

Sprechzettel
des Ministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen
Karl-Josef Laumann

zur Landespressekonferenz
„Umstellung der Krankenhausinvestitionsförderung“

Es gilt das gesprochene Wort.

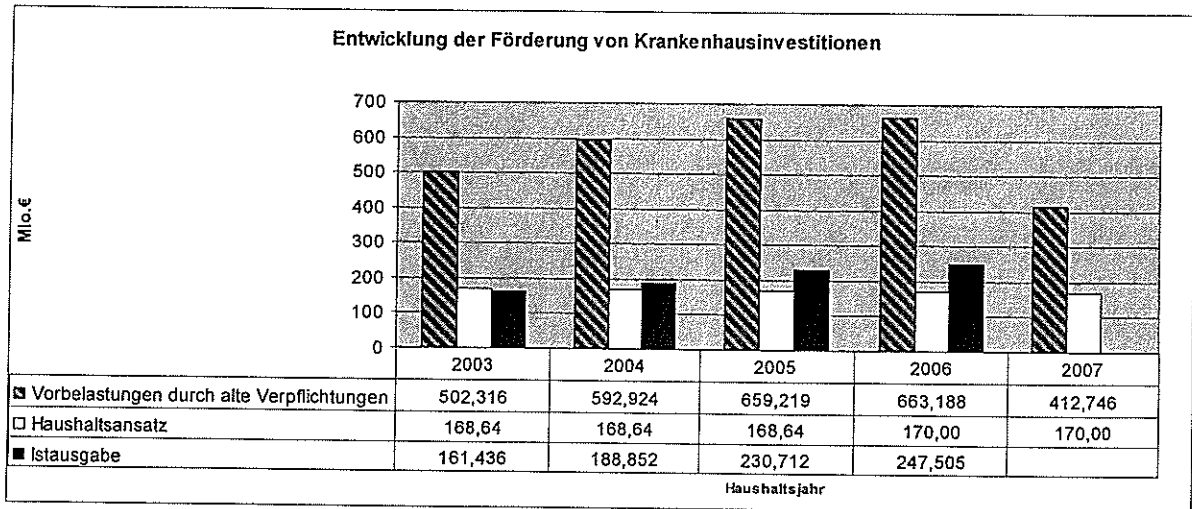
Anrede,

für die Krankenhäuser gilt, was der Ministerpräsident in seiner Regierungserklärung im Juli 2005 formuliert hat:

Wir lösen die Probleme der Krankenhausversorgung nicht durch mehr Regulierung. Wir lösen sie durch Selbstbestimmung und Selbstverantwortung.

Sie wissen, dass ich als Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales kein Krankenhausinvestitionsprogramm aufgestellt habe. Die Gründe hierfür lagen vor allem in den enormen Vorbelastungen der Haushalte durch die viel zu hohen Versprechungen der alten Landesregierung, die nie durch ausreichende Barmittel in den Haushalten abgedeckt waren. Deshalb gibt es auch 2007 kein Investitionsprogramm. Hierdurch wird es uns gelingen, die Vorbelastungen aus dem Jahr 2005 von rund 660 Mio. Euro bis Ende dieses Jahres auf weniger als 250 Mio. € abzubauen. Die gesamten Vorbelastungen werden im Jahr 2011 endgültig abgebaut sein.

Eine effektive Förderung der Krankenhauslandschaft in Nordrhein-Westfalen ist der Landesregierung sehr wichtig. Deshalb haben wir seit 2005 die realen Ausgaben für Krankenhausinvestitionen stetig erhöht, um die Rechnungen zu bezahlen und Baustopps zu vermeiden und den Investitionsstau zu minimieren.



Aber nicht nur die bisherige Finanzierung von Krankenhausinvestitionen stand auf tönernen Füßen.

Das System der Krankenhausinvestitionsförderung war bislang intransparent, ungerecht und nicht effektiv.

Intransparent

Bislang gehen Krankenhausinvestitionen einen zu langen Weg:

(Sie werden mit den Bezirksregierungen vorbereitet, zu einem Investitionsprogramm angemeldet, von den Bezirksregierungen erneut geprüft, in eine Prioritätenfolge gebracht, dem Regionalrat vorgelegt und schließlich vom Gesundheitsministerium nach weiterer Prüfung und Abstimmung in ein Investitionsprogramm aufgenommen. Natürlich gelten auf diesem Weg Kriterien. Beispielsweise die Bedeutung des Krankenhauses für die Region, die Verbesserung von Krankenhausstrukturen, Kooperationen und Vernetzungen und das finanzielle Engagement des Trägers. Deren Gewichtung durch die Bezirksregierung kann aber von einem Mitbewerber nur bedingt nachvollzogen werden. Und es galten stets auch rechnerische Zwänge: Denn wenn die letzte zu berücksichtigende Maßnahme nicht mehr in das nach Proporz berechnete Budget einer Bezirksregierung passt, kommt eine kleinere, unter Umständen fachlich deutlich schlechter bewertete Maßnahme zum Zuge.)

Auf diesem langen Weg werden auch immer wieder unsichtbare Weichen gestellt: Die Bezirksregierung kann eine Maßnahme bereits im Vorfeld forcieren oder bremsen, sie auf der Prioritätenliste höher oder tiefer einordnen. Die Maßnahme kann durch das Krankenhaus mit sehr viel oder auch mit weniger Nachdruck vertreten werden, sie kann mehr oder weniger gewichtige Fürsprecher haben, sie kann mehr oder weniger öffentliche Beachtung finden.

Tatsache ist deshalb: Niemand konnte ein Investitionsprogramm wirklich schlüssig begründen. Niemand konnte wirklich die Frage beantworten, ob und warum die letzte noch geförderte Maßnahme wichtiger ist als die erste nicht mehr geförderte.

Ungerecht

Es ist ungerecht, wenn die Chancen einer Investition auch von der Zahl und dem Gewicht der Fürsprecher abhängen. Keine Verwaltung oder kein Politiker kann sich dem Druck von Interessenvertretern gänzlich entziehen. Deshalb ist es ungerecht, dass das bisherige Verfahren reichlich Ansatzpunkte für Interventionen von Fürsprechern bietet.

Es ist ungerecht, wenn sich die Krankenhäuser nach Belieben an den Investitionskosten beteiligen oder auch nicht. Richtig ist: Die meisten Krankenhäuser wenden in Verbindung mit einer geförderten Baumaßnahme auch eigene Mittel auf. Aber das betrifft zumeist die Anteile des Projekts, die das Land auch gar nicht fördern dürfte, weil es sich z.B. um Erhaltungsaufwand oder um Bauteile außerhalb des Krankenhausplans handelt.

Nur jedes dritte Krankenhaus hat die Landesförderung der Jahre 2003 bis 2005 tatsächlich mit eigenen Mitteln verstärkt (55 von 174 Förderungen). In drei Vierteln dieser Fälle (41) lag die Beteiligung bei maximal 15 %. Gemessen an allen Förderfällen hat also nicht einmal jeder zehnte Träger mehr als 15 % zu der staatlichen Förderung beigetragen.

Nicht effektiv

Die bisherige Investitionsförderung ist nicht effektiv, weil sich der Staat viel zu viel zutraut. Staatliche Investitionsentscheidungen sind den dynamischen Gesundheitsmärkten nicht mehr gewachsen. Die formale, administrative Verfahrenswelt einer Verwaltung entfernt sich immer weiter von der Wettbewerbs-Wirklichkeit der Krankenhäuser. Während dort schnelle und flexible Entscheidungen verlangt sind, werden staatliche Investitionsprogramme immer zeitaufwändig und kostenintensiv bleiben.

Der Staat mobilisiert zu wenig private Mittel. Der Krankenhausmarkt ist ein wirtschaftlich lohnender Markt. Es gibt grundsätzlich genügend private Kapitalgeber, für die dieser Markt sehr interessant ist: Banken, die Vorfinanzierungen übernehmen, Investoren, die vom Bau bis zum Gebäudemanagement ihre Leistungen anbieten, auch Fonds sind grundsätzlich stärker als bislang denkbar.

Das bisherige Fördersystem ist jedoch nicht darauf angelegt, diese Mittel zu mobilisieren und nutzbar zu machen.

Die bisherige Investitionsförderung ist nicht effektiv, weil sie den Krankenhäusern zu wenig zutraut. Wir trauen den Krankenhäusern bislang das „Wann“ einer Investition nicht zu. Sondern das Land entscheidet nach seinen zeitlichen und finanziell möglichen Prioritäten.

Wir trauen den Krankenhäusern bislang die Entscheidung nicht zu, „wie“ investiert wird. Bislang prüft die Bezirksregierung jedes Detail der Investition. Häufig zum Guten der Investition, aber zugleich zum Schlechten der Träger, weil sie sich damit nämlich schrittweise der Verantwortung und der Kompetenz für ihr Tun berauben.

Das gilt erst recht für Planänderungen. Wenn ein Krankenhaus beispielsweise erkennt, dass eine Investition fehlschlagen droht, dann muss es sofort reagieren können. Und zwar möglichst ohne aufwändige bürokratische Prüfungen und Regulierungen. Wenn ein Krankenhaus erkennt, dass der Verlust von Marktanteilen droht, weil notwendige Erweiterungen fehlen, dann muss es ebenfalls schnell und entschlossen reagieren können, ohne lange Vorläufe zu Investitionsprogrammen.

Wir trauen den Krankenhäusern bislang die Entscheidung nicht zu, „wie viel“ investiert wird. Auch, weil bislang die Mittel für kurzfristige und für langfristige Investitionen strikt voneinander getrennt sind.

Die bisherige Investitionsförderung ist nicht effektiv, weil sie die Krankenhäuser zu wenig in die Verantwortung nimmt. Für die Krankenhäuser sind die Investitionsprogramme fast wie eine immer wiederkehrende Lotterie, für die jeder immer wieder Lose kauft. Bei der Landesförderung können sie immer wieder neue Anträge stellen und immer wieder neu auf die Zuteilung hoffen.

Daher ist es aus Sicht der Träger nur vernünftig, sich permanent wenigstens vorsorglich um Investitionsmittel zu bemühen, und sei es, um bei Zuteilung dann die echte Planung zu entwickeln.

Aus diesen Gründen ist ein Wechsel bei der Krankenhausinvestitionsförderung unumgänglich.

Ich will

- eine transparente und gerechte Krankenhausförderung.
- eine effektive Krankenhausförderung.
- Eigenverantwortlich unternehmerisch handelnde Krankenhäuser

Deshalb will ich die bisherigen Investitionsprogramme durch eine Baupauschale ersetzen, die auf der kurzfristigen Investitionspauschale aufsetzt.

Die Baupauschale tritt an die Stelle der bisherigen Einzelförderung, die bisherige Zweckbestimmung für bauliche Investitionen **gilt weiter**. (Die Fördermittel dienen also weiterhin gem. § 9 KHG Bund und § 21 KHG NRW der Errichtung von Krankenhäusern einschl. der Erstausrüstung mit den notwendigen Anlagegütern, der Wiederbeschaffung langfristiger Anlagegüter sowie Ergänzungen über die übliche Anpassung hinaus.)

Alle Plankrankenhäuser erhalten einen Pauschalbetrag. Entscheidendes Kriterium ist die Aufnahme in den Krankenhausplan.

Nach Abschluss einer Übergangsphase bis 2011 haben daher alle Plan-Krankenhäuser einen jährlichen Anspruch auf die Bau-Investitionspauschale. Der Nachweis eines konkreten, auf den Einzelfall bezogenen Bedarfs ist nicht mehr notwendig.

Die Höhe der Pauschale richtet sich nach der Krankenhausleistung. Die Leistung wird analog der im KHGG vorgesehenen Pauschale für kurzfristige Wiederbeschaffungen gemessen. (Bemessungsgrundlagen sind damit auch hier Bewertungsrelationen (Zahl und Schwere der Krankenhausleistungen), besondere Entgelte sowie (vor allem für Psychiatrien) Behandlungstage.)

Die Pauschale kann sowohl angespart als auch für den Schuldendienst genutzt werden. Die Krankenhäuser sind somit frei in ihrer Entscheidung, ob und inwieweit sie eine Investition auf dem Kapitalmarkt vorfinanzieren wollen. Umgekehrt soll die Pauschale auch über mehrere Jahre angespart werden können.

Grob gerechnet kann ein Krankenhaus das 10-fache seiner Baupauschale auf dem Kreditmarkt über eine Laufzeit von zwanzig Jahren finanzieren. Im konkreten Einzelfall hängt dies von der Laufzeit und Bonität des Hauses ab. In den Jahren 2004 und 2005 betrug die durchschnittliche Fördersumme der rund 50 jährlich geförderten Maßnahmen 4 Mio. €.

Die zukünftige durchschnittliche Baupauschale wird bei rund 410.000 € liegen. Damit können die 413 nordrhein-westfälischen Krankenhäuser einen Investitionsschub von bis zu 1,9 Mrd. € auslösen. Die entsprechenden Kredite werden mit der Baupauschale bedient. Selbst bei großen Investitionsprogrammen des Landes zwischen 2003 und 2005 wurden dagegen lediglich jeweils nur 12 % aller Krankenhäuser gefördert.

Zwischen der kurzfristigen Pauschale und der Baupauschale wird teilweise Deckungsfähigkeit hergestellt. Die Krankenhäuser erhalten so die Möglichkeit, in eigener unternehmerischer Verantwortung Prioritäten zu setzen, ob sie ihre pauschalen Fördermittel für kurzfristige Ersatzinvestitionen, Geräte oder für große Baumaßnahmen einsetzen.

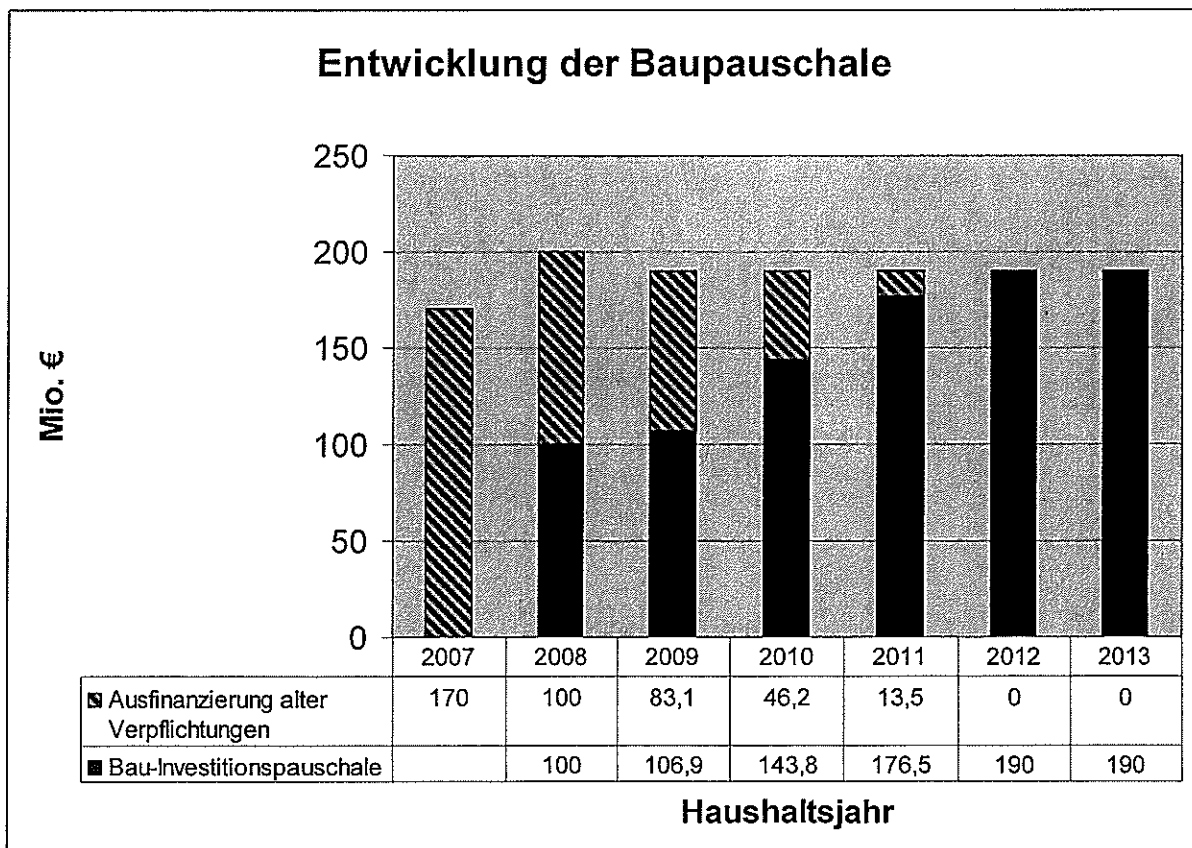
Die Landesregierung möchte die Barmittel für die Baupauschale dauerhaft um 20 Mio. € auf 190 Mio. € erhöhen.¹ Diese Mittel sind allerdings bis einschließlich 2011 – mit rückläufigen Anteilen - durch Investitionsentscheidungen der Vergangenheit belegt.

¹ Vorbehaltlich des Haushaltsrechtes des Landtages

Für die Übergangsjahre bis einschließlich 2011 gilt:

Die Krankenhäuser werden schrittweise in die neue Förderung aufgenommen. Die Reihenfolge richtet sich nach den Förderungen der Vergangenheit. Vereinfacht gesagt bedeutet dies, dass Krankenhäuser, die lange keine Förderung oder nur relativ niedrige Beträge erhalten haben, sofort in den Genuss der Baupauschale kommen und diejenigen, die erst vor kurzem oder in der Vergangenheit relativ viel Geld erhalten haben, sukzessive bis 2011 diese Pauschale erhalten werden.

Aufgrund der finanziellen Vorbelastungen ergeben sich in der Übergangszeit bis 2011 folgende Baupauschalen:



Die neue Baupauschale ist transparent und gerecht. Die Bemessungsgrundlage der Pauschale ist eindeutig und für alle Beteiligten nachvollziehbar. Die Pauschale richtet sich nach der medizinischen Leistung. Das ist gut und gerecht. Denn so fließen die staatlichen Baumittel dorthin, wo auch die Leistungen für die Patientinnen und Patienten erbracht werden.

Die Krankenhäuser können darüber hinaus die Entwicklung ihrer eigenen Bemessungsgrundlage auch für die Zukunft abschätzen und sich somit zusätzliche Planungssicherheit schaffen.

Alle Plankrankenhäuser bekommen die Chance, zeitnah zu investieren. In den Investitionsprogrammen waren es dagegen nur etwa 12 % der Häuser pro Jahr.

Die Baupauschale ist effektiv. Der Staat muss und wird die staatliche Letztverantwortung für die gesundheitliche Versorgung behalten. Weil das so ist, bestehe ich darauf, dass es auch künftig eine staatliche Krankenhausplanung durch die Länder geben wird. Das Land wird wie bisher die Rahmenplanung vorgeben, aber die Krankenhäuser füllen diese in Absprache mit den Krankenkassen eigenverantwortlich aus.

Aber die Durchführung der gesundheitlichen Versorgung muss unternehmerischen und nicht staatswirtschaftlichen Prinzipien folgen. Die Baupauschale stärkt diese unternehmerische Verantwortung. Sie erhöht die Effizienz der Investitionsentscheidungen im Krankenhauswesen und damit auch die Effizienz der gesundheitlichen Versorgung.

Die Baupauschale schafft unternehmerische Freiheit und unternehmerische Verantwortung. Die Krankenhäuser entscheiden künftig – im gegebenen Rechtsrahmen - eigenständig über ihre baulichen Investitionen. Sie können die Pauschale ansparen, wenn sie sich ihrer Planungen noch nicht ausreichend sicher sind oder dafür noch wirtschaftliche Kraft gewinnen müssen. Sie können im Vorgriff auf die Pauschale Kredite aufnehmen, wenn ihre Planungen die Kreditgeber überzeugen. Und sie können ihre Planungen jederzeit flexibel anpassen, wenn dies geboten ist. Und sie verantworten diese Entscheidungen eigenständig und werden daher besonders wirtschaftlich bauen.

Das Land schafft die materielle Basis für diese unternehmerische Freiheit. Die Haushaltsmittel für langfristige Investitionen werden dauerhaft um 20 Mio. € auf jährlich 190 Mio. € erhöht. Die ungedeckten Schecks der alten Landesregierung werden konsequent getilgt, der Schuldenberg wird im Jahr 2011 endgültig abgebaut sein. Zugleich dürfen wir natürlich keine neuen Verbindlichkeiten aufbauen. Deshalb kommt ein Investitionsprogramm 2007 nicht in Betracht.

Die Grenzen zwischen kurz- und langfristigen Investitionen werden gelockert. Die Krankenhäuser werden Teile der Pauschalmittel sowohl für den einen als auch den anderen Zweck einsetzen dürfen. Damit schafft das Land zusätzliche Flexibilität und auch zusätzliche Finanzmasse.