorbildlich beschrieben und daher als Benchmark herangezogen. Inzwischen sind die Investitionsfördermittel in den Neuen Bundesländern und mithin die Investitionstätigkeit stark gesunken, sodass die aktuellen Werte nicht mehr als vorbildlich gewertet werden können. Wir belassen daher die im Investitionsbarometer NRW 2016 verwendete Benchmark in dem vorliegenden Investitionsbarometer NRW unverändert bei 91 Cent je einem Euro Gesamterlös.

Schaubild 6: Kapitaleinsatz und Förderquoten im Zeitverlauf für die Neuen Bundesländer 2007 bis 2019



Quelle: Krankenhaus Rating Report 2021. Anmerkung: NBL ohne Berlin. Berechnung über das fusionierte Krankenhaus. Die Stichprobengröße variiert zwischen 77 und 155 Beobachtungen.

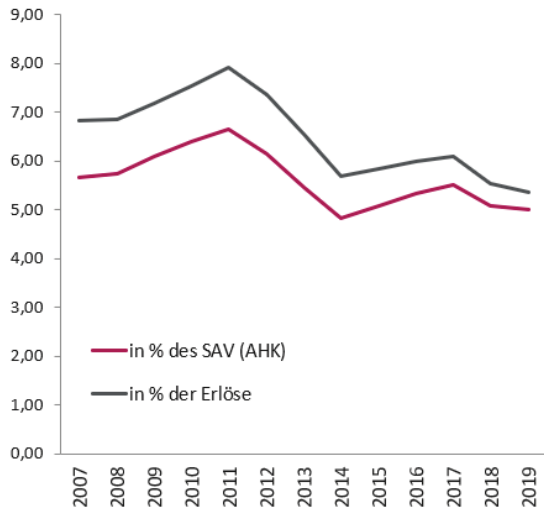
Im Einklang mit den vorherig beschriebenen Veränderungen ist auch die Investitionsquote in NRW, gemessen als gleitender Drei-Jahres-Durchschnitt der Investitionen in das Sachanlagevermögen, seit 2011 rückläufig (Schaubild 7). Ihren Tiefpunkt erreichte sie 2014. Bis 2017 stieg sie leicht an, um danach wieder zu fallen. Ein ähnlicher Trend zeigt sich auch für Deutschland (ohne NRW). Aufgrund der größeren Zahl an Jahresabschlüssen für Deutschland (ohne NRW) zeigen sich in der Grafik weniger Sprünge.¹¹ Im Jahr 2019 werden die (förderfähigen) Investitionen in NRW auf 4,7% des (förderfähigen) Sachanlagevermögens zu Anschaffungs- und Herstellungskosten (AHK) bzw. auf 5,0% der Erlöse in NRW geschätzt. In Deutschland (ohne NRW) sind es 5,2% bzw. 6,5%¹².

¹¹ Da Investitionen auf der Krankenhausebene über die Zeit sehr große Sprünge aufweisen können, zum Beispiel während der Erstellung eines Neubaus, kommt es bei kleineren Stichproben eher zu sprunghaften Veränderungen als bei größeren. Dies ist der Grund, weshalb wir einen Drei-Jahresdurchschnitt verwenden, der Sprünge etwas glättet. Wir weisen außerdem darauf hin, dass uns nicht das exakte Investitionsvolumen vorliegt, sondern dass wir es über die Veränderungen des Sachanlagevermögens und der Abschreibungen ableiten.

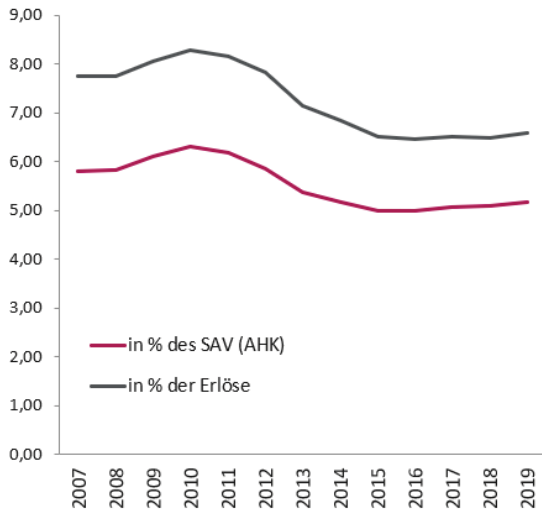
¹² Die Werte für das Jahr 2019 stellen einen gleitenden Durchschnitt der Jahre 2018 und 2019 dar.

Schaubild 7: Investitionstätigkeit im Zeitverlauf
2007 bis 2019

Geschätzte Investitionen ins förderfähige Sachanlagevermögen in NRW in %, gleitender Mittelwert⁽¹⁾



Geschätzte Investitionen ins förderfähige Sachanlagevermögen in D (ohne NRW) in %, gleitender Mittelwert⁽¹⁾

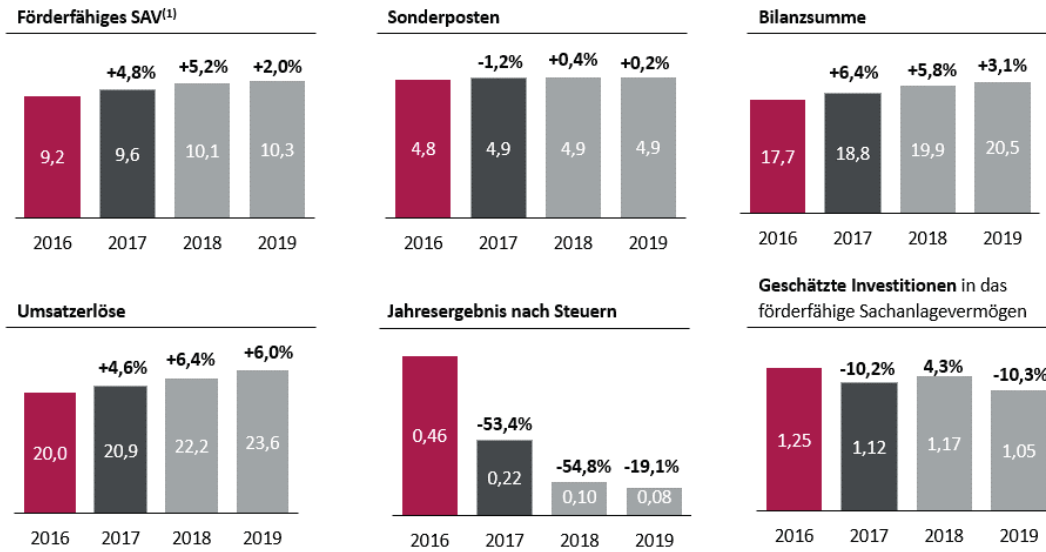


Quelle: Krankenhaus Rating Report 2021. – ⁽¹⁾ Gleitender 3-Jahres-Mittelwert - Berechnung über das fusionierte KH. Alle KH mit Investitionen > 100% Anlagevermögen nicht in Analyse einbezogen, um Wachstum aus Zukäufen auszuschließen; KH der fünf großen privaten Ketten wurden aufgrund fehlender Daten nicht in die Analyse einbezogen. Die Stichprobengröße variiert zwischen 168 und 207 Beobachtungen (NRW) bzw. zwischen 389 und 509 Beobachtungen (Deutschland); relevanter Bilanzposten hier: Zugänge ins SAV.

Schaubild 8 zeigt einen Anstieg des förderfähigen Sachanlagevermögens zwischen 2016 und 2019 von insgesamt 12,5%¹³. Zuletzt schwächte sich der Anstieg 2019 ab, was eine Folge der sinkenden (förderfähigen) Investitionen in das Sachanlagevermögen sein kann. Die relativ konstant gebliebenen Sonderposten weisen darauf hin, dass der Aufbau des SAV größtenteils eigen- oder kreditfinanziert erfolgte. Aus der Veränderung des Jahresergebnisses nach Steuern wird zudem ersichtlich, dass die Krankenhäuser immer weniger in der Lage sind, die Finanzierung von Investitionen aus Eigenmitteln zu stemmen. Das Jahresergebnis sank von 2016 bis 2019 um insgesamt 83%. Diese Entwicklung wird durch die sinkenden Investitionen in das förderfähige Sachanlagevermögen untermauert.

¹³ Die in den Bilanzen angesetzten Abschreibungsraten der Krankenhäuser liegen im Schnitt unter den von Experten angesetzten Abschreibungsraten, insbesondere bei freigemeinnützigen Krankenhäusern.

Schaubild 8: Veränderung ausgewählter Bilanzpositionen
2016-2019, in Mrd. €



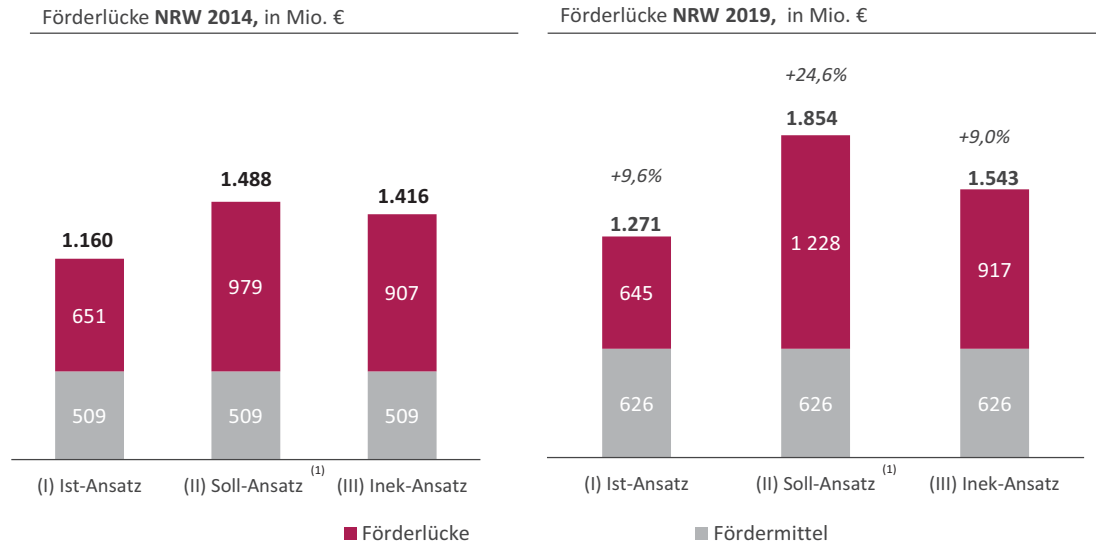
Quelle: Krankenhaus Rating Report 2021. – ⁽¹⁾ Das SAV kann steigen, obwohl die Investitionen sinken, wenn sie dennoch die Abschreibungen übersteigen. Anmerkung: Basiert nur auf KH, für die Daten für alle 4 Jahre vorliegen (160 Beobachtungen); Die fünf großen privaten Ketten nicht einbezogen, förderfähiges SAV = 81% des gesamten SAV

3.3. Investitionsbedarf und Förderlücke

Schaubild 9 zeigt die Ergebnisse zum Investitionsbedarf in NRW für das Jahr 2019. Im „Ist-Ansatz“ beläuft er sich auf 1,27 Mrd. € p.a. Diese Investitionen wären nötig, um das förderfähige Sachanlagevermögen erhalten zu können. Knapp die Hälfte davon stellt das Land als Fördermittel zur Verfügung. Damit beläuft sich die jährliche Förderlücke auf 645 Mio. €. Im Jahr 2014 (Investitionsbarometer NRW 2016) lag der Investitionsbedarf im Ist-Ansatz bei 1,16 Mrd. €. Die Änderung zwischen 2014 und 2019 fällt gering aus, weil sich das vorhandene Sachanlagevermögen nur wenig verändert hat. Die unzureichende Investitionstätigkeit der Vergangenheit wird bei diesem Ansatz fortgeschrieben.

Dagegen steht der „Soll-Ansatz“, dem auf Basis der oben erwähnten Benchmark ein Soll-SAV zu Grunde liegt. Damit ergibt sich ein jährlicher Investitionsbedarf von 1,85 Mrd. €. Im Vergleich zu 2014 liegt er deutlich höher, weil er sich auch an der Veränderung der Krankenhauserlöse orientiert. Die Förderlücke beträgt 1,23 Mrd. €. Im „InEK-Ansatz“ auf Basis der Bezugsgröße des InEK bei der Kalkulation der Investitionsbewertungsrelationen ergibt sich ein jährlicher Investitionsbedarf von 1,54 Mrd. €. Auch dieser Wert liegt höher als im Jahr 2014, weil die höheren Fallzahlen des Jahres 2019 gegenüber 2014 und außerdem die vom InEK preisbedingt fortgeschriebenen Investitionsbewertungsrelationen in die Berechnung eingehen. Die Förderlücke liegt in diesem Ansatz bei 917 Mio. €.

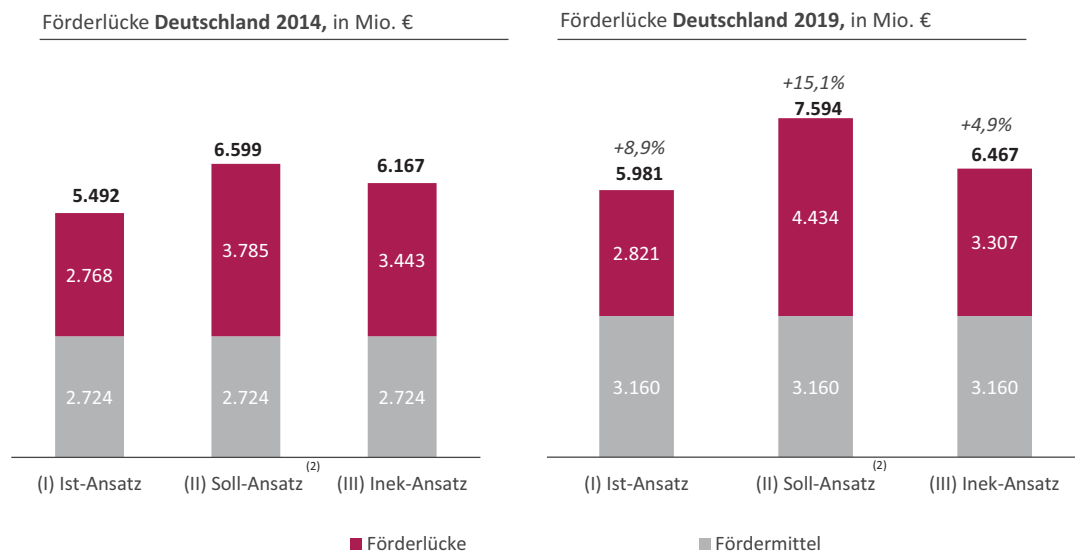
Schaubild 9: Förderlücke NRW
2014 und 2019, in Mio. €



Quelle: Krankenhaus Rating Report 2021, Investitionsbarometer NRW 2016. – ⁽¹⁾ Benchmark = ostdeutsche KH 2013. - Anmerkung: Ohne Universitätskliniken

Schaubild 10 zeigt die entsprechenden Ergebnisse für ganz Deutschland. Der Investitionsbedarf liegt hier zwischen rund 6,0 und 7,6 Mrd. €, was zu einer Förderlücke zwischen 2,8 Mrd. € und 4,4 Mrd. € führt.

Schaubild 10: Förderlücke Deutschland
2014 und 2019, in Mio. €

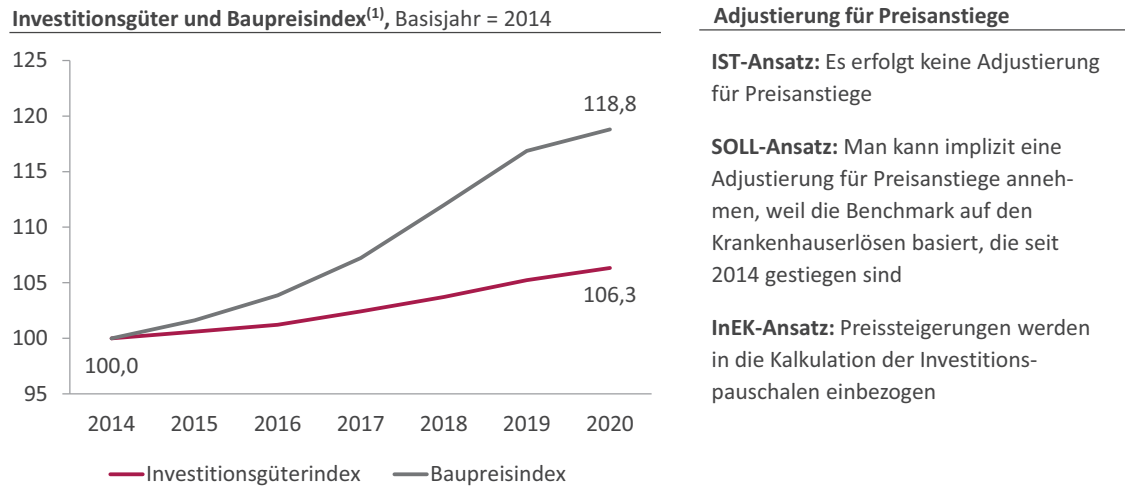


Quelle: Krankenhaus Rating Report 2021. – ⁽¹⁾ Benchmark = ostdeutsche KH 2013. - Anmerkung: Ohne Universitätskliniken

Das Sachanlagevermögen der Krankenhäuser wird in den Anlagespiegeln jeweils zu den Einkaufspreisen im Jahr seines Erwerbs bewertet. Die Deckung des Investitionsbedarfs durch die Neuanschaffung von Sachanlagegütern kann jedoch nur zu Neupreisen erfolgen. Wie Schaubild 11 zeigt, sind die Baupreise stark gestiegen. Im Vergleich zu 2014 lagen sie 2020 um 19%

höher. Bei den sonstigen Investitionsgütern lagen sie um 6% höher. Damit werden der Investitionsbedarf und die Förderlücke tendenziell unterschätzt. Der Landesbasisfallwert in NRW stieg im gleichen Zeitraum um 13,5%. Letzterer ist in die Berechnung des Investitionsbedarfs nach dem Soll-Ansatz basierend auf dem Benchmark implizit eingeflossen.¹⁴

Schaubild 11: Entwicklung des Bau- und Investitionsgüterindex 2014 bis 2020



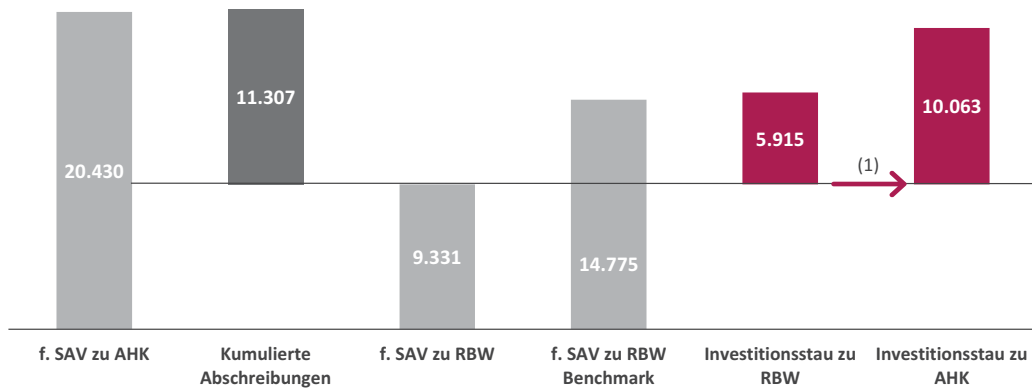
Quelle: Statistisches Bundesamt (2021) – ⁽¹⁾ Preisindex für gewerbliche Betriebsgebäude (Nichtwohngebäude).

3.4. Investitionsstau

Beim jährlichen Investitionsbedarf wird davon abstrahiert, dass bereits in der Vergangenheit Investitionen in nicht ausreichendem Umfang getätigt wurden und sich somit ein Investitionsstau aufgebaut hat. Auf Basis der Jahresabschlüsse ostdeutscher Krankenhäuser aus dem Jahr 2013 (Benchmark) leiten wir den förderfähigen Investitionsstau der Krankenhäuser ab (Schaubild 12:). Im Jahr 2014 lag er in NRW bei 5,9 Mrd. € zu Restbuchwerten (RBW) und bei 10,1 Mrd. € zu Anschaffungs- und Herstellungskosten (AHK). Schaubild 13: zeigt den förderfähigen Investitionsstau für NRW im Jahr 2019. Er ist inzwischen auf 8,1 Mrd. € zu RBW und auf 13,8 Mrd. € zu AHK angewachsen. Schaubild 14: stellt die Ergebnisse außerdem für Deutschland dar. Hier ergibt sich für das Jahr 2019 ein förderfähiger Investitionsstau von 26 Mrd. € (RBW) bzw. 44 Mrd. € (AHK).

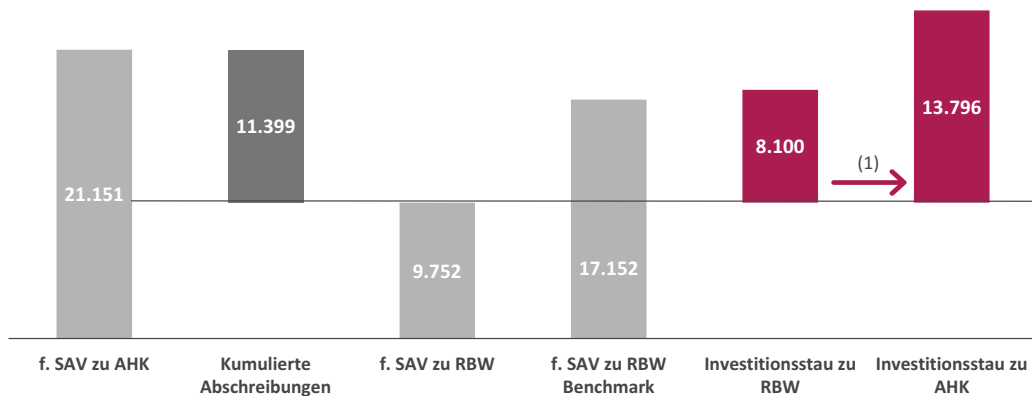
¹⁴ Tatsächlich beinhaltet das in der Bilanz ausgewiesene Sachanlagevermögen im Jahr 2014 größtenteils Sachanlagen, die vor 2014 erworben wurden, als das Preisniveau noch niedriger als 2014 war. Die hier vorgenommene Hochrechnung auf das Preisniveau von 2019 bedeutet daher, dass ältere Sachanlagen auch weiterhin älter bleiben, d.h. nach der Hochrechnung auf 2019 damit als „vor 2019 erworben“ eingestuft werden müssen. Mangels Daten über den Zeitpunkt des Erwerbs der einzelnen Sachanlagen kann diese Besonderheit nicht berücksichtigt werden. Es folgt daraus, dass der Investitionsbedarf sowohl im Ist- als auch im Soll-Ansatz grundsätzlich unterschätzt wird, weil der Preiseffekt nur unvollständig bereinigt werden kann.

Schaubild 12: Förderfähiger Investitionsstau NRW 2014
in Mio. €



Quelle: Investitionsbarometer NRW 2016. – ⁽¹⁾ Hochrechnung auf AHK über den Abnutzungsgrad des Anlagevermögens. Anmerkung: f. SAV = förderfähiges Sachanlagevermögen, AHK = Anschaffungs- und Herstellungskosten, RBW = Restbuchwerte; Investitionsstau > Differenz aus SAV zu RBW Benchmark und SAV zu RBW, weil für einige wenige KH rechnerisch ein „negativer“ Stau vorliegt, der bei 0 gekappt wird; Basis ist das nicht-balanced Panel

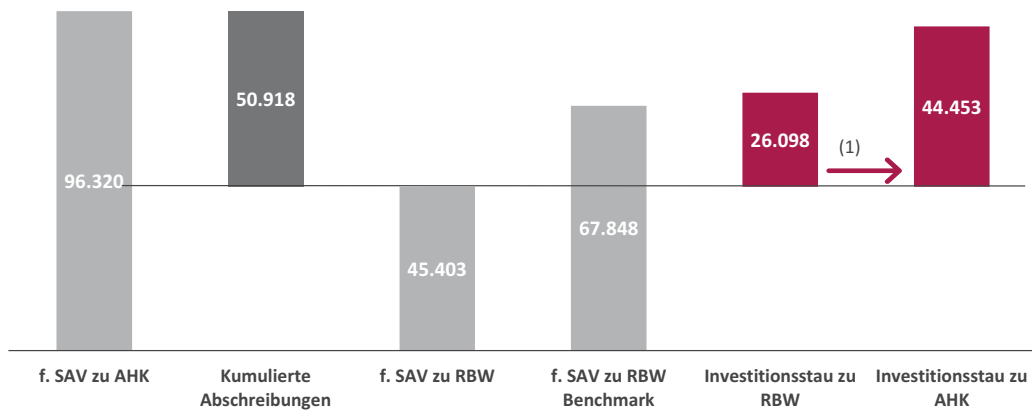
Schaubild 13: Förderfähiger Investitionsstau NRW 2019
in Mio. €



Quelle: Krankenhaus Rating Report 2021. – ⁽¹⁾ Hochrechnung auf AHK über den Abnutzungsgrad des Anlagevermögens. Anmerkung: f. SAV = förderfähiges Sachanlagevermögen, AHK = Anschaffungs- und Herstellungskosten, RBW = Restbuchwerte; Investitionsstau > Differenz aus SAV zu RBW Benchmark und SAV zu RBW, weil für einige wenige KH in rechnerisch ein „negativer“ Stau vorliegt, der bei 0 gekappt wird; Basis ist das nicht-balanced Panel

Schaubild 14: Förderfähiger Investitionsstau Deutschland 2019

in Mio. €

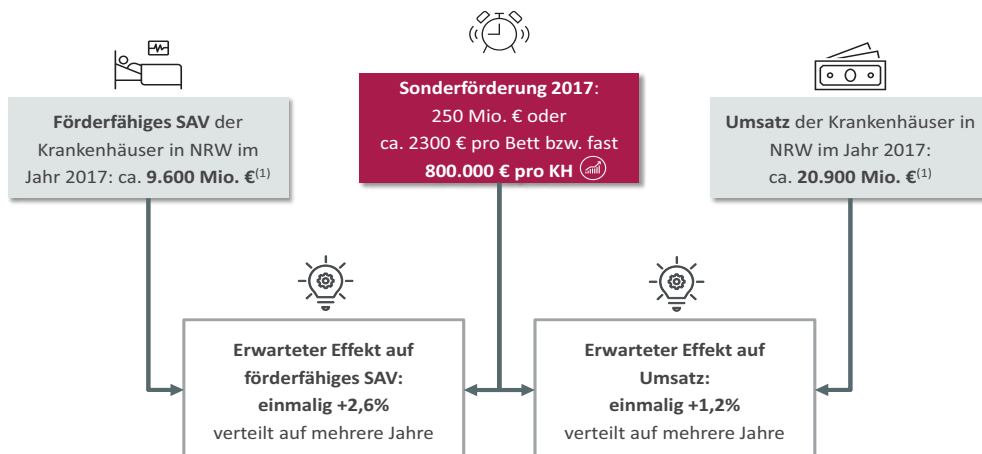


Quelle: Krankenhaus Rating Report 2021. – ⁽¹⁾ Hochrechnung auf AHK über den Abnutzungsgrad des Anlagevermögens. Anmerkung: f. SAV = förderfähiges Sachanlagevermögen, AHK = Anschaffungs- und Herstellungskosten, RBW = Restbuchwerte; Investitionsstau > Differenz aus SAV zu RBW Benchmark und SAV zu RBW, weil für einige wenige KH rechnerisch ein „negativer“ Stau vorliegt, der bei 0 gekappt wird; Basis ist das nicht-balanced Panel.

3.5. Zusätzliche Investitionsförderung in NRW seit 2017

Im Jahr 2017 gewährte das Land NRW einmalig eine Sonderförderung von 250 Mio. €. Dies sind etwa 2.300 € pro Bett bzw. fast 800.000 € pro Krankenhaus (Schaubild 15). Bei einem geschätzten Sachanlagevermögen aller Plankrankenhäuser in NRW im Jahr 2017 von ca. 9,6 Mrd. € entspricht die Sonderförderung einem einmaligen zusätzlichen förderfähigen Sachanlagevermögen von 2,6% bzw. 1,2% des Umsatzes, verteilt auf mehrere Jahre aller Plankrankenhäuser 2017 in NRW (20,9 Mrd. €). Würde der Betrag von 250 Mio. € jedes Jahr zur Verfügung gestellt, könnte damit bei einer durchschnittlichen Abschreibungsrate von 5,65% nach rund 18 Jahren¹⁵ ein um 46% höheres Sachanlagevermögen (4,4 Mrd. €) aufgebaut werden (Schaubild 16).

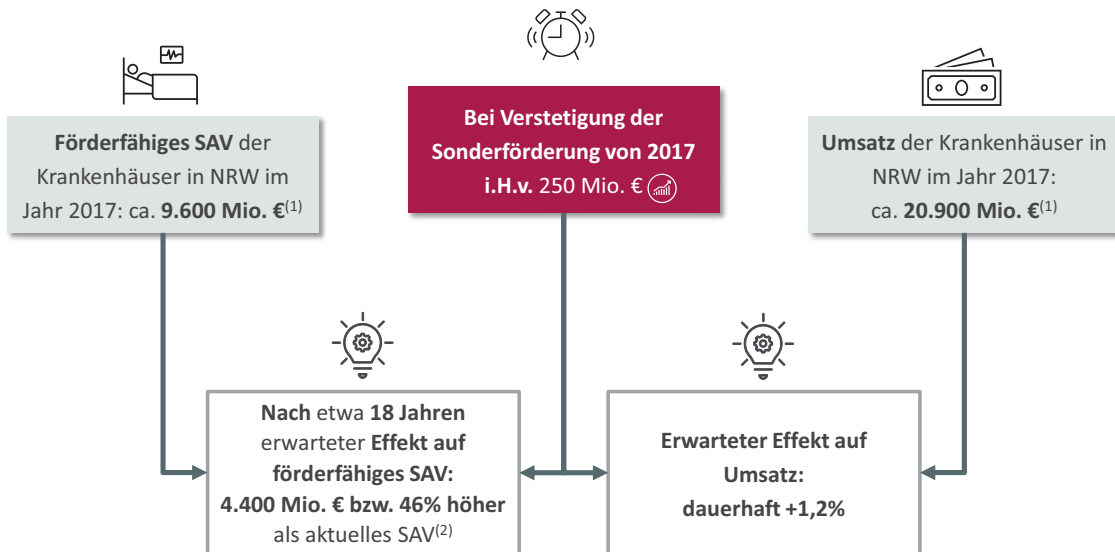
Schaubild 15: Sonderförderung in NRW im Jahr 2017



Quelle: Krankenhaus Rating Report 2021. – ⁽¹⁾ Hochrechnung auf Basis der vorliegenden Stichprobe von 165 Krankenhäusern nach Umsatz auf Gesamt-NRW.

¹⁵ Die Abschreibungsrate von 5,65% entspricht einer Abschreibungsdauer von 17,7 Jahren.



Schaubild 16: Effekt bei einer Verstetigung der Sonderförderung



Quelle: Krankenhaus Rating Report 2021. (1) Hochrechnung auf Basis der vorliegenden Stichprobe von 165 Krankenhäusern nach Umsatz auf Gesamt-NRW. (2) Es wird von einer durchschnittlichen Abschreibung des Sachanlagevermögens von 5,65% p.a. ausgegangen, sodass die +250 Mio. € p.a. sich über rund 18 Jahre aufbauen können, bis danach der Zuwachs an Fördermitteln etwa der Abschreibung entspricht.

Im Zuge der Corona-Pandemie haben der Bund bzw. das Land NRW – zum Teil auch gemeinsam – zusätzliche Investitionsmittel über verschiedene (Konjunktur-)Programme bereitgestellt, u.a. über den Krankenhauszukunfts fonds (KHZF) sowie das NRW-Programm (Schaubild 17). Diese reichen jedoch aufgrund ihrer – zeitlich begrenzten – Programmeigenschaften und -inhalte nicht aus, um die strukturell bestehende jährliche Förderlücke nachhaltig schließen und den bestehenden Investitionstau abzubauen zu können.

Schaubild 17: Weitere Investitionsmittel

Förderlücke NRW 2019 917 Mio. € (InEk-Ansatz) 1.228 Mio. € (Soll-Ansatz) 645 Mio. € (Ist-Ansatz)		Investitionstau NRW 2019 Förderfähiger Stau zu AHK: 13.796 Mio. € Kumulierter förderfähiger Stau zu AHK: 44.453 Mio. €
 Bereitstellung ¹	 Zweck	 Summe für NRW
Bund Land NRW	Moderne Notfallkapazitäten und bessere digitale Infrastruktur (KHZF)	Rund 900 Mio. € , davon etwa 630 Mio. € vom Bund u. 270 Mio. € vom Land NRW (2021-2023)
Land NRW	Langzeitbeatmungsgeräte	50.000 € pro Gerät Insg. 106 Mio. € (2020)
Bund	Intensivbetten	50.000 € pro Bett Insg. 110,95 Mio. € (2020)
Land NRW	Modernisierung (NRW-Programm)	750 Mio. € (2020-2022) 192 Mio. € (2021-2024)
Bund/Land NRW	Krankenhausstrukturfonds II	Rund 800 Mio. € , davon rund 420 Mio. € vom Bund (2019-2024)

Quelle: RWI / hcb; KGNW; MAGS NRW; Bundesamt für Soziale Sicherung 2020; vdek 2021; Ärzteblatt 14. August 2020: „Coronakrise: Länder unterstützen Krankenhäuser unterschiedlich“. – ⁽¹⁾ Ausgleichszahlungen für Corona-bedingte Erlösrückgänge werden nicht aufgeführt, weil sie nicht Investitionszwecken dienen.

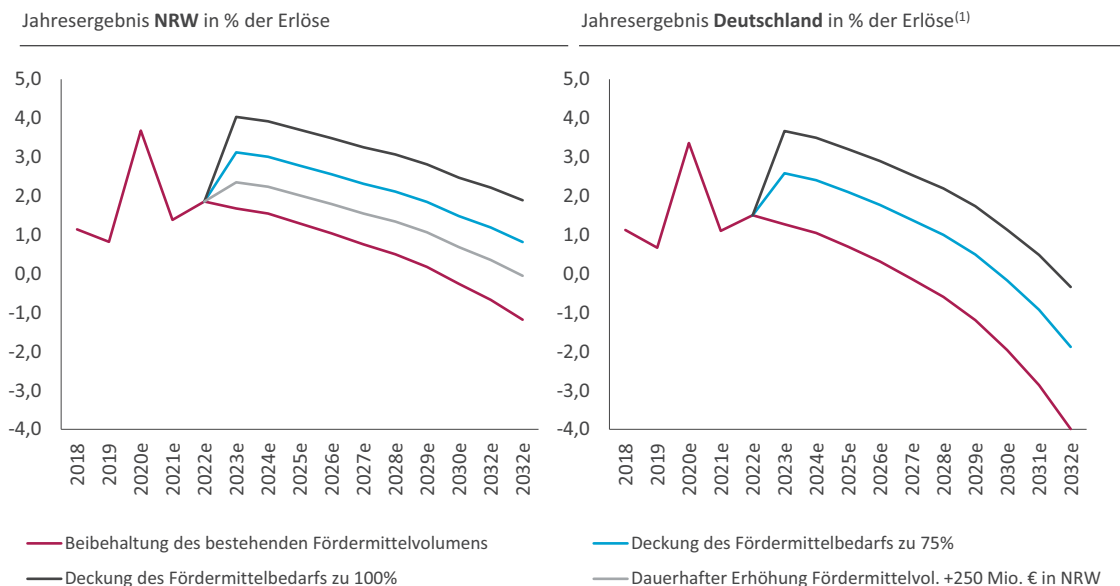
4. Ausblick

Um einen Eindruck darüber zu bekommen, welchen Effekt eine Verkleinerung oder Schließung der Förderlücke auf die Krankenhäuser in NRW haben könnte, erstellen wir auf Grundlage verschiedener Szenarien Hochrechnungen bis zum Jahr 2032. Dabei verwenden wir die bestehenden Hochrechnungen des Krankenhaus Rating Report 2021 und ergänzen sie um weitere Aspekte. Eine besondere Schwierigkeit bilden die erheblichen Folgen der COVID19-Pandemie auf die Leistungsmenge der Krankenhäuser. Zum Zeitpunkt der Erstellung des vorliegenden Investitionsbarometers NRW liegen noch keine verlässlichen Aussagen darüber vor, ob es nach dem Ende der Pandemie zu einer Rückkehr zur Leistungsmenge aus dem Jahr 2019 kommen wird. Im Krankenhaus Rating Report 2021 unterscheiden wir daher zwei Szenarien: „Rückkehr zur früheren Leistungsmenge“ und „Beibehaltung des niedrigen Niveaus aus 2021“.

Für die Hochrechnung in diesem Investitionsbarometer NRW wählen wir das für Krankenhäuser ab 2022 realistischere Szenario „Rückkehr zur früheren Leistungsmenge“. Allerdings unterstellt dieses Szenario künftig ein deutlich geringeres Wachstum der stationären Fallzahlen als in den 2010er Jahren. Für das Jahr 2020 gehen wir – angelehnt an den Krankenhaus Rating Report 2021 – von einer vorübergehenden Verbesserung der durchschnittlichen wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser aus. Grund dafür sind unterschiedliche Unterstützungsmaßnahmen im Zuge der COVID19-Pandemie. Im Jahr 2021 kommt es wieder zu einer Verschlechterung. In diesem Szenario wird das bestehende niedrige Fördermittelvolumen beibehalten. Schaubild 18 stellt das erwartete durchschnittliche Jahresergebnis nach Steuern bis 2032 dar. Es kommt in dem Szenario zu einer kontinuierlichen Verschlechterung, sodass das durchschnittliche Jahresergebnis gegen Ende dieses Jahrzehnts negativ wird. Hauptgrund dafür sind in diesem Szenario aufgrund des zu erwartenden zunehmenden Fachkräftemangels überproportional steigende Personalkosten. Demgegenüber fehlen, mangels ausreichender Steigerung der Leistungszahlen, ökonomische Skaleneffekte, um das Kostenwachstum auffangen zu können.

Schaubild 18: Projektion des Jahresergebnisses nach Steuern

in % der Gesamterlöse 2018 bis 2032



Quelle: Krankenhaus Rating Report 2021. – Anmerkung: Abweichungen zum KRR21 sind in der aktualisierten Datenbasis begründet. Stichprobengröße beträgt 962 Beobachtungen für Deutschland bzw. 215 Beobachtungen für NRW.

In einem zweiten Szenario unterstellen wir, dass das Land NRW ab 2023 seinem investiven Auftrag vollständig nachkommt und förderfähige Neu-Investitionen zu 100% über Fördermittel finanziert. Die Situation der Häuser würde sich dadurch verbessern. Das prognostizierte durchschnittliche Jahresergebnis im Jahr 2032 würde dann statt bei -1,2% bei +1,9% liegen. Trotz der unterstellten Vollfinanzierung der förderfähigen Investitionen ist ein positives Jahresergebnis wichtig. Erstens ist neben dem Anlagevermögen auch das Umlaufvermögen mit Eigen- und Fremdkapital sowie das nicht-förderfähige Anlagevermögen zu finanzieren. Dafür 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. Und drittens bliebe den Krankenhäusern ein Spielraum, um den bestehenden Investitionsstau sukzessive abzutragen.

Im dritten Szenario nehmen wir an, dass die Fördermittel ab 2023 zu 75% den jährlichen förderfähigen Investitionsbedarf decken. Dies hätte eine Verbesserung des Jahresergebnisses auf 0,8% im Jahr 2032 zur Folge. Schließlich werden im vierten Szenario die Auswirkungen einer dauerhaften Verstetigung der Sonderförderung aus dem Jahr 2017 in Höhe von 250 Mio. € ab 2023 betrachtet. In der Folge läge das Jahrergebnis 2032 bei -0,1%.

Literatur

Augurzky, B., S. Krolop, A. Pilny, C. M. Schmidt und C. Wuckel, (2021). Krankenhaus Rating Report 2021: Mit Wucht in die Zukunft katapultiert. Heidelberg, medhochzwei.

DKG (2019). Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern. Stand Dezember 2019. Berlin, - Deutsche Krankenhausgesellschaft.

RWI (2016). Investitionsbarometer NRW: Forschungsprojekt im Auftrag der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen. RWI Projektberichte. Essen, - Leibniz Institut für Wirtschaftsforschung.

Statistisches Bundesamt (2019). Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland 2017. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2021). Grunddaten der Krankenhäuser 2019: Fachserie 12 Gesundheitswesen, Reihe 6.1.1. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2021). Preise - Preise und Preisindizes für gewerbliche Produkte (Erzeugerpreise). Fachserie 17 Reihe 2. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2021). Preisindizes für die Bauwirtschaft. Mai 2021: Fachserie 17 Reihe 4/5. Wiesbaden.



Das RWI wird vom Bund und vom Land
Nordrhein-Westfalen gefördert.

