

1 Grundlagen

1.1 Grundlagen des öffentlichen Krankenhaus-, Finanz- und Investitionsmanagements

1.1.1 Allgemeine Grundlagen – das Krankenhausfinanzierungsgesetz¹

Die jüngere Geschichte der Krankenhausfinanzierung beginnt mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) vom 29. Juni 1972 (BGBl. I, 1009). Dieses sah vor, dass die Länder die Investitionskosten übernehmen. Der Bund konnte sich an der Finanzierung beteiligen. Die Länder erhielten die Zuständigkeit für die Krankenhausplanung. Die Kosten für die Behandlungen und den laufenden Betrieb wurden über Pflegesätze finanziert, die von den Benutzern (Patienten und Kostenträgern) zu tragen sind. Damit war die **duale Finanzierung** geboren.

Zweck der dualen Finanzierung ist es, die Krankenhäuser wirtschaftlich zu sichern, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen (§ 1 KHG). Die öffentliche Förderung und die Erlöse aus den Pflegesätzen sollen zusammen die Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden und leistungsfähigen Krankenhauses decken (§ 4 KHG). Das Selbstkostendeckungsprinzip ist damit das zweite prägende Merkmal des KHG 1972.

Ende 1992 war der durchschnittliche Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung auf 13,4 v. H. angestiegen, und die gesetzliche Krankenversicherung befand sich in einer schweren Finanzkrise. Die Ausgaben der **Kranken-**

1 In Anlehnung an Behrends, B.: Praxis des Krankenhausbudgets nach dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz, Berlin 2009, S. 3 ff.

kassen wiesen Jahr für Jahr zweistellige Ausgabensteigerungen auf. Mit dem am 1. Januar 1993 in Kraft getretenen Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz – GSG) vom 21.12.1992 (BGBl. I, 2266) wurden eine Sofortbremsung des Ausgabenanstiegs und wichtige strukturelle Änderungen des Systems der Krankenhausfinanzierung beschlossen.

In **struktureller Hinsicht** hatte die Aufhebung des Selbstkostendeckungsprinzips dabei eine zentrale Bedeutung. Der Anspruch des Krankenhauses auf Deckung der vorkalkulierten Selbstkosten wurde ersetzt durch den Anspruch auf „medizinisch leistungsgerechte“ Pflegesätze, die es einem Krankenhaus bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen (§ 17 Abs. 1 KHG 1992).

Die mit dem GSG beschlossenen Maßnahmen konnten den Ausgabenanstieg in der gesetzlichen Krankenversicherung jedoch nicht bremsen. In den Jahren 1992 bis 1995 stiegen die Ausgaben der Krankenkassen für Krankenhausbehandlung doppelt so stark an wie die Grundlohnsumme der Krankenkassenmitglieder. Hierfür wurden vor allen Dingen die im GSG vorgesehenen Ausnahmen von der Budgetbegrenzung verantwortlich gemacht. So waren schon Ende 1995 fast 21.000 neue Stellen im Pflegedienst geschaffen worden, also weit mehr als bis Ende 1996 geplant war. Eine grundlegende Neuorientierung war deshalb erforderlich.

Das angestrebte umfassende Gesundheitsreformgesetz trat als GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vom 22.12.1999 (BGBl. I, 2626) am 1. Januar 2000 in Kraft. Mit ihm erging der Auftrag an die Spitzenverbände der Krankenkassen, den Verband der privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (Vertragsparteien auf der Bundesebene), gemeinsam ein neues, durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage der Diagnosis Related Groups (DRG-orientiertes Fallpauschalensystem) zu entwickeln und zum 1. Januar 2003 einzuführen. Nur in eng begrenzten Ausnahmefällen sollten zur Ergänzung der Fallpauschalen Zusatzentgelte zulässig sein, z. B. für die Behandlung von Blutern. Die Psychiatrie und die Einrichtungen für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin wurden vom neuen Vergütungssystem ausgenommen. Für sie sollte weiterhin die Bundespflegesatzverordnung maßgebend sein.

Mit der DRG-Einführung wurde der mit dem GSG eingeleitete Paradigmenwechsel (Abbau staatlicher Einflussnahme, Einführung eines umfassenden Preissystems, Stärkung des Wettbewerbs) fortgeführt. Folgende gesundheits- und ordnungspolitische Ziele wurden vom Gesetzgeber verfolgt:

- Herstellung von Transparenz über Leistungen und Kosten,
- Einführung einer strikt leistungsorientierten Vergütung („Geld folgt der Leistung“),
- Förderung des Strukturwandels (Abbau von Überkapazitäten, Schwerpunktbildung, Kooperationen etc.) durch mehr Wettbewerb,

- Reduzierung der durchschnittlichen Verweildauer der Patienten,
- Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven und
- längerfristige Stabilisierung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Regelungen zielten insgesamt erkennbar darauf ab, eine Leistungsausweitung möglichst zu vermeiden und Überschreitungen des prospektiv vereinbarten Budgets stärker zu begrenzen. Der grundsätzliche Anspruch der Krankenhäuser auf medizinisch leistungsgerechte Budgets und Pflegesätze wurde dadurch erheblich eingeschränkt.

Die vom Gesetzgeber bisher initiierten Maßnahmen zeigen erste Wirkungen (s. Abb. 1): Die Zahl der Krankenhausbetten ist in den letzten Jahren deutlich zurückgegangen. Standen in den deutschen Krankenhäusern im Jahr 1991 noch 665.000 Krankenhausbetten, so hat sich diese Zahl auf 523.000 Betten in 2005 reduziert. Möglich war diese Reduzierung durch eine Absenkung der durchschnittlichen Verweildauer im gleichen Zeitraum von 14 Tagen auf durchschnittlich 8,6 Tage. Die Bettenauslastung ist daher von 84,1 % auf 75,6 % gesunken.

	<u>1991</u>	→	<u>2005</u>
Krankenhausbetten	665.000		523.000
	<u>1991</u>	→	<u>2005</u>
Verweildauer	14 Tage		8,6 Tage
	<u>1991</u>	→	<u>2005</u>
Bettenauslastung	84,1 %		75,6 %

Abb. 1 Entwicklung von Krankenhausbetten, Verweildauer und Bettenauslastung

Die skizzierten Regelungen und die vom Gesetzgeber bis in die Gegenwart des Weiteren erlassenen Gesetze hatten allerdings nicht nur die Betriebskosten und damit die Krankenkassenbeiträge im Blick. Sie zielten auch darauf ab, den Investitionsbedarf der Krankenhäuser und damit den Bedarf an **Fördermitteln**, die durch die Bundesländer zur Finanzierung der Investitionsvorhaben zur Verfügung zu stellen sind, zu reduzieren oder doch zumindest nicht mehr weiter ansteigen zu lassen.

1.1.2 Die duale Finanzierung

Nach wie vor gilt aber dem Grunde nach, dass die Krankenhäuser dadurch wirtschaftlich gesichert werden, dass (s. Abb. 2)

- deren Investitionskosten durch Fördermittel, die die Bundesländer zur Verfügung stellen, finanziert werden, und
- sie leistungsgerechte Erlöse aus den Fallpauschalen sowie aus den Vergütungen für die vor- und nachstationäre Behandlung und für ambulantes Operieren erhalten.

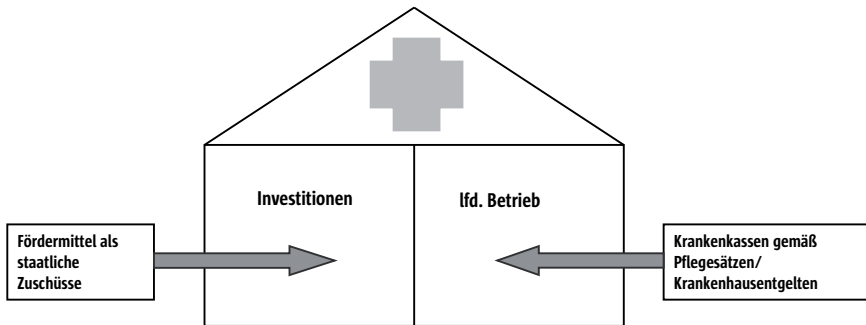


Abb. 2 Die duale Finanzierung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz

Aus dem dualen Finanzierungsprinzip ergibt sich die Notwendigkeit, die Investitionskosten gegen die pflegesatzfähigen Kosten abzugrenzen. Zu den pflegesatzfähigen Kosten gehören alle Kosten, deren Berücksichtigung im Pflegesatz nicht ausdrücklich ausgeschlossen ist (§ 2 Nr. 5 KHG). Die grundlegende Abgrenzungsvorschrift enthält § 17 Abs. 4 KHG. Er regelt, dass bei nach dem KHG voll geförderten Krankenhäusern

- Investitionskosten mit Ausnahme der Kosten der Wiederbeschaffung von Wirtschaftsgütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer bis zu drei Jahren sowie
- Kosten der Grundstücke, des Grundstückserwerbs, der Grundstückerschließung sowie ihrer Finanzierung

nicht im Pflegesatz zu berücksichtigen sind.

Die duale Finanzierung ist seit ihrem Bestehen im Jahre 1972 umstritten. Ihre Befürworter sehen in ihr eine unverrückbare Voraussetzung der **solidarischen Daseinvorsorge**. Sie allein stelle sicher, dass eine gerechte, allen Bürgern ohne Ansehen der Person und ihren finanziellen Möglichkeiten, bei Bedarf Krankenhausleistungen zugute kommen könne. Grundlegendes Argument der Befürworter des dualen Finanzierungssystems ist, dass nur der Staat gewährleisten könne, dass die Nachfrage und das Angebot von Krankenhausleistungen in Einklang gebracht werden. Deshalb sei es notwendig, den Staat bei der Ermittlung des Bedarfs an Krankenhausleistungen und bei der Erstellung entsprechender **Krankenhauspläne** einzubeziehen und nach Feststellung dieses

Bedarfs Krankenhäuser durch staatliche Zuwendungen zu fördern und Anschaffungen von Investitionsgütern zu finanzieren.

Die Gegner des Prinzips der dualen Finanzierung, die sich in Deutschlands Gesundheitswesen weiterhin in der Minderheit befinden, bezeichnen staatliche Investitionsplanung als einen teuren Irrweg. Bedarfsgerechtigkeit würde nicht ohne weiteres ermittelbar sein. Deshalb würde sehr viel Geld verbrannt, ohne dass ein entsprechender Bedarf bestehen würde. Staatliche Planung und Interessen der Länder führten zur Planung von Überkapazitäten, da häufig politisch und nicht gesundheitswirtschaftlich gedacht und geplant werde. Jedes Angebot schaffe auch seine Nachfrage, medizinische Leistungen seien stets ausdehnbar. Die Verweildauer deutscher Krankenhäuser sei im Vergleich zu anderen Ländern immer noch deutlich höher und belegt dieses Argument von Überkapazitäten eindrucksvoll.

Das Konzept einer Alternative wird unter dem Schlagwort **Monistik** genannt. Dies bedeutet, dass die Bezahlung der Krankenhausbehandlung insgesamt aus einer Hand erfolgt. Das Krankenhaus bekommt für die Krankenhausbehandlung entsprechende Entgelte, aus denen auch Investitionen finanziert werden sollen (vgl. zur Innenfinanzierung Kap. 6). Die Zahlungen sollen dabei von den Krankenkassen erfolgen. Dies wiederum führt zu entsprechenden Vorbehalten der Länder. Die Länder sehen ihren Anspruch und Auftrag auf Sicherstellung der Krankenhausversorgung durch die Ausgestaltung ihrer Krankenhausinfrastrukturen und über das zur Verfügung stehende Investitionsvolumen gefährdet, da Investitionen nicht mehr von einer entsprechenden Krankenhausplanung bzw. eines Investitionsprogramms, welches die Länder ermitteln und aufstellen, abhängig gemacht werden würde. Die Bundesländer haben sich das Recht ausbedungen, eigenständig über einen Systemwechsel zu entscheiden (§ 10 Abs. 1 Satz 4 KHG). Eine monistische Finanzierung ist deshalb möglicherweise in weite Ferne gerückt und hat wahrscheinlich nur geringe Realisierungschancen.

1.1.3 Die Förderung der Investitionen

Voraussetzungen der Förderung

Die Voraussetzungen der Investitionsförderung sind in § 8 KHG festgelegt (Haubrock, S. 322 f.). Danach hat ein Krankenhaus Anspruch auf Investitionsförderung, wenn es in den Krankenhausplan eines Bundeslandes aufgenommen worden ist. Der Krankenhausplan ist eine verwaltungsinterne Maßnahme ohne unmittelbare Rechtswirkung nach außen. Der Krankenhausplan wird durch den Feststellungsbescheid der zuständigen Landesbehörde verbindlich.

Der Feststellungsbescheid konkretisiert den Versorgungsauftrag, der im Übrigen weder im Bundesrecht noch im Landesrecht näher definiert ist, in der

Regel aber nicht. Er ist in erster Linie auf die Erfordernisse einer kapazitätsbezogenen Investitionsförderung ausgerichtet. Der Krankenhausplan und der Feststellungsbescheid lassen daher oft große Interpretationsspielräume zu. Als Basis für die Ermittlung der Ausstattung eines Krankenhauses mit Investitionsgütern ist er deshalb nur bedingt geeignet.

Die Planungstiefe der Krankenhauspläne der Bundesländer ist unterschiedlich. Während manche Länder in ihren Krankenhausplänen detaillierte Festlegungen (z. B. zu Schwerpunkten) treffen, beschränken sich andere Länder im Krankenhausplan auf Aussagen zu Standorten, zu Bettenkapazitäten, zum Fachgebietsspektrum sowie zu Versorgungsstufen der Plankrankenhäuser. In jüngerer Zeit beschränken sich die Länder zunehmend auf eine Rahmenplanung unter Verzicht auf die Ausweisung von Schwerpunkten und Fachgebieten. Auf Grund dieser unterschiedlichen Handhabung der Krankenhausplanung in den einzelnen Ländern kommt es darauf an, ob Maßnahmen oder Leistungen des Krankenhauses der Krankenhausplanung entsprechen, sich also in die Krankenhausplanung einfügen und nicht in Widerspruch zu ihr stehen und damit förderfähig sind. Das ist im Einzelfall anhand der Ziele und Grundentscheidungen der Krankenhausplanung zu beurteilen.

Einzel- und Pauschalförderung

Das noch geltende Recht sieht zwei Arten von Investitionsförderung vor (Hau-brock, S. 322f.):

- **Einzelförderung auf Antrag:** Die Investitionsmaßnahme, für die eine Einzelförderung beantragt wird, muss in das Investitionsprogramm des Bundeslandes aufgenommen worden sein.
- **Pauschalförderung auf Antrag:** Dem Krankenhaus wird pro Jahr ein bestimmter Betrag zur Verfügung gestellt. Die Bemessungsgrundlage dafür war über viele Jahre hinweg die Zahl der im Krankenhausplan des Bundeslandes für das beantragende Krankenhaus ausgewiesenen Planbetten. Diese Bemessungsgrundlage wurde allerdings in einzelnen Bundesländern schon durch andere Bemessungsgrundlagen, die mehr die medizinische Leistung des Krankenhauses abbilden, abgelöst.

Das bisherige System der Einzelförderung von Investitionen und der Pauschalförderung kurzfristiger Anlagegüter soll beginnend ab 2012 durch leistungsorientierte **Investitionspauschalen** abgelöst werden. Das Recht der Länder, eigenständig zwischen der Förderung durch Investitionspauschalen und der Einzelförderung von Investitionen zu entscheiden, bleibt erhalten.

Mit Hilfe der Einzelförderung können folgende Arten von Investitionsmaßnahmen finanziert werden:

- Neu-, Um- und Erweiterungsbauten sowie die Sanierung von Krankenhäusern,
- die Erstausrüstung mit Anlagegütern,

- die Wiederbeschaffung von Anlagegütern,
- der Ausgleich für die Abnutzung von Anlagegütern, soweit die Anlagegüter durch Eigenmittel des Krankenhausträgers finanziert worden sind,
- der Erwerb, die Erschließung, die Miete sowie die Pacht von Grundstücken,
- Anlauf- und Umstellungskosten sowie
- die Umstellung von Krankenhäusern oder Krankenhausabteilungen auf andere Aufgaben.

Mittels der pauschal zur Verfügung gestellten Fördermittel werden folgende Arten von Investitionsmaßnahmen finanziert:

- die Wiederbeschaffung, Ergänzung, Nutzung und Mitnutzung von kurzfristigen Anlagegütern mit einer voraussichtlichen Nutzungsdauer von mehr als 3 bis zu 15 Jahren sowie
- kleine bauliche Maßnahmen.

1.1.4 Die weitere Entwicklung

Einführung

Die von der Regierung eingeleiteten Maßnahmen haben dazu geführt, dass die Zahl der Krankenhausbetten deutlich zurückgegangen ist. Standen in den deutschen Krankenhäusern im Jahr 1991 noch 665.000 Krankenhausbetten, so wurde deren Zahl bis zum Jahr 2005 auf 523.000 reduziert. Möglich war diese Reduzierung durch die Absenkung der durchschnittlichen Verweildauer im gleichen Zeitraum von ca. 14 auf 8,6 Tage. Die Bettenauslastung ist dadurch von 84,1% auf 75,6% gesunken.

Die bisher eingeleiteten Maßnahmen haben dazu beigetragen, dass die Qualität und die Effizienz der Patientenbehandlung verbessert werden konnten. Völlig ungelöst ist dagegen die Finanzierung der Krankenhaus-Investitionen. Nach wie vor gilt die duale Finanzierung. Diese wird aber zunehmend unterlaufen, weil die Bundesländer nicht mehr Finanzmittel in ausreichendem Maße zur Verfügung stellen und die Krankenhäuser die Restfinanzierung durch Eigenmittel sicherstellen müssen. Diese Eigenmittel werden als Überschuss der Erlöse über die Kosten erwirtschaftet – Investitionen werden also letztlich als Bestandteil der Fallpauschalen finanziert.

Insgesamt ist festzustellen, dass die gesamte Finanzierung von Investitionen in Krankenhäusern sowie der eigentlichen Krankenhausleistung auf unsicheren Füßen steht. Trotz zahlreicher Reformen sind die Kostensteigerung nicht aufgefangen und der **Investitionsstau** nicht aufgelöst worden. Aus diesem Grunde erscheint es dringend geboten, reformierend das System zu überprüfen bzw. zu ändern. Hierbei ist es notwendig, dass Krankenhäuser auf alternative Finanzierungsquellen zurückgreifen können und müssen.

Angesichts der knappen Kassen der Bundesländer haben diese in den letzten Jahren zunehmend den Umfang der für die Förderung der Investitionen zur Verfügung gestellten Mittel reduziert. Viele Investitionen werden nur noch teilweise durch das jeweils zuständige Bundesland gefördert. Die Restfinanzierung muss durch die Krankenhäuser übernommen werden, wenn nicht auf die Realisierung einer Investitionsmaßnahme gänzlich verzichtet werden soll.

Neue Finanzierungsquellen

Die oben beschriebene Situation knapper werdender Mittel hat faktisch zu einer „einbeinigen“ dualen Finanzierung, d. h. dem teilweisen oder vollständigen Ausfall einer Investitionsförderung durch die Länder, geführt. Trotz knapper werdender Fördermittel müssen die Krankenhäuser weiterhin Investitionen ins Sachanlagevermögen vornehmen. Dies führte zu einer Reihe von Maßnahmen, die insgesamt das Ziel hatten, Wirtschaftlichkeitsreserven zu heben und neue Finanzierungsquellen aufzutun.

Outsourcing

Ein wesentlicher Bestandteil dabei waren verstärkt **Ausgliederungen (Outsourcing)** von bestimmten Krankenhaus-Service-Leistungen, z. B. Wäscherei, Gebäudereinigung, Speisenversorgung, auf externe Dienstleister oder eigens hierfür gegründete Servicegesellschaften vorzunehmen. Dadurch konnten die laufenden Betriebskosten durch entsprechend niedrigere Tarifverträge in den Servicegesellschaften gesenkt werden. Hierdurch ersparte Mittel standen nach Wegfall des Selbstkostendeckungsprinzips und der Umstellung auf ein gedeckeltes Budget Anfang der 90er Jahre zur Verfügung, um notwendige Investitionen zumindest teilweise selbst finanzieren zu können.

Triale Finanzierung

In verschiedenen Bundesländern gab es bzw. gibt es die Verpflichtung der kommunalen Träger, ihre Krankenhäuser finanziell zu unterstützen. So gab es beispielsweise bis Anfang 2000 im Krankenhausgesetz des Landes Brandenburg die Verpflichtung, dass die kommunalen Träger von Krankenhäusern verpflichtet waren, bei Einzelfördermaßnahmen des Landes 10 % der Investitionssumme als Zuschuss bzw. Zuwendung dem kommunalen Krankenhaus zur Verfügung zu stellen. Der Begriff der **trialen Finanzierung** war geboren. Mittlerweile ist nicht nur das Geld auch in den Kommunen knapp geworden, auch die Europäische Union sieht unter Wettbewerbsgesichtspunkten hier eine Verzerrung, die derzeit auch rechtlich untersucht wird.

Privatisierung

Eine Folge dieser weiteren Einschnitte von Finanzierungsmöglichkeiten durch Kommunen war, dass spätestens seit Beginn der 90er Jahre eine stärkere Welle der **Privatisierung** von kommunalen Krankenhäusern stattgefunden hat und bis in die Gegenwart anhält (vgl. Kap. 7.3).

Privatisierung meint hier nicht die Rechtsformoptimierung eines kommunalen Krankenhauses vom Regie- oder Eigenbetrieb in die Eigengesellschaft (z. B. in der Rechtsform der GmbH), sondern die echte Privatisierung, also die Übertragung der operativen Verantwortung an einen privaten Krankenhausbetreiber. Dies schließt sowohl gewerbliche private Betreiber als auch freigemeinnützige und kirchliche Träger ein.

Private Investoren konnten in der weit überwiegenden Zahl von Krankenhausübernahmen relativ schnell zeigen, dass vorher unter kommunaler Trägerschaft geführte Krankenhäuser mit roten Zahlen schnell in Gewinnzonen gebracht wurden, ohne dass dabei die Qualität der Leistung gelitten hat. Hinzu kommt, dass Private Krankenhaussträger Zugang zum Kapitalmarkt für die Finanzierung von Investitionsmaßnahmen haben (vgl. Kap. 4.2) und durch die Bildung von so genannten Clustern (gemeint sind damit vernetzte Strukturen unter gemeinsamer Trägerschaft oder in enger Kooperation) **Synergien** in der Versorgung der Patienten in einer Region heben können. So haben die bekannten großen privaten Krankenhausketten (z. B. Asklepios, Helios, Rhön, Sana) regionale Schwerpunkte aufgebaut, die jedoch zunehmend unter kartellrechtlichen Aspekten kritisch überprüft werden. Auch freigemeinnützige und kirchliche Träger haben ehemals öffentliche Krankenhäuser übernommen und erfolgreich saniert bzw. entwickelt.

Zusammenfassung

Da die vorhandenen Systeme der Krankenhausfinanzierung unzureichend sind, ist es erforderlich, dass jedes wirtschaftlich handelnde Krankenhaus sich mit der Finanzierung und Investition auch außerhalb der staatlichen Fördermittelfinanzierung beschäftigt, um im Wettbewerb leistungsfähig und attraktiv für die einweisenden Ärzte und ihre Patienten zu bleiben.

1.2 Grundlagen von betriebswirtschaftlicher Finanzierung und Investition

1.2.1 Betriebswirtschaftliche Grundbegriffe von Finanzierung und Investition

Für die Anwendung betriebswirtschaftlicher Finanzierung und Investition auf das Gesundheitswesen sollten im ersten Schritt einige betriebswirtschaftliche Grundbegriffe definiert bzw. abgegrenzt werden.



*Unter dem Begriff **Finanzierung** versteht man sämtliche lang- und kurzfristigen Maßnahmen der Kapitalbeschaffung sowie alle Kapitaldispositionen zur Aufrechterhaltung der jederzeitigen Zahlungsfähigkeit.*

Sämtliche Kapitalbeschaffungen, also die Beantwortung der Frage woher das Kapital kommt, werden auf der **Passivseite** der Bilanz ausgewiesen. Die Summe aller auf der Passivseite ausgewiesenen Positionen bildet das Gesamtkapital eines Unternehmens, welches dem Gesamtvermögen des Unternehmens (z. B. des Krankenhauses) entspricht. Durch diese Definition des Finanzierungsbegriffes anhand der Passivseite der Bilanz kann der Investitionsbegriff wie folgt davon abgegrenzt werden:



***Investition** ist die Kapitalverwendung durch Umwandlung liquider Mittel in Investitionsgüter, die das Anlagevermögen des Unternehmens bilden.*

Während der Finanzierungsbezug also auf die Passivseite der Bilanz abstellt, werden Investitionen auf der **Aktivseite** der Bilanz dokumentiert. Dabei ist es jedoch notwendig innerhalb der Aktivseite zwischen Anlagevermögen und Umlaufvermögen zu unterscheiden. Vereinfacht ausgedrückt stellt das Anlagevermögen alle Positionen dar, die „gebraucht“ werden, während im Umlaufvermögen sich alle Positionen befinden, die „verbraucht“ werden. Anlagevermögen und Umlaufvermögen bilden zusammen das Gesamtvermögen (also die Summe aller Aktiva), welches wieder dem Gesamtkapital des Unternehmens entspricht.

Der *Investitionsvorgang* besteht in einer Umwandlung von liquiden Mitteln aus dem Umlaufvermögen in eine Vermögensposition des Anlagevermögens. Ist dieser Investitionsvorgang abgeschlossen, so wird diese Investition ausschließlich im Anlagevermögen abgebildet. Ein einfaches *Beispiel* ist der Kauf eines Röntgengerätes. In Höhe des Kaufpreises nehmen die liquiden Mittel im Umlaufvermögen ab und das Anlagevermögen nimmt um die Position des Röntgengerätes zu. Man spricht bei einer Investition, daher auch von einem Aktivtausch (in Höhe des Kaufpreises).

Diese etwas ausführlichere Definition ist notwendig, um einen weit verbreiteten *Irrtum* vom *Investitionsbegriff* im klassischen Sinne zu vermeiden: So stellt der Kauf von Vorräten als eine Position des Umlaufvermögens keine Investition im klassischen Sinne dar! Werden zum Beispiel Medikamente, Verbandsmaterial etc. gekauft, die ja „verbraucht“ werden (also zum Umlaufvermögen gehören), so stellt dies keine Investition im klassischen Sinne dar, wie er oben definiert wurde. Auf weitere Merkmale des Investitionsbegriffes wird in Kapitel 2 noch eingegangen werden.

Mit Hilfe des Investitionsbegriffes kann jetzt ein weiterer fundamentaler Begriff definiert werden:



Finanzwirtschaft fasst als Oberbegriff Finanzierung und Investition zusammen.

Zur **Finanzwirtschaft** gehören also einerseits alle Kapitalbeschaffungsmaßnahmen, sowie alle Aktionen zur Erhaltung der jederzeitigen Zahlungsfähigkeit (Liquidität). Hierzu gehört auch die so genannte Finanzanalyse (siehe Kap. 3). Andererseits wird im Rahmen der Finanzwirtschaft auch die Investition behandelt. Hierbei geht es in erster Linie um die Beantwortung der Frage, welches Investitionsobjekt (z. B. der Röntgenapparat) für den Investor (das Krankenhaus) am vorteilhaftesten ist. Diese Frage wird mit Hilfe von Investitionsrechenverfahren beantwortet werden (siehe Kap. 2).

Vom zentralen Begriff der Finanzwirtschaft sollten noch einige weit verbreitete ähnliche Begriffe abgegrenzt werden. Unter **Finanz- und Investitionsmanagement** versteht man die Ausweitung des klassischen finanzwirtschaftlichen Begriffes auf das gesamte Unternehmen. Darunter wird die Einbindung der Finanzwirtschaft in andere betriebswirtschaftliche Disziplinen verstanden (wie z. B. Vertrieb, Logistik, Personal, usw.). Finanzmanagement meint aber auch häufig die Ausweitung auf den gesamten Sektor der Finanzdienstleistungen, wie z. B. Bausparen, Versicherungen, Investmentfondsgesellschaften, etc.

In der englischsprachigen Literatur wird i. d. R. der Begriff **Corporate Finance** verwendet. Er kann mit dem deutschen Oberbegriff der Finanzwirtschaft gleichgesetzt werden. Würde man den Begriff Corporate Finance wörtlich übersetzen (also „Unternehmensfinanzierung“), so könnte daraus fälschlicherweise abgeleitet werden, dass hier nur Finanzierungsfragen behandelt werden. In der Regel wird unter dem Begriff Corporate Finance aber nicht ausschließlich die Finanzierung behandelt, sondern auch die Investition und insbesondere die verschiedenen Investitionsrechenverfahren.

Schließlich wird der Begriff der Finanzwirtschaft mit dem Ausdruck **Finanzwissenschaft** verwechselt. Die Finanzwissenschaft analysiert die Wirkungen der staatlichen Einnahmen- und Ausgabenpolitik. Hierbei handelt es sich um einen volkswirtschaftlichen Oberbegriff, in dessen Mittelpunkt die volkswirtschaftliche Analyse der staatlichen Steuerpolitik steht. Wenngleich sich Steuern auch auf Finanzierungs- und Investitionsentscheidungen auswirken, werden im Folgenden aus betriebswirtschaftlicher Sicht keine Steuern berücksichtigt.

Mit Hilfe dieser Begriffe können nun einige weiter gehende Grundlagen der betriebswirtschaftlichen Finanzwirtschaft dargestellt werden. So werden im nächsten Kapitel die finanzwirtschaftlichen Grundbegriffe in den betriebs- und volkswirtschaftlichen Bezugsrahmen eingeordnet.