

# Krankenhaus-Report 2008/2009

## „Versorgungszentren“

Jürgen Klauber / Bernt-Peter Robra /  
Henner Schellschmidt (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2009

Auszug Seite 143-154



<b>11</b>	<b>Neue Wege der Krankenhausfinanzierung – leistungsbezogene Investitionsförderung in NRW .....</b>	<b>143</b>
	<i>Arndt Winterer</i>	
11.1	Einleitung .....	143
11.2	Bisherige Investitionsförderung der Krankenhäuser in Nordrhein- Westfalen.....	144
11.3	Wesentliche Kritikpunkte am Status Quo.....	145
11.4	Eckwerte des neuen Ordnungs- und Finanzierungsrahmens.....	147
11.5	Flexible Verwendung und verwaltungsarmes Verfahren für die Baupauschale .....	150
11.6	Die Baupauschale in der Diskussion .....	151
11.7	Erste Zwischenbilanz .....	153
11.8	Literatur.....	154

# 11 Neue Wege der Krankenhausfinanzierung – leistungsbezogene Investitionsförderung in NRW

Arndt Winterer

## Abstract

Nordrhein-Westfalen hat Ende 2007 einen Systemwechsel vorgenommen, der die gesamte Investitionsförderung der Krankenhäuser durch das Land auf leistungsbezogene Pauschalen umstellt. Im Kern verbindet diese Reform die Steuerungswirkungen der Monistik mit einer landespolitisch verantworteten Krankenhausplanung und zeigt damit einen möglichen „dritten Finanzierungsweg“ in der Diskussion um den künftigen Ordnungsrahmen der Krankenhäuser auf.

North Rhine-Westphalia has changed its hospital financing system in late 2007 in so far as the entire capital investment subsidy granted by the state has been switched to performance-related lump sums. In essence, this reform combines the regulative effects of monistic financing with a hospital planning accounted for by the state government and thus indicates a possible „third way of funding“ in the debate about the future regulatory framework of hospital care.

11

## 11.1 Einleitung

Die Investitionsförderung der Krankenhäuser durch die Länder steht erneut im Fokus der gesundheitspolitischen Diskussion (Sachverständigenrat 2007, 80; Gesundheitsministerkonferenz 2007; Bublitz 2007; Tuschen 2007; Rürup et al. 2008). Sie ist neben der Krankenhausplanung ein zentrales Thema bei der Diskussion um den künftigen Ordnungsrahmen der Krankenhäuser, denn die nahezu abgeschlossene und erfolgreiche Einführung des DRG-Systems gibt der bekannten Diskussion um eine monistische Finanzierung der Krankenhäuser neue Nahrung.

Auch unabhängig von dieser bundespolitischen Diskussion gelangten diese Systemfragen auf die nordrhein-westfälische Tagesordnung. Bestehende Überkapazitäten erzeugen hierzulande unverändert einen erheblichen strukturellen Problemdruck. Die unaufschiebbare Konsolidierung des Landeshaushalts setzt gleichzeitig auch der Investitionsförderung der Krankenhäuser enge Grenzen. Umso wichtiger ist daher eine möglichst effiziente Verwendung der knappen vorhandenen Mittel. Nordrhein-Westfalen hat hieraus für sich die Konsequenz gezogen und die Investitionsförderung der Krankenhäuser durchgängig auf leistungsbezogene Pauschalen umgestellt.

Ausgehend von einer Darstellung des bislang in Nordrhein-Westfalen geltenden Finanzierungssystems und der daran geübten Kritik wird insbesondere die neue Bauspauschale Nordrhein-Westfalen vorgestellt und die begleitende Diskussion resümiert.

## 11.2 Bisherige Investitionsförderung der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen

Wie in den deutschen Ländern üblich, ruhte auch die Investitionsförderung der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen auf zwei Säulen: Der Einzelförderung, insbesondere für Bauinvestitionen, sowie der pauschalen Förderung für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter (im Folgenden kurz „Wiederbeschaffungspauschale“).

Bemessungsgrundlage für die Wiederbeschaffungspauschale war die Zahl der Planbetten und Behandlungsplätze, die mit in vier Anforderungsstufen gestaffelten Euro-Beträgen bewertet wurden. Die Anforderungsstufe eines Krankenhauses wurde anhand von Punktwerten bestimmt, in deren Berechnung die Planbetten bestimmter Disziplinen mit höheren Gewichten eingingen (§ 25 KHG NRW<sup>1</sup>).

Ausgangspunkt für die bauliche Einzelförderung waren die jährlichen Anmeldungen der Krankenhäuser bei den fünf Bezirksregierungen mit Frist bis zum 1. Februar.<sup>2</sup> Die Bezirksregierungen bildeten hieraus nach Anhörung der Regionalräte jeweils bis zum 1. Juli Prioritätenlisten. Auf dieser Grundlage erstellte das Gesundheitsministerium im Rahmen des Haushaltsansatzes und zuvor festgelegter betragsmäßiger Anteile der Regierungsbezirke einen Programmentwurf. Über diesen Entwurf war mit dem Landesausschuss gem. § 17 KHG NRW<sup>3</sup> Einvernehmen anzustreben. Nach abschließender Beratung im Landesausschuss und Verabschiedung des Haushaltsgesetzes wurde das Investitionsprogramm veröffentlicht. Für die darin aufgenommenen Vorhaben waren dann jeweils bis zum 1. Juli Förderanträge an die Bezirksregierungen zu stellen, für die sich ggf. das Gesundheitsministerium eine abschließende Entscheidung vorbehalten hatte.

Allein aus diesen rechtlichen Vorschriften ergab sich eine Verfahrensdauer von knapp zwei Jahren, die in der Praxis allerdings regelmäßig weit überschritten wurde. Zum einen waren nur die wenigsten Investitionsvorhaben bereits in der erstmals angemeldeten Form förderfähig. Meist waren umfangreiche Abstimmungsprozesse mit der zuständigen Bezirksregierung und später ggf. auch dem Gesundheitsministerium erforderlich. Erhebliche Verzögerungen resultierten zudem aus den begrenzten Haushaltsmitteln des Landes. Für das IP 2006<sup>4</sup> summierten sich die Anmeldungen bei den Bezirksregierungen auf rund 1,8 Mrd. Euro, die Prioritätenlisten der Bezirksregierungen auf rund 540 Mio. Euro<sup>5</sup>. Die verfügbaren Verpflichtungsermächtigungen in Höhe von 255 Mio. Euro waren somit bei den Anmeldungen um das Siebenfache, bei den Prioritätenlisten um gut das Doppelte überzeichnet.

1 Krankenhausgesetz Nordrhein-Westfalen vom 16.12.1998 (GV. NRW. S. 696), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 21.12.2006 (GV. NRW. S. 631).

2 Siehe zum Verfahren die Verwaltungsvorschriften zum Krankenhausgesetz NRW, RdErl. des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie vom 04.11.2004 – III 5 – 5700.00.

3 Dem Landesausschuss gem. § 17 KHG NRW (jetzt § 15 KHGG NRW) gehören als unmittelbar Beteiligte Vertreter der Krankenhausträger, der Krankenkassenverbände sowie der Ärztekammern an. Hinzu kommen weitere, mittelbar Beteiligte.

4 Die Anmeldungen späterer Jahre sind überzeichnet, weil in 2006 und 2007 keine Investitionsprogramme aufgelegt wurden.

5 Drucksachen KRS 81/2005 (BR Köln), RR-10/2005 (BR Detmold), 26/02/05 (BR Arnsberg), 48/2005 (BR Münster), StA 17 RR 19 (BR Düsseldorf).

## 11.3 Wesentliche Kritikpunkte am Status Quo

Das Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW) vom 11. Dezember 2007<sup>6</sup> und die Verordnung über die pauschale Krankenhausförderung (PauschKHFVO) vom 18. März 2008<sup>7</sup> haben den finanziellen Ordnungsrahmen für die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen grundlegend verändert. Triebkräfte für diese Reform finden sich auf drei Ebenen:

Zur Geltung kam erstens die politische Grundüberzeugung der neuen Landesregierung, dass die Probleme des Landes nur zu lösen seien, wenn „wieder Ordnungspolitik an die Stelle der Regelungspolitik“ trete (Rüttgers 2005, S. 6). Auch das nordrhein-westfälische Krankenhausrecht sollte daher auf detaillierte Verfahrensvorgaben und bürokratische Hemmnisse überprüft und das bislang dreistufige Krankenhausplanungsverfahren mit Rahmenplanung, Schwerpunktplanung und regionalen Planungskonzepten gestrafft werden (Landesregierung Nordrhein-Westfalen 2007).

Hinzu kam zweitens der unbewältigte Problemdruck in der nordrhein-westfälischen Krankenhauslandschaft, insbesondere aufgrund der erheblichen Überkapazitäten.<sup>8</sup> Die zuvor geltende Wiederbeschaffungspauschale wirkte hier eher strukturkonservierend. Denn die Bindung der Pauschale an die Bettenzahl stellte allein auf die *mögliche* Leistung ab. Die Frage der *tatsächlichen* Leistung spielte keine Rolle. Die sog. „Vorhaltepauschale“ milderte zwar negative Anreize, weil sie die Fördermittelverluste bei einem Bettenabbau begrenzte. Bei einer Senkung der Zahl der Planbetten und Behandlungsplätze um bis zu 25 % blieben 75 % der zum 31.12.2006 gewährten Pauschale bestehen, 25 % der Pauschale wurden anhand der reduzierten Bettenzahl neu berechnet, solange dieser Kapazitätsabbau nicht aus anderen Gründen als wesentliche strukturelle Veränderung anzusehen war (§ 25 Abs. 8 KHG NRW). Positive Anreize zu einem Abbau überhängiger Kapazitäten wurden damit jedoch nicht gesetzt.

Besonders weitreichend war drittens die Kritik an der baulichen Einzelförderung. Bereits in ihrer Koalitionsvereinbarung hatten CDU und FDP festgeschrieben: „Die Krankenhäuser werden in Zukunft einfacher als bisher eine Förderung beantragen können und schnell – nicht erst nach Jahren wie heute – erfahren, ob und welche Förderung sie erhalten“ (Koalitionsvereinbarung 2005, S. 21). Diese allgemeine Zielsetzung verdichtete sich zu einer Grundsatzkritik, die das finanzielle und inhaltliche Scheitern der bisherigen baulichen Einzelförderung in Nordrhein-Westfalen feststellte (MAGS NRW 2007):

Finanziell hatte sich seit 2002 eine „innere“ Überschuldung bei der Einzelförderung aufgebaut: 2002 wurden die Verpflichtungsermächtigungen für Investitionsprogramme um über die Hälfte auf gut 255 Mio. € erhöht und in dieser Höhe bis 2005 fortgeschrieben. Gleichzeitig blieben die entsprechenden Barmittel jedoch in

6 GV. NRW. S. 702, ber. 2008 S. 157.

7 GV. NRW. S. 347.

8 Nordrhein-Westfalen weist für das Jahr 2006 mit 693 Betten pro 100.000 Einwohnern bundesweit die dritthöchste Bettendichte nach Bremen (847) und dem Saarland (698) auf; zugleich wird die Bettenauslastung von 74,9 % nur in Baden-Württemberg (73,7%), Bremen (74,7%) und Rheinland-Pfalz (71,9%) noch unterschritten (Statistisches Bundesamt 2006).

Höhe von knapp 170 Mio. € unverändert. Daraus resultierte ein strukturelles Finanzierungsdefizit von jährlich 85 Mio. €. Die neue Landesregierung sah sich 2005 rechtsverbindlichen Förderzusagen in Höhe von 660 Mio. € gegenüber gestellt, für die keine ausreichenden Barmittel eingeplant waren. Als Sofortmaßnahmen wurden in den Jahren 2006 und 2007 keine neuen Investitionsprogramme aufgelegt und zusätzliche Barmittel zur Ausfinanzierung bestehender Verpflichtungen bereitgestellt, die sich bis einschließlich 2008 auf 180 Mio. € summieren.

Inhaltlich wurden die bisherige Einzelförderung als intransparent, ungerecht und ineffizient kritisiert: Als intransparent wurde die Einzelförderung deshalb empfunden, weil die Auswahl der geförderten Vorhaben anhand summarischer, qualitativer Erwägungen nicht objektiv und eindeutig zu begründen war. Dieses Problem lässt sich grundsätzlich nicht lösen, weil die Landesförderung auch nicht-monetären Zielen der Krankenhausversorgung gerecht werden muss.

Als ungerecht wurde die bisherige Einzelförderung u. a. deshalb empfunden, weil sich Krankenhäuser in ganz unterschiedlichem Maße mit Eigenmitteln an den förderfähigen Kosten beteiligt hatten. Eine verpflichtende, gleichmäßige Eigenbeteiligung der Antragsteller wäre rechtlich zumindest problematisch gewesen. Als ungerecht wurde zudem die grundsätzliche Anfälligkeit administrativer Verfahren gegenüber Fürsprechern wahrgenommen (siehe auch Sachverständigenrat 2007). Damit ist ausdrücklich nicht der Vorwurf verbunden, die administrativen Verfahren seien bewusst sachfremden Erwägungen gefolgt. Es ist jedoch eine plausible Vermutung, dass bei einer Entscheidung zwischen zwei Vorhaben mit vergleichbarer „Papierform“ das Projekt im Vorteil sein wird, das den Beteiligten aus persönlicher Anschauung und Gesprächen vertraut ist. Die Priorisierung der Krankenhausprojekte wird daher praktisch auch davon beeinflusst, in welchem Maße sich Vertreter oder Fürsprecher eines Krankenhauses persönlich um den Fortgang ihrer Anmeldung bemüht haben.

Als ineffizient wurde die bisherige Einzelförderung schließlich aus mehreren Gründen bewertet. Der langwierige Vorlauf bis zu einer Förderung widersprach der hohen Dynamik des Krankenhausmarktes. Es kam sogar vor, dass ein Projekt, das endlich in das Investitionsprogramm aufgenommen worden war, aus Sicht des Krankenhauses seine Priorität verloren hatte und im Antragsverfahren einen veränderten Schwerpunkt erhielt. Gleichzeitig lähmten die Dauer der Verfahren und die knappen Haushaltsmittel das Investitionsgeschehen. Immer wieder wären Krankenhäuser bereit gewesen, mit einer Investition schon vor der endgültigen Bewilligung zu beginnen und die entsprechenden Finanzierungskosten zu übernehmen. Die dafür notwendige verbindliche Zusage einer späteren Förderung zu geben war aber ebenso wenig möglich wie die Genehmigung eines vorzeitigen Maßnahmenbeginns. Mit der baulichen Einzelförderung war es schließlich auch nicht möglich, privates Kapital in nennenswertem Umfang zu mobilisieren.

## 11.4 Eckwerte des neuen Ordnungs- und Finanzierungsrahmens

Mit dem KHGG NRW und der PauschKHFVO hat Nordrhein-Westfalen den Krankenhäusern zusätzliche Bewegungsspielräume geschaffen. Vor allem bei der Finanzierung wurde eine bundesweit einmalige Antwort auf die Schwächen der bisherigen Landesförderung formuliert, die zwar sicher auch landesspezifische Ursprünge haben, überwiegend aber systematischer Natur sind. Im Kern verbindet diese Reform die Steuerungswirkungen der Monistik mit einer weiterhin landespolitisch verantworteten Krankenhausplanung.

Der Gesetzentwurf der Landesregierung umfasste dabei anfangs nur zwei Reformkomplexe (Landesregierung 2007): Zum einen die stärker ordnungspolitische Ausrichtung des Rechtsrahmens, zum Beispiel durch Verzicht auf die Schwerpunktplanung oder den Verzicht auf Regulierungen wie das Verbot von Parallelvorhalten.<sup>9</sup> Zum anderen die Umstellung der bislang auf die Bettenzahl bezogenen Wiederbeschaffungspauschale auf eine leistungsbezogene Pauschale, die allerdings im Gesetzentwurf selbst noch nicht konkretisiert, sondern einer späteren Verordnung vorbehalten wurde. Die ebenfalls leistungsbezogene Baupauschale als dritter Baustein der Reform wurde dagegen erst später in das parlamentarische Verfahren eingebracht. Dieses bei grundlegenden Veränderungen sicherlich nicht alltägliche Verfahren belegt, mit welchem Nachdruck der zuständige Minister Karl-Josef Laumann eine Fortsetzung der bisherigen Einzelförderung in seiner Verantwortung ablehnte<sup>10</sup>.

Ungeachtet des eher ungewöhnlichen Verfahrens schaffen KHGG NRW und PauschKHFVO eine Finanzreform aus einem Guss. Seit 2008 haben alle Plankrankenhäuser in Nordrhein-Westfalen nicht nur Anspruch auf pauschale Förderung ihrer Wiederbeschaffungen, sondern – nach Maßgabe der Übergangsregelung – einen ebenso pauschalen Anspruch auf Förderung ihrer baulichen Investitionen, und zwar unabhängig von konkreten Bauprojekten. Beide Pauschalen richten sich ausschließlich nach der tatsächlichen Leistung eines Krankenhauses, die durch vier Teilbeträge erfasst wird (§§ 1 bis 5 PauschKHFVO):

1. Fallwertbeträge für die Abrechnung von Fallpauschalen gem. Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), Bemessungsgrundlagen sind hierbei die effektiven Bewertungsrelationen.
2. Tageswertbeträge für Abrechnungen nach der Bundespflegesatzverordnung, Bemessungsgrundlagen sind dabei die vollstationären und teilstationären Berechnungstage, die im Verhältnis 1,6 zu 1 gewichtet werden.<sup>11</sup>
3. Budgetbeträge für Abrechnungen bestimmter weiterer Krankenhausleistungen,<sup>12</sup> Bemessungsgrundlage ist die Summe der entsprechenden Entgelte.

<sup>9</sup> § 33 KHG NRW untersagte die planerische Zusammenfassung benachbarter Betriebsstellen eines Krankenhausträgers zu einem Krankenhaus, solange Abteilungen parallel vorgehalten wurden.

<sup>10</sup> „Wir haben ... die Baupauschale in dieses Gesetz gebracht, weil ... die Investitionslisten ... nicht von mir verantwortet werden konnten.“ (Minister Karl-Josef Laumann anlässlich der 2. Lesung des Gesetzentwurfs, Plenarprotokoll 14/76, S. 8918).

<sup>11</sup> Diese Gewichtung wurde aus der vormaligen Pauschale gem. § 25 KHG NRW übernommen.

<sup>12</sup> Entgelte nach § 6 Abs. 2 a und § 7 Satz 1 Nr. 2, Nr. 5 und Nr. 6 KHEntgG.

#### 4. Ausbildungsbeträge für im Krankenhausplan im Ist ausgewiesene Ausbildungsplätze.

Wiederbeschaffungs- und Baupauschale unterscheiden sich dabei nur durch die Höhe der Multiplikatoren für die einzelnen Bemessungsgrundlagen, deren Verhältnis pragmatisch an das bisherige Verhältnis der jeweiligen Haushaltsmittel von rund 300 Mio. € zu 200 Mio. € angelehnt ist (Abbildung 11–1).

In der PauschKHFVO sind nur die Multiplikatoren für die Budgetbeträge und die Ausbildungsbeträge ausdrücklich fixiert. Der Multiplikator zur Ermittlung der Tageswertbeträge ist in § 3 PauschKHFVO nur indirekt als Prozentsatz des landesweiten „Psychiatriebudgets“, also der insgesamt auf diese Leistungen entfallenden Vergütungen, festgelegt (2,0 % bei der Wiederbeschaffungspauschale, 1,3 % bei der Baupauschale).<sup>13</sup> Da der Haushaltsrahmen jeweils gewahrt bleiben muss, wird der Multiplikator zur Ermittlung der Fallwertbeträge als letzte Größe residual ermittelt.

§ 23 KHGG NRW ermöglicht über die pauschale Förderung hinaus auch die Festsetzung besonderer Beträge, sodass die finanziellen Voraussetzungen für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten, wohnortnahen, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Krankenhausversorgung auch dann gewährleistet werden können, wenn sich eine Pauschale als unzureichend erweisen sollte.

Das neue Finanzierungssystem ist sowohl bei der Wiederbeschaffungspauschale als auch bei der Baupauschale mit Übergangsregelungen verbunden, wengleich aus ganz unterschiedlichen Gründen:

11

Abbildung 11–1

#### Ermittlung der Wiederbeschaffungs- und der Baupauschale anhand von für das Jahr 2005 geschätzter Werte

75 €	X	Bewertungsrelation	X	50 €
2,5 %	X		X	1,6 %
4,30 € (voll)	X		X	2,70 € (voll)
2,70 € teil	X		X	1,70 € teil
100 €	X		X	64 €
= kurzfristige Pauschale		←————→	= Bau-Pauschale	
~ 3 : 2				

Quelle: MAGS NRW

Krankenhaus-Report 2008/2009

WlDO

<sup>13</sup> Anfangs war vorgesehen, die prozentuale Festlegung unmittelbar auf die krankenhausesindividuellen Psychiatriebudgets zu beziehen. Dies hätte aber zu einer erheblichen Benachteiligung besonders kostengünstig tätiger Krankenhäuser geführt.

Die neue Wiederbeschaffungspauschale führt zwangsläufig zu Verlusten und Gewinnen gegenüber der bisherigen Förderung. Zur Anpassung an die neue Förderung werden daher Verluste, soweit sie 50 000 € übersteigen, gemäß § 10 PauschKHFVO über drei Jahre hinweg degressiv ausgeglichen, nämlich anfangs zu 75 %, im zweiten Jahr zu 50 % und im dritten Jahr zu 25 %.

Bei der baulichen Investitionsförderung war zwar kein Verlustausgleich erforderlich, wohl aber eine Übergangsregelung aufgrund der bestehenden Vorbelastungen aus alten Investitionsprogrammen. Denn trotz des Verzichts auf weitere Investitionsprogramme und zusätzlicher Mittel für die Ausfinanzierung bestehender Verpflichtungen bestanden immer noch erhebliche Vorbelastungen in Höhe von rund 240 Mio. € (MAGS NRW 2007). Die PauschKHFVO legt zwar einen um gut 10 % auf 190 Mio. € erhöhten Barmittelansatz zugrunde, davon sind aber auch die Vorbelastungen zu finanzieren.<sup>14</sup>

Für die Übergangslösung waren grundsätzlich zwei Wege denkbar, nämlich die anteilige Reduzierung der Baupauschale für alle Krankenhäuser oder die schrittweise Ausweitung des Förderkreises entsprechend der nach Finanzierung der Vorbelastungen verbleibenden Haushaltsmittel. Landesregierung und Parlament haben dem zweiten Weg den Vorzug gegeben, weil damit die übergangsweise reduzierten Haushaltsmittel mit Vorrang für die Krankenhäuser verwendet werden können, die im bisherigen Verfahren eher wenige Fördermittel erhalten haben. Dazu sieht die PauschKHFVO die Ermittlung einer Förderkennziffer vor, die im Kern den heutigen Wert der bisherigen Landesförderung bezogen auf die Größe eines Hauses als Maßstab verwendet.<sup>15</sup> Mithilfe dieser Förderkennziffer lassen sich alle Plankrankenhäuser in eine eindeutige Reihenfolge bringen. Die Aufnahme in die Förderung eines Jahres beginnt dann jeweils bei dem Krankenhaus mit der niedrigsten Förderkennziffer und endet nach Maßgabe der verfügbaren Haushaltsmittel. Nach den bisherigen Schätzungen wird diese Übergangsphase Ende 2011 abgeschlossen sein, sodass voraussichtlich ab dem Jahr 2012 alle förderberechtigten Krankenhäuser die Baupauschale erhalten.

14 Die Begründung der Übergangsregelung ist damit allein fiskalischer Natur. Inhaltliche Gründe einer Übergangsregelung unter dem Stichwort „ungleiche Startchancen“ erörtern beispielsweise Bublitz (2007) und Felder (2007). Sie spielten in der nordrhein-westfälischen Diskussion keine wesentliche Rolle, und wenn, dann vor allem mit Blick auf die Krankenhäuser, die im alten System in den Jahren 2006 und 2007 eine Förderung mit hoher Sicherheit hätten erwarten können, siehe dazu Abschnitt 12.6.

15 Gem. § 9 PauschKHFVO wird der heutige Wert der bisherigen Landesförderung definiert als Summe der zum 31.12.2006 bilanzierten und testierten Sonderposten und Verbindlichkeiten für Investitionen nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 KHG. Als leistungsbezogener Maßstab für die Größe eines Hauses dient die für 2008 ermittelte Baupauschale.



## 11.5 Flexible Verwendung und verwaltungsarmes Verfahren für die Baupauschale

Wesentliches Ziel des KHGG NRW war es, den Krankenhäusern größere Gestaltungsspielräume zu schaffen und dadurch mehr unternehmerische Freiheit zu bieten, aber auch mehr unternehmerische Verantwortung einzufordern. Das gilt insbesondere für die bauliche Investitionsförderung.

Für die Baupauschale ist daher ein ausgesprochen verwaltungsarmes Verfahren vorgesehen. Erforderlich ist nur eine einmalige Antragstellung. Dieser Antrag erfüllt die formelle Anforderung des § 9 KHG, er dient aber auch zur Übermittlung der notwendigen Bilanzdaten für die Ermittlung der Förderkennziffer. Die Bemessungsgrundlagen für die Festsetzung der Pauschalen sind der Landesregierung bereits aus der Genehmigung der Budgetvereinbarungen bekannt und müssen nicht mehr gesondert mitgeteilt werden.

Bei der Verwendung der Baupauschale gewähren die §§ 20, 21 KHGG NRW ein hohes Maß an sachlichen, zeitlichen und betragsmäßigen Gestaltungsspielräumen:

Sachlich bleiben die Krankenhäuser auch künftig ohne Einschränkung an die Zwecke des § 9 KHG gebunden. Anders als bisher müssen sie sich jedoch weder auf bestimmte förderfähige Zwecke festlegen noch müssen sie ihre Investitionsentscheidungen durch die Landesverwaltung genehmigen lassen.

Unter zeitlichen Aspekten dürfen die Krankenhäuser nicht verbrauchte Pauschalmittel auch in den Folgejahren verwenden. Umgekehrt dürfen sie die Fördermittel auch zur Finanzierung von Krediten verwenden, mit denen förderfähige Investitionsvorhaben vorfinanziert wurden. § 21 KHGG NRW schließt die Refinanzierung bereits laufender Kredite dabei grundsätzlich ebenso wenig aus wie die Finanzierung von Abschreibungen eigenfinanzierter Maßnahmen. Allerdings setzt auch die Verwendung der Baupauschale für bereits begonnene oder abgeschlossene Projekte ebenfalls voraus, dass diese Maßnahmen förderfähig waren. Die rückwirkende Verwendung der Baupauschale wird zudem insbesondere dann an Grenzen stoßen, wenn gleichzeitig die Erfüllung des Versorgungsauftrags neue förderfähige Investitionen zwingend erfordert.

Auch unter betraglichen Aspekten gewährt das KHGG NRW den Krankenhäusern beträchtliche Gestaltungsspielräume. Den Krankenhäusern ist es erlaubt, bis zu 30% der Wiederbeschaffungspauschale für Zwecke der Baupauschale zu verwenden. § 20 KHGG erlaubt darüber hinaus, Mittel der Baupauschale und entsprechende Anwartschaften an andere förderungsberechtigte Krankenhäuser abzutreten. Eine solche Abtretung unterliegt der Zustimmung des Landes, die allerdings nur verweigert werden darf, wenn als Folge der Abtretung die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern gefährdet wäre, insbesondere, weil keine ausreichende Vorsorge für absehbar notwendige Investitionen getroffen ist oder Vorgaben des Krankenhausplans nicht eingehalten würden.

In einem solchen pauschalen Finanzierungssystem kann die bisherige Verwendungsnachweisprüfung der Bezirksregierungen keinen Platz mehr haben. Entsprechend den in Nordrhein-Westfalen bereits geltenden Vorschriften für die Wiederbeschaffungspauschale stellen die §§ 21, 30 KHGG NRW daher die Prüfung der Verwendung der Baupauschale ebenfalls in die Verantwortung der Wirtschaftsprüfer.

## 11.6 Die Baupauschale in der Diskussion

Angesichts des Systemwechsels bei der Bauförderung überrascht nicht, dass dieser Bestandteil des KHGG NRW die meisten Diskussionen ausgelöst hat.<sup>16</sup> Überraschend mag schon eher sein, dass die Baupauschale von Beginn an auf grundsätzlich positive Resonanz stieß, insbesondere bei den Krankenhäusern selbst.<sup>17</sup> Deren wesentliche Kritik richtete sich vor allem gegen die aus ihrer Sicht unzureichende Höhe der Haushaltsmittel für die Baupauschale. So forderte die KGNW mindestens eine Verdoppelung der Mittel – ohne aber die Systemreform in Frage zu stellen.

Der zusätzliche Einwand, die Fördermittel würden bei einer Vorfinanzierung von Baumaßnahmen durch die Zinskosten deutlich reduziert, ist dagegen ökonomisch schwer nachvollziehbar. Zinsen sind der Preis einer zeitlichen, risikobehafteten Transformation zukünftiger in heutige wirtschaftliche Verfügungsrechte. Sie sind der ökonomische „Widerpart“ der wirtschaftlichen Vorteile, die mit einer zeitlich vorgezogenen Maßnahme einhergehen – und mit diesen abzuwägen. Lässt man sich jedoch auf das Argument ein, dann gilt es zwangsläufig auch umgekehrt: Krankenhäuser können dann auch beliebig „Fördergewinne“ realisieren, wenn sie Maßnahmen zugunsten von Zinseinkommen zeitlich hinausschieben.

Inhaltlich gewichtiger waren andere Einwände: Kritisiert wurde zum Beispiel, dass die Höhe der Baupauschale nicht rechtsverbindlich sei und somit als Grundlage für eine Kreditfinanzierung ausscheide. Die Höhe der jährlichen Haushaltsmittel ist in der Tat für die Zukunft nicht garantiert – lässt sich aber auf dem Boden unseres Grundgesetzes in letzter Konsequenz auch nicht garantieren. Auch die individuelle Höhe eines Förderbetrages ist nicht garantiert – auch sie lässt sich aber in einem solchen System nicht garantieren, weil ja auch die Leistungen des Krankenhauses nicht garantiert sind. Zutreffend ist schließlich ebenfalls, dass die Baupauschale als isolierte Kreditgrundlage auch deshalb ausscheidet, weil der Förderanspruch zwar auf andere Krankenhäuser, aber nicht an eine Bank abgetreten werden darf.

Die Krankenseite zog daraus die Konsequenz, die Baupauschale müsse grundsätzlich mit einer Landesbürgschaft verbunden werden. Das war und ist aber aus ordnungspolitischen Gründen nicht akzeptabel. Denn eine allgemeine Landesbürgschaft hätte zwangsläufig zwei Risiken zugleich abgesichert: Das allgemeine Risiko reduzierter Haushaltsansätze und das betriebsindividuelle Risiko von Leistungsrückgängen. Daher ist aus bisheriger Sicht diese „mangelnde“ Sicherheit der Baupauschale hinzunehmen, aber auch in ihren Wirkungen vertretbar. Denn die Unsicherheit der Baupauschale unterscheidet sich nicht grundsätzlich von der Unsicherheit jeder unternehmerischen Investition und der sie begleitenden politischen Rahmenbedingungen. Auch ein Krankenhaus muss seine Kreditwürdigkeit im Kern durch seine betriebliche Leistungskraft und seine wirtschaftlichen Perspektiven „verdienen“. Wenn diese Kreditwürdigkeit aus Sicht der Märkte nicht gegeben ist, wäre der Staat auch bei der Einzelförderung gut beraten, seine Förderung sehr sorg-

16 Auf die rechtlichen Aspekte dieser Diskussion wird im Folgenden nicht eingegangen. Siehe dazu ausführlich Stollmann (2008).

17 Siehe hierzu und zum Folgenden insbesondere die öffentliche Anhörung des Landtags Nordrhein-Westfalen am 17.10.2007, APr 14/508 sowie die zugrunde liegenden schriftlichen Stellungnahmen im online-Dokumentenarchiv des Landtags Nordrhein-Westfalen ([www.landtag.nrw.de](http://www.landtag.nrw.de)).

fällig zu prüfen. Das Gleiche gilt unter den Bedingungen der Baupauschale, die ja individuelle Bürgschaften, Zinssubventionen oder auch besondere Beträge nicht ausschließt.

Inhaltlich gewichtig war auch der Einwand, die aus der Betriebskostenfinanzierung der Krankenkassen entnommenen Leistungsmaßstäbe seien nicht auf die Investitionsbedarfe bezogen und daher ungeeignet. Überbewertet seien insbesondere Leistungen mit hohem Sachkostenanteil, z. B. in der Herzchirurgie, sowie Leistungen mit Implantaten und Stents z. B. in der Orthopädie oder der Kardiologie und hoch spezialisierte Fachkliniken ohne Notfallversorgung. Dieser Einwand trifft grundsätzlich zu. Er wird jedoch insoweit gemildert, als sich die Unter- und Überbewertung von Leistungen innerhalb eines Krankenhauses und – angesichts der Abtretungsmöglichkeiten – eines Verbundes häufig ausgleichen werden. Gleichwohl wäre eine entsprechende Kalkulation analog der DRGs grundsätzlich sinnvoll, wenn sie bundesweit durchgeführt würde. Anders als bei den laufenden Kosten ist die Kalkulationsgrundlage für die Investitionen allerdings schwerer zu bestimmen. Auch bei eigenfinanzierten Maßnahmen müsste ex post zwischen förderfähigen und nicht förderfähigen Aufwendungen unterschieden werden. Über Aufwendungen für Neubauten, die zwar als notwendig betrachtet werden, aber bislang nicht realisiert sind, könnte zudem nur spekuliert werden.

Kritisch hinterfragt wurde in der Diskussion auch die künftige Sicherung einer flächendeckend bedarfsgerechten Krankenhausversorgung, insbesondere im ländlichen Raum. In der Landtagsanhörung gingen die Sachverständigen jedoch fast durchgängig davon aus, dass die Baupauschale für den ländlichen Raum weder systematische Vorteile noch systematische Nachteile biete. Vielmehr komme es auf das Zusammenspiel eines ganzen Bündels von Einflussfaktoren im Einzelfall an, insbesondere der Bausubstanz, der Einrichtungsgröße, der Leistungsstruktur und der Bonität der Einrichtung.

Auch wenn der Systemwechsel von den Krankenhäusern grundsätzlich positiv bewertet wurde, gab es vor allem seitens der Politik auch grundsätzliche Befürchtungen: Der Staat gebe einerseits unverzichtbare Interventionsmöglichkeiten auf, andererseits „versickerten“ knappe Fördermittel bei Einrichtungen ohne konkrete Investitionsplanungen. Der erste Einwand ist unzutreffend, weil § 23 KHGG NRW sehr wohl besondere Beträge ermöglicht. Individuelle Bürgschaften und Zinssubventionen sind weitere und zudem systemverträglichere strukturpolitische Möglichkeiten. Konkrete Investitionsplanungen können und dürfen bei der Baupauschale dagegen in der Tat keine Rolle spielen, weil ja nicht nur die Vorfinanzierung, sondern auch die Verwendung von Pauschalmitteln in späteren Jahren zulässig ist. „Sickerverluste“ im engeren Sinne könnten also nur dann entstehen, wenn Krankenhäuser dauerhaft keinen Investitionsbedarf haben – was schwer vorstellbar ist.

Dass der Systemwechsel besondere Härten für die Krankenhäuser bedeutete, die im alten Verfahren praktisch sicher von einer unmittelbar bevorstehenden Einzelförderung ausgehen konnten, ist unvermeidlich. Die Kritik, den Krankenhäusern gehe durch den Verzicht auf Investitionsprogramme in den Jahren 2006 und 2007 insgesamt Geld verloren, kann allerdings nicht überzeugen. Denn die Barmittel des Landes wurden seit 2005 nicht reduziert, sondern im Gegenteil bis einschließlich 2008 sogar um insgesamt 180 Mio. € erhöht. Bisherige Einzelförderung und Bau-

pauschale unterscheiden sich also offenkundig nicht durch das „Wie viel“, sondern nur durch das „Wofür“.

Weitreichende Übereinstimmung bestand hingegen in einer Frage: Bei einem so grundlegenden Systemwechsel kann nicht erwartet werden, dass jedes Element von Anfang an genau richtig geformt ist. Deshalb war es gemeinsame Überzeugung aller Beteiligten, dass die Baupauschale durch ein Monitoring begleitet werden muss, das Fehlentwicklungen frühzeitig erkennt und Nachjustierungen des Systems ermöglicht.

## 11.7 Erste Zwischenbilanz

Der Systemwechsel bei der baulichen Investitionsförderung in Nordrhein-Westfalen muss sich zwar in der Praxis noch beweisen. Das erste Zwischenfazit ist jedoch positiv. Der Systemwechsel wird von der großen Mehrheit der Krankenhäuser grundsätzlich positiv bewertet. Der Bankensektor zeigt sich aufgeschlossen, benennt aber auch die Besonderheiten des Marktes und seine Risiken. Der Verband der Wirtschaftsprüfer als dritter Partner im neuen System hat die Entwicklung der Baupauschale von Beginn an sehr konstruktiv begleitet.

Nachhaltigen Erfolg wird die Baupauschale dann haben, wenn alle Beteiligten ihre neuen Rollen annehmen und ausfüllen. Die Krankenhäuser müssen sich von den bisherigen administrativen auf unternehmerische Finanzierungswege umstellen. Das erfordert vor allem eine langfristig überzeugende unternehmerische Planung als unverzichtbare Voraussetzung für die Kreditgewährung der Banken. Das ist längst noch nicht für alle Krankenhäuser eine Selbstverständlichkeit. Die Banken stehen ihrerseits vor erheblichen Herausforderungen bei der Beurteilung von Krankenhauskrediten und dem Rating der entsprechenden Häuser – auch diese Kompetenz ist zurzeit noch keineswegs überall vorhanden. Die Wirtschaftsprüfer sind derzeit gefordert, Standards für ihre erweiterten Prüfungsaufgaben zu entwickeln.

Aber auch die Rolle des Landes wird sich verändern: Planungsentscheidungen müssen ökonomische Aspekte in weit stärkerem Maße als bisher berücksichtigen, weil es vor dem Hintergrund der Baupauschale nicht nur um die planerische Deckung eines Versorgungsangebotes mit grundsätzlicher Garantie der Investitionsentscheidung durch den Staat geht, sondern um ökonomisch tragfähige, insbesondere durch den Träger mithilfe der Baupauschale finanzierbare Versorgungsangebote. Gleichzeitig muss das Interventionsinstrumentarium systemkonform neu entwickelt und die Interventionsschwelle bestimmt werden.

Gelingt all dies, dann wird die Baupauschale Nordrhein-Westfalen auch die Diskussion um die Monistik neu beleben, weil sie monistische Steuerungselemente wirken lässt, ohne die bisherige Kompetenzverteilung und den Finanzausgleich zwischen Bund, Ländern und Krankenkassen zu verändern oder indirekt in die Haushaltshoheit der Länder einzugreifen<sup>18</sup> Eine solche bundespolitische Ausstrah-

<sup>18</sup> Das ist der entscheidende Unterschied zu den Überlegungen Sachverständigenrat (2007), Bublitz (2007), Rürup (2007), Tuschen (2007).

lung war nicht Ziel der nordrhein-westfälischen Reform. Aber sie könnte eine positive Nebenwirkung sein.

## 11.8 Literatur

80. Gesundheitsministerkonferenz. Zukunft der Krankenhausversorgung. Umlaufbeschluss Dezember 2007. Abrufbar unter [www.gmkonline.de](http://www.gmkonline.de).
- Bublitz T, Augurzky B. „Modell 21“ Regionale monistische Finanzierung. Berlin: BDPK – Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. 2007. Abrufbar unter [www.bdpk.de/media/file/233.BDPK\\_Modell\\_21.pdf](http://www.bdpk.de/media/file/233.BDPK_Modell_21.pdf).
- Felder S, Fetzer S, Wasem, J. „Was vorbei ist, ist vorbei“: Zum Übergang in die monistische Krankenhausfinanzierung. In: Klauber J, Robra B, Schellschmidt H (Hrsg.). Krankenhaus-Report 2007. Stuttgart: Schattauer 2008; 143–53.
- Koalitionsvereinbarung von CDU und FDP zur Bildung einer neuen Landesregierung in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf, 20. Juni 2005.
- Landesregierung Nordrhein-Westfalen. Gesetzentwurf der Landesregierung: Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW). Landtags-Drucksache 14/3958 vom 12.03.2007.
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS NRW). Umstellung der Krankenhausinvestitionsförderung. Informationen zur Baupauschale NRW. Düsseldorf, August 2007.
- Rürup B, Albrecht M, Igel C, Häussler B. Umstellung auf eine monistische Finanzierung von Krankenhäusern. Berlin, 12. März 2008. Abrufbar unter [www.iges.de/publikationen/gutachten/klinikfinanzierung\\_2008](http://www.iges.de/publikationen/gutachten/klinikfinanzierung_2008).
- Rüttgers J. Nordrhein-Westfalen kommt wieder: Mehr Selbstbestimmung wagen. Regierungserklärung des Ministerpräsidenten vor dem Landtag Nordrhein-Westfalen am 13. Juli 2005. Abrufbar unter [www.nrw.de/Presseservice/Regierungserklaerungen](http://www.nrw.de/Presseservice/Regierungserklaerungen).
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Gutachten 2007. Deutscher Bundestag, Drs. 16/6339 vom 07.09.2007.
- Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser – Fachserie 12 Reihe 6.1.1 – 2006
- Stollmann F. Krankenhausfinanzierungsrecht – Bundesrechtskonformität der pauschalen Bauinvestitionsförderung. Gesundheitsrecht 2008, 7: 348–52.
- Tuschen K. Stand und Perspektiven der Krankenhausfinanzierung. Deutscher Krankenhaustag 2007, Düsseldorf 15.11.2007. Abrufbar unter [www.deutscher-krankenhaustag.de](http://www.deutscher-krankenhaustag.de).