

Positionspapier

Investitionsfinanzierung im Krankenhaus fit machen für das 21. Jahrhundert: Leistungsgruppen brauchen nachhaltige Finanzierung für leistungsfähige medizinische Versorgung

September 2026

Ausgangslage

Die Finanzierung der Krankenhäuser in Deutschland befindet sich seit Jahren in einer strukturellen Schieflage. Eine Ursache liegt in der unzureichenden Investitionsfinanzierung, für die gemäß der dualen Krankenhausfinanzierung die Bundesländer zuständig sind. Nach aktuellen Berechnungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) lag der bestandserhaltende Investitionsbedarf der Krankenhäuser im Jahr 2023 bei 6,52 Milliarden Euro. Dem standen lediglich 3,89 Milliarden Euro an tatsächlichen KHG-Fördermitteln der Länder gegenüber. Damit ergibt sich eine Finanzierungslücke von mehr als 2,64 Milliarden Euro, somit blieben rund 41 Prozent des notwendigen Investitionsbedarfs ungedeckt. Das hat unter anderem zu Fallzahlsteigerungen geführt, da Krankenhäuser in Teilen versuchen, Defizite über die Abrechnung der Behandlungsleistungen mit den Krankenversicherungen, die über das aG-DRG-System vergütet werden, auszugleichen.

Obwohl die Länder nach §6 und §9 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) für die Krankenhausplanung und die Finanzierung der Investitionskosten verantwortlich sind, reichen die bereitgestellten Mittel seit langem nicht mehr aus, um den tatsächlichen Investitionsbedarf der Krankenhäuser zu decken. Die Folge ist ein erheblicher Investitionsstau, der nicht nur die Modernisierung der baulichen Infrastruktur betrifft, sondern sich auch auf die Ausstattung der Krankenhäuser mit notwendiger Medizintechnik auswirkt. Als die duale Krankenhausfinanzierung mit dem KHG 1971 eingeführt wurde, betrafen Investitionen in erster Linie die bauliche Infrastruktur. Notwendige Investitionen in Medizintechnologien waren gering. Dies hat sich seither grundlegend geändert. Der Investitionsbedarf für Medizintechnik ist stark gestiegen. Für die Krankenhäuser hat sich der Finanzierungsumfang dadurch deutlich erhöht. Diese Veränderung wurde in der Finanzierungsstruktur der Länder jedoch nicht berücksichtigt und hat über die Jahrzehnte dazu geführt, dass weder die bauliche Infrastruktur noch die Investitionen in Medizintechnik ausreichend finanziert wurden.

Krankenhäuser sehen sich deshalb bereits seit vielen Jahren gezwungen, für die Versorgung notwendige Investitionen aus ihren Betriebserlösen (Abrechnung über das aG-DRG-System) zu finanzieren. Dieses Vorgehen widerspricht der Systematik der dualen Krankenhausfinanzierung, stellt einen Anreiz zur Leistungssteigerung dar und belastet die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Einrichtungen und das Gesundheitssystem insgesamt. Der Investitionsstau ist gut belegt und zeigt sich seit Jahren in der Lücke zwischen tatsächlichem Investitionsbedarf und den bereitgestellten Mitteln. Die defizitäre Investitionsfinanzierung hat nicht nur Auswirkungen auf die wirtschaftliche Situation einzelner Krankenhäuser, sondern z.B. auch auf die Versorgungsqualität, die Erreichbarkeit notwendiger diagnostischer und therapeutischer Leistungen und die Therapiesicherheit. Gerade vor dem Hintergrund steigender Anforderungen

an Digitalisierung, Medizintechnik, Energieeffizienz und Resilienz sowie der demografischen Entwicklung ist dringend eine verlässliche, planbare und gesamthafte Finanzierung der Krankenhäuser erforderlich, die auch die Investitionsfinanzierung umfasst.

Lösungsvorschlag

Ansatzpunkte für eine Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung

Mit der aktuellen Krankenhausfinanzierungsreform (über das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz und Krankenhausreformenpassungsgesetz) wird u.a. die Vorhaltevergütung eingeführt, um die Finanzierung der stationären Versorgung stärker an der Vorhaltung notwendiger Leistungsangebote auszurichten und die Abhängigkeit von Fallzahlen zu reduzieren.

Die derzeitige Ausgestaltung greift jedoch zu kurz, da sie nur Betriebskosten berücksichtigt, wobei Sachmittel für die Behandlung, z.B. Implantate, nicht Bestandteil der Vorhaltevergütung sind, sondern über DRGs vergütet werden. Vorhaltung umfasst jedoch nicht nur Personal und Prozesse, sondern auch die jederzeit verfügbare technische Befähigung zur Leistungserbringung in Form von Medizintechnik (z.B. Magnetresonanztomografie (MRT), Computertomografie (CT), hybride OP-Säle oder Katheterlabore, robotisch-assistierte Operieren), die z.T. in speziell ausgestatteten Räumen durchgeführt werden müssen.

Die Bereitstellung medizinischer Leistungen erfordert nicht nur – wie aktuell geplant – Ausgaben für Betriebsmittel, sondern auch Ausgaben für Investitionen. Beide Kostenarten müssen gesamthaft verbindlich dort finanziert werden, wo medizinische Leistungen vom Land geplant werden. Das bedeutet, dass schon bei der Krankenhausplanung der mit der Zuweisung von Leistungsgruppen verbundene Investitionsbedarf über die gesamte Nutzungsdauer berücksichtigt werden muss.

Für den Erfolg der Krankenhausfinanzierungsreform ist es erforderlich, die bisherige Vergütung weiterzuentwickeln, um Leistungen und die notwendige Vorhaltung vollständig zu finanzieren. Dazu gehört auch, die aktuellen und zukünftigen Veränderungen in der Versorgung zu berücksichtigen, wie die Ambulantisierung, stationäre Kurzzeitbehandlungen, Bündelung von Ressourcen mit notwendiger Erhöhung von Kapazitäten an den verbleibenden Standorten und neue Versorgungsmodelle, z.B. durch Einsatz von digitalen Technologien und digitaler Vernetzung von Leistungserbringern.

Dabei beseitigt das bisherige Konzept der Vorhaltevergütung das Finanzierungsproblem der für die Leistungserbringung notwendigen Kosten nur unzureichend. Diese müssen nicht nur die laufenden Personal- und Betriebskosten umfassen, sondern auch die Ausstattung mit Medizintechnik sowie die Schaffung von Strukturen, die für die geplante Leistungserbringung erforderlich sind. Hierzu gehören insbesondere:

- Medizintechnische Großgeräte für den Routinebetrieb
- Medizintechnische Ausstattung von OP-Sälen und Katheterlaboren
- Robotisch assistiertes Operieren
- Digitale Infrastruktur
- Medizintechnik, die eine effizientere Leistungserbringung unterstützt
- Räumliche und infrastrukturelle Anpassungen, die eine ressourcensparende Leistungserbringung ermöglichen

Vor diesem Hintergrund erscheint eine Einbeziehung der Länder in die Vorhaltevergütung sinnvoll. Die Investitionsfinanzierung ist verbindlich an den tatsächlichen Investitionsbedarf zu koppeln.

Hierfür könnten z.B. die bereits existierenden, vom Institut für das Entgeltsystem (InEK) datenbasiert kalkulierten Investitionsbewertungsrelationen weiterentwickelt werden.

Neben dem notwendigen, empirisch ermittelten Investitionsbedarf sind auch zusätzliche Finanzmittel zu berücksichtigen, die sich z.B. aus der Leistungsplanung ergeben.

Entscheidend für die Leistungsfähigkeit unseres Gesundheitssystems wird es sein, in innovative Lösungen für die aktuellen Herausforderungen der Versorgung zu investieren, die geeignet sind, Lösungen für eine bedarfsgerechte, wohnortnahe, resiliente, moderne und nachhaltige Gesundheitsversorgung zu gewährleisten.

Eine Flexibilisierung der Mittelverwendung hinsichtlich Zeit und Zweck ist grundsätzlich zu begrüßen. Auch die gemeinsame Verwendung von Mitteln aus unterschiedlichen Förderungen (z.B. Transformationsfonds und Länderfinanzierung) sollte ermöglicht werden.

Ein mögliches Modell ist z.B. eine Kombination aus regelmäßiger, pauschaler Finanzierung des grundlegenden Investitionsbedarfs anhand der Investitionsbewertungsrelationen verbunden mit einer zukunftsorientierten Förderung von einzelnen, konkreten Maßnahmen bzw. Anschaffungen. So bleibt die Investitionsfinanzierung ausreichend flexibel, um auf regionale Veränderungen der Versorgungsstrukturen und technologische Entwicklungen zur Lösung von Versorgungsproblemen reagieren zu können.

Um den Investitionsbedarf transparenter darstellen zu können, ist eine Aufteilung der Investitionsbewertungsrelationen in unterschiedliche Bestandteile denkbar. Es können z.B. die Investitionen für Baumaßnahmen und die Investitionen in medizinische Großgeräte und andere Medizintechnik separat ausgewiesen werden. So können datenbasiert neue Lösungsansätze entwickelt werden.

Beitrag zur Resilienz des Gesundheitswesens

Noch unberücksichtigt ist bislang der Investitionsbedarf zur Steigerung der Resilienz von Krankenhäusern. Eine Studie des Deutschen Krankenhausinstituts und des Institute for Health Care Business¹ beziffert den zusätzlichen Investitionsbedarf auf rund 2,7 Milliarden Euro bei Cyberangriffen und Sabotage, rund 4,9 Milliarden Euro im NATO-Bündnisfall bzw. 14 bis 15 Milliarden Euro im Verteidigungsfall. Diese zusätzlichen Anforderungen können nicht aus den laufenden Mitteln der Patientenversorgung finanziert werden. Wer von Krankenhäusern erwartet, dass sie im Krisen- und Verteidigungsfall die Versorgung der Bevölkerung sicherstellen, muss auch die dafür notwendigen Investitionen finanzieren. Bund und Länder müssen deshalb eine dauerhafte und auskömmliche Finanzierung der erforderlichen Resilienzmaßnahmen sicherstellen. Die hierfür notwendigen Mittel müssen zusätzlich zur regulären Krankenhausinvestitionsfinanzierung bereitgestellt werden und dürfen nicht mit dieser verrechnet werden.

¹ https://www.dki.de/fileadmin//user_upload/2025-11-07_DKG_Resilienz_final_formatiert.pdf

Leistungsfähige und krisenfeste Krankenhäuser benötigen nicht nur ausreichend Personal, sondern auch die baulichen Voraussetzungen für eine effiziente Leistungserbringung sowie jederzeit verfügbare und moderne medizinische Infrastruktur und Medizintechnik. Eine vollständige Finanzierung der notwendigen Investitionen stärkt damit zugleich die Fähigkeit der Krankenhäuser, ihre Funktion als kritische Infrastruktur auch unter außergewöhnlichen Belastungen zuverlässig zu erfüllen.

Angesichts zunehmender Naturkatastrophen, Pandemien und der veränderten sicherheitspolitischen Lage gewinnt dieser Aspekt erheblich an Bedeutung. Die Sicherstellung einer leistungsfähigen Krankenhausversorgung ist in solchen Situationen nicht ausschließlich eine gesundheitspolitische Aufgabe, sondern zugleich Bestandteil der staatlichen Daseinsvorsorge sowie der nationalen Sicherheits- und Resilienzstrategie. Die Länder tragen daher eine unmittelbare Verantwortung dafür, dass die hierfür erforderlichen Investitionen dauerhaft und verlässlich finanziert werden.

Kontakt

Olaf Winkler
Stationäre Gesundheitsversorgung
winkler@bvmed.de

BVMed

Bundesverband Medizintechnologie e. V.
Georgenstraße 25, 10117 Berlin
+49 30 246 255 - 0
www.bvmed.de

Lobbyregister beim Deutschen Bundestag: R000486
EU-Transparenzregister: 103122495301-83



Kontakt

Hans-Peter Bursig
Bereichsleiter Gesundheit und
Geschäftsführer Fachverband Elektromedizinische Technik
hans-peter.bursig@zvei.org

ZVEI e. V.

Verband der Elektro- und Digitalindustrie
Amelia-Mary-Earhart-Straße 12, 60549 Frankfurt am Main
+49 69 6302-206
www.zvei.de

Lobbyregister beim Deutschen Bundestag: R002101
EU-Transparenzregister: 94770746469-09

