



Öffentliche Anhörung

Haushalts- und Finanzausschuss
des Landtags Nordrhein-Westfalen
am 23. Oktober 2014

LANDTAG
NORDRHEIN-WESTFALEN
16. WAHLPERIODE

STELLUNGNAHME
16/2166

Alle Abg

Stellungnahme

der

Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW)

zum

Gesetzentwurf über die Feststellung des Haushaltsplans

des Landes Nordrhein-Westfalen

für das Haushaltsjahr 2015 (Haushaltsgesetz 2015)

LT-Drucksache 16/6710

Düsseldorf, 13.10.2014

Vorbemerkung

Der Fragenkatalog zum Haushaltsgesetz und zu den Einzelplänen, der mit der Einladung zur öffentlichen Anhörung versandt wurde, beinhaltet keine Fragen zum Kapitel 15 070 (Krankenhausförderung).

Der geplante Haushaltsansatz für das Jahr 2015 in Höhe von 515.000.000 Euro ist im Vergleich zum Haushaltsansatz des Jahres 2014 (492.300.000 Euro) um effektiv 22.700.000 Euro angestiegen. Diese Erhöhung ergibt sich aus einer Aufstockung des Haushaltsansatzes der Titelgruppe 61 (Pauschale Förderung der Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter nach dem Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW)) um 24 Mio. Euro. Titelgruppe 62 „Sonstige Zuweisungen und Zuschüsse nach dem Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW)“ wird nach der im Haushalt 2014 vorgenommenen Kürzung von 1,4 Mio. Euro auf 700.000 Euro nunmehr um 300.000 Euro auf 1 Mio. Euro „aus Gründen der Anpassung an den Bedarf (zu erwartende Ausgleichszahlungen)“ erhöht. Der „Sonderfonds Krankenhäuser“ wird als „strukturelle Einsparung“ mit dem Volumen des Jahres 2014 in Höhe von 1,6 Mio. Euro gestrichen.

Die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) nimmt zum Kapitel 15 070 (Krankenhausförderung) wie folgt Stellung:

Fortschreibung der strukturellen Unterfinanzierung

Aufgrund der nach wie vor bestehenden gravierenden Unterfinanzierung der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser bei der Krankenhausförderung ist die geplante Erhöhung des Haushaltsansatzes für die pauschale Förderung der Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter durch das Land als erster Schritt zu begrüßen.

Der Haushaltsansatz deckt aber den bestehenden Investitionsbedarf im Krankenhausbereich bei Weitem nicht. Weitere Schritte bleiben zwingend notwendig, um die Krankenhäuser in NRW in die Lage zu versetzen, Investitionen zur Sicherstellung hochwertiger und zukunftssicherer Krankenhausleistungen für die Bevölkerung in NRW umsetzen zu können. Nicht zuletzt die gestiegenen Anforderungen durch den Krankenhausplan NRW 2015 bedingen auch investive Maßnahmen durch die Krankenhäuser.

Nach allen verfügbaren Expertenberechnungen beträgt die strukturelle Investitionsunterfinanzierung in Nordrhein-Westfalen zurzeit mindestens 700 Mio. Euro. Notwendig wären jährlich insoweit mindestens 1,2 Mrd. Euro.

Die geplante Erhöhung des Haushaltsansatzes für die pauschale Förderung der Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter gleicht den diesbezüglichen Kaufkraftverlust der vergangenen Jahre nicht aus. Der Kaufkraftverlust in Bezug auf die Baupauschale bleibt voll-

ständig unberücksichtigt. Eine Wirkung im Sinne einer nachhaltigen Verbesserung der Investitionsfähigkeit der Krankenhäuser in NRW kann damit nicht erreicht werden. Der schleichende Verlust der Investitionskraft verbunden mit einem Substanzverzehr in den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern wird sich fortsetzen.

Anhand von Orientierungszahlen wird der Kaufkraftverlust deutlich. In den Jahren 2008 bis 2013 - also nach Einführung der neuen Fördersystematik im Jahr 2008 - ist nach den Daten des IT.NRW der Verbraucherpreisindex um 9,8 Prozentpunkte gestiegen. Der Baupreisindex für gewerbliche Betriebsgebäude ist im gleichen Zeitraum um 15,0 Prozentpunkte gestiegen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es sich bei den vorgenannten Indizes um solche handelt, die den Warenkorb der Krankenhausinvestitionen nicht exakt abbilden. Die Preisentwicklung in diesem Bereich liegt erfahrungsgemäß oberhalb der vorgenannten Entwicklungen.

Beispielhaft orientiert an diesen Größenordnungen, hätte die pauschale Förderung für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter bereits im Jahr 2014 (293 Mio. Euro) allein aufgrund der Preisentwicklung um rund 29 Mio. Euro höher ausfallen müssen (orientiert am Verbraucherpreisindex). Die Baupauschale im Jahr 2014 (190 Mio. Euro) hätte bereits um rund 28 Mio. Euro höher ausfallen müssen (orientiert am Baupreisindex für gewerbliche Betriebsgebäude). Insgesamt hätte die pauschale Investitionsförderung im Jahr 2014 bereits um rund 57 Mio. Euro höher ausfallen müssen, um die Kaufkraft des Jahres 2008 zu erhalten. Der aufsummierte Kaufkraftverlust der einzelnen Jahre seit Einführung der neuen Fördersystematik beläuft sich aktuell bereits auf insgesamt ca. 199 Mio. Euro (kurzfristige Pauschale: ca. 98 Mio. Euro, Baupauschale: ca. 101 Mio. Euro).

Die KGNW schlägt vor diesem Hintergrund bereits seit Langem vor, eine jährliche Anpassung der Pauschalbeträge an die durchschnittliche Kostenentwicklung im KHGG NRW zu verankern. Die oben genannten Indizes können dabei unseres Erachtens Anhaltspunkte bieten.

Konzeptionelle Neugestaltung der Investitionsförderung zur Erreichung des notwendigen Fördermittelniveaus

Der Investitionsbedarf für NRW beläuft sich jährlich auf rund 1,2 Mrd. Euro (vgl. auch unsere Stellungnahmen der letzten Jahre zu den jeweiligen Haushaltsplänen). Die notwendige Höhe der Fördermittel findet eine zusätzliche Bestätigung durch die im April dieses Jahres veröffentlichte Kalkulation der Investitionsbewertungsrelationen und die diesbezüglich ermittelten durchschnittlichen Investitionskosten (Bezugsgröße) eines Falles in Höhe von 286,06 Euro durch das InEK. Es ergibt sich als bedarfsnotwendiges Investitionsvolumen für NRW im DRG-Entgeltbereich (Bezugsjahr 2012): 1.208.031.380 Euro (4.223.000 DRG-Fälle *

286,06 Euro; davon entfallen auf den KHG-Fördermittelbereich rd. 1,13 Mrd. Euro). Die Bezugsgröße basiert auf den Ist-Kostendaten des Kalkulationszeitraumes von 2006 bis 2012.

Ohne gemeinsame Anstrengungen von Bund und Ländern für ein gemeinsames Krankenhausinvestitionsförderprogramm wird die Investitionsproblematik nach unserer Auffassung nicht beherrschbar werden. Die Mitfinanzierung über Bundesmittel ist angesichts der großen Bedeutung der Investitionen für die Krankenhausversorgung auch in Nordrhein-Westfalen unbedingt erforderlich. Vorschläge zu einer Umsetzungsmöglichkeit haben die Krankenhäuser bereits formuliert. Konkret schlägt die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) vor, dass eine Investitionsquote in Höhe von 6 Mrd. Euro gesetzlich festgelegt wird und die Mittelbereitstellung gemeinsam von Bund und Ländern erfolgt. Für die Zuordnung der Mittel auf die einzelnen Häuser sollen weiter die Länder zuständig bleiben. Dafür stehen ihnen auch die kalkulierten Investitionskostenanteile als Grundlage für die Mittelzuweisung zur Verfügung. Angesichts von Milliardenüberschüssen im Gesundheitssystem ist die Finanzierung von zusätzlichen 3 Mrd. Euro, die über mehrere Stufen erfolgen kann, möglich.

Anlässlich der Landtagsanhörung zum Gesetzentwurf der Landesregierung „Zweites Gesetz zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen“ hat die KGNW in ihrer Stellungnahme (vgl. Landtagsdrucksache 16/1913) ebenfalls auf die chronische Investitionsunterfinanzierung hingewiesen und einen konkreten Lösungsansatz vorgelegt (**Anlage**, Auszüge der KGNW-Stellungnahme 16/1913).

Hohe Wirtschaftskraft und -bedeutung der Krankenhäuser neben der Wahrnehmung der Daseinsvorsorge

Die politischen Dimensionen einer auskömmlich finanzierten Krankenhausstruktur enden nicht mit Blick auf die essentielle Versorgung der Bevölkerung mit stationären und in zunehmendem Maße auch ambulanten Leistungen. Vielmehr sind die Krankenhäuser auch als wichtiger Wirtschaftsfaktor wahrzunehmen, die mit annähernd 250.000 direkt Beschäftigten auch entscheidende Arbeitgeber vor Ort und im gesamten Land darstellen. Diese gesamtwirtschaftlichen Effekte sind sicher auch für den Bund zu unterstellen.

Neben den u. a. bereits aus unseren Stellungnahmen der Vorjahre zu den Haushaltsgesetzesentwürfen bekannten Hinweisen zum Nachweis der Wirtschaftskraft der Krankenhäuser in einer PROGNOSE-Studie¹ sowie eine Studie der Universität Siegen und des Siegener Mittel-

¹ Die PROGNOSE-Studie „Makroökonomische Auswirkungen zusätzlicher Investitionen im Krankenhausbereich im Jahr 2009“ belegt, dass diese je nach Volumen zu einem Anstieg des Bruttoinlandsprodukts zwischen 0,08 % (1 Mrd. Investitionsvolumen) und 0,85 % (10 Mrd. Investitionsvolumen) führten. Jeder investierte Euro induzierte eine zusätzliche Bruttowertschöpfung von etwa 1,80 Euro. Diese als Multiplikator bezeichnete Relation

standsinstituts für den regionalen Bereich des Zweckverbandes der Krankenhäuser Südwestfalen e. V.² liegt nunmehr auch eine aktuelle Studie der Forschungsgruppe Marktorientierte Unternehmensführung (FGMU) der TU Dresden im Auftrag des Universitätsklinikums und der Medizinischen Fakultät Heidelberg vor. Das Ausmaß der ökonomischen Effekte, die von einer medizinischen Einrichtung ausgehen können, wird dort verdeutlicht. Die über die mittlerweile vorliegenden Studienergebnisse klar zu bemessenden wirtschaftlichen Hebelwirkungen von Gesundheitseinrichtungen bilden somit eine ergänzende Perspektive der Forderung nach auskömmlicher Finanzierung von Krankenhausleistungen und der Krankenhausinvestitionsförderung.

Streichung des Sonderfonds Krankenhäuser (Titelgruppe 80 bis 2014)

Die nunmehr geplante Streichung des im Koalitionsvertrag Nordrhein-Westfalen 2010 - 2015 „Gemeinsam neue Wege gehen“ zwischen der NRWSPD und Bündnis 90/Die Grünen NRW in Zeile 3437 ff. vorgesehenen „Sonderfonds Krankenhäuser“, beendet praktisch die Nichtumsetzung. Nennenswerte Umsetzungsausgaben sind zumindest nicht bekannt gemacht worden und über die Ausweisung der IST-Ausgaben in den Haushaltsplänen dokumentiert (für das Jahr 2012 waren 38.000 Euro, für das Jahr 2013 sind 11.000 Euro als verausgabt dokumentiert). Insofern ist anzunehmen, dass diese Mittel fast vollumfänglich den jährlichen Einsparungen zugeführt wurden. Konsequenterweise wurden auch die in den vergangenen Jahren eingestellten 1 Mio. Verpflichtungsermächtigungen der Titelgruppe 80 nicht mehr aufgeführt.

Bei allem Verständnis für die Konsolidierungsnotwendigkeit des Landeshaushaltes bleibt die offensichtliche und schleichende Erosion der Krankenhausförderung - auch vor dem Hintergrund der moderaten Erhöhung des Haushaltsansatzes der Titelgruppe 61 (Pauschale Förderung der Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter nach dem Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW)) deutlich zu kritisieren. Sie missachtet nicht nur die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten. Die Wertschätzung

falle vergleichsweise hoch aus. Bei breiter über die Volkswirtschaft gestreuten öffentlichen Ausgaben liege dieser Wert oftmals nur in der Nähe von 1.

² Die Studie der Universität Siegen und des Siegener Mittelstandsinstituts für den regionalen Bereich des Zweckverbandes der Krankenhäuser Südwestfalen e. V. (Grundgesamtheit: 40 Krankenhäuser) über die wirtschaftliche Bedeutung der Krankenhäuser zeigt den erheblichen Einfluss der Krankenhäuser auf die Wirtschaftskraft einer Region auf. Insgesamt ergibt sich eine gesamte Wertschöpfung von mehr als 1,1 Mrd. Euro. Sie lässt sich u. a. unterteilen in die indirekte Wertschöpfung bei Lieferanten und durch die Kaufkraft bei Mitarbeitern sowie die Deckung zukünftiger Investitionen. Die regionale Wertschöpfung nimmt mit rund 700 Mio. Euro mehr als die Hälfte der Gesamtwertschöpfung ein. Eine Beschäftigungswirkung von über 20.000 Mitarbeitern wird induziert, von der 70 % regional wirken (60 % der Umsätze). Hier sind deutlich überdurchschnittliche Werte im Vergleich zu anderen Branchen festzustellen. Durch die Standortfixierung der Krankenhäuser und die weitestgehende Unabhängigkeit von Konjunkturschwankungen wird die Sicherung von Umsätzen und Arbeitsplätzen in der Region unterstützt.

der Beschäftigten in den Krankenhäusern, die tagtäglich ihren Dienst um die Sorge der Patientinnen und Patienten verrichten, bleibt aus. Vor dem Hintergrund des sich weiter verschärfenden Mangels an qualifiziertem Personal erwächst dies zu einem fatalen Umstand. Attraktivität der Berufsfelder im und am Krankenhaus wird damit nicht erzeugt werden können.

Seite 6 von 6

Anlage



LANDTAG
NORDRHEIN-WESTFALEN
16. WAHLPERIODE

**STELLUNGNAHME
16/1913**

A01, A10, A11

**Stellungnahme der
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen
(KGNW)
zum
Gesetzentwurf der Landesregierung
"Zweites Gesetz zur Änderung des Krankenhaus-
gestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-
Westfalen"
(LT-Drs. 16/5412)**

1. Kernaspekte

1.1. Kehrtwende beim Bürokratieabbau beseitigen

Ziel des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW) vom 11.12.2007 war es, den im damaligen Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHG NRW) angelegten engen Handlungsspielraum der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser zu erweitern. Bürokratische Hemmnisse sollten abgebaut werden. Die nordrhein-westfälische Krankenhauslandschaft sollte nicht mehr detailreich geregelt, sondern so gestaltet werden, dass die Krankenhäuser weitestgehend eigenständig handeln können.

Die seinerzeitige Gesetzesnovellierung folgte dem Motto: Der Krankenhausträger vor Ort kann am besten abschätzen, welche Organisationsabläufe und -strukturen für seinen Krankenhausbetrieb am sinnvollsten sind. Hierzu benötigt er keine gesetzlichen Vorgaben.

Insgesamt hat das Land durch die Straffung und Streichung einer Vielzahl alter Regelungen mit wichtigen Schritten zur Entbürokratisierung im Krankenhausbereich begonnen.

In einer Kehrtwende wird dieser richtige Weg mit dem vorliegenden Gesetzentwurf nun ohne ersichtlichen Anlass verlassen.

Das ursprüngliche KHGG NRW aus dem Jahr 2007 war unter anderem gekennzeichnet von grundsätzlichem Vertrauen in die Arbeit der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser. Der vorliegende Gesetzentwurf ist nunmehr von grundsätzlichem Misstrauen geprägt.

Bei 12 von 21 Nummern des Gesetzentwurfs werden zusätzliche bürokratische Anforderungen und Lasten, die teilweise sogar noch über die im Jahr 2007 bereits abgeschafften Vorgaben hinausgehen, normiert, ohne dass dem ein Nutzen erkennbar gegenübersteht.

An dieser Stelle seien nur einige wesentliche Beispiele genannt:

- Um weiterhin eine den medizinischen Anforderungen entsprechende Versorgung der Bevölkerung gewährleisten zu können, haben Krankenhäuser in der Vergangenheit **ohne öffentliche Förderung** dringend notwendige Investitionsmaßnahmen eigeninitiativ realisieren müssen, da das Land seiner gesetzlichen Verpflichtung zur auskömmlichen Investitionsfinanzierung nicht annähernd nachgekommen ist. Diese Maßnahmen wurden zu erheblichen Teilen kreditfinanziert. Den Krankenhäusern, die bis zum Jahr 2007 kreditfinanzierte Investitionsmaßnahmen realisiert haben, soll nun die Möglichkeit genommen werden, Pauschalmittel zur Ausfinanzierung dieser sogenannten Altkredite einzusetzen (vgl. § 21 Absatz 5 KHGG NRW-E ; Artikel 1 Nummer 12). Neben dieser bemerkenswerten Sanktionierung von Eigeninitiative bewirkt die Neuregelung eine schwerwiegende Beschädigung des Vertrauens in

den Bestand gesetzlicher Regelungen und damit einen Verlust an Planungssicherheit mit erheblichen Belastungen für zukünftige Kreditfinanzierungen von Investitionsmaßnahmen.

- Kaum eine Baumaßnahme wird aufgrund der nicht auskömmlichen Investitionsfinanzierung des Landes vollständig aus der Baupauschale finanziert. Bisher haben die Krankenhäuser durch gesonderte Testate eines Wirtschaftsprüfers nachzuweisen, dass die erhaltenen Fördermittel für förderungsfähige Maßnahmen verwendet worden sind. Nun soll diese Testierungspflicht erheblich ausgeweitet werden. Sobald auch nur 1 Euro öffentlicher Förderung verwendet wird, zieht dies - lediglich zu behördlichen Kenntnisnahmezwecken - eine detaillierte Testierung der entsprechenden Baumaßnahme nach sich (vgl. § 21 Absatz 8 KHGG NRW-E ; Artikel 1 Nummer 12).
- Vermietungen von geförderten Räumen und deren Ausstattungen sind aktuell zulässig, soweit der Krankenhausbetrieb nicht beeinträchtigt wird. Im Jahr 2007 wurde der bis dato bestehende Erlaubnisvorbehalt aus dem Gesetz gestrichen und damit das Gesetzesziel, zu entbürokratisieren, konsequent verfolgt. Nun soll ohne ersichtlichen Anlass der Erlaubnisvorbehalt wieder eingeführt und sogar noch verschärft werden. Sämtliche Vermietungen von Räumen und deren Ausstattungen - nicht nur geförderte - sollen einem Erlaubnisvorbehalt unterliegen (vgl. § 22 Absatz 2 KHGG NRW-E; Artikel 1 Nummer 13).

Um das ursprüngliche Ziel des KHGG NRW nicht aus den Augen zu verlieren, sollten sämtliche Neuregelungen im vorliegenden Gesetzentwurf beseitigt werden, die

- eine anlasslose und unverhältnismäßige bürokratische Kehrtwende beinhalten,
- Krankenhäuser, Wirtschaftsprüfer und Verwaltungen lediglich zu behördlichen Kenntnisnahmezwecken unnötig beschäftigen,
- einen Verlust an Planungssicherheit bedeuten und Eigeninitiative sanktionieren.

Punkt 2. unserer Stellungnahme enthält hierzu entsprechende Änderungsvorschläge.

1.2. Widersprüche zwischen Bundes- und Landesregelungen beseitigen

Der vorliegende Gesetzentwurf greift wichtige Versorgungsthemen wie z. B.

- das Versorgungs- und Entlassmanagement (vgl. § 5 Absatz 2 Satz 2 KHGG NRW-E ; Artikel 1 Nummer 5) oder
- die Transparenz und Qualitätssicherung (vgl. § 7 KHGG NRW-E ; Artikel 1 Nummer 6)

auf, ohne dass aktuell ein Abgleich zwischen bestehenden und geplanten Bundes- und Landesregelungen erkennbar ist.

Der Gesetzentwurf berücksichtigt wesentliche Entwicklungen der vergangenen Jahre zu o. g. Versorgungsthemen nur unzureichend. Z. T. werden bereits bestehende umfassendere Bundesregelungen eingeschränkt, z. T. werden Versorgungsthemen aufgegriffen, die explizit in der 18. Legislaturperiode weiterentwickelt werden sollen.

So sieht der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD mit dem Titel „Deutschlands Zukunft gestalten“ u. a. für die beiden o. g. Versorgungsthemen vor, dass

- Leistungslücken beim Übergang vom stationären in den ambulanten Versorgungsbereich überwunden werden sollen, indem das Entlassmanagement durch eine gesetzliche Koordinationsfunktion der Krankenkassen ergänzt wird,
- ein neues Qualitätsinstitut gegründet und mit einer Vielzahl an Aufgaben betraut werden soll, u. a. soll das Qualitätsinstitut im Hinblick auf die Qualitätstransparenz eine online einsehbare Vergleichsliste erstellen und führen und die Vielzahl von Zertifikaten bewerten und einordnen.

Zielorientierte Weiterentwicklungen zu den o. g. Versorgungsthemen werden von uns ausdrücklich begrüßt. Dabei ist jedoch darauf zu achten, dass Bundes- und Landesregelungen kongruent sind. Widersprüchliche Regelungen führten zu Missverständnissen und Rechtsunsicherheiten und würden deren Umsetzung behindern. Unnötige Doppelstrukturen auf Bundes- und Landesebene sollten vermieden werden.

Punkt 2. unserer Stellungnahme enthält hierzu entsprechende Änderungsvorschläge, die die Entwicklungen auf Bundesebene berücksichtigen.

1.3. Chronische Investitionsunterfinanzierung durch gemeinsamen Kraftakt beseitigen

Rund 250.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stellen sich jeden Tag der Verantwortung und versorgen in den 385 nordrhein-westfälischen Krankenhäusern jährlich etwa 4,4 Mio. Patientinnen und Patienten. Die Bevölkerung kann auf die medizinische und pflegerische Qualität und das gut ausgebildete Fachpersonal in den Krankenhäusern vertrauen. Auch in Zukunft wollen die Krankenhäuser die bestmögliche Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten. Dafür benötigen sie die Unterstützung der Politik in Bund und Ländern.

Der Investitionsmittelbedarf der Krankenhäuser in NRW beträgt mindestens 1,2 Mrd. Euro jährlich. Der nordrhein-westfälische Haushaltsansatz für die Investitionsfinanzierung lag demgegenüber in den vergangenen Jahren jeweils bei 493 Mio. Euro. Bundesweit beträgt der Investitionsmittelbedarf der Krankenhäuser mindestens 6 Mrd. Euro jährlich, bei aktuellen Haushaltsansätzen in den Ländern von insgesamt rund 2,7 Mrd. Euro.

Die Krankenhäuser verlieren durch die unzureichende Investitionsfinanzierung zunehmend an Substanz. Besonders die Krankenhäuser in NRW leiden seit Jahren unter zu geringen Fördermitteln für Baumaßnahmen und medizinische Geräte.

Es darf nicht so weit kommen, dass Mittel aus den Vergütungen für die Patientenversorgung eingesetzt werden müssen, um zumindest die dringlichsten baulichen Erfordernisse abzudecken und dringend notwendige medizinische Geräte zu erneuern.

Eine angemessene Investitionsfinanzierung muss höchste Priorität haben. Die nordrhein-westfälischen Krankenhäuser erwarten, dass das Land NRW seinen Einfluss in der anstehenden Bund-Länder-Arbeitsgruppe geltend macht.

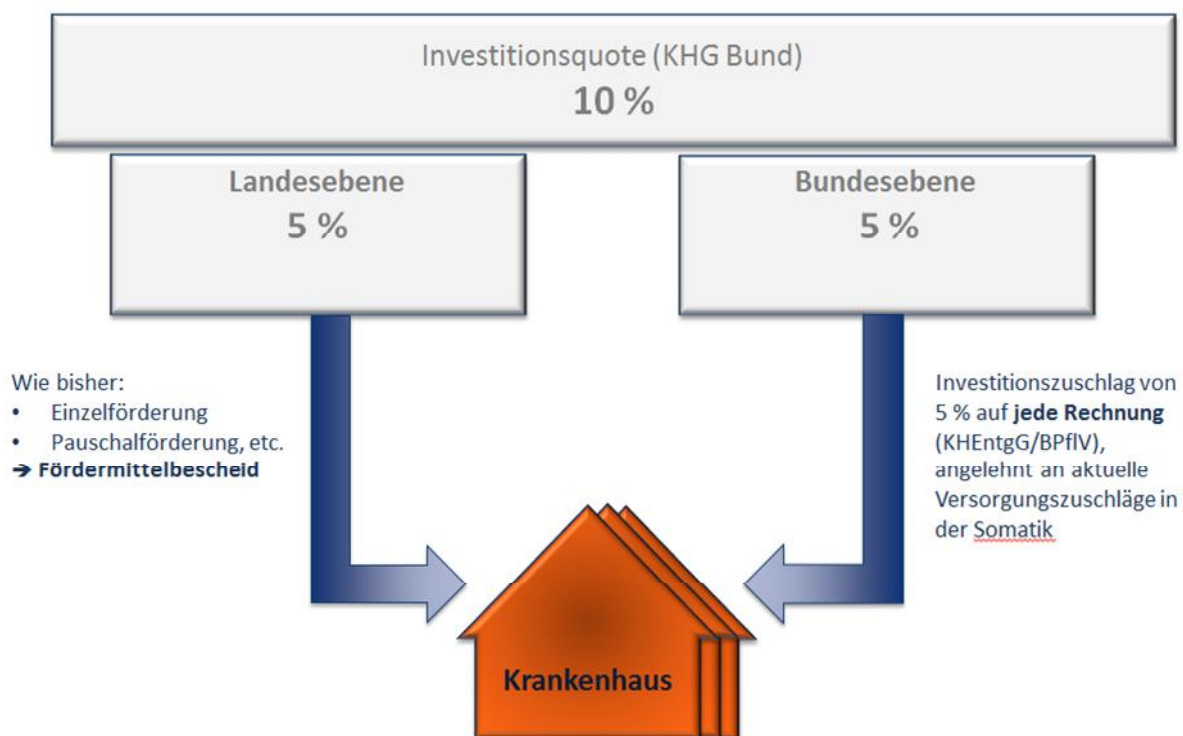
NRW sollte ein deutliches Signal zur Beseitigung der chronischen Investitionsunterfinanzierung in Form eines von allen Landtagsfraktionen gemeinsam getragenen Entschließungsantrags zum vorliegenden Gesetzentwurf aussenden.

Dies wäre nicht zuletzt auch ein Signal an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern, die tagtäglich unter den unzureichenden investiven Rahmenbedingungen die bestmögliche Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten gewährleisten.

Als **Anlage** zu dieser Stellungnahme haben wir einen konkreten Vorschlag zur Reform der Investitionsfinanzierung beigefügt.

Unter Beibehaltung des Letztentscheidungsrechts der Länder in der Krankenhausplanung sieht dieser Vorschlag eine Beseitigung der chronischen Investitionsunterfinanzierung durch einen gemeinsamen Kraftakt über eine im Krankenhausfinanzierungsgesetz des Bundes (KHG Bund) gesetzlich verankerte Investitionsquote vor. Die Beteiligung des Bundes neben

den Ländern soll in Form einer pauschalen Finanzierung direkt und unbürokratisch an die Krankenhäuser fließen. Den Ländern soll es für die von ihnen bereitgestellten Haushaltsmittel weiterhin frei stehen, über den Verteilungsmechanismus (z. B. Baupauschale) zu entscheiden. Die Finanzierungsregeln der Länder bleiben unangetastet.



Reform der Investitionsfinanzierung

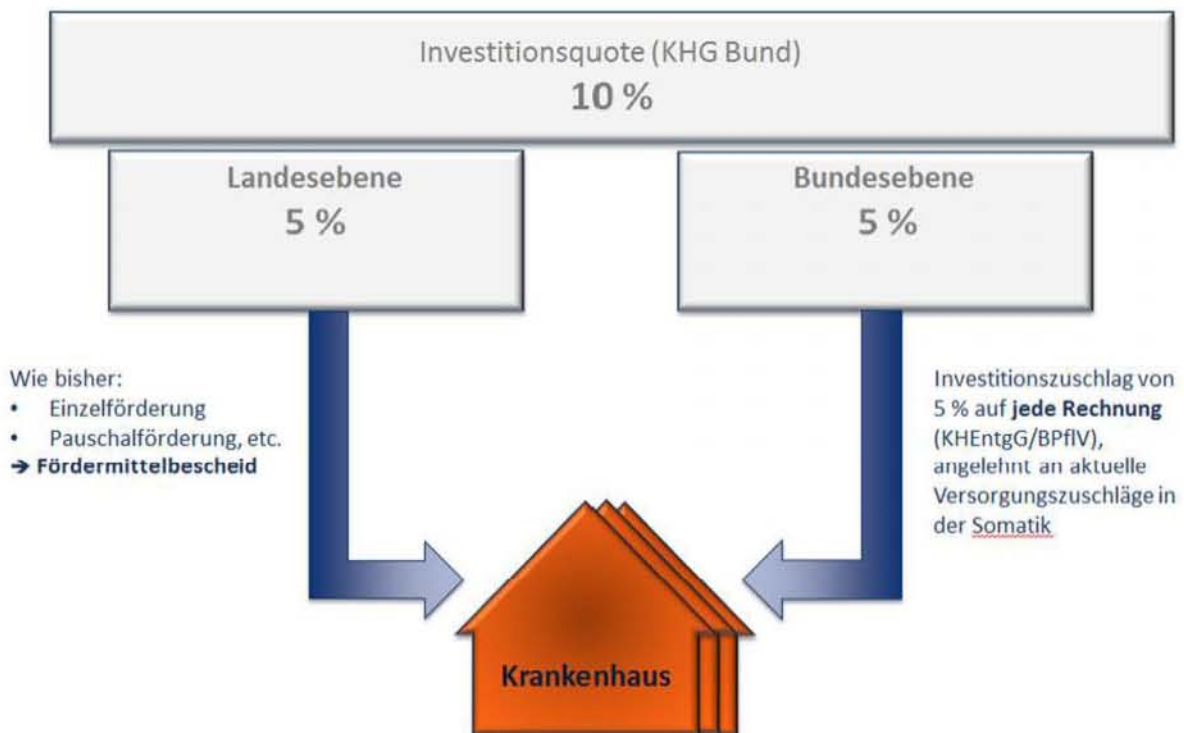
Rahmenbedingungen und Eckpunkte für eine Reform der Investitionsfinanzierung

Nachfolgend werden konkrete Grundzüge eines Vorschlags zur künftigen Ausgestaltung der Investitionsfinanzierung skizziert (vgl. **Schaubild auf Seite 2**).

Der Vorschlag berücksichtigt dabei insbesondere folgende Punkte:

- Die grundsätzliche Finanzierungsverantwortung liegt als direkte Folge der Sicherstellungs- und Gewährleistungsverantwortung für eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung als Teil der Daseinsvorsorge weiterhin bei den Bundesländern. Diese haben das Letztentscheidungsrecht in der Krankenhausplanung. Es bedarf insoweit keiner Neuordnung der Investitionsfinanzierung im Sinne einer Finanzierungsmonistik oder -teilmonistik.
- Um bestehende Finanzierungslücken schließen zu können, werden die Bundesländer durch die Einbindung weiterer Finanzierungsquellen (Beteiligung vom Bund und/oder von den Kostenträgern) unterstützt. Der Lückenschluss kann über eine im KHG Bund gesetzlich verankerte Investitionsquote gelingen. Eine Investitionsquote ist politisch zu konsentieren und muss dem jährlichen Investitionsbedarf der förderfähigen Krankenhäuser ausreichend Rechnung tragen.
- Die Beteiligung vom Bund und/oder von den Kostenträgern neben den Bundesländern soll in Form einer pauschalen Finanzierung direkt und unbürokratisch an die Krankenhäuser fließen (Investitionszuschläge angelehnt an die aktuellen Versorgungszuschläge in der Somatik).
- Den Bundesländern soll es für die von ihnen bereitgestellten Haushaltsmittel weiterhin frei stehen, über den Verteilungsmechanismus (Einzelförderung, Pauschförderung, etc.) zu entscheiden. Die Finanzierungsregeln der Bundesländer bleiben unangetastet. D. h., es erfolgen keine bundesrechtlichen Vorgaben, die die Bundesländer möglicherweise direkt binden würden.

Möglicher Vorschlag zur künftigen Ausgestaltung der Investitionsfinanzierung



Mögliche Gesetzesänderungen zur Umsetzung des Vorschlags

Investitionsquote

Änderung KHG: § 9 Abs. 5 KHG (neu)

(5) Die Fördermittel sind nach Maßgabe dieses Gesetzes und des Landesrechts so zu bemessen, dass sie die förderungsfähigen und unter Beachtung betriebswirtschaftlicher Grundsätze notwendigen Investitionskosten decken. Die förderfähigen und unter Beachtung betriebswirtschaftlicher Grundsätze notwendigen Investitionskosten betragen jährlich 10 Prozent der Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen (Investitionsquote). Davon werden 5 Prozent nach Maßgabe des § 8 Abs. 11 KHEntG und des § 8 Abs. 7 BPflV durch einen Investitionszuschlag gedeckt.

Umsetzung der Beteiligung vom Bund und/oder von den Kostenträgern

Änderung KHEntG: § 8 Abs. 11 KHEntG (neu)

(11) Bei Patientinnen oder Patienten, die zur voll- oder teilstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden und für die Entgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummern 1 bis 3, 5 und 6 berechnet werden, ist für Aufnahmen ab dem 1. Januar 2015 ein Investitionszuschlag in Höhe von 5 Prozent der entsprechenden Entgelte vorzunehmen und gesondert in der Rechnung

auszuweisen. Der Investitionszuschlag wird bei der Ermittlung der Erlösausgleiche nicht berücksichtigt.

Änderung BPfIV: § 8 Abs. 7 BPfIV (neu)

(7) Bei Patientinnen oder Patienten, die zur voll- oder teilstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden und für die Entgelte nach § 7 Satz 1 Nummern 1, 2, 4 und 5 berechnet werden, ist für Aufnahmen ab dem 1. Januar 2015 ein Investitionszuschlag in Höhe von 5 Prozent der entsprechenden Entgelte vorzunehmen und gesondert in der Rechnung auszuweisen. Der Investitionszuschlag wird bei der Ermittlung der Erlösausgleiche nicht berücksichtigt.

Gegebenenfalls Änderung SGB V (soweit Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds einbezogen werden soll): § 221 SGB V (Beteiligung des Bundes an Aufwendungen)

(1) Der Bund leistet zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen 11,5 Milliarden Euro für das Jahr 2013 und ab dem Jahr 2014 jährlich 14 Milliarden Euro in monatlich zum ersten Bankarbeitstag zu überweisenden Teilbeträgen an den Gesundheitsfonds. Ab dem Jahr 2015 erhöhen sich die jährlichen Leistungen des Bundes nach Satz 2 um die Investitionszuschläge nach § 8 Abs. 11 KHEntgG und § 8 Abs. 7 BPfIV.

(unter Haushaltsgesichtspunkten praktikabler: Erhöhung des hinterlegten Betrages)

Anmerkungen

Die Beteiligung vom Bund und/oder von den Kostenträgern ist variabel ausgestaltbar:

- Soweit keine Änderungen beim Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds erfolgen, werden die Investitionszuschläge der jeweiligen Gesetzlichen Krankenkasse (Beitragszahler) - die wiederum ihre Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds erhält - sowie den Selbstzahlern (PKV) und ggf. sonstigen Kostenträgern in Rechnung gestellt.
- Durch eine entsprechende Erhöhung des Bundeszuschusses an den Gesundheitsfonds könnten die Beitragszahler entweder voll (Komplettübernahme durch Bund über dynamischen Bundeszuschuss) oder teilweise (Teilübernahme durch Bund über festen Bundeszuschuss) entlastet werden und stattdessen die Steuerzahler in entsprechendem Maße beteiligt werden.
- Eine Mischfinanzierung (Bund und GKV) ist insofern variabel ausgestaltbar.