

Dr. Michael Mörsch/Frank Derix

Stand der Investitions- kostenfinanzierung 2010

Auf den ersten Blick scheint die Argumentation stichhaltig: Vermeintlich rückläufige Steuereinnahmen und die angespannte Situation der Länderhaushalte verhinderten die zwingend notwendige Aufstockung der Krankenhausinvestitionsförderung. Der von der DKG geforderte Abbau des Investitionsstaus in Höhe von rund 50 Mrd. € sei ein berechtigtes Anliegen, aber angesichts der aktuellen fiskalischen Rahmenbedingungen kaum möglich, so lautet ein oft gehörtes Argument. Die Faktenlage ist jedoch eine andere. Eine Gegenüberstellung der Entwicklung der Ländereinnahmen und -ausgaben einerseits und der Entwicklung der Investitionsfördermittel andererseits zeigt dies eindrücklich. Bei einer veränderten Prioritätensetzung könnten die Bundesländer auch unter den gegebenen fiskalischen Rahmenbedingungen ihrer Verpflichtung zur Investitionsförderung weitaus besser nachkommen, als dies in den vergangenen Jahren der Fall war.

Eine Anpassung der Investitionsförderung wurde auch vom Gesetzgeber im Rahmen des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG) als notwendig erachtet. Im Mittelpunkt stand hierbei jedoch die Umstellung auf eine Förderung mittels leistungsorientierter Investitionspauschalen, nicht aber deren Höhe. Entsprechend der Begründung zum damaligen Gesetzentwurf soll auf der Basis einheitlicher Grundsätze und Kriterien für die Pauschalierung „eine systemkongruente Abstimmung mit den bundeseinheitlichen Modalitäten der Finanzierung der Betriebskosten im DRG-System erfolgen, um einen strukturell effizienten Einsatz ... der Landesmittel zur Investitionsförderung zu erreichen“.¹⁾

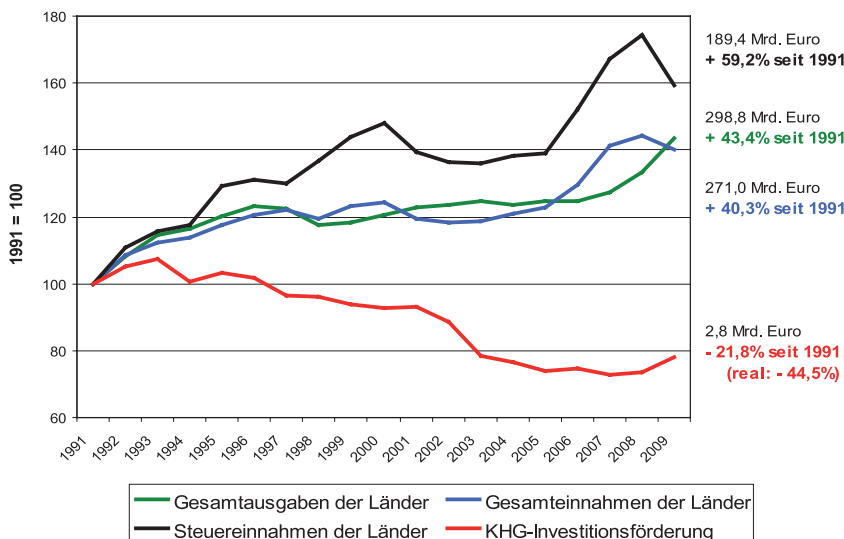
Die DKG, der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und der Verband der PKV (PKV-V) haben im Frühjahr 2010 die ersten Voraussetzungen für diese Investitionsförderung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen geschaffen. Wenn die Länder diese Möglichkeit ab dem Jahr 2012 nutzen, könnte sich der Anteil der Pauschalförderung an der Gesamtinvestitionsförderung erhöhen. Die Krankenhäuser würden eine solche Entwicklung begrüßen, da sie ihre Investitionsentscheidungen dann schneller und flexibler treffen könnten. Aufgrund des immensen Wettbewerbsdrucks und der sich rasant verändernden Rahmenbedingungen ist dies für die Krankenhäuser von großer Bedeutung. Das Problem der ungenügenden Finanzierung von

Krankenhausinvestitionen und des Investitionsstaus bleibt allerdings weiterhin ungelöst. Die nachfolgenden Darstellungen veranschaulichen dies.

Entwicklung der Ländereinnahmen und -ausgaben

Nach Angaben des Sachverständigenrats zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung sind die Steuereinnahmen der Länder im Zeitraum von 1991 bis 2009 um rund 59,2 Prozent gestiegen (siehe ► **Tabelle 1** und **Abbildung 1**).²⁾ Der Anstieg der Gesamteinnahmen beläuft sich auf rund 40,3 Prozent. Die Entwicklung der Gesamtausgaben der Länder verläuft mit einem Anstieg von 43,4 Prozent weitgehend parallel zur Einnahmentwicklung. Einen weiteren Anstieg der

Abbildung 1: Entwicklung der Ländereinnahmen und -ausgaben sowie der Steuereinnahmen und KHG-Investitionsförderung der Länder, indexiert (1991 = 100)



Quelle: Sachverständigenrat (siehe oben), Umfrage der AG für Krankenhauswesen der AOLG, Befragung der Landeskrankenhausesellschaften, eigene Berechnungen

Tabelle 1: Einnahmen und Ausgaben der Länder¹⁾

Zeitraum	Einnahmen		Ausgaben
	in Mrd. Euro		
	insgesamt	darunter	insgesamt
Steuern ²⁾			
1991	193,2	119,0	208,3
1992	209,7	131,8	225,6
1993	216,6	137,5	238,3
1994	219,9	139,9	242,6
1995	227,4	153,9	250,4
1996	232,7	156,0	256,9
1997	235,6	154,7	255,4
1998	230,5	162,7	244,8
1999	238,1	171,4	246,4
2000	240,4	176,2	250,8
2001	230,9	165,8	255,5
2002	228,5	162,4	257,7
2003	229,2	161,9	259,7
2004	233,5	164,6	257,1
2005	237,2	165,4	260,0
2006	250,1	180,9	260,0
2007	273,1	199,0	265,5
2008	278,7	207,6	277,7
2009	271,0	189,4	298,8

¹⁾ Bis 2006 Ergebnisse der Jahresrechnungsstatistik, ab 2007 Ergebnisse der vierteljährlichen Kassenstatistik einschließlich Extrahaushalte.

²⁾ Einschließlich steuerähnliche Abgaben, ohne Umsatzsteueranteile, die als Ergänzungszuweisungen vom Bund geleistet werden.

Quelle: Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Zeitreihen, Lange Reihen, Nationale Tabellen, Tabelle 043: Einnahmen und Ausgaben der öffentlichen Haushalte (Stand: 20. Mai 2010), www.sachverstaendigenrat.org

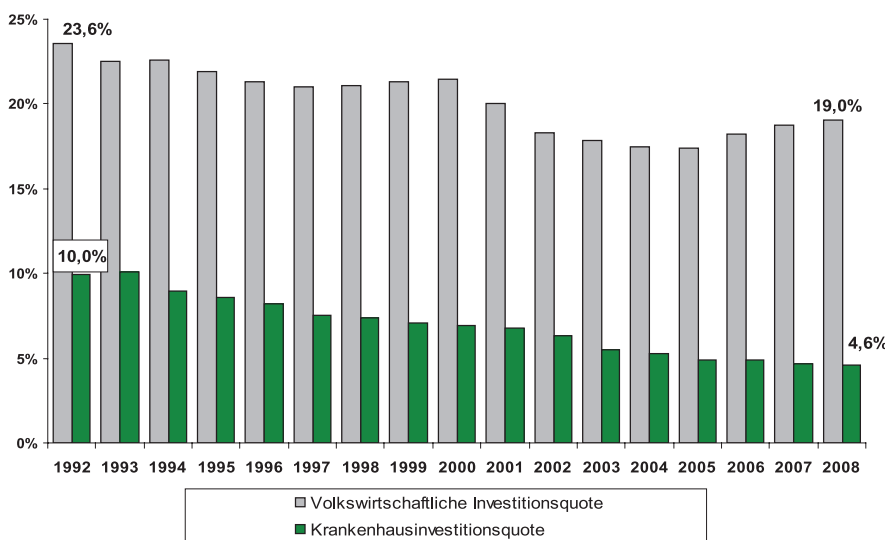
Steuereinnahmen der Länder prognostiziert der Arbeitskreis Steuerschätzung – nach einem geringfügigen Rückgang im laufenden Jahr – bereits für das Jahr 2011.³⁾ Für das Jahr 2014 rechnet der Arbeitskreis mit einem Gesamtsteueraufkommen (Bund, Länder, Gemeinden) von 581,5 Mrd. € – das wären die höchsten Steuereinnahmen in der Geschichte der Bundesrepublik Deutschland. Von einem Wegbrechen der Steuereinnahmen kann somit weder für die vergangenen Jahre noch für die nähere Zukunft die Rede sein. Diskutiert werden muss indes die Verteilung der Mittel.

Entwicklung der Investitionsförderung

Wäre die Krankenhausinvestitionsförderung nach § 9 KHG im betrachteten Zeitraum im gleichen Ausmaß gestiegen wie die Gesamteinnahmen der Länder, so hätte das Fördermittelvolumen im Jahr 2009 rund 5,1 Mrd. € betragen müssen, bei Zugrundelegung des Anstieges der Steuereinnahmen sogar 5,9 Mrd. €. In einer im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums von Prof. Dr. Bert Rürup erstellten Expertise aus dem Jahr 2008 wurden Werte in der gleichen Größenordnung als Zielgröße für das Volumen der Investitionsförderung vorgegeben.⁴⁾ Die Ableitung des auf 4,7 bis 5,7 Mrd. € bezifferten Investitionsbedarfs erfolgte dabei nicht auf der Basis der Einnahmementwicklung der Länder, sondern auf der Grundlage der Investitionsquoten anderer Dienstleistungsbereiche. Tatsächlich stellten die Länder den Krankenhäusern 2009 jedoch nur rund 2,8 Mrd. € für Investitionszwecke zur Verfügung. Preisbereinigt, das heißt unter Berücksichtigung der Entwicklung des Verbraucherpreisindex, entspricht dies einem realen Rückgang von fast 45 Prozent (nominal: – 22 Prozent, siehe ► **Tabelle 2**). Der Anteil der KHG-Fördermittel an den Gesamtausgaben der Länder sank im betrachteten Zeitraum damit von 1,75 auf 0,95 Prozent.

Die BMG-Expertise gibt für die Krankenhäuser eine auf die bereinigten Krankenhauskosten bezogene Investitionsquote von 8,6 Prozent als Zielgröße vor. Im Jahr 2008 (neuere Daten liegen für die bereinigten Krankenhauskosten derzeit nicht vor) betrug diese Investitionsquote der Krankenhäuser jedoch nur 4,2 Prozent. ► **Abbildung 2** gibt einen Überblick über die Entwicklung der gesamtwirtschaftlichen Investitionsquote und der Krankenhausinvestitionsquote (hier: bezogen auf die Krankenausgaben von GKV und PKV). Der Anteil der KHG-Fördermittel am Bruttoinlandsprodukt (BIP) ist seit dem Jahr 1991 von 0,24 Prozent auf 0,12 Prozent im Jahr 2009 gesunken. ► **Abbildung 3** stellt die Entwicklung der KHG-Fördermittel und des Bruttoinlandsproduktes gegenüber und veranschaulicht die immer weiter auseinander

Abbildung 2: Entwicklung der volkswirtschaftlichen Investitionsquote¹⁾ und der Krankenhausinvestitionsquote²⁾



¹⁾ Verhältnis von Bruttoanlageinvestitionen zu Bruttoinlandsprodukt

²⁾ Verhältnis von KHG-Mitteln zu Krankenausgaben von GKV/PKV

Quelle: Arbeitskreis Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen der Länder, Statistisches Bundesamt, Umfrage der AG für Krankenhauswesen der AOLG, eigene Berechnungen

ander klaffende Schere zwischen den KHG-Fördermitteln und dem BIP.

Die dargestellten Entwicklungen machen deutlich, dass eine Aufstockung der KHG-Fördermittel dringend notwendig ist. Ziel muss es sein, dass jedes Krankenhaus künftig die Investitionsmittel erhält, die es für seinen Versorgungsauftrag benötigt.

Der Gesetzgeber bietet im Rahmen des KHRG keinen Ansatz zur Beseitigung der Unterfinanzierung. Vielmehr lag die Intention des Gesetzgebers darin, durch eine grundlegende Reform die Voraussetzungen für eine leistungsorientierte und bedarfsgerechte Investitionsförderung zu schaffen. Mit der konkreten Umsetzung der Reform hat die Bundesregierung die Länder und die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene (DKG, GKV-SV, PKV-V) beauftragt. Über die zentralen Eckpunkte und den derzeitigen Stand der Umsetzung der Reform geben die folgenden Abschnitte einen ersten Überblick.

Entwicklungsauftrag zur Reform der Investitionsfinanzierung

Für Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind und Entgelte nach § 17 b KHG erhalten, sieht das KHRG vor, eine Investitionsförderung anhand leistungsorientierter Investitionspauschalen ab dem Jahr 2012 zu ermöglichen. Für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen nach § 17 d Absatz 1 Satz 1 KHG soll die Investitionsfinanzierung anhand leistungsorientierter Investitionspauschalen ab dem Jahr 2014 möglich sein. Die Zuständigkeit für die Investitionskostenförderung und die Verantwortung für die Krankenhausplanung bleiben auch in Zukunft bei den Bundesländern. Ebenso unberührt bleibt das Recht der Länder, eigenständig zwischen der Förderung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen und der Einzelförderung von Investitionen einschließlich der Pauschalförderung kurzfristiger Anlagegüter zu entscheiden.

Auf der Landesebene sollen zu diesem Zweck die Grundsätze und Kriterien für die Ermittlung eines Investitionsfallwertes entwickelt werden (§ 10 Absatz 1 KHG). Die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene sollen die Grundstrukturen für Investitionsbewertungsrelationen und das Verfahren zu ihrer Ermittlung vereinbaren (§ 10 Absatz 2 KHG). Das von den Selbstverwaltungspartnern im Jahr 2001 gegründete Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) soll auf der Grundlage dieser Vereinbarung beauftragt werden, bis Ende der Jahre 2010 bzw. 2012 bundeseinheitliche Investitionsbewertungsrelationen zu entwickeln und zu kalkulieren.

In ihren im Mai 2009 aufgenommenen Verhandlungen waren sich die Selbstverwaltungspartner schnell einig, dass den Ländern bereits zum Einstieg ein qualitativ hochwertiges System angeboten werden muss. Schließlich ist davon auszugehen, dass die Länder das neue System nur dann anwenden werden, wenn es sich in seiner Umsetzung als sachgerecht und gegenüber der derzeitigen Förderpraxis als überlegen erweist. Darüber hinaus konnten sich die DKG, der GKV-SV und der PKV-V darauf verständigen, dass sowohl der Aufwand zur

Tabelle 2: Entwicklung der KHG-Investitionsfördermittel¹⁾

Zeitraum	KHG-Fördermittel in Mrd. Euro		Anteil der Fördermittel an den Gesamtausgaben der Länder in Prozent
	Gesamt	davon: Einzel- förderung (§ 9 I KHG)	
1991 ²⁾	3,641		1,75%
1992 ²⁾	3,824		1,70%
1993 ²⁾	3,904		1,64%
1994	3,665	2,384	1,51%
1995	3,756	2,536	1,50%
1996	3,705	2,481	1,44%
1997	3,513	2,238	1,38%
1998	3,494	2,318	1,43%
1999	3,421	2,288	1,39%
2000	3,378	2,242	1,35%
2001	3,388	2,252	1,33%
2002	3,232	2,096	1,25%
2003	2,849	1,703	1,10%
2004	2,787	1,696	1,08%
2005	2,697	1,614	1,04%
2006	2,722	1,649	1,05%
2007	2,651	1,575	1,00%
2008	2,672	1,569	0,96%
2009	2,846	1,678	0,95%

¹⁾ Die Daten basieren auf den jeweiligen, öffentlich zugänglichen, jährlichen Haushaltsansätzen der Länder (ohne Verpflichtungsermächtigungen für die Folgejahre). Bei kreditfinanzierter Förderung sind nur die Annuitäten, nicht aber die gesamten Förderbeträge enthalten. Grundsätzlich nicht berücksichtigt sind die Investitionsmittel der Hochschulkliniken, die Investitionsmittel der Vertragskrankenhäuser, die Eigenmittel der Plankrankenhäuser sowie die Mittel zur Restfinanzierung noch nicht ausfinanzierter Maßnahmen.

²⁾ Für die Jahre 1991 bis 1993 liegen keine untergliederten Zahlen für die Einzel- und Pauschalförderung vor.

Quelle: Umfrage der AG für Krankenhauswesen der AOLG, Befragung der Landeskrankenhausesellschaften, eigene Berechnungen

Kalkulation der Investitionsbewertungsrelationen als auch deren Differenzierungsgrad den quantitativen Verhältnismäßigkeiten zwischen der Betriebs- und der Investitionskostenfinanzierung Rechnung tragen sollte. So fließen über die DRG-Fallpauschalen alleine aus dem GKV-Bereich aktuell jährlich rund 50 Mrd. € in die Krankenhausversorgung. Demgegenüber stellen die Länder jährlich nur rund 2,8 Mrd. € zur Investitionsförderung bereit (ohne Investitionsfinanzierung der Hochschulkliniken). Einen besonderen Stellenwert hatte für die DKG darüber hinaus, dass schon im Rahmen der Erstkalkulation auf eine angemessene Abbildung der investiv hoch teuren Leistungsbereiche geachtet wird und das neue System von den Krankenhäusern weitgehend ohne administrativen Mehraufwand angewendet werden kann.

Schon im Vorfeld der Verhandlungen hatte die DKG unter Beteiligung externer Fachexperten und Krankenhauspraktiker ein eigenständiges Konzept zur Entwicklung der Investi-

— Anzeige —

Damit Sicherungen nicht rauspringen

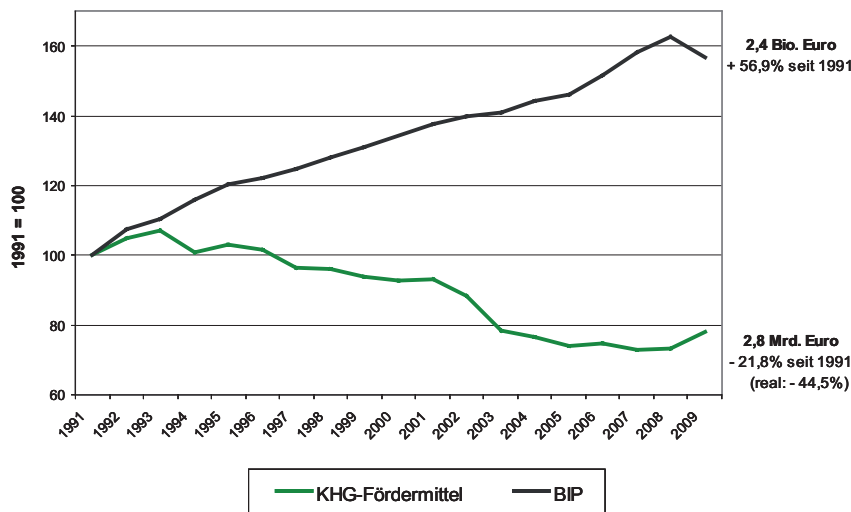
gibt es den vollelektronischen Einschaltstrombegrenzer **Gefistart**




z.B. für Bodenreinigungsmaschinen

Im Fachhandel für Reinigungsbedarf
GEFI-Elektronik
Gredsholz 7 • D - 51540 Wülfrath
Tel. 02291/1795
FAX 02291/6826

Abbildung 3: Vergleich der Entwicklungen des KHG-Fördermittelvolumens und des BIP, indexiert (1991 = 100)



Quelle: Arbeitskreis Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen der Länder, Umfrage der AG für Krankenhauswesen der AOLG, eigene Berechnungen

tionsbewertungsrelationen erarbeitet. Die im Frühjahr 2010 mit dem GKV-SV und dem PKV-V getroffene „Vereinbarung gemäß § 10 Absatz 2 KHG über die Grundstrukturen für Investitionsbewertungsrelationen und das Verfahren zu ihrer Ermittlung“ basiert im Wesentlichen auf den Inhalten des DKG-Konzeptes, welche im Folgenden kurz dargestellt werden.

Eckpunkte der Vereinbarung gemäß § 10 Absatz 2 KHG

Zur Ermittlung des Investitionsbedarfs im Sinne des § 10 Absatz 2 KHG wird ausschließlich auf den laufenden jährlichen Investitionsbedarf der Krankenhäuser abgestellt. Der investive Nachholbedarf der Krankenhäuser („Investitionsstau“) wird bei der Ermittlung des Investitionsbedarfs nicht berücksichtigt, da dieser weder Gegenstand des gesetzlichen Entwicklungsauftrages ist noch im Rahmen der Kalkulation der Investitionsbewertungsrelationen sachgerecht berücksichtigt werden kann.

In der Praxis findet eine vollständige Förderung von Investitionsvorhaben trotz des rechtlichen Anspruchs der Krankenhäuser nur noch in Ausnahmefällen statt. Üblich ist vielmehr die Übernahme eines prozentualen Anteils des beantragten Fördervolumens durch das Land oder eine Fest- bzw. Höchstbetragsförderung, sodass die Krankenhausträger im Regelfall neben der öffentlichen Förderung noch weitere Finanzierungsquellen nutzen müssen. Für die Ermittlung des Investitionsbedarfs spielt die Herkunft der Investitionsmittel (Zuwendungen und Zuschüsse der öffentlichen Hand, Eigenmittel, Zuwendungen Dritter oder Fördermittel nach KHG) jedoch keine Rolle. Die Ermittlung des Investitionsbedarfs im Sinne des § 10 Absatz 2 KHG soll deshalb unabhängig von der Herkunft der Investitionsmittel erfolgen.

Der aktuelle Stand der Krankenhausarchitektur, der Betriebs- und Medizintechnik sowie der Informationstechnik sollte sich in den Investitionsbewertungsrelationen wider-

spiegeln, um eine Fehlallokation von Investitionsfördermitteln zu vermeiden. Um dies zu erreichen wird die Bestimmung des jährlichen Investitionsbedarfs der Krankenhäuser in erster Linie auf der Basis der Ist-Kosten von Krankenhausneubauten (einschließlich deren Erstausrüstung) erfolgen. Diese Vorgehensweise bietet zudem den Vorteil, dass das Anlagevermögen von Krankenhausneubauten deutlich einfacher bewertet werden kann als das von Altbauten, bei denen häufig auf historische Anschaffungs- und Herstellungskosten oder nur noch wenig aussagekräftige buchhalterische Abschreibungswerte zurückgegriffen werden müsste.

Um eine hinreichende Größe der Kalkulationsstichprobe zu gewährleisten, wurde eine weite Definition des Neubaubegriffs in die Vereinbarung aufgenommen. So sollen die gesamten Anschaffungs- und Herstellungskosten für die vorhandenen Anlagegüter mit einem Anschaffungsdatum nicht älter als sieben Jahre zum Zeitpunkt der Kalkulation erfasst werden.

Die Ableitung des laufenden jährlichen Investitionsbedarfs aus den Ist-Kosten von Krankenhausneubauten erfolgt, indem für jedes Anlagegut dessen spezifische wirtschaftliche Nutzungsdauer (zum Beispiel entsprechend den AfA-Tabellen oder den Regelungen eines noch zu entwickelnden Kalkulationshandbuchs) angesetzt wird. Neben den Ist-Kosten von Krankenhausneubauten, die aus der Anlagenbuchhaltung, Bauausgabebüchern und weiteren die Baumaßnahmen beschreibenden Dokumentationen ermittelt werden können, kann das InEK bei Bedarf ergänzend normative Bewertungsansätze als zusätzliche Datenquellen für die Ermittlung des Investitionsbedarfs und zur Berücksichtigung des medizinisch-technischen Fortschritts einbeziehen.

Für die fallbezogene Kalkulation der Investitionsbewertungsrelationen sieht die Vereinbarung einen modularen Ansatz vor. Der Ausweis der vom InEK zu kalkulierenden Investitionsbewertungsrelationen soll grundsätzlich innerhalb des DRG-Fallpauschalen-Kataloges erfolgen.

Weiteres Vorgehen

Mit dem Abschluss der Vereinbarung haben die DKG, der GKV-SV und der PKV-V das InEK mit der Entwicklung und Kalkulation der bundeseinheitlichen Investitionsbewertungsrelationen beauftragt. Das InEK arbeitet derzeit an der konkreten Ausgestaltung des Kalkulationsmodells und wird den Selbstverwaltungspartnern voraussichtlich im Herbst 2010 einen ersten Entwurf eines Kalkulationshandbuchs vorstellen. Nach einer für das erste Quartal 2011 vorgesehenen Probekalkulation könnte die Erstkalkulation der Investitionsbewertungsrelationen im Herbst 2011 stattfinden.

Fazit

In der öffentlichen Diskussion über die aktuelle Situation der Investitionskostenfinanzierung besteht ein breiter Konsens, dass die derzeit von den Ländern bereitgestellten Fördermittel für eine auskömmliche Investitionsfinanzierung bei weitem nicht ausreichen. Die vorangegangene Betrachtung zeigt, dass insbesondere der Hinweis auf die aktuelle Entwicklung der Ländereinnahmen und -ausgaben als Argument gegen die dringend notwendige Aufstockung der Investitionsförderung nicht trägt. Wären die Fördermittel in den vergangenen zwanzig Jahren im gleichen Ausmaß gestiegen wie die sonstigen Ausgaben der Länder, hätte ein Anwachsen des Investitionsstaus auf nunmehr rund 50 Mrd. € vermieden werden können.

Das KHRG und dessen Entwicklungsauftrag zur Reform der Investitionsfinanzierung wird das Problem der unzureichenden Förderung nicht lösen können. Schon jetzt ist jedoch absehbar, dass eine Umstellung auf leistungsorientierte Investitionspauschalen neuen Schwung in die Diskussion um eine angemessene Höhe der Investitionsförderung bringen könnte. Auch vor diesem Hintergrund ist es wichtig, dass den Ländern schon zum Einstieg ein qualitativ hochwertiges System angeboten wird.

Literatur

- 1) Deutscher Bundestag, Entwurf eines Gesetzes zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG), Gesetzentwurf der Bundesregierung, Drucksache 16/10807 vom 7. November 2008
- 2) Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Zeitreihen, Lange Reihen, Nationale Tabellen, Tabelle 043: Einnahmen und Ausgaben der öffentlichen Haushalte (Stand: 20. Mai 2010), online abrufbar unter www.sachverstaendigenrat.org
- 3) Bundesministerium der Finanzen, Ergebnisse der 136. Sitzung des Arbeitskreises „Steuerschätzungen“ vom 4. bis 6. Mai 2010 in Lübeck, online abrufbar unter www.bundesfinanzministerium.de
- 4) Rürup, B., unter Mitarbeit von Albrecht, Igel, Häussler (IGES): Umstellung auf eine monistische Finanzierung von Krankenhäusern, Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Berlin, 12. März 2008, online abrufbar unter www.iges.de

Anschrift der Verfasser

Dr. Michael Mörsch/Frank Derix, Referenten im Dezernat
Krankenhausfinanzierung und -planung, DKG, Wegelystraße 3,
10623 Berlin



START: 17. September 2010
in Düsseldorf

HEALTH CARE MANAGER (VKD DKG DKI)

Sie möchten sich gezielt berufsbegleitend im Bereich der Gesundheitswirtschaft weiter qualifizieren und streben an, zukünftig verantwortungsvolle Managementaufgaben zu übernehmen?

Im Qualifizierungsprogramm HEALTH CARE MANAGER (VKD DKG DKI) werden Sie befähigt, im Gesundheitswesen Führungsaufgaben zu übernehmen. Sie werden in die Lage versetzt, verantwortliche Lösungen für betriebswirtschaftliche Aufgaben in der Gesundheitswirtschaft zu finden.

DIE TRÄGER

Der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) garantieren, Ihnen den neuesten Stand der Kenntnisse und Methoden des Managements, in enger Verbindung mit aktuellen Erfahrungen aus der Praxis, zu vermitteln. Verlassen Sie sich auf den hohen Anspruch der Träger der Weiterbildung, denn deren Interesse ist Ihre Anerkennung als Health Care Manager!

ZEITLICHER RAHMEN

- 2-5 Semester – Sie bestimmen flexibel Ihren zeitlichen Einsatz
- Präsenzunterricht an 12 Wochenenden mit ca. 240 Unterrichtsstunden
- ca. 700 Zeitstunden Eigenstudium
- 5 Kernmodule
- 5 Satellitenmodule als Ergänzung und Vertiefung der Kernmodule

ZUGANGSVORAUSSETZUNGEN/ AKADEMISCHE ANERKENNUNG

Dieses Qualifizierungsangebot zum Health Care Manager kann, sofern eine Hochschulzugangsberechtigung vorliegt, auf ein anschließendes Bachelor-Studium angerechnet werden. Neben der Möglichkeit der individuellen Anfrage bei einzelnen Hochschulen hat die FOM Hochschule für Oekonomie & Management eine generelle Anrechnung von 35 Creditpoints auf ihren 180 Creditpoints umfassenden Bachelor-Studiengang Business Administration mit dem Abschluss Bachelor of Arts (B.A.) zugesagt.

