



Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales

42. Sitzung (öffentlich)

17. Oktober 2007

Düsseldorf – Haus des Landtags

10:05 Uhr bis 12:40 Uhr

Vorsitz: Günter Garbrecht (SPD)

Protokoll: Marco Hoffmann, Simona Roeßgen (Federführung)

Verhandlungspunkt:

**Einführung einer pauschalierten Investitionsförderung in den
Gesetzentwurf der Landesregierung, Krankenhausgestaltungsgesetz
des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW), (Baupauschale)**

5

Gesetzentwurf
der Landesregierung
Drucksache 14/3958
Vorlage 14/1305 (Text des Änderungsantrags)
– öffentliche Anhörung von Sachverständigen

Der Ausschuss hört hierzu die in der folgenden Tabelle aufgeführten
Sachverständigen an.

Organisation/Verband	Sachverständige/-r	Stellungnahme	Seite
Universität Siegen	Prof. Dr. Markus Kaltenborn	-	6, 43
Krankenhausgesellschaft NRW e. V., Düsseldorf	Karsten Gebhardt	14/1554	7, 37, 40, 45
Berufsgenossenschaftliches Universitätsklinikum Bergmannsheil GmbH, Bochum	Hans-Werner Kick	<i>(Verweis auf Stellungnahme des KGNW)</i>	11
NRW.BANK, Düsseldorf	Andreas Kötter	14/1546	11, 35, 36
Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände, Köln	Markus Leßmann	14/1542	12, 47
Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege des Landes NRW, Düsseldorf	Elke Grothe-Kühn	14/1540	14
Solidaris, Köln	Dr. Heinz Joachim Koch	14/1570	14, 34
Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH, Hamburg	Christoph Bischoff-Everding; Helmut Hildebrandt	14/1532	16; 46
Universität Duisburg-Essen, Lehrstuhl für Medizin-Management	Dr. Axel Focke	14/1526	17, 33, 34
Franziskus Hospital Bielefeld	Dr. Georg Rüter	14/1521	18

Organisation/Verband	Sachverständige/-r	Stellungnahme	Seite
AOK Landesverband Rheinland/Hamburg, Düsseldorf	Thomas Fritz (AOK Landesverband Westfalen-Lippe)	14/1525 14/1541	19, 39
AOK Landesverband Westfalen-Lippe, Dortmund			
BKK Landesverband NRW, Essen			
Landesverband der Innungskrankenkassen, Dortmund			
Knappschaft-Bahn-See, Bochum			
Landwirtschaftliche Krankenkasse NRW, Münster			
VdAK/AEV Landesvertretung NRW, Düsseldorf			
Ärztammer Nordrhein, Düsseldorf	Dr. Wolfgang Klitzsch	14/1537	19, 46
Ärztammer Westfalen-Lippe, Münster	-		-
Kliniken der Stadt Köln gGmbH	Dr. Herbert Blöchl	14/1536	20
Klinikum Leverkusen gGmbH	Hans-Peter Zimmermann	-	21
Kliniken Maria Hilf GmbH Mönchengladbach	Joachim Püllen	14/1533	21
Landschaftsverband Rheinland, Köln	Joachim Heisler	14/1517	22, 47
Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e. V., Düsseldorf	Prof. Dr. Dietrich Paravicini	-	23, 42

Organisation/Verband	Sachverständige/-r	Stellungnahme	Seite
Verband der Krankenhaushausdirektoren Deutschlands e. V., Rotenburg/Wümme	Dr. Rudolf Hartwig	14/1519	23, 36
Marburger Bund NRW	Rolf Lübke	-	25
Gesundheitsselbsthilfe NRW/Wittener Kreis, Wuppertal	Klaus Bremen	-	26, 39

Weitere Eingaben	
Prof. Dr. Ingo Flenker, Arbeitsgemeinschaft katholischer Krankenhäuser im Erzbistum Paderborn	Stellungnahme 14/1508
Mechthild Greive, KlinikumDo gGmbH	Stellungnahme 14/1516
ver.di, Landesbezirk NRW	Stellungnahme 14/1520
Zweckverband der Krankenhäuser des Ruhrgebiets e. V., Heinz Rüter	Stellungnahme 14/1545 (<i>im Wesentlichen Verweis auf Stellungnahme der KGNW</i>)
RWI	Stellungnahme 14/1560
Regionalrat des Regierungsbezirks Detmold	Zuschrift 14/1130
Bundesverband der Hygieneinspektoren e. V.	Zuschrift 14/1164
Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW	Information 14/552

Vorsitzender Günter Garbrecht: Guten Morgen, meine Damen und Herren! Wir beginnen jetzt mit der Sitzung. Ich begrüße Sie alle recht herzlich: die Kolleginnen und Kollegen, die Zuhörerinnen und Zuhörer und die Vertreter der Medien, deren Interesse allerdings, wie ich glaube, heute eher auf eine andere Anhörung hier im Hause gerichtet ist. Ganz besonders herzlich begrüße ich Sie, meine Damen und Herren Sachverständige, die Sie der Einladung zur heutigen 42. Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales gefolgt sind. Zu unserer heutigen Sitzung sind auch die Mitglieder des Haushalts- und Finanzausschusses eingeladen worden. Die anwesenden Mitglieder dieses Ausschusses begrüße ich ebenfalls recht herzlich.

Einziger Punkt der heutigen Tagesordnung ist:

Einführung einer pauschalierten Investitionsförderung in den Gesetzentwurf der Landesregierung, Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW), (Baupauschale)

Gesetzentwurf
der Landesregierung
Drucksache 14/3958
Vorlage 14/1305 (Text des Änderungsantrags)

– öffentliche Anhörung von Sachverständigen

Die Grundlage der heutigen öffentlichen Anhörung von Sachverständigen zum Gesetzentwurf der Landesregierung bildet der gemeinsame Änderungsantrag der Fraktion der CDU und der Fraktion der FDP, dessen Text unter anderem der Vorlage 14/1305 zu entnehmen ist.

Die Sachverständigen waren gebeten, zur Vorbereitung der heutigen Sitzung zu einem Fragenkatalog der Fraktionen Stellung zu nehmen. Für die uns zugegangenen Stellungnahmen spreche ich Ihnen im Namen des Ausschusses meinen ausdrücklichen Dank aus. Überdrucke der Stellungnahmen liegen in größerem Umfang vor dem Sitzungssaal aus.

Wir haben heute, wie Sie der Einladung entnehmen können, genug Zeit, um diesen Sachverhalt gemeinsam zu erörtern. Wir stehen nicht unter dem Druck, unsere Sitzung bis um 13 Uhr beenden zu müssen; denn in diesem Saal findet im Anschluss keine weitere Sitzung statt. Dennoch glaube ich, dass es in unser aller Interesse ist, diese Sitzung zügig und konzentriert durchzuführen; das sage ich auch mit Bezug auf die Länge Ihrer Statements.

Mein Dank gilt dem Minister, der dem Wunsch des Ausschusses und dem Wunsch der Sachverständigen entsprochen und den vorläufigen Verordnungstext vorgelegt hat, der heute, wenn auch kurzfristig, wie ich gestehen muss, allen Sachverständigen zugegangen ist.

Meine Damen und Herren, das Tableau dieser Anhörung, dem Sie die Reihenfolge, in der wir vorgehen wollen, entnehmen können, ist verteilt worden. Einige der eingeladenen Sachverständigen sind heute leider terminlich gebunden, haben uns aber eine schriftliche Stellungnahme zukommen lassen; auch dafür möchte ich meinen herzlichen Dank sagen.

Sie brauchen Ihre schriftliche Stellungnahme nicht zu wiederholen. Sie sollten Ihre mündliche Stellungnahme nutzen, um auf den kurzfristig verteilten Entwurf Verordnung einzugehen. Nun beginnen wir in der im Tableau aufgeführten Reihenfolge mit der Anhörung der Sachverständigen.

Prof. Dr. Markus Kaltenborn (Universität Siegen): Herr Vorsitzender! Ich werde mich auf rechtliche Ausführungen zur ersten Frage Ihres Fragenkatalogs beschränken; denn nur dazu kann ich etwas sagen. Aus meiner Sicht sind drei Anmerkungen zu machen:

Erstens: zur Frage der Kompetenzordnung. Die Vereinbarkeit mit dem Bundesrecht ist mit diesem Gesetzentwurf meines Erachtens gegeben. Zwar unterscheidet der Bundesgesetzgeber in § 9 Abs. 1, Abs. 2 und Abs. 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zwischen verschiedenen Fördertatbeständen, wobei nur in Abs. 3 von einer Förderung der Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter und kleinerer baulicher Maßnahmen durch feste jährliche Pauschalbeiträge die Rede ist. Das schließt aber nicht aus, dass der Landesgesetzgeber auch andere Fördertatbestände durch Pauschalen ausgestalten kann. Meines Erachtens gibt es hier also keine Probleme.

Problematischer sind meine beiden anderen Anmerkungen.

Meine zweite Bemerkung betrifft die Frage, was der Gesetzgeber selbst regeln muss und was er dem Ordnungsgeber überlassen darf. Ich habe bereits in der letzten Anhörung darauf hingewiesen, dass die Förderbestimmungen grundrechtsrelevant sind und dass hier besondere Vorsicht geboten ist, da es insbesondere in Nordrhein-Westfalen sehr viele Grundrechtsträger gibt, die von diesen Regelungen betroffen sind.

In den gesetzlichen Regelungen zur Baupauschale werden dem Ordnungsgeber grundlegende Strukturentscheidungen übertragen, zum Beispiel die Festlegung der Bemessungsgrundlagen der Pauschalbeträge. Die dahinter stehende verfassungsrechtliche Problematik ließe sich deutlich entschärfen, wenn man entweder materiellrechtlich präzisere Regeln zur Bemessungsgrundlage in den Gesetzestext aufnehmen würde, was meines Erachtens ohne Weiteres möglich wäre, oder aber dem Parlament bzw. seinen Ausschüssen formellrechtlich ein größeres Mitentscheidungsrecht bei der Ordnungsgebung übertragen würde, als es im Moment vorgesehen ist, zum Beispiel durch die Aufnahme eines Zustimmungsvorbehalts in das Gesetz.

Meine dritte Anmerkung knüpft an die Frage der Grundrechtsrelevanz an. Pauschalierungen bergen immer die Gefahr, dass durch eine letztlich nicht sachgemäße Ungleich- bzw. Gleichbehandlung Ungleichgewichte entstehen. In der Regel wird dem Gesetzgeber hier ein ziemlich großer Ermessens- und Gestaltungsspielraum eingeräumt. Dennoch muss man den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz wahren. Dieser dürfte

verletzt sein, wenn das erkennbare Risiko besteht, dass einzelne Grundrechtsträger durch die Pauschalierung ungerecht behandelt werden, und wenn man nicht vorher versucht, dieses Risiko mit vertretbarem Aufwand zu minimieren. Ich halte es daher aus verfassungsrechtlichen Gründen für angebracht, vor der Einführung der Baupauschale ein Gutachten zur Folgenabschätzung einzuholen; das ist auch in diesem Kreis bereits mehrfach vorgeschlagen worden.

Karsten Gebhardt (Krankenhausgesellschaft NRW e. V.): Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen hat schriftlich sehr umfangreich und detailliert zu Ihrem Fragenkatalog Stellung genommen. Deshalb bitte ich um Verständnis dafür, dass ich nicht auf unsere schriftliche Stellungnahme eingehe, sondern die mir zur Verfügung stehende Redezeit für ein grundsätzliches Statement zum neuen Krankenhausgestaltungsgesetz nutze; natürlich stehen wir Ihnen für konkrete Nachfragen zur Umsetzung der Baupauschale und zu anderen Aspekten zur Verfügung.

Im „Krankenhaus Barometer 2007“ des Deutschen Krankenhausinstituts wurde die chronische Unterfinanzierung der Krankenhäuser eindrucksvoll dargestellt. Ein Drittel der Krankenhäuser in Deutschland schreibt bereits Verluste. Es heißt, dass Auswirkungen auf den Personalbestand und die Patientenversorgung nicht mehr zu verhindern sind. Deshalb fordern wir die Landesregierung nachdrücklich auf, sich auf Bundesebene für die sofortige Abschaffung des sogenannten Sanierungsbeitrags und für die sofortige Einführung eines Bundesbasisfallwertes einzusetzen. Die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen brauchen in ihrer derzeitigen Situation eine Entlastung, die so geschaffen werden könnte.

Zwei Monate nach der ersten Anhörung zum KHGG NRW-E – kurz vor dieser Anhörung erfolgte die Ankündigung der geplanten Umstellung der Einzelförderung auf die Baupauschale, die mit einem erneuten Bewilligungsstopp für 2007 verbunden war – liegt jetzt ein Änderungsantrag der Regierungsfractionen vor. Wir haben bereits am 28. August dieses Jahres in einem offenen Brief an Herrn Minister Laumann drei Kernforderungen aufgestellt.

Diese drei Kernforderungen sind noch immer aktuell:

Erstens. Der Bewilligungsstopp für 2007 muss aufgehoben werden. Eine erneute Aussetzung ist aus unserer Sicht absolut ungerechtfertigt und überhaupt nicht nachvollziehbar. Es kann nicht sein, dass die Finanzierung von Verpflichtungen, die die Vorgängerregierung noch im Rahmen der Einzelförderung eingegangen ist, durch Investitionsmittel für neue Maßnahmen erfolgen soll, die für 2007 bereits zugesagt wurden. Dieses Geld steht den Krankenhäusern angesichts des Investitionsstaus sozusagen moralisch zur Verfügung. Es besteht die Verpflichtung, diese zugesagte und dringend benötigte Förderung durchzuführen.

Zweitens. NRW darf bei der Krankenhausförderung nicht länger Schlusslicht bleiben. Die Haushaltsmittel, die vom Land NRW für die Krankenhausförderung zur Verfügung gestellt werden, müssen vor dem Hintergrund der erheblich angestiegenen Steuermehreinnahmen dauerhaft und deutlich erhöht werden. Nur so und im Zu-

sammenwirken mit einer neuen gesetzlichen Regelung kann der Investitionsstau in Zukunft schrittweise abgebaut werden.

Drittens. Die fundamentalen Weichenstellungen in Richtung einer neuen Regelung der Krankenhausförderung dürfen nicht im Blindflug umgesetzt werden; darauf hat Herr Kaltenborn eben schon hingewiesen. Lassen Sie die offenen Fragen in einem Gutachten, das auch Aussagen zur Folgenabschätzung enthält, transparent und nachvollziehbar untersuchen; auch das hat Herr Kaltenborn bereits vorgeschlagen. Dann besteht für Sie die Möglichkeit, im Parlament geeignete Maßnahmen zur Weiterentwicklung und Gegensteuerung zu beschließen.

Zur Baupauschale; jetzt sage ich dasselbe wie in der letzten Anhörung. Diesen Ansatz halten wir grundsätzlich für diskussionswürdig, da er im Vergleich zum heutigen Antragsverfahren deutliche Vorteile hat, was den Bürokratieabbau angeht. Die unternehmerischen Freiheiten, die den Krankenhäusern ermöglicht werden, wenn man die Baupauschale richtig konstruiert, stellen verglichen mit der derzeitigen Situation eine deutliche Weiterentwicklung dar. Große Probleme haben wir allerdings erstens mit der unzureichenden Höhe der Fördermittel und zweitens mit der fehlenden Sicherheit der jährlichen Zahlungen.

Zur Höhe der Fördermittel. Die Bundesländer haben den Krankenhäusern in der Vergangenheit immer weniger Investitionsmittel zur Verfügung gestellt. Der deutliche Rückgang der Krankenhausfördermittel spiegelt sich in einer für den Krankenhaussektor ermittelten Investitionsquote wider. 1972 lag sie bei knapp 25 %, 2006 bei 4 %. Was die Finanzierung der Krankenhausinvestitionen pro Bett angeht, ist NRW seit 1991 bundesweit Schlusslicht; das Kriterium Bett ist eine statistische Kenngröße, die seit Jahren nicht nur im nationalen, sondern auch im internationalen Vergleich angewandt wird.

Herr Henke, selbst wenn man von der Einheit Bett abrückt und sich die Situation bezogen auf die Bevölkerung ansieht – wir haben das für den Zeitraum von 1991 bis 2006 getan –, stellt man fest, dass Nordrhein-Westfalen im Vergleich mit allen anderen Bundesländern auf Platz 14, also auf einem der letzten Plätze, liegt. Das darf auf Dauer nicht so bleiben. Es ist nicht nachzuvollziehen, weshalb das bevölkerungsreichste Bundesland im Ranking der Bundesländer eine solch schlechte Platzierung hat.

Dem Gesundheitsministerium sind für 2007 von den Bezirksregierungen geprüfte und für notwendig erachtete Investitionsanträge mit einem Volumen von 650 Millionen € vorgelegt worden. Das zeigt deutlich, dass ganz offensichtlich ein großer Investitionsbedarf vorhanden ist. Deshalb vertritt die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen die Auffassung: Die vorgesehenen 190 Millionen € reichen nicht aus.

Ein einfaches Rechenbeispiel: Fachleute schätzen die Kosten pro Krankenhausbett einschließlich der Herstellungskosten auf 200.000 bis 250.000 €. Legt man die Anzahl der Betten in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2006 zugrunde, dann kommt man auf ein Volumen von jährlich 500 Millionen bis 625 Millionen €, wenn man unterstellt, dass bei einer 2%igen Abschreibung nur die vorhandene Substanz erneuert wird. Man bräuchte also nur für die Erhaltung der bestehenden Substanz ohne jegliche

Neuerung 500 Millionen bis 600 Millionen €. Deshalb ist es gar nicht falsch, von einer Summe in Höhe von 650.000 €, die für das Jahr 2007 vorgesehen ist, auszugehen. Das entspricht dem, was die Krankenhäuser im Schnitt brauchen.

Der umgekehrte Fall: Geht man von einem durchschnittlichen 300-Betten-Krankenhaus aus, dann kommt man bei 200 Millionen € auf ein Bauvolumen von ungefähr 60 Millionen €. Aufgrund der Berechnungen des Ministeriums wissen wir, dass einem solchen Krankenhaus zukünftig wahrscheinlich eine Baupauschale von bis zu 500.000 € zusteht. Welchen Betrag bräuchte dieses Krankenhaus, um nur die vorhandene Substanz zu erhalten? Es bräuchte 1,2 Millionen €. Das bedeutet, der Substanzverlust für ein solches Krankenhaus beträgt rund 700.000 €, und das bei einer Höhe der Baupauschale von 500.000 €. Allerdings ist noch gar nicht klar, ob diese 500.000 € tatsächlich jedes 300-Betten-Haus erreichen werden; das hängt nämlich vom Case-Mix ab.

Man könnte es auch andersherum darstellen: Das Gesundheitsministerium dieses Landes geht davon aus, dass ein Krankenhaus nicht 50 Jahre, sondern 120 Jahre hält; inwieweit das realistisch ist, überlasse ich Ihrer Beurteilung. Wenn man davon ausgeht, kommt man nämlich auf den Betrag von 1,2 Millionen €.

Bei allem Verständnis für die Notwendigkeit der Haushaltskonsolidierung muss ich sagen: Die Fördermittel von 190 Millionen €, die in der Diskussion stehen und festgeschrieben werden sollen, reichen nicht aus, um die Substanz der Krankenhäuser zu sichern. Sie reichen erst recht nicht aus, um weitere Entwicklungen zu ermöglichen. Deshalb fordern wir, diese Mittel zu erhöhen – und zwar bevor eine neue Systematik eingeführt wird –, damit die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen einen Blick in die Zukunft wagen können und gut gerüstet sind, um die Versorgung der Bevölkerung gewährleisten zu können. Die Fördermittel müssen aus unserer Sicht mindestens verdoppelt werden.

Ein weiterer wichtiger Aspekt, den ich eben schon angesprochen habe, ist die fehlende Sicherheit der jährlichen Zahlungen. Durch den Parlamentsvorbehalt beim Haushaltsrecht wird jährlich neu über Höhe und Struktur der Finanzmittel sowie über den Zeitpunkt, zu dem sie bereitgestellt werden, entschieden. Wir befürchten, dass eine dauerhafte und in der Höhe ausreichende Zahlung der Baupauschale bei parteipolitischen Richtungsstreitigkeiten zu einem unsicheren Politikum wird.

Das sind keine optimalen Bedingungen für die Krankenhäuser. Unter diesen absolut suboptimalen Bedingungen wird ein Krankenhausträger zur Finanzierung einer größeren Investitionsmaßnahme keinen Kredit aufnehmen, bei dem er sich über zehn, 15 oder 20 Jahre festlegen muss, ganz zu schweigen davon, dass er auch mit seinen Bankinstituten Probleme bekommen wird, weil sich die Höhe der Pauschale, die er bekommt, nach dem Leistungsgeschehen innerhalb des jeweiligen Krankenhauses und nach der Höhe der zur Verfügung stehenden Gesamtmittel richten wird. Nach den bisherigen Überlegungen wird die geplante Pauschale nicht konstant bleiben, sondern schwanken. Das in die Gespräche mit den Banken einzubeziehen, wird höchst interessant werden. Auf jeden Fall ist es so, dass der Krankenhausträger Sicherheit braucht. Deshalb benötigen Krankenhäuser gerade für den Fall der Kreditaufnahme die klare Zusage, dass diese Mittel in der erforderlichen Größenordnung

verlässlich fließen. Deshalb fordert die Krankenhausgesellschaft im Hinblick auf diese Mittel nach wie vor eine Landesbürgschaft.

Meine Damen und Herren, in der gewerblichen Wirtschaft bzw. bei erwerbswirtschaftlich orientierten Unternehmen ist es im Einzelfall möglich, zum Mittel der Landesbürgschaft zu greifen. Daher verstehe ich nicht, weshalb das nicht bei Einrichtungen möglich sein sollte, die einen Versorgungsauftrag für die Bevölkerung des Landes zu erfüllen haben und bei denen überwiegend keine erwerbswirtschaftlichen Motive im Vordergrund stehen, sondern die Sicherung von Grundbedürfnissen im Mittelpunkt steht. Wir bitten Sie nachdrücklich, zu prüfen, ob den Krankenhäusern durch eine Landesbürgschaft zur Absicherung dieser Fördermittel Planungssicherheit gegeben und dadurch die Möglichkeit eröffnet werden kann, Gespräche mit Banken aufzunehmen.

Wie wird ein solches Kreditgespräch verlaufen? Folgender Fall: Ein Krankenhausträger möchte ein Darlehen in einer Größenordnung von 6 Millionen oder 7 Millionen € aufnehmen, weil er einen zusätzlichen OP-Trakt oder einen weiteren Bettentrakt braucht. Als Erstes sagt die Bank: Die Beleihungsgrenze des Kredits liegt bei 70 %. – Manchmal liegt die Beleihungsgrenze bei 60 %, manchmal bei 75 %; das ist vom Rating abhängig. – Von der Bank wird also nicht die volle Summe geliehen, es sei denn, dass eine Bürgschaft vorhanden ist. Damit der Krankenhausträger die volle Kreditsumme aufnehmen kann, braucht er eine Absicherung. Nur mithilfe einer Bürgschaft kann er den Kredit in der fraglichen Höhe bekommen. Ansonsten muss er den Restbetrag durch Eigenmittel aufbringen. Der Eigenmittelanteil darf natürlich nicht über die laufenden Kosten finanziert werden. Denn nach dem Krankenhausrecht ist es gesetzlich nicht zulässig, Abschreibungen in die laufenden Kosten einzurechnen.

Es ist nach wie vor so, dass die Krankenhausförderung keine Alimentation darstellt, sondern ein gesetzlicher Anspruch ist, der sich darauf bezieht, dass Abschreibungen nicht in die laufenden Kosten eingerechnet werden dürfen. Das ist die Besonderheit unserer Branche. Weil es diese Besonderheit gibt, brauchen wir geeignete Regelungen, um uns in diesem System weiterentwickeln zu können.

Sie alle wissen, dass sich nach dem Rating des RWI schon 37 % der Krankenhäuser im roten und im gelben Bereich befinden. Diese 37 % der Häuser haben sehr schlechte Chancen, einen Kredit zu bekommen, und die 14 %, die im roten Bereich liegen, haben überhaupt keine Chance, einen Kredit zu bekommen. Ich frage mich: Soll die Krankenhausplanung im Land Nordrhein-Westfalen in Zukunft durch das Rating der Banken erfolgen? Wie möchten Sie die Versorgung der Bürger sicherstellen? Die Fördermittel müssen im Rahmen der Baupauschale so abgesichert werden, dass die Krankenhäuser auch in Zukunft von der Möglichkeit, Investitionen über Kredite zu finanzieren, Gebrauch machen können. Bitte sorgen Sie dafür, dass ein Großteil dieser Krankenhäuser nicht schon im Vorfeld aussortiert wird.

Wir fordern ein Förderprogramm über die KfW Förderbank oder über die NRW.BANK. Vielleicht kann man in der Kombination von NRW.BANK und Landesbürgschaft dazu beitragen, für die Krankenhäuser dauerhaft stabile Bedingungen zu schaffen. Ich betone: Wir sind nicht gegen diesen neuen Weg. Wir möchten allerdings darauf hinweisen, dass man ihn flankieren und begleiten und von Anfang an

gute Voraussetzungen schaffen muss, damit das in den meisten Krankenhäusern funktionieren kann.

Last, not least werben wir für einen fraktionsübergreifenden Entschließungsantrag. Wir brauchen über alle Parteigrenzen hinweg das politische Bekenntnis, dass die Krankenhausförderung im Parlament als gemeinsame Angelegenheit betrachtet wird. Das sollten Sie sich zu eigen machen. In diesem wichtigen Bereich muss eine Stabilisierung erfolgen. Viele Leute gehen sogar davon aus, dass die Gesundheitswirtschaft in den nächsten Jahren der größte Wachstumsbereich sein wird, sowohl hinsichtlich der Beschäftigung als auch hinsichtlich der wirtschaftlichen Effekte, die von diesem Bereich ausgehen.

Noch eine kurze Anmerkung: Dass wir es nach wie vor für notwendig halten, die Finanzierung im Krankenhausgesetz und nicht in einer Verordnung zu regeln, muss ich wohl nicht nachdrücklich betonen; hier stimmen wir dem zu, was Herr Kaltenborn eben gesagt hat. Wir halten es für zwingend erforderlich, die Entscheidung über dieses Gesetz im parlamentarischen Rahmen zu treffen bzw. die parlamentarische Mitwirkung zumindest deutlich auszuweiten. Das wäre der andere Weg, den Herr Kaltenborn aufgezeigt hat.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Nach dem Tableau wäre jetzt Hans-Werner Kick an der Reihe. Obwohl Sie vorab schon darauf hingewiesen haben, dass Sie sich im Wesentlichen der Stellungnahme der Krankenhausgesellschaft anschließen, frage ich Sie: Möchten Sie vor dem Hintergrund der Ausführungen von Herrn Gebhardt noch mündliche Erläuterungen abgeben?

Hans-Werner Kick (Berufsgenossenschaftliches Universitätsklinikum Bergmannsheil GmbH): Nein, ich habe zurzeit keine Ergänzungen zu machen.

Andreas Kötter (NRW.BANK): Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Zunächst zwei, drei Bemerkungen zur NRW.BANK. Es ist das erste Mal, dass wir in einer Anhörung zu diesem Thema zugegen sind. Gemäß dem gesetzlichen Auftrag nimmt die NRW.BANK ihre Rolle als Beraterin und Initiatorin im Fördergeschäft im Interesse des Landes wahr. Dabei setzt sie ihre Stärken in der kreditwirtschaftlichen Begleitung strukturpolitischer Aufgaben ein. Neben vielen anderen Bereichen betrifft das auch die Krankenhausfinanzierung.

Durch die geplante Umstellung der Krankenhausinvestitionsförderung erfährt dieses Finanzierungssystem eine grundlegende Veränderung, insbesondere für den Kreditsektor. Diese Entwicklung zu begleiten, das ist für den gesamten Kreditsektor und für alle Institutsgruppen in Nordrhein-Westfalen eine Herausforderung. Die NRW.BANK wird sich als Förderbank aktiv in die Diskussionen im Bankensektor und in die Beratung einbringen. Diese Funktion wird sie gemäß dem Umstrukturierungsgesetz, das die Grundlage darstellt, und gemäß ihrer Satzung wettbewerbsneutral und diskriminierungsfrei erfüllen.

Bei der Einführung der Baupauschale kann die NRW.BANK durch vielfältige Förder- und Finanzierungsprodukte Unterstützung leisten: durch eigene Förderprodukte, durch den Rückgriff auf Fördermittel der KfW, also des Bundes, und der Europäischen Investitionsbank oder durch eigene Risikoübernahme. Außerdem steht die NRW.BANK im Rahmen der Förderberatung als Ansprechpartnerin für Hausbanken und für öffentliche Kunden zur Verfügung. Sie wird dafür Sorge tragen, dass das vorhandene Förderinstrumentarium im Rahmen des Krankenhausgestaltungsgesetzes NRW und der in diesem Zusammenhang zu erlassenden Verordnungen, die für uns die Grundlage darstellen, konsequent weiterentwickelt und angepasst wird. Kurzfristig werden wir in unserem Haus das entsprechende Know-how und damit auch die erforderlichen Kapazitäten in der Krankenhausfinanzierung aufbauen.

Markus Leßmann (Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände):

Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Ich kann weitgehend die Aussagen wiederholen, die ich in der Anhörung zum Gesetzentwurf der Landesregierung getroffen habe. Die kommunalen Krankenhausträger schließen sich ausdrücklich der Stellungnahme der KGNW an, sowohl der schriftlichen Stellungnahme als auch dem, was Herr Gebhardt gerade mündlich ausgeführt hat.

Weil uns von der Landesregierung die besondere Rolle zugewiesen wurde, 40 % der Investitionsmittel beisteuern zu dürfen bzw. zu müssen, haben wir an der Investitionsförderung natürlich ein besonderes Interesse. Daher möchte ich hierzu ein paar ergänzende Bemerkungen machen.

Um das Positive vorwegzuschicken, sage ich Ihnen aus Sicht der kommunalen Häuser zunächst einmal ein Dankeschön dafür, dass es uns beim letzten Mal gelungen ist, Sie zu sensibilisieren, in der Gemeindeordnung eine Änderung vorzunehmen. Wir konnten im Hinblick auf § 107 der Gemeindeordnung nicht viel erreichen. Zumindest ist es uns aber gelungen, für die kommunalen Krankenhäuser etwas mehr Wettbewerbsgerechtigkeit herzustellen. Dafür gilt Ihnen unser herzlicher Dank.

Was die Beurteilung der Einführung der Baupauschale angeht, stimmen wir mit der KGNW überein. Sicherlich ist es ein begrüßenswerter Ansatz, die Fördersystematik zu vereinfachen, zu beschleunigen und transparenter zu gestalten; zu den Problemen, die damit einhergehen, ist schon etwas gesagt worden. Was die Systematik betrifft, kann ich mich nur dem anschließen, was Herr Kaltenborn ausgeführt hat. Auch wir halten es für erforderlich, dass ein Gutachten zur pauschalen Investitionsförderung im Rahmen der Baupauschale erstellt wird; die verfassungsrechtlichen Gründe, aus denen das notwendig ist, wurden bereits dargelegt. Dieser Einschätzung schließen wir uns an.

Das Gleiche gilt für den Parlamentsvorbehalt hinsichtlich der wesentlichen Regelungen. Auch hier kann ich Ihnen nur empfehlen, den verfassungsrechtlichen Ausführungen Folge zu leisten. Da die angeführten Bedenken auch in der heutigen Anhörung sehr deutlich zum Tragen kommen, müssen Sie davon ausgehen, dass die Häuser, die deutlich verlieren – es wird schließlich auch Verlierer der geplanten Umstellungen geben –, ein solches Gesetz möglicherweise einer rechtlichen Kontrolle

unterziehen werden. Dem sollte man im Interesse der Planungssicherheit aller Beteiligten möglichst frühzeitig entgegenwirken.

Nun komme ich auf die Höhe der Finanzierung gerade im Hinblick auf langfristige Investitionen zu sprechen. Ich möchte keinesfalls die Situation der Menschen, die von Armut persönlich betroffen sind, verkennen. Dass wir über die Landesförderung der Krankenhausinvestitionen am Internationalen Tag der Armut diskutieren, hat allerdings einen gewissen Symbolcharakter. Hier kann ich nur das unterstützen, was Herr Gebhardt gesagt hat. Auch wir halten die Aussetzung der Landesförderung bzw. der Neuförderung für die Jahre 2006 und 2007 für nicht hinnehmbar und die Höhe der Förderung insgesamt für zu gering.

Was die Aussetzung der Förderung angeht, ist darauf hinzuweisen – auch das ist bereits gesagt worden –, dass es zugegebenermaßen um Verbindlichkeiten geht, die die vorherige Landesregierung hinterlassen hat, weil die Finanzierung damals nicht auskömmlich war. Wenn Sie die Neuförderung jetzt aber zweimal aussetzen, dann haftet für diese Verbindlichkeiten ganz allein die Krankenhauslandschaft. In Deutschland haftet jedoch der Rechtsnachfolger. Die jetzige Landesregierung ist der Rechtsnachfolger ihrer Vorgängerregierung. Daher muss die jetzige Landesregierung die Konsequenzen tragen; das müssen nicht wir tun. Hier wurden die Zuständigkeiten deutlich verschoben. Wir erkennen an, dass es einen Konsolidierungsbedarf gibt. Das darf aber nicht allein zu unseren Lasten gehen; das sage ich Ihnen ganz ehrlich. Dass es für die Kommunen untragbar ist, dass just in dem Moment, in dem sie in höherem Maße zur Investitionsförderung herangezogen werden, keine Neuförderung mehr erfolgt, sondern nur noch Altschulden abgetragen werden; das brauche ich wohl nicht zu betonen. Auch das werden wir noch zu überprüfen haben.

Die kommunalen Häuser können nur an Sie appellieren, erstens die verfassungsrechtlichen Bedenken ernst zu nehmen und zweitens die Höhe der Förderung an den tatsächlichen Bedarf anzupassen. Das sage ich in Kenntnis der Tatsache, dass dadurch auch die kommunale Seite als Kostenträger stärker belastet würde.

Die Fragen, die Sie zu den konkreten Auswirkungen der Einführung der Baupauschale gestellt haben, sind schwer zu beantworten. Wie wir in unserer schriftlichen Stellungnahme ausgeführt haben, kann man zum Beispiel nicht konkret darlegen, ob der ländliche Raum in besonderer Weise belastet wird. Die Folgen der Einführung der Baupauschale werden sich eher an hausspezifischen Kriterien messen lassen, beispielsweise an der Größe des Krankenhauses, am Case Mix Index oder an der bisher vorhandenen Investitionsstruktur. Die Auswirkungen lassen sich nicht pauschal vorhersagen.

Hinsichtlich der Verordnung hätten wir folgende Bitte: Aus unserer Sicht wird die Tätigkeit der Häuser, die ihre Investitionen in der Vergangenheit zu einem erheblichen Teil aus Eigenmitteln bestritten haben, bisher nicht in hinreichendem Maße wertgeschätzt. Vor diesem Hintergrund möchte ich auf den letzten Satz unserer Stellungnahme hinweisen, in dem es heißt, dass Investitionen, die in der Vergangenheit durch Eigenmittel aufgebracht werden mussten, weil die Investitionskostenförderung schon immer unzureichend war, stärker berücksichtigt werden sollten. Das gilt sowohl für das Ranking als auch für die Baupauschale insgesamt.

Elke Grothe-Kühn (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege des Landes NRW): Schönen guten Morgen! Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Pointierter als meine Vorredner könnte ich es nicht formulieren; daher fasse ich mich ganz kurz: Sie haben von uns eine schriftliche Stellungnahme erhalten, die sich inhaltlich im Wesentlichen mit der Stellungnahme der Krankenhausgesellschaft deckt.

Ich möchte an dieser Stelle lediglich einen Wunsch äußern, der die weiteren Beratungen betrifft, die nicht auf Landesebene, sondern auf Bundesebene geführt werden – denn dort wird über die Neuregelung des ordnungspolitischen Rahmens diskutiert –: Ich würde mir sehr wünschen, dass die pauschalierten Werte, die im Hinblick auf die Investitionsförderung in Nordrhein-Westfalen gefunden worden sind, nicht die politische Diskussion auf Bundesebene bestimmen. Ich glaube, die Krankenhauslandschaft möchte nicht, dass über die Haushaltslage des Landes Nordrhein-Westfalen und über die chronische Unterfinanzierung, die von Herrn Gebhardt sehr deutlich dargestellt worden ist, auf Bundesebene diskutiert wird. Das wäre sachlich ungerecht.

Dr. Heinz Joachim Koch (Solidaris): Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Zunächst danke ich Ihnen, dass in der heutigen Anhörung auch ein Vertreter des Berufsstandes der Wirtschaftsprüfer zu Wort kommen darf; das ist mir ein besonderes Anliegen. Denn bereits in den letzten bundes- und landesgesetzlichen Verfahren ging es an der einen oder anderen Stelle auch um die Rolle der Wirtschaftsprüfer. Im Krankenhausfachausschuss des IDW, dessen Vorsitzender ich bin, mussten wir uns im Nachhinein immer wieder Gedanken darüber machen, was sich der Gesetzgeber wohl dabei gedacht hat, die Wirtschaftsprüfer an bestimmten Stellen mit in die Pflicht zu nehmen; darauf möchte ich meine Aussagen beschränken.

Ich denke, zum politischen Hintergrund und zur volkswirtschaftlichen Sinnhaftigkeit der Pauschalierung von Fördermitteln ist im Rahmen der entsprechenden Diskussionen genug gesagt worden; die Stichworte lauten: Entscheidungsfreiheit und Bürokratieabbau. Aber es geht auch um das nachvollziehbare und seitens unserer Mandanten an uns herangetragene Bekenntnis zur Auskömmlichkeit. Das ist eine politische Forderung, die auch hier im Raume steht.

Aus der Sicht einer Gesellschaft, die eine Vielzahl von Krankenhäusern prüft, möchte ich ergänzend auf Folgendes hinweisen: Über die Kredit- und Eigenmittelfinanzierung reden wir nicht erst seit heute. Das ist ein Tatbestand, der sich an den Jahresabschlüssen der Krankenhäuser, insbesondere an denen der letzten zehn Jahre, sehr leicht nachvollziehen lässt.

Intern haben wir die Ergebnisse der von uns in den letzten zehn Jahren durchgeführten Prüfungen ausgewertet. Ich kann Ihnen sagen: Schon jetzt ist der Jahresabschluss und damit die Ertragssituation vieler freigemeinnütziger und mittelgroßer Krankenhäuser durch nicht geförderte Abschreibungen und durch Zinsaufwendungen für bereits laufende Kredite in einer Größenordnung von mehreren Hunderttausend Euro per anno geprägt. Das heißt, schon heute müssen viele Krankenhäuser entge-

gen dem Ideal der gesetzlichen Vorschrift erhebliche Beträge aus Entgelten erwirtschaften, die nicht dafür gedacht sind. Wenn man berücksichtigt, wie die Systematik jetzt angelegt ist, muss man davon ausgehen, dass sich diese Situation sicherlich noch verschärfen wird.

Damit komme ich auf das zurück, was ich eingangs gesagt habe. In § 18 Abs. 9 ist vorgesehen, dass Wirtschaftsprüfer Testate über die Verwendung der Fördermittel erstellen sollen. Die Konkretisierung der Verwendung der Fördermittel erschließt sich mir aber noch nicht genau.

Dafür möchte ich drei Beispiele anführen:

Erstens. Sie haben in § 16 Abs. 1 Nr. 1 des Änderungsantrags vorgesehen, dass die Baupauschale zur Errichtung von Krankenhäusern – Neubau, Umbau, Erweiterungsbau – verwendet werden kann. Des Weiteren haben Sie geregelt, dass die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als drei Jahren bis zu 15 Jahren – das sind die klassischen kurzfristigen Anlagegüter – durch jährliche Pauschalbeträge gefördert wird. Was mir fehlt, ist die Umsetzung der bundesgesetzlichen Vorschrift. Was ist mit der Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 15 Jahren? Sie sind im Moment überhaupt nicht berücksichtigt. Hat man sie bewusst nicht erwähnt, um deutlich zu machen, dass die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer Nutzungsdauer von mehr als 15 Jahren nicht mehr förderfähig ist? Das würde meines Erachtens dem Grundsatz der Förderfinanzierung widersprechen. Hier stellt sich also die Frage: Besteht die Möglichkeit, die Baupauschale auch für die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer Nutzungsdauer von mehr als 15 Jahren einzusetzen? Schließlich war es auch in der Vergangenheit möglich, diese Mittel hierfür zu verwenden.

Zweitens: zur Mittelverwendung. In § 18 Abs. 4 ist geregelt – ich zitiere –:

„Nicht verbrauchte Pauschalmittel sind in den Folgejahren entsprechend dem jeweiligen Förderzweck zu verwenden.“

Auch hier bitten wir um eine Klarstellung. Denn uns haben schon Anfragen von Mandanten erreicht, in denen sie wissen wollten, ob die Baupauschale auch für im Vorjahr getätigte Investitionen Verwendung finden kann, die grundsätzlich förderfähig gewesen wären, für die es aber leider keine Fördermittel gegeben hat und die dann entweder aus Eigenmitteln des Krankenhauses finanziert worden sind oder bereits über Kredite finanziert werden. Gibt es hier eine Stichtagsbetrachtung, und ist die Baupauschale nur für künftige Investitionen einzusetzen, oder kann ein Krankenhaus, das sich gerade in den letzten ein, zwei Jahren umfangreich betätigt hat, die Pauschalen für die nächsten Jahre auch rückwirkend einsetzen? Hierbei geht es um die Umfinanzierung bestehender Maßnahmen. Für uns wäre es sehr wichtig, das zu erfahren, weil wir die Verwendung der Mittel testieren sollen.

Drittens. In § 18 Abs. 5 ist geregelt, dass die Pauschalmittel zur Finanzierung von Krediten für Maßnahmen nach § 16 Abs. 1 genutzt werden können. Während es bei meiner vorherigen Bemerkung um die Frage ging, für welche Investitionen sie verwendet werden können, steht an dieser Stelle die Frage im Raum: für welche Kredi-

te? Kann die Baupauschale auch für bereits laufende Kredite oder nur für neue Kredite eingesetzt werden? In der Begründung findet man lediglich einen Hinweis. Auch hier wäre aus unserer Sicht eine Klarstellung erforderlich.

Zum Schluss komme ich zu Ihrem Fragenkatalog. Ich möchte Ihnen meine Einschätzung zu Frage 2 mitteilen; das ist allerdings keine abschließende Antwort. Es geht um die Frage, ob Krankenhäuser mit derzeit ungünstigem Rating überhaupt noch die erforderlichen Mittel bekommen werden bzw. welche Folgen dieses Finanzierungssystem haben wird.

Vor dem Hintergrund der Erkenntnisse, die wir aus den Kontakten mit unseren Mandanten gewonnen haben, gehen wir davon aus, dass die Krankenhäuser, die schon jetzt ungünstige Kreditkonditionen haben – aufgrund welcher Umstände auch immer: seien es hohe Darlehenslasten, seien es schlechte Bewertungen im Rating hinsichtlich der weichen Faktoren –, dann, wenn dieses System wie derzeit vorgesehen umgesetzt wird, insbesondere ohne Absicherung im Hinblick auf die Kreditlaufzeit, noch weiter zurückfallen werden. Das heißt, sie werden noch größere Probleme bekommen, ihre Kredite zu finanzieren.

Insofern ist es aus unserer Sicht völlig verständlich, in betriebswirtschaftlicher Hinsicht – nicht nur aus Gründen der Planungssicherheit, sondern auch aus Gründen der Finanzierungssicherheit – zu fragen: Wie kann sichergestellt werden, dass ein Krankenhaus die Baupauschale über die Kreditlaufzeit einsetzen kann? Das sind aus meiner Sicht, also aus der Perspektive eines Wirtschaftsprüfers, drei Fragestellungen, die unabhängig von der gesamtpolitischen Diskussion von Bedeutung sind.

Christoph Bischoff-Everding (Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH): Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Damen und Herren! Auch wir haben, was den vorliegenden Gesetzentwurf betrifft, natürlich keine interessengebundene Ansicht, sondern eine Auffassung aus der Systemsicht. Wir unterstützen voll und ganz die gesetzgeberische Intention, unternehmerische Planungssicherheit in die Krankenhäuser hineinzutragen und für die Krankenhäuser als Unternehmen nach der gesundheitswirtschaftlichen Erfordernis der zu versorgenden Region und des regionalen Marktes Entscheidungssicherheit und Langfristigkeit zu gewährleisten.

Was die mögliche Unterfinanzierung betrifft, enthalten wir uns einer Äußerung dazu, inwieweit ein Rechtsanspruch auf höhere Volumina vorhanden ist. Wir möchten darauf hinweisen, dass dieser Gesetzentwurf möglicherweise im Hinblick auf die Unterversorgung ländlicher Räume – auf dieses Thema, das in Frage 9 aufgegriffen wird, haben wir uns konzentriert – erweitert werden könnte, um ein intelligentes Instrument marktwirtschaftlicher Angebotsstrukturen zu schaffen, das über die versäulten Strukturen „stationär“ und „ambulant“ hinausgeht. So könnten gemeinschaftlich integrierte Versorgungsmodelle entwickelt werden, die dann neben dem Krankenhausträger auch andere Anbieter der gesundheitlichen Versorgung auf den Plan rufen könnten.

Im Zusammenhang mit der Verwendung der Fördermittel ist natürlich immer das einzelne Krankenhaus zu sehen, allerdings gebunden an Kooperationsmodelle, die zum Beispiel in flächenversorgungs- und bevölkerungsbezogene Modelle münden können.

ten, die dann, wenn dieses Verfahren umgesetzt würde, zu einem Zuschlag bei der Höhe der Mittel führen könnten. Wenn für solche Lösungen Mittel zur Verfügung stünden, würde dadurch gerade hinsichtlich der Versorgung der ländlichen Räume ein Innovationswettbewerb befördert werden. Das wäre unsererseits eine kleine Ergänzung, wie man durch marktwirtschaftliche und intelligente regionale Lösungen integrierte Versorgungsmodelle in die Versorgung einführen könnte. Was die urbanen Räume angeht, sehen wir hingegen keinerlei Regelungsbedarf.

Dr. Axel Focke (Universität Duisburg-Essen): Meine Damen und Herren! Wir haben uns nicht im Detail mit Ihrem Fragenkatalog beschäftigt. Wir haben uns angesichts der vorliegenden Regelung in erster Linie über die Sicherstellung und die möglicherweise stattfindenden strukturellen Veränderungen Gedanken gemacht. Die Bedeutung der Regionalkonferenzen soll gestärkt werden, und die Krankenhäuser sollen selbst entscheiden können, wohin welche Leistungen fließen. Aufgrund der pauschalen Förderung sehen wir im Moment mit Ausnahme einer DRG-orientierten Investitionsfinanzierung aber keine Möglichkeit, den strukturellen Veränderungen vor Ort Geld folgen zu lassen.

Das heißt nicht, dass keine regionalen Umstrukturierungen möglich sind. Sie werden aber möglicherweise in Bahnen gelenkt, in denen Investitionsmittel in hohem Maße an Leistungen hängen, aus denen gar keine investiven Folgekosten entstehen. Ein Beispiel: Die Behandlung eines auf sehr viele und teure Medikamente angewiesenen Bluters, die zu einem Investitionsmittelfluss in großem Umfang führt, hat nicht gerade sehr viele investive Mittel zur Folge. Solche strukturellen Veränderungen könnten durch die vorliegende Regelung nicht refinanziert werden.

Darüber hinaus liegt uns die Sicherstellung der Grundversorgung im ländlichen Bereich am Herzen; hier kann ich mich meinem Vorredner anschließen. § 20 bietet natürlich eine Möglichkeit, Mittel einzelfallbezogen bereitzustellen. Das Problem ist aber, dass dann wiederum zwei verschiedene Mechanismen wirken: zum einen der Sicherstellungszuschlag über die DRGs, zum anderen die Sicherstellung über die investiven Mittel. Hier könnte es dazu kommen, dass zwei Mechanismen parallel laufen. Man sollte darüber nachdenken, ob man das koppeln kann, um eine solche Parallelität zu vermeiden.

Anreize zur Investitionsfinanzierung an das DRG-System zu koppeln, ist insofern eine gute Regelung, als man dadurch mehr Leistungsgerechtigkeit als über die Orientierung am Kriterium Bettenzahl herstellen kann. Möglicherweise könnte man an dieser Stelle überlegen, die Investitionsfinanzierung an die von den Krankenhäusern erbrachte Eigenleistung zu koppeln – ich glaube, das ist schon bei Herrn Leßmann angekommen –, sodass man die Eigenmittel eines Krankenhauses durch gewisse Zuschüsse finanzieren könnte; über eine Vollfinanzierung denkt inzwischen ohnehin niemand mehr nach. Ich glaube nicht, dass sich die Krankenhäuser von diesen Zuschüssen angesichts ihrer momentanen Situation goldene Wasserhähne leisten würden. Vielmehr würde nur noch das investiert, was wirklich nötig ist. Wenn man dafür Geld bereitstellen würde, dann könnte man zumindest die Bedarfsgerechtigkeit der

Investitionsfinanzierung im Sinne von Investitionen und nicht im Sinne einer DRG-Koppelung gewährleisten.

Hinsichtlich der räumlichen Aspekte – mein Vorredner hat sie schon angesprochen – könnte man tatsächlich über eine Regelung analog zum amerikanischen DRG-System nachdenken. Man könnte das Geld eher in bestimmte urbane und schlecht versorgte Gebiete fließen lassen, bevor in letzter Konsequenz der Sicherstellungszuschlag greifen muss. Denn der Sicherstellungszuschlag würde sicherlich erst dann zum Tragen kommen, wenn das Kind schon fast in den Brunnen gefallen ist. Es wäre sinnvoll, Regelungen zu treffen, die dafür sorgen, dass man nicht erst dann notfallmäßig einschreiten muss.

Dr. Georg Rüter (Franziskus Hospital Bielefeld): Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Auch ich möchte mich weitgehend der Stellungnahme der KGNW anschließen.

Erstens: zur Höhe der Investitionsförderung in NRW. Es ist bekannt, dass das Land Nordrhein-Westfalen in diesem Bereich Schlusslicht ist. Hier muss in der Tat dauerhaft mehr Geld ins System, und ein Hunderter pro Case-Mix-Punkt ist sicherlich besser als ein Fünzfziger.

Zweitens: zum DRG-Bezug. Ich stimme meinen Vorrednern zu, dass die DRG-Kalkulation keine investiven Anteile beinhaltet hat. Noch bis vor Kurzem hat man die Monistik gescheut, wie der Teufel das Weihwasser scheut. Aber jetzt befinden wir uns schon in der Diskussion über ein monistisches System. Bei meinem bisherigen Plädoyer für eine Case-Mix-Orientierung habe ich immer den Vergleich zur bisherigen Situation der progressiven Förderung nach dem Kriterium Bett und zur noch viel schlimmeren Einzelförderung gezogen. Ich möchte dafür plädieren, dass man erst einmal diesen ordnungspolitisch gravierenden ersten Schritt macht, sich dann in einem zweiten Schritt dem Prinzip der Monistik nähert und die zweifellos vorhandene Notwendigkeit zur Korrektur des DRG-Systems mit einpflegt; das ist nicht sofort leistbar und meines Erachtens systematisch gesehen der zweite Schritt.

Drittens: zu den Krediten. Dieses Thema würde ich gerne etwas „normalisieren“. Dass von der Wirtschaft und von Hauslebauern Kredite in Anspruch genommen werden, ist ein ganz normaler Vorgang. Man könnte Tausende von Einwänden erheben, weshalb in diesem Zusammenhang dieses oder jenes nicht berücksichtigt wird. Ich möchte nur davor warnen, in diesem Bereich wieder Besonderheiten und Einflussmöglichkeiten zu schaffen. Auch Zinsen sind etwas ganz Normales. Sie sind keine Gewinne der Banken. Zinsen bekommen diejenigen, die zeitweise auf Konsum verzichten; auch Krankenhäuser können das tun. Letztendlich sind Zinsen, abgesehen von den Verwaltungsaufwendungen der Banken, ein Nullsummenspiel. Ich will damit sagen: Wir sollten das Thema „Zinsen und Kredite“ entdämonisieren; zumindest in der katholischen Kirche ist mit der Überwindung des Kanonischen Zinsverbots seit ein paar Hundert Jahren Normalität eingetreten.

(Heiterkeit)

Vor politischer Einflussnahme, Bürgschaften etc. kann ich in ordnungspolitischer Hinsicht nur warnen. Die Verlässlichkeit des Umsatzes bzw. des Absatzes eines Krankenhauses können nur die Patienten, also die Kunden, und das Haus sicherstellen, andere nicht.

Frau Grothe-Kühns Warnung, dass es auf der Ebene der Bundespolitik nicht zu einem Modellfall NRW kommen sollte, stimme ich zu, aber nur, sofern die Finanzen betroffen sind. Wir sind schon die Billigsten, was die Base-Rate und die Förderung angeht. Vielleicht sind wir im gesamten Bundesgebiet ja auch die Besten. Ich würde auf jeden Fall dazu raten, diesen ordnungspolitischen Vorstoß im Jahre 2009 zu machen. Bislang hat es noch kein Bundesland gewagt, sich aus der politischen und damit anmaßenden Förderung der Krankenhausinvestitionen zurückzuziehen; die bayेरische Burg werden Sie als Letzte schleifen können.

(Heiterkeit)

Deshalb denke ich, das Land Nordrhein-Westfalen muss mit gutem Beispiel vorangehen. Ich bin aufgrund der Diskussionen der letzten Wochen ganz sicher, dass die Pauschalierung der Investitionsförderung den wichtigsten Schritt sehr bald zutage fördern wird: die Erhöhung der Effizienz der Investitionen. Hier werden wir die ersten 20 % lockermachen können, und die nächsten 20 % bekommen wir dann sicherlich vom Land Nordrhein-Westfalen.

Thomas Fritz (AOK Landesverband Westfalen-Lippe): Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Damen und Herren! Ganz kurz: Wir beziehen uns auf unsere Stellungnahme vom 9. Oktober 2007 und tragen keine Ergänzungen vor.

Dr. Wolfgang Klitzsch (Ärztekammer Nordrhein): Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Die Ärztekammern haben einen klaren Interessenstandpunkt. Sie haben das Interesse, dass die Bürger in NRW über eine hohe Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser verfügen sollen. Durch eine chronische Unterfinanzierung werden die Behandlungsqualität und die Arbeitsbedingungen gefährdet.

Zunächst einmal möchte ich die vorausschauende Politik, die im vorliegenden Antrag deutlich wird, loben, und unsere Zustimmung formulieren.

Nun will ich einen Gedanken, der aus Sicht der Ärztekammern wichtig ist, vortragen. Wir stehen vor einem Prinzipienwechsel. Ein Wechsel von Prinzipien führt natürlich immer zu Schwierigkeiten und Problemen. Wir haben sehr lange versucht, Einzelfallgerechtigkeit herzustellen, mit den wahrgenommenen und diskutierten Kollateralschäden. Jetzt diskutieren wir über eine pauschalierte Vergütung. Auch sie hat natürlich Probleme und gegebenenfalls auch offensichtliche Ungerechtigkeiten zur Folge.

Wir wollen dazu folgenden Gedanken beitragen: Vielleicht können wir es durch die Auflegung eines Übergangs- bzw. Ausgleichsfonds – ich schlage vor: in der Größenordnung von 1 % des aufgelaufenen Investitionsstaus – schaffen, diese Übergangsphase für die Krankenhäuser, die unter großer Unsicherheit handeln müssen, gangbar zu machen. Es wird Unterbewertungen, Notlagen und offensichtliche Ungerechtigkeiten geben. Dieses 1 % wäre eine deutliche Geste des Gesetzgebers. Dadurch

hätten wir die Möglichkeit, bei der Förderung in etwa den Bundesdurchschnitt zu erreichen.

Wir dürfen nicht vergessen, dass wir unsere Krankenhäuser in einen Wettbewerb schicken und dass die Krankenhäuser in NRW, die sich an der Grenze zu einem anderen Bundesland befinden, mit besser ausgestatteten Krankenhäusern außerhalb Nordrhein-Westfalens konkurrieren. Wir haben kein Interesse daran, dass die nordrhein-westfälischen Krankenhäuser benachteiligt werden, weil sie ungünstigere Startbedingungen haben. Vielleicht besteht die Möglichkeit, dass der Landesausschuss objektive Kriterien entwickelt und dann, wenn solche Ungerechtigkeiten oder Notfälle auftreten, interveniert. Ich würde außerdem vorschlagen, dass der Landesausschuss ein systematisches Monitoring-System einführt, um die Entwicklung zu beobachten, damit er dann, wenn etwas schief läuft, frühzeitig intervenieren kann.

Dr. Herbert Blöchl (Kliniken der Stadt Köln gGmbH): Meine Damen und Herren! Erstens. Deutschland hat das aufwendigste System der Finanzierung des Staates. Unser Steuersystem ist absolut rekordverdächtig. Was die Krankenhäuser betrifft, sind wir allerdings noch nicht so weit. In diesem Jahr gab es nur 1.035 Fallpauschalen, und im nächsten Jahr werden es erst 1.100 sein. Das heißt, wir sind auf einem sehr guten Weg. Insofern ist die Absicht des Gesetzgebers, hier für eine bürokratische Entlastung zu sorgen, natürlich gut. Ich bitte Sie allerdings, darauf zu achten, dass der Zweckbindungsnachweis – mit welchem Genuss die Wirtschaftsprüfer hier schon jetzt nachfragen, haben Sie eben erleben dürfen – nicht so sehr aufgebläht wird, dass es zu einer Bürokratisierung durch die Hintertür kommt.

Zweitens: zu den finanziellen Auswirkungen. Im Jahre 2008 wird die Konvergenzphase stattfinden. Das ist die Phase, in der wir die Krankenhäuser relativ schnell fit für den Wettbewerb machen müssen. Sie wissen, dass schätzungsweise 40 % der Krankenhäuser zu den Verlierern zählen werden. Es ist zu befürchten, dass die Krankenhäuser im Lande Nordrhein-Westfalen aufgrund des sehr niedrigen Fallpauschalenwerts überproportional betroffen sein werden.

Wenn die Baupauschale benutzt wird, um über Kreditfinanzierungen Investitionen zu ermöglichen, die uns eine Investitionsrendite beschern – dass das Ihr Ehrgeiz war, haben Sie explizit erwähnt –, dann muss angestrebt werden, einen revolvierenden Effekt zu erzielen. Durch die Investitionsrendite stärken wir die investive Kraft der Krankenhäuser so sehr, dass sie auch langfristig in ihren Genuss kommen. Nur so kann der Gordische Knoten Investitionsstau zumindest zum Teil gelöst werden. Wenn wir das anstreben, dann muss die Baupauschale auch dazu geeignet sein, dass man einen Kredit finanzieren kann. Die Fragen, die in diesem Zusammenhang aufgeworfen wurden, haben Sie gehört. Ich bitte Sie sehr, diese Fragen weiterhin zu berücksichtigen.

Drittens. Sie haben in Ihrem Fragenkatalog einige neuralgische Punkte angesprochen, von denen ich drei herausgreife: die Versorgung des ländlichen Raums, die Situation der Maximalversorger – sprich: Intensivstationen – und die Innovationsfähigkeit des Sektors.

Wir wirkt die Baupauschale hier? Es besteht die Situation, dass im Krankenhaus-sektor alles im Fluss ist. 20 % der Krankenhäuser haben in den letzten drei Jahren neue Fachabteilungen eingerichtet oder neue Schwerpunkte gesetzt, 50 % der Häuser sind in den letzten drei Jahren institutionalisierte Kooperationsmodelle eingegangen, und es gibt – eingestanden oder nicht – Veränderungen in der Medizin.

Ich erinnere nur an das Beispiel, dass sich die Versorgung unserer in immer größerem Umfang in Single-Haushalten organisierten und überalternden Bevölkerung immer mehr vom stationären zum ambulanten Bereich verschiebt. Angesichts solcher Veränderungen, die dazu führen, dass alles im Fluss ist, ist es natürlich extrem schwierig, abzuschätzen, wie die Baupauschale auf die genannten neuralgischen Punkte im Einzelnen wirkt. Weil das so ist, kann ich Sie nur dringend darum bitten: Sorgen Sie dafür, dass ein zeitnahes Monitoring und eine wissenschaftliche Begleitung der Folgen stattfinden, damit rechtzeitig gegengesteuert werden kann.

Ich glaube, Sie haben mit der Umstellung auf die Pauschale einen guten Weg beschritten. Selbstverständlich ist die Pauschale besser, einfacher und effektiver, als es Einzelfallförderungen sind. Die Bezugsgröße Case-Mix ist ein wesentlich besserer Wert als das Kriterium Bett. Aber das heißt noch nicht, dass er gut ist. Insofern fordere ich Sie auf: Bitte überwachen Sie die Auswirkungen.

Ich komme zum Schluss. Zur Baupauschale sagen wir Ja. Aber Sie müssen für drei wichtige Dinge sorgen: für Regelmäßigkeit, für eine abschätzbare Höhe und natürlich für die Deckung des Finanzbedarfs der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser. Erhöhen Sie die Baupauschale kräftig. Auch wenn man ein bisschen ins Träumen kommt, muss man feststellen: Der Gesundheitsmarkt ist der bedeutendste Markt, und Nordrhein-Westfalen ist das bevölkerungsreichste und wirtschaftsstärkste Bundesland. Daher müssen wir in der Lage sein, auf diesem wichtigen Markt eine wichtige Rolle zu spielen.

Hans-Peter Zimmermann (Klinikum Leverkusen gGmbH): Auch ich möchte einen Beitrag zum zügigen Verlauf der heutigen Anhörung leisten und mich kurzfassen. Grundsätzlich entdecke ich in diesem Gesetzentwurf mehr Positives als Negatives. Die Notwendigkeiten zur Klarstellung und Ergänzung sind von meinen Vorrednern und von den Verbandssprechern bereits dargestellt worden; sie müssen von mir nicht wiederholt werden.

Entscheidend ist der Systemwechsel. Die Stichworte lauten: Verlässlichkeit, Kalkulierbarkeit und Bürokratieabbau. Ich möchte zur Klarstellung nur den Aspekt der Verwendung der Baupauschale aufgreifen – das hat damit zu tun, über welchen Stichtag wir reden –: Wünschenswert wäre die Einbeziehung der Kreditfinanzierungen, die in den letzten zwei, drei Jahren getätigt wurden. Aber auch das ist von meinen Vorrednern teilweise schon angesprochen worden.

Joachim Püllen (Kliniken Maria Hilf GmbH Mönchengladbach): Auch ich will mich kurzfassen. Ich verweise auf die Stellungnahme der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen zur unzureichenden Höhe der Fördermittel. Ich halte den Umstieg auf die Baupauschale für einen wirklich bemerkenswerten Beitrag zum Bürokratie-

abbau. Ich denke dabei an die zahlreichen Anträge, die wir in den letzten Jahren gestellt haben, die aber aufgrund der begrenzten Haushaltsmittel von vornherein keine Chance auf Förderung hatten. All das ist im Grunde genommen umsonst gewesen.

Um den Bürokratieabbau nicht zu gefährden, schlage ich vor, eine volle Deckungsfähigkeit mit den pauschalen Fördermitteln für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter herzustellen. Ich schlage vor, die Krankenhäuser über die Verwendung der Mittel möglichst frei entscheiden zu lassen und Maßnahmen, die in der Vergangenheit eingeleitet wurden, miteinzubeziehen. Andernfalls wären Krankenhausträger wie der unsere möglicherweise gezwungen, laufende Maßnahmen zu stoppen, da sie später vielleicht im Rahmen der Baupauschale finanziert werden könnten. Das kann aber nicht im Sinne dieses Gesetzes sein.

Außerdem würde ich befürworten, dass sich die Landesbank NRW engagiert und von dieser Seite eine Bürgschaft bereitgestellt wird, damit wir vor allem von den Kreditzinsen herunterkommen und im Rahmen von Basel II überhaupt die Chance haben, Kredite zu erhalten.

Mein letzter Punkt. Mit der Anbindung an den Case-Mix haben Sie den bisherigen Weg, sich am Kriterium Bett zu orientieren, verlassen. Ich halte das für einen richtigen und pragmatischen Weg. Finanzierungstechnisch wäre es natürlich besser, den Investitionskostenanteil der Fallpauschalen zu kalkulieren. Das müsste dann allerdings über das InEK geschehen. Wie Sie wissen, beinhalten die Fallpauschalen des InEK 120 Einzelfelder. Man müsste also ein 121. Feld einführen. Dabei müsste man langfristige und kurzfristige Anlagegüter sozusagen in den gleichen Topf werfen. Wenn man das heute anstoßen würde, hätte man, wenn alles klappt, vielleicht in drei bis vier Jahren effektive Ergebnisse. Was den jetzt vorliegenden Gesetzentwurf betrifft, ist dieser Zeitraum zu lang. Vor diesem Hintergrund halte ich die pragmatische Lösung, die Sie gewählt haben, für richtig. Nichtsdestotrotz würde ich vorschlagen, dass das Land Nordrhein-Westfalen eine Kalkulation der Investitionskosten durch das InEK anstößt.

Joachim Heisler (Landschaftsverband Rheinland): Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Ich würde gerne in Ergänzung zu der Ihnen vorliegenden schriftlichen Stellungnahme ganz kurz auf zwei Dinge hinweisen, die uns im Hinblick auf die Psychiatrie besonders am Herzen liegen.

Erstens. Der psychiatrische Bereich soll künftig nach einer anderen Systematik Fördermittel bekommen als der somatische Bereich; für uns wird sich die Förderung weiterhin an Tageswertbeträgen orientieren. Wenn ich den vorliegenden Arbeitsentwurf der Verordnung richtig gelesen und hoffentlich auch richtig verstanden habe, ist darin für den vollstationären Bereich ein deutlich höherer Tageswertbetrag vorgesehen als für den teilstationären Bereich. Ich bitte Sie, darüber nachzudenken, ob das das richtige Signal ist. Für die Psychiatrie ist es in der Vergangenheit ein sehr wesentlicher Punkt gewesen – dafür haben wir vom Land immer Fördermittel bekommen –, dass dezentrale Angebote verstärkt ausgebaut wurden. Letztlich ist das, wie ich denke, auch im Sinne der Kostenträger.

Zum zweiten Punkt, den ich hier gerne ansprechen möchte. Uns wäre wichtig, dass die Regelung, die im Gesetzentwurf und im Änderungsantrag vorgesehen ist – dass für ausgegliederte Teile eines Krankenhauses keine Fördermittel gezahlt werden bzw. dass sie auch zurückgezahlt werden müssen –, präzisiert wird. Für den Bereich der Psychiatrie stellt sich die Frage, ob das bedeutet, dass dezentrale Tageskliniken und Dependancen, die bisher einen wesentlichen Teil der Krankenhausförderung ausgemacht haben, künftig nicht mehr gefördert werden sollen. In diesem Fall wäre das ein Aspekt, der ganz maßgeblich mit Frage 9 Ihres Fragenkatalogs zu tun hat. Denn gerade im ländlichen Bereich sind solche Angebote aus unserer Sicht unverzichtbar. Sie sollten weiter ausgebaut werden.

Prof. Dr. Dietrich Paravicini (Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e. V.): Meine sehr verehrten Damen! Meine Herren! Das meiste ist bereits gesagt worden. Ich kann mich daher kurzfassen. Wir, die Leitenden Ärzte, sind diejenigen, die die Patientinnen und Patienten zusammen mit den ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die knappen Finanzmittel, die in den Krankenhäusern vorhanden sind, spüren lassen müssen.

Wir wünschen uns eine nachhaltige Finanzierung, die uns in die Lage versetzt, die Versorgung der Patienten endlich wieder auf das Niveau zu heben, das wir brauchen. Dafür reicht der jetzige Umfang der Investitionsmittel einfach nicht aus. Natürlich ist zu unterstützen, dass man sich in Zukunft nicht mehr am Kriterium Bett, sondern an einem besser geeigneten Kriterium orientieren möchte. Hier sind wir sicherlich auf dem richtigen Weg. Die Mittel müssen aber insgesamt erhöht werden, damit wir in Zukunft nicht nur eine mittelmäßige Patientenversorgung sicherstellen können, sondern dort, wo das möglich und geboten ist, auch Spitzenversorgung leisten können.

Dr. Rudolf Hartwig (Verband der Krankenhausdirektoren Deutschland e. V.): Herr Vorsitzender! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Als Geschäftsführung der Krankenhäuser trägt der VKD die Verantwortung für die wirtschaftliche Existenz und für die Erhaltung der Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser – und ich bin im Hauptberuf Geschäftsführer des Alfred-Krupp-Krankenhauses in Essen. Wir haben uns zu allen von Ihnen gestellten Fragen kurz und knapp geäußert. Die Grundsatzpositionen der KGNW und anderer Vertreter der Krankenhausszene hinsichtlich der Höhe der Fördermittel brauche ich nicht zu wiederholen.

Die Umstellung auf das neue System steht in Übereinstimmung mit den schon seit vielen Jahren erhobenen Forderungen des VKD – damals war das noch gar kein gängiges Thema –, dass die Kompetenz und die Verantwortung bei der Betriebsführung mit der Kompetenz und Verantwortung bei den Investitionen übereinstimmen müssen. Nur so kann man ein Krankenhaus effizient führen; das Reizwort „Monistik“ brauchen wir in diesem Zusammenhang nicht zu strapazieren.

Die Regelung, die der Gesetzgeber vorschlägt, begrüßen wir, weil sie auf jeden Fall mehr Gerechtigkeit als das bisherige System schafft. Rein statistisch kommt jedes Krankenhaus bei der Förderung alle acht bis zehn Jahre einmal an die Reihe, in un-

terschiedlicher Intensität und mit unterschiedlichem Erfolg. Hier kann man das Bonmot von Minister Laumann zitieren, der einmal gesagt hat: Die Krankenhäuser können nach dieser Umstellung ihren diplomatischen Dienst beim Ministerium etwas reduzieren. – Das heißt, Krankenhäuser, die einen guten diplomatischen Dienst hatten, kamen öfter dran, diejenigen, die einen schlechten hatten, seltener.

Nach dem neuen System kann auch ein Krankenhaus, das bisher seltener an die Reihe kam, zukünftig mit einer festen Summe rechnen; dass sie nicht ausreichend ist und dass man sich eine höhere Summe wünschen würde, ist schon dargestellt worden. Die gesetzestechnische Umsetzung, die Verordnung und die Beteiligung des Gesetzgebers sind sicherlich Knackpunkte, die noch zu konkretisieren sind. Wenn man Parallelen zur bisherigen Pauschalförderung zieht, die seit Jahrzehnten etabliert ist, muss man sagen: Das läuft gar nicht so schlecht, allerdings von der Systematik her, nicht was die Höhe betrifft. Denn nach der neuen Regelung weiß man genau, wie viel Geld man bekommt und wofür man es einsetzen kann. Außerdem kommt es nicht zu großen Sprüngen.

Eine wichtige Frage, die schon von mehreren meiner Vorredner angesprochen wurde, ist die, ob man Abschreibungen und Kreditzinsen in die Betriebskosten einrechnen darf. Das ist inzwischen allerdings ein theoretisches Problem; denn in Budgetverhandlungen hat diese Frage keine Relevanz mehr. Wir reden nicht mehr über Kosten, sondern über Erlöse und Erträge. Aber es könnte einem in formaler Hinsicht „um die Ohren gehauen“ werden, dass man irgendetwas ins Budget eingerechnet hat, was man nicht hätte tun dürfen. Unsere Bitte wäre, dass man diese Regelung in der Konvergenzphase im Rahmen der Bundesgesetzgebung in die Diskussion einbringt und dafür sorgt, dass sie geöffnet wird. Diese Regelung hat zwar keine praktische Relevanz mehr. Theoretisch ist es aber eine Gefahr für die Krankenhäuser, wenn sie hier etwas falsch machen.

Zur Frage, ob im Rahmen der Umstellung ein Gutachten erstellt werden sollte, haben wir eine andere Position als die Krankenhausgesellschaft und viele andere. Wir würden den Vorschlag, ein Gutachten anfertigen zu lassen, nicht unterstützen. Dass ein zeitnahes Monitoring durchgeführt wird, befürworten wir. Durch die Erstellung eines Gutachtens würde die Lösung des Problems lediglich verschoben, aber dadurch würde keine Lösung herbeigeführt. Wer schon länger in dieser Szene tätig ist, der erinnert sich an die 80er-Jahre. Damals wurden mehrere Gutachten zur Bemessung der pauschalen Fördermittel angefertigt. Mehr Gerechtigkeit konnte dadurch aber nicht geschaffen werden.

Die geplante Umstellung wird Ungerechtigkeiten hervorbringen, die man im Voraus nicht kennt. Ein zeitnahes Monitoring ist daher wichtig. Ein Ansatzpunkt, dieses Problem zu lösen, könnte darin bestehen – das hat vorhin schon jemand angesprochen –, nach § 20 im Rahmen der besonderen Beträge Mittel bereitzustellen, um solche Ungerechtigkeiten abzufedern. Es ist eine Frage des politischen Willens und des finanziellen Könnens, zeitnah zu handeln, wenn offensichtliche Ungerechtigkeiten auftreten. Solche Ungerechtigkeiten werden auftreten; denn bei jeder Pauschalierung gibt es Gewinner und Verlierer.

Der letzte Punkt, auf den ich hinweisen möchte, ist noch gar nicht angesprochen worden. Im Änderungsantrag zum Gesetzentwurf ist immer noch § 17 – Investitionsprogramm und Bewilligung der Pauschalmittel – enthalten. Dabei handelt es sich jetzt um einen Fremdkörper. Ich weiß nicht, was der Satz, dass das Land über eine Rechtsverordnung Investitionsprogramme auflegt, soll. Wenn dieser Satz eine Hommage an den Bundesgesetzgeber ist und dazu beitragen soll, dass man keine rechtlichen Probleme bekommt, ist das in Ordnung. Wenn man ihn aber inhaltlich füllt, ist das ein direkter Widerspruch zur Pauschalfinanzierung. Ich bitte Sie, sich darüber noch Gedanken zu machen.

Rolf Lübke (Marburger Bund NRW): Herr Vorsitzender! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Auch ich kann mich kurzfassen, weil in dieser Runde schon vieles übereinstimmend gesagt worden ist. Auch der Marburger Bund begrüßt die geplante Umstellung und das Vorhaben, die Finanzierung im Wege der Baupauschale zu realisieren und von der Einzelförderung Abstand zu nehmen. Allerdings stellen wir uns die Frage, weshalb es zwei unterschiedliche Pauschalen geben soll. Man könnte darüber nachdenken, diesen Schritt konsequent zu gehen und die gesamte Förderung durch eine einzige Pauschale zu verwirklichen.

Verschiedentlich wurden hier Forderungen nach gegenseitiger Deckungsfähigkeit erhoben, und zwar berechtigterweise. Bei der Frage, was zu Ziffer 1 und was zu Ziffer 2 gehört, entstehen Abgrenzungsprobleme. Daher sollte man sofort reinen Tisch machen und überlegen, ob man nicht alles in eine einzige Investitionspauschale überführt. In meinen Gesprächen mit Vertretern einzelner Krankenhäuser hatte ich den Eindruck, dass ein solches Vorgehen vor Ort durchaus begrüßt würde.

Ein Monitoring ist sicherlich erforderlich; hier kann ich mich inhaltlich voll und ganz meinem unmittelbaren Vorredner anschließen. Die Wirkungen des Verteilungssystems bzw. die Konsequenzen, die die Verteilung der Pauschale auf die einzelnen Häuser hat, sind zu überwachen. Insofern ist der rechtstechnische Weg, über eine Rechtsverordnung nachzusteuern, der unmittelbare und richtige Weg, wenn auch die Grundsätze der Förderung natürlich im Gesetz festzulegen sind.

Zur Höhe der Pauschale. Es wird Sie sicherlich nicht verwundern, dass auch wir der Auffassung sind, dass die Fördermittel in der Vergangenheit zu gering waren und dass sie auch in Zukunft zu gering sein werden. Wir beobachten sogar, dass es seit der Änderung der Krankenhausfinanzierung in den 90er-Jahren deutliche Verlagerungen zulasten des vormaligen Personalbudgets gegeben hat. Das hat sich auf die Personalstruktur und in puncto Gehälter etc. auf die finanzielle Ausstattung der in diesem Bereich Tätigen negativ ausgewirkt. Ein Effekt war, dass Krankenhäuser in diesem Bereich Gelder abgezweigt und sie nach unseren Kenntnissen für Investitionen genutzt haben. Das versuchen sie nach wie vor, zum Teil sogar durch Gehaltskürzungen im Rahmen von Notlagentarifverträgen. Dem muss man natürlich einen Riegel vorschieben. Das ist für den Landesgesetzgeber schwierig. Insofern gilt umso mehr unsere Forderung, im investiven Bereich für eine ausreichende finanzielle Ausstattung zu sorgen.

Die Frage nach Übergangsregelungen ist sicherlich sehr schwer zu beantworten. Vielleicht ist das auch eine philosophische Frage. In der Vergangenheit hat es in der Tat Gewinner gegeben, nämlich diejenigen, die den besten diplomatischen Dienst und eventuell auch das richtige Parteibuch hatten. Sie saßen bei der Verteilung der Mittel näher am Topf als andere. Manche Krankenhäuser sind noch nicht einmal alle zehn Jahre zum Zug gekommen; sie waren die Verlierer.

Möglicherweise wird die absolute Zahl der Krankenhäuser, die in Zukunft zu den Gewinnern zählen, sogar höher sein als die der Verlierer. Insofern ist die Forderung nach Übergangsregelungen möglicherweise zu relativieren. Dass sich im Hinblick auf die Aussicht auf eine Förderung bei dem einen oder anderen Krankenhaus am Horizont ein wenig Frustration breitmacht, ist für die betroffenen Häuser etwas schmerzhaft. Für die Masse der zumeist kleineren Häuser in der Peripherie kann der Effekt, der sich aus einem möglichst schnellen Umsteigen auf das neue System ergibt, aber durchaus von Vorteil sein. Das muss man im Einzelfall im Rahmen des Monitorings abwägen.

Schlussendlich ist natürlich auch die Frage der Nachhaltigkeit von Bedeutung. Aus unserer Sicht muss es objektivierte Bemessungskriterien geben, die gewährleisten, dass die Festlegung der Gesamtsumme der Investitionsförderung nicht der politischen oder haushalterischen Beliebigkeit unterworfen wird. Hier muss man sich parteiübergreifend auf eine eindeutige Festlegung einigen. Es muss ein klares Bekenntnis des Landes geben, in welchem Umfang die Krankenhäuser gefördert werden, und zwar gemessen an den Leistungen, die in Nordrhein-Westfalen im stationären Bereich erbracht werden.

Klaus Bremen (Gesundheitsselbsthilfe NRW/Wittener Kreis): Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Ich bin heute in einer für mich etwas ungewohnten Rolle hier. Normalerweise betreue ich die Arbeitsgemeinschaft Paritätischer Krankenhäuser. Wir sind Mitglied der Krankenhausgesellschaft und Mitglied der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege in Nordrhein-Westfalen. Insofern können Sie erahnen, wie die eine Hälfte meines Herzens schlägt, wenn ich mich zu diesem Gesetzentwurf äußere; denn an der Formulierung der Stellungnahmen der Kollegen waren wir natürlich beteiligt. Wir schließen uns diesen Stellungnahmen an.

Wir sind heute allerdings in einer anderen Rolle eingeladen. Unser Verband, der Paritätische, betreut den sogenannten Wittener Kreis. Er ist ein Zusammenschluss der Selbsthilfeverbände in Nordrhein-Westfalen. Ihm gehören fast alle Selbsthilfeverbände auf Landesebene an. Nachdem wir die Einladung aus Ihrem Hause erhalten haben, haben wir mit den Vertretern der Selbsthilfeverbände vor etwa drei Wochen einen Workshop zu diesem Thema durchgeführt. Dabei ging es nicht nur um die Bauspauschale, sondern wir haben auch über den vorliegenden Gesetzentwurf gemeinsam mit Menschen, die keine Experten sind und keine Ahnung von diesem Thema haben, diskutiert. Das hat einen ganzen Tag in Anspruch genommen. Gott sei Dank wurden wir dabei von einem Mitarbeiter unserer Arbeitsgemeinschaft unterstützt.

Manche der Damen und Herren, die an dem Workshop teilgenommen haben, haben sich zum ersten Mal mit dem Thema Krankenhausfinanzierung beschäftigt.

Ich möchte Ihnen jetzt zwei Ergebnisse dieses Workshops vorstellen und die Auffassung dieses Personenkreises vortragen. Vielleicht ist nicht in erster Linie wichtig, welche Resultate ich Ihnen vorstelle, sondern wer der Absender ist.

Die Menschen, die sich in diesen Organisationen engagieren, sind zumeist ehrenamtlich tätig. Häufig sind es chronisch kranke und zum Teil auch ältere Personen. Wenn man die demografische Entwicklung und die Entwicklungen des Krankheitspektrums in unserem Lande berücksichtigt, muss man sagen: Diese Menschen sind eine wichtige und zukunftssträchtige Klientel der Krankenhäuser.

Zwei Aspekte sind von Bedeutung:

Erstens. In dieser Gruppe war eine interessante Ambivalenz festzustellen – diese Ambivalenz habe ich heute auch in diesem Kreis beobachtet –, als es um die Frage ging: Sollte man ein pauschales und die Unternehmen in ihrer Autonomie stärkendes Verfahren anwenden, das in Richtung Gesundheitswirtschaft geht, oder sollte man an der bisherigen Förderung festhalten, die ein klassisches, staatsgebundenes Verfahren darstellt? In dieser Frage haben sich die Teilnehmer nicht entscheiden können. Es wurden die beiden Meinungen vertreten, die heute auch hier zu hören waren. Ich verrate Ihnen aber sicherlich kein Geheimnis, wenn ich Ihnen sage, dass die geplanten Änderungen die Menschen, die jeden Tag mit anderen Kranken zu tun haben, durchaus mit einer gewissen Sorge erfüllen.

Zweitens. Da sich die Gruppe in dieser Frage nicht entscheiden konnte, wurde die Auffassung vertreten: Wenn ein pauschales Verfahren angewendet wird, dann muss auf jeden Fall sichergestellt sein, dass alles, was im Interesse der Patientinnen und Patienten kurzfristig notwendig ist, realisiert werden kann, und zwar auch dann, wenn es nicht unbedingt in das wirtschaftliche Leistungsportfolio eines Krankenhauses hineinzugehören scheint.

Was heißt das? Wenn man sich heute als Krankenhaus mittlerer Größe die Frage stellt, wie man zukünftig zum Beispiel demenzkranke Patienten versorgen möchte, dann kommt man vielleicht auf die Idee, für diese Patienten eine eigene Station bzw. eigene Räumlichkeiten einzurichten oder Umbaumaßnahmen usw. vorzunehmen. Bei einer pauschalen Finanzierung wird ein Krankenhaus das nur dann tun, wenn das in seinem Portfolio insgesamt Sinn macht, wenn das also zum Beispiel einen Wettbewerbsvorteil darstellt. Aus Sicht der Patientinnen und Patienten und unter dem Gesichtspunkt der Versorgung wäre es natürlich wünschenswert, wenn das Krankenhaus so vorgehen könnte, dort die notwendigen Erfahrungen vorhanden wären und man vor Ort sagen würde: Das ist versorgungspolitisch notwendig.

Um im Rahmen eines Pauschalverfahrens die notwendige Flexibilität zu gewährleisten, haben einige Kollegen in diesem Raum vorgeschlagen, einen Teil der Gesamtsumme für solche Sonderfälle zu reservieren. Das scheint mir ein sehr pragmatischer und sinnvoller Weg zu sein. Denn dadurch könnte auch den Anliegen der Patienten vor Ort Rechnung getragen werden.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Meine Damen und Herren, jetzt haben alle anwesenden Sachverständigen ihre mündlichen Statements vorgetragen. Mir liegen erste Wortmeldungen vonseiten der Abgeordneten vor. Ich bitte die Kolleginnen und Kollegen, keine Erklärungen und Einschätzungen vorzutragen, sondern Fragen zu stellen. Außerdem bitte ich Sie, konkret zu sagen, an welchen Sachverständigen Sie Ihre Fragen richten. Dadurch möchte ich ausschließen, dass allgemeine Fragen an alle Sachverständigen gestellt werden. Nun beginnen wir mit der ersten Fragerunde.

Heike Gebhard (SPD): Herzlichen Dank an Sie alle, dass Sie unsere Fragen schriftlich beantwortet haben und uns auch jetzt noch zur Verfügung stehen. Ich hoffe, dass wir, wenn wir uns die Verordnung ansehen, nicht noch eine dritte Anhörung durchführen müssen. Es wäre schön gewesen, wenn man alles in einem Rutsch hätte erledigen können.

Um den Gesamtzusammenhang zu berücksichtigen, stelle ich meine Fragen in der Reihenfolge, in der wir die mündlichen Stellungnahmen der Sachverständigen gehört haben.

Meine ersten Fragen richten sich an Herrn Kaltenborn. Wenn man die schriftlichen Stellungnahmen einbezieht, ist festzustellen, dass uns vielfach geraten wird, die Langfristigkeit der Pauschale über eine Landesbürgschaft zu garantieren. Meine Fragen: In welchem Verhältnis steht dieser Vorschlag zum hoch angesiedelten Haushaltsrecht des Parlaments, das Jährlichkeit vorsieht? Wie ist das rechtlich einzuschätzen? Wo müsste eine Landesbürgschaft geregelt werden, und bis zu welcher Höhe wäre sie möglich? Wir wissen – das hat uns die Krankenhausgesellschaft vorgerechnet –, dass es zu einem Investitionsschub in Höhe von 1,9 Milliarden € kommen könnte. Das heißt, dass dann gegebenenfalls auch eine Landesbürgschaft in dieser Größenordnung erforderlich wäre. Bis zu welcher Höhe ist sie möglich?

Sie haben ausgeführt, dass dieser Gesetzentwurf mit dem KHG im Einklang steht. Allerdings ist von einigen Experten sowohl schriftlich als auch mündlich darauf aufmerksam gemacht worden, dass nicht alle Fördertatbestände erfasst sind, insbesondere was die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 15 Jahren betrifft. Herr Hartwig hat darauf hingewiesen, dass das Investitionsprogramm jetzt wieder implantiert ist; ich denke, mit Rücksicht auf das KHG. Meine Fragen: Wie sollte es aussehen? In welchem Verhältnis steht es zur geplanten Pauschale? Ist es nur ein formales Instrument, soll mit ihm tatsächlich gestaltet werden, oder soll dadurch lediglich den Vorstellungen des Bundesgesetzgebers Genüge getan werden?

Eine weitere Frage ergibt sich aus der schriftlichen Stellungnahme von Solidaris; es kann sein, dass dieser Aspekt auch in der Stellungnahme von Herrn Focke zum Ausdruck kommt. Ein Ziel ist, den Sicherstellungsauftrag zukünftig nicht mehr beim Land anzusiedeln, sondern ihn auf die Krankenkassen zu übertragen. Meine Frage: Ist das in Anbetracht der bundesgesetzlichen Vorgaben überhaupt zulässig? Sie haben gesagt: Das wird darauf hinauslaufen, dass man bilaterale Verhandlungen führen muss. – Das hätte zwangsläufig die Konsequenz, dass wir den Sicherstellungsauftrag auf die Krankenkassen übertragen.

Meine folgenden Fragen gehen an den Vertreter der NRW.BANK. Sie haben gesagt, dass Sie ein diskriminierungsfreies Förderprogramm auflegen wollen. Wird das Volumen dieses Förderprogramms gedeckelt sein? Wenn es gedeckelt ist, bedeutet das zwangsläufig, dass Sie auswählen müssen, wer gefördert wird, sodass nicht alle zum Zug kommen werden. In welchem Umfang werden Sie Personal aufbauen? Werden Sie dann sozusagen zur Ersatzbehörde der Regierungspräsidien, die entscheiden, und des Ministeriums? Sie sprachen davon, dass Sie entsprechendes Know-how aufbauen. Meine Frage ist: In welchem Maße?

Da kein weiterer Banker hier ist, erlaube ich mir, auch meine nächste Frage an Sie zu richten, auch wenn sie bei Ihnen nicht ganz richtig angesiedelt ist. In der schriftlichen Stellungnahme des RWI wird darauf hingewiesen, dass der Haushaltsvorbehalt und die jährliche Neuberechnung zu einer Schwankungsbreite führen werden. Wir haben festgestellt, dass bei den DRGs so viel im Fluss ist, dass es durchaus zu nennenswerten Schwankungen kommen kann. Erwarten Sie aus Sicht der Bank- bzw. Kreditwirtschaft, dass das Konsequenzen darauf haben wird, wie die Verhandlungen der Krankenhäuser mit den Banken zu führen sind?

Es ist gelobt worden, dass dies einen Bürokratieabbau zur Folge haben wird. Wie stark wird der Bürokratieaufwuchs sein, der dadurch verursacht wird, dass man, wie in einigen schriftlichen Stellungnahmen ausgeführt wurde, jährlich mit den Banken nachverhandeln muss, je nachdem, wie die Pauschale umgesetzt wird? Wie stark werden Sie hier gebunden sein?

An die Kassen und an die Krankenhausgesellschaft habe ich eine Frage, die sich auf einen Hinweis bezieht, der eben von Solidaris gegeben wurde. Wenn bilaterale Verhandlungen zu führen sind, wie groß schätzen Sie die Mehrbelastungen ein, die auf Sie zukommen würden, wenn Sie tatsächlich die Sicherstellung der Versorgung gewährleisten müssten? Welche zusätzlichen Belastungen wird das bei Ihnen auslösen?

Damit komme ich zur KGNW, an die ich mehrere Fragen habe. Aus Ihrer Stellungnahme habe ich den Eindruck gewonnen, dass ein Systemwechsel kein Problem ist, wenn es einen finanziellen Aufwuchs gibt. Umgekehrt formuliert: Ein finanzieller Aufwuchs ist erforderlich, egal in welchem System. Wenn die Baupauschale eingeführt wird, müssen wir aber sicherstellen, dass sie nicht zu Verwerfungen führt. Herr Gebhardt, Sie sagten vorhin sinngemäß: Lassen wir zukünftig doch die Banken entscheiden, wo und wie die Versorgung stattfindet. – Eine Frage, die sich darauf bezieht, findet sich auch in unserem Fragenkatalog.

Die Frage der Versorgungssicherheit im ländlichen Raum ist, wie ich glaube, hinlänglich beantwortet worden. Nicht eingegangen wurde allerdings auf eine Frage, die in einer schriftlichen Stellungnahme aufgeworfen wurde: Wie sieht es mit der Sicherstellung des Versorgungsauftrags im Ballungszentrum Ruhrgebiet aus? In einer schriftlichen Stellungnahme heißt es, es sei damit zu rechnen, dass dort durch dieses System 41 % der Krankenhäuser vom Markt gedrängt würden, und zwar nicht aufgrund der Planung, also nicht unter dem Stichwort „Versorgung“, sondern aufgrund der finanziellen Gegebenheiten, des Ratings, der alten Bausubstanz etc. Müs-

sen wir hier nicht ein weiteres Feld in den Blick nehmen und uns fragen: Wie stellen wir hier Versorgungssicherheit her?

Einer der Sachverständigen hat zum Schluss seiner Ausführungen gesagt: Ein Gutachten in Auftrag zu geben, das würde vier Jahre in Anspruch nehmen, und weil dieser Zeitraum zu lang sei, sollte man nur ein Monitoring durchführen. – Die Frage ist: Sind vier Jahre ein angemessener Überleitungszeitraum, den man etablieren und für den man andere Bedingungen formulieren müsste? Man könnte zum Beispiel begleitend einen Fonds auflegen, um auftretende Härten auszugleichen oder – auch das wird von uns gewollt – Innovationen anzuschieben, die sonst nicht Platz greifen würden, weil sie eine Vorfinanzierung bedeuten, die sich erst viel später in den DRGs abbildet.

Weil ich schon sehr viele Fragen gestellt habe, höre ich jetzt erst einmal auf. Ich glaube aber, dass ich später noch einige Fragen habe.

Rudolf Henke (CDU): Auch ich möchte mich herzlich bei den Experten für ihre schriftlichen Stellungnahmen und für die Knappheit ihrer mündlichen Ausführungen bedanken; das lässt jetzt etwas mehr Raum für unsere Fragen und für die Antworten. Ich möchte mich außerdem für das hohe Maß an Übereinstimmung, das wir registriert haben, aber auch für die abweichenden Meinungen bedanken. Ich glaube, wir werden es jetzt und hier nicht schaffen, die auch von uns befürworteten Forderungen nach der Einführung eines bundesweiten Basispflegesatzes und nach der Rücknahme der Sonderabgabe zu klären; das geschieht an anderer Stelle.

Zur auskömmlichen Höhe. Ich halte das System für sehr tauglich. Allerdings befinden wir uns in der Mangelverwaltung. Auf dieses Thema würde ich gerne näher eingehen und insbesondere Herrn Kötter, Herrn Focke und Herrn Dr. Koch einige Fragen stellen. Wenn ich das, was im Zusammenhang mit dem Rating und zum Thema Kredite gesagt wurde, richtig verstanden habe, dann ist es so: Der Kreditgeber versucht, sicherzustellen, dass der Kreditnehmer seinen Kredit während der Kreditlaufzeit bedienen kann, weil er sein Geld irgendwann zuzüglich der Zinsen zurückbekommen möchte. Der Anteil an den Gesamtkosten, der sich im Investitionsgeschehen bzw. in den Fördermitteln der Länder widerspiegelt, beträgt mittlerweile – Gott sei es geklagt – nur noch ungefähr 3 %. Hier ist Nordrhein-Westfalen, wie wir gehört haben, keine rühmliche Ausnahme. Wenn das so ist, heißt das, dass über 95 % der Gesamtkosten Betriebskosten sind. Glauben Sie, dass sich die Kreditgeber, die die Sicherheit der Rückzahlung eines Kredits bewerten, bevor sie den Kredit vergeben, nur nach dem Investitionskostenanteil richten? Nehmen sie nicht insgesamt ein Rating vor, bei dem sie versuchen, auch die finanzielle Leistungskraft des Hauses als Ganzes zu bewerten?

(Heike Gebhard [SPD]: Das ist doch schon Gesetz! Basel II! Sie müssen mal in das Gesetz schauen, Herr Kollege!)

Als Arzt kann ich das nicht ermessen. Deshalb wäre ich für einige wirtschaftliche Ausführungen zu dieser Frage dankbar. Schließlich könnte es sein, dass die Entscheidung, ob man einem Haus einen Kredit gibt oder nicht, insbesondere davon ab-

hängt, wie man seine künftige Leistungsfähigkeit und seine Fähigkeit einschätzt, sich aufgrund der Versorgung seiner Patienten als bedarfsnotwendig zu erweisen. Das wäre meine erste Frage.

Die zweite Frage, die ich habe, richtet sich an den VLK bzw. an Prof. Paravicini. Von einigen Vertretern, zum Beispiel von Herrn Dr. Blöchl und in Nuancen auch vom Marburger Bund, wurde ausgeführt, dass eine wechselseitige Deckungsfähigkeit des Investitionsvolumens, die Pauschalförderung der Wiederbeschaffung kurzfristiger und langfristiger Anlagegüter, sinnvoll wäre; das habe ich auch in der Vergangenheit schon verschiedentlich gehört. Das ist einer der Gründe, aus denen die 30-%-Grenze erwähnt wurde.

Dahinter steht die Idee – sie kommt dem Argument der Selbsthilfe relativ nahe –, zu sagen: Man darf nicht in Euphorie alles, was man hat, in langfristige Anlagen stecken. Denn dann steht man später möglicherweise vor dem Problem, dass man für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter keine Reserven mehr hat. Mich würde interessieren, welche Erfahrungen Ihr Verband, der in die Betriebsleitung eingebunden ist, hier gemacht hat. Wie bewerten Sie das? Wenn man das in größerem Umfang oder vollständig ausgleichen würde, wäre dann trotzdem noch genug Argumentationskraft vorhanden, um durchzusetzen, dass man bei der Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter nicht auf dem Trockenen landet? Weil von zwei Sachverständigen gefordert wurde, das komplett deckungsfähig zu gestalten, finde ich, dass das eine wichtige Frage ist. Vielleicht könnte die Frage, ob dieses Risiko besteht oder nicht, auch von Herrn Dr. Hartwig, also aus Sicht der kaufmännischen Direktoren, beleuchtet werden.

Jetzt komme ich zu einer Frage an die Krankenkassen. Herr Fritz, in verschiedenen Voten ist vorgetragen worden: Wir wollen nicht so lange warten, bis der Sicherstellungszuschlag greift. – Vor diesem Hintergrund würde mich die gegenwärtige Praxis interessieren: Wie gehen Sie mit Forderungen nach Sicherstellungszuschlägen um, an wie viele Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen schütten Sie derzeit Sicherstellungszuschläge aus, und in welchem Prozedere treffen Sie diese Entscheidung? Vor dem Hintergrund der Tatsache, dass Ihnen der Bundesgesetzgeber vor vielen Jahren auferlegt hat, Rationalisierungsinvestitionen zu tätigen, würde mich außerdem interessieren, in welchem Umfang Sie dieser Pflicht bisher nachgekommen sind.

Auch an die Krankenhausgesellschaft würde ich gerne eine Frage richten. Herr Gebhardt, Sie haben mehrfach betont, dass nicht nur eine Erhöhung der Mittel notwendig ist – das wäre wunderschön; hier sind wir uns einig –, sondern auch eine Landesbürgschaft. Wie hoch ist eigentlich der künftige Anteil der Budgets, für den Sie von den leistungspflichtigen Krankenkassen eine Bürgschaft für die Häuser bekommen? Denn wenn der Investitionskostenanteil über eine Bürgschaft abgesichert werden soll, müsste man verlangen, dass der Betriebskostenanteil, der viel größer ist, dann erst recht über eine Bürgschaft abgesichert werden muss, damit die notwendige Sicherheit gewährleistet ist. Mich würde sehr interessieren, wie weit fortgeschritten Ihre Interaktion mit den Krankenkassen in dieser Frage ist.

Barbara Steffens (GRÜNE): Erst einmal herzlichen Dank an die Experten und Expertinnen für ihre Stellungnahmen! Da wir die meisten Fragen schon vorab schriftlich gestellt haben, habe ich nur zwei ergänzende Fragen.

Meine erste Frage betrifft die Verordnung, die jetzt auf dem Tisch liegt, und richtet sich an Herrn Gebhardt von der Krankenhausgesellschaft und an Herrn Heisler vom Landschaftsverband. Sie haben eben angesprochen, dass es im Bereich der Psychiatrie und der Tagespflege ein Problem bei der Finanzierung gibt. Welche Änderungen der Verordnung halten der Landschaftsverband und die Krankenhausgesellschaft im Interesse dieser Zielgruppe für notwendig, abgesehen davon, dass die Verordnung, was die Formulierung betrifft, eigentlich eher in das Gesetz gehört? In unserer großen Anhörung haben wir gerade erst darüber gesprochen, wie wir die Ambulantisierung vorantreiben können. Widerspricht das nicht dem politischen Ziel, das wir für diesen Bereich formuliert haben?

Ich habe eine zweite Frage, die ich erneut an die Krankenhausgesellschaft, aber auch an Herrn Bremen richte. Mich haben im Laufe der letzten Wochen Patientenvertreter und -vertreterinnen und bestimmte Gruppierungen angesprochen; beispielhaft nenne ich den Bereich Epilepsie. Mir ist gesagt worden, dass das Ganze dann, wenn es spezialisierte Kliniken gibt, nicht so problematisch ist. Wenn es für diese spezielle Patientengruppe eigene Stationen gibt, haben die Krankenhäuser allerdings massive Finanzierungsprobleme. Es wird erwartet, dass spezielle Angebote, die für diese Patientengruppe jetzt noch in den Krankenhäusern vorhanden sind, unter Umständen abgebaut werden, weil sie für die Krankenhäuser, was ihre Gesamtfinanzierung angeht, nachteilig sind. Dieses Problem wird für den Bereich Epilepsie, für psychiatrienahen Bereiche und für andere sehr spezielle Patientengruppen, die einen hohen Personalaufwand erfordern, beschrieben. Sehen Sie das auch so, und wie könnte man hier Abhilfe schaffen? Denn gerade bei der Versorgung sehr spezieller Personengruppen gibt es auch in Nordrhein-Westfalen ohnehin in manchen Bereichen Defizite. Wenn der Umfang der Angebote für diese Gruppen weiter rückläufig ist, haben wir bald ein massives Versorgungsproblem. Welche Antworten haben Sie darauf?

Dr. Stefan Romberg (FDP): Ich habe eine Frage an Herrn Bremen, der aus der Sicht der Selbsthilfe einige Anmerkungen gemacht und eine durchmischte Meinung vorgetragen hat. Gleichzeitig hat er eine gewisse Verunsicherung zum Ausdruck gebracht, die nicht selten festzustellen ist. Wenn sich Dinge verändern, weiß man nicht, was geschieht. Auch Menschen, die in einem schlechten Zustand sind, haben häufig Angst, dass er sich noch weiter verschlechtern könnte. Sie können sich häufig gar nicht vorstellen, dass sich ihr Zustand auch verbessern könnte.

Angesichts der Forderung, dass deutlich mehr Geld aus öffentlichen Kassen bereitgestellt werden soll, und in Anbetracht des Investitionsstaus frage ich Sie: Werden diese Defizite eigentlich auch von den Betroffenen wahrgenommen? Sehen die Patienten aufgrund der chronischen Unterfinanzierung des Krankenhaussystems Probleme auf sich zukommen, oder wird das von ihnen eher relativiert?

Vorsitzender Günter Garbrecht: Wir kommen jetzt zur Beantwortung. Da die Frage der Finanzierung sowohl von Herrn Henke als auch von Frau Gebhard aufgeworfen wurde, sollten wir diesen Themenkomplex vielleicht zuerst behandeln.

Dr. Axel Focke (Universität Duisburg-Essen): Zur Frage von Frau Gebhard hinsichtlich der Sicherstellung, die auf die Krankenkassen übergehen soll – das betrifft sozusagen die Monistik mit dem Vertragswettbewerb –: Das ist als ein in ferner Zukunft liegendes Ziel formuliert worden, das sich in NRW kurzfristig nicht umsetzen lässt, weil dafür eine ganze Reihe von Bundesgesetzen geändert werden müsste. Auch Prof. Wasem hat das als längerfristige Perspektive beschrieben. Wir haben das in unsere Stellungnahme deshalb mit aufgenommen, weil die Einführung einer pauschalen Finanzierung der Investitionsmittel ein wichtiger Schritt auf diesem Weg ist. Wir wollten deutlich machen, dass die Stabilität des derzeitigen Systems grundsätzlich darauf gründet, dass das Land vom Prinzip her dort, wo Not am Mann ist, wenn ich das einmal so sagen darf, einschreiten und finanzielle Mittel zur Verfügung stellen kann.

Bei einer pauschalen Investitionsfinanzierung, bei der es keine Ausnahmen gibt, könnte das Problem entstehen, dass wir bei dem Zwischenschritt zur Monistik mit Vertragswettbewerb, bei der die Krankenkassen die Sicherstellung gewährleisten müssen, in Instabilität geraten. Dieser Zwischenschritt muss aber genauso stabil sein wie der Ausgangspunkt und das Ziel; das wollten wir damit deutlich machen. Der Vertragswettbewerb mit Monistik ist Zukunftsmusik. Das kann Nordrhein-Westfalen alleine nicht gesetzlich umsetzen.

Zur Frage von Herrn Henke nach den Rating-Krediten. Natürlich will ein Kreditgeber das Geld, das er für Kredite vergeben hat, zurückbekommen; das ist zunächst einmal richtig. Aber aus betriebswirtschaftlicher Sicht kann man das so pauschal nicht sagen. Denn Krankenhäuser, die finanziell gut dastehen, haben bessere Chancen, Geld zu bekommen als Krankenhäuser, die finanziell schlecht dastehen.

Auch wenn die Regelung dadurch zugegebenermaßen etwas verkompliziert würde, denken wir, es sollte tatsächlich eine Regelung mit Absicherung getroffen werden, sodass auch für Krankenhäuser, denen es finanziell nicht so gut geht – Sie selbst haben das Wort „bedarfsnotwendig“ erwähnt, Herr Henke – und die absehbar bedarfsnotwendig sind, eine Regelung geschaffen wird, die nicht von Einzelfällen abhängt und die auch für die Banken nachvollziehbar ist. Damit auch solche Krankenhäuser erhalten bleiben, sollten auch sie mehr Geld bekommen bzw. besser an Geld herankommen können. Es sollten Regelungen getroffen werden, die einsetzen, bevor der Sicherstellungszuschlag greift; denn dann ist das Kind schon in den Brunnen gefallen. Hier sind sowohl von den Krankenkassen als auch vom Land individuelle Entscheidungen notwendig.

Rudolf Henke (CDU): Entschuldigung. Mir ging es vor allen Dingen um die Frage: Wie beurteilen Sie es, dass die Investitionskostenfinanzierung 3 % und die Betriebskostenfinanzierung 95 % der Gesamtausgaben ausmachen? Wie schätzen Sie die-

ses Verhältnis ein? Welcher Parameter ist für den Kreditgeber, der Sicherheit haben möchte, eigentlich wichtiger?

Dr. Axel Focke (Universität Duisburg-Essen): Die Frage ist, ob die 3 % bzw. die 95 % überhaupt entscheidend sind. Denn wenn ein Krankenhaus finanziell schlecht ausgestattet ist, ist es zu 100 % schlecht ausgestattet. Dann spielt es keine Rolle, ob es zu 3 % oder zu 95 % schlecht dasteht. Insofern muss man die Gesamtsituation sehen, sonst kann man das nicht festmachen. Ich denke, dass die laufenden Kosten im Hinblick auf die Sicherstellung eine geringere Rolle spielen. Aber das kann Herr Hartwig vielleicht besser beurteilen, da er direkt vor Ort im Krankenhaus ist und sich mit diesen Dingen besser auskennt als ich.

Dr. Heinz Joachim Koch (Solidaris): Ich möchte drei kurze Anmerkungen zu den Fragen von Herrn Henke machen; dabei lasse ich die erwähnten Prozentzahlen – es war von 3 %, 5 % und 95 % die Rede – außen vor.

Erstens. Vom Grundsatz her ist es so – das wurde in den Stellungnahmen und in den mündlichen Vorträgen von Herrn Dr. Rüter, Herrn Hartwig und Herrn Püllen belegt –, dass über die Finanzierung der Betriebskosten, also über die DRGs, im Moment überhaupt keine Finanzierung der Investitionskostenanteile stattfindet. Sie sind momentan aus wie auch immer erwirtschafteten Überschüssen zu finanzieren.

Zweitens. Sicherlich spielt die finanzielle Leistungsfähigkeit für die Beurteilung der finanzierenden Banken die maßgebliche Rolle. Die in diesem besonderen Markt engagierten Banken – in Nordrhein-Westfalen sind das vor allem die kirchlichen Banken – haben dafür eigene Rating-Systeme entwickelt, die die finanzielle Leistungsfähigkeit, die Zukunftsfähigkeit und die Wirtschaftlichkeit berücksichtigen und daneben – das habe ich eben angedeutet – natürlich auch bestimmte Soft Facts wie die Managementqualität einbeziehen. Vor dem Hintergrund dieser Beurteilung wird letztendlich die Einstufung der Bonität vorgenommen.

Wie wir wissen, hat das für die Bank bei Krediten Fragen der Eigenkapitalhinterlegung zur Folge. Insofern sind im Bereich der Betriebskostenfinanzierung überhaupt keine Investitionen vorgesehen. Die kreditfinanzierenden Banken müssen von einer Gesamtschau des Unternehmens ausgehen. Hier spielen noch ganz andere Aspekte eine Rolle, zum Beispiel die finanzielle Leistungsfähigkeit des hinter dem Krankenhaus stehenden Trägers, die bedingt durch die Historie sehr unterschiedlich sein kann. Kommunale Krankenhäuser, freigemeinnützige Häuser und Privatkliniken haben hier einen ganz anderen Hintergrund.

Drittens: zur Frage nach der Sicherheit im Zusammenhang mit der Baupauschale. Für eine Anmerkung war ich sehr dankbar – ich weiß leider nicht mehr, wer sie gemacht hat –: Man sollte jetzt nicht versuchen, die Baupauschale quasi durch die Hintertür über Bürgschaften abzusichern oder sie, wie in der Stellungnahme des RWI angedeutet wurde, auf die Kreditlaufzeit zu verpfänden; das ist derzeit übrigens gar nicht möglich, da eine solche Dauerhaftigkeit momentan nicht vorgesehen ist. Das wäre nicht zielführend. Ich meine, es wäre der falsche Weg, über eine Landesbürg-

schaft durch die Hintertür Einfluss auf die Kreditkonditionen zu nehmen und die Kreditvergabe und damit die Investitionstätigkeit zu steuern.

Andreas Kötter (NRW.BANK): Einiges ist schon gesagt worden. Auch ich möchte, wenn Sie gestatten, mit der Antwort auf die Frage nach der Finanzierung anfangen.

Der entscheidende Punkt ist die Kapitaldienstfähigkeit eines Krankenhauses. Es geht um die Frage: Ist ein Krankenhaus in der Lage, seinen Kredit nebst Zins und Tilgung zurückzuführen? Aus unserer Sicht ist es notwendig, zum einen eine Investitionsplanung und zum anderen eine Unternehmensplanung vorzunehmen. Sie haben gesagt, dass bislang 3 % oder 4 % von Banken finanziert werden. Das zeigt, dass der Bankensektor vor einer komplett neuen Herausforderung steht. Hier setzt die Diskussion darüber an, wie man ein Krankenhaus zu bewerten hat. Wie geht man an diesen Prozess überhaupt heran? Es gibt Häuser, die hier über Erfahrungen verfügen. Für diese Häuser kann ich heute nicht sprechen, und ich kann auch nicht für die gesamte Kreditwirtschaft sprechen. Ich kann Ihnen nur sagen, wie wir an dieses Thema herangegangen sind.

Wir haben uns im gesamten Kreditprozess den Rat eines Wirtschaftsprüfers eingeholt. Warum? Weil ein Wirtschaftsprüfer in der Lage ist, ein Krankenhaus zu durchdringen, Aussagen zu DRGs und zur Entwicklung von Spezialabteilungen zu treffen, Leistungs- und Umfeldanalysen durchzuführen usw.; darauf sind Banken sicherlich nicht ausgerichtet. Wir haben einen Wirtschaftsprüfer in den Kreditprozess einbezogen, um auch die Investitionsmaßnahmen und die Unternehmensplanung feststellen zu können. Wir könnten jetzt noch lange über den Kreditprozess sprechen; aber das dürfte als erster Hinweis genügen.

Zur Frage der Risikoeinschätzung. Diese Entscheidung treffen die Banken nicht allein, sondern hier gibt es ganz klare gesetzliche Vorgaben. Die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht hat ganz klare Vorgaben für den Kreditprozess dokumentiert. Eine Bank darf von diesem Prozedere nicht einfach abweichen.

Zur Frage nach dem Bürokratiewachstum und danach, was wir auf diesem Gebiet tun. Unsere Förderprogramme sind im sogenannten Durchleitungsverfahren; das sehen die Satzung und die Gesetze vor. Das bedeutet – damit bin ich auch beim Thema Diskriminierungsverbot –, dass wir kein Kreditinstitut und keine Hausbank diskriminieren, indem wir sie nicht in den Genuss des Refinanzierungsvorteils kommen lassen. Dem Grunde nach ist es so: Die NRW.BANK hat an den Kapitalmärkten aufgrund ihrer Bonität einen hervorragenden Ruf. Außerdem verfügt sie über günstige Refinanzierungskonditionen, die sie an die Hausbanken weitergibt. Diese wiederum haben die Möglichkeit, diese Mittel zur Finanzierung von Krankenhäusern zu nutzen.

Ob es zu Nachverhandlung der Banken kommt, kann ich nicht beurteilen. Es handelt sich hierbei um einen normalen Vorgang, der mit der Fördermaßnahme meines Erachtens nur bedingt etwas zu tun hat.

Zur Frage des Kapazitätsaufbaus bei uns. Ja, wir werden in diesem Bereich Kapazität aufbauen, damit wir in der Lage sind, die Krankenhäuser hinsichtlich der vorhan-

denen Risiken zu beurteilen und diese Risiken entsprechend aufzubereiten. Den Herausforderungen auf diesem Markt müssen wir uns ganz nüchtern stellen.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Frau Gebhard hat eine Zwischenfrage.

Heike Gebhard (SPD): Sie haben gerade deutlich gemacht, dass die Hausbanken der Krankenhäuser vor einer besonderen Herausforderung stehen, was das Volumen betrifft. Darum meine Nachfrage: Wenn es tatsächlich zum erhofften Investitionsschub kommen würde, welche Konsequenzen hätte das Ihrer Meinung nach auf die Zinsentwicklung? Wenn die Krankenhäuser sich erst einmal darauf eingelassen haben und die Baupauschale, die sie zukünftig zur Tilgung von Zinsen verwenden wollten, verausgabt haben, können sie sie in den nächsten zehn, 20 Jahren nicht erneut verausgaben. Das heißt, das ist ein einmaliger Investitionsschub. Relativiert sich diese Entwicklung dann wieder?

Andreas Kötter (NRW.BANK): Aus der Sicht einer Förderbank ist die Zinssituation nicht abhängig davon, ob eine Krankenhausfinanzierung eingeführt wird oder nicht. Das Zinsniveau wird sich deshalb nicht ändern. Allerdings kann man sagen, dass die Krankenhäuser je nach Risiko- bzw. Rating-Einschätzung mit Sicherheit unterschiedlich hohe Zinsen bzw. Risikoaufschläge zahlen müssen. Genau das ist der Sinn des Risikoklassensystems, das vom Gesetzgeber vorgegeben wurde.

Man kann nur das beurteilen, was man kennt. Es kommt sehr stark darauf an, wie sich der Einzelfall darstellt, das heißt, welche einzelne Finanzierungsmaßnahme vorgesehen ist. Hierbei geht es um eine Vielzahl von Punkten. Ich habe vorhin versucht, einige aufzulisten. Die Analyse, die wir vonseiten des Wirtschaftsprüfers bekommen, spielt eine Rolle. Es geht um weiche Faktoren: Wie ist das Management zu beurteilen? Eine weitere wichtige Frage ist: Wofür ist die Finanzierungsmaßnahme eigentlich vorgesehen? Darüber hinaus ist das von den Ergebnissen der Umfeldanalyse und vom Stärken-Schwächen-Profil abhängig. All das fließt in ein Rating-Modell ein. Mir ist es heute nicht möglich, zu sagen, wie die Situation in der Breite, also bezogen auf die Krankenhauslandschaft in Nordrhein-Westfalen insgesamt, aussieht.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Es gab noch eine Frage nach dem Gesamtumfang des Förderprogramms der NRW.BANK.

Andreas Kötter (NRW.BANK): Er ist nicht gedeckelt, und es ist auch keine Deckelung vorgesehen.

Dr. Rudolf Hartwig (Verband der Krankenhausdirektoren Deutschland e. V.): Vorhin ist die Frage der Deckungsfähigkeit aufgeworfen worden. Die 30 %, von denen im Gesetzentwurf die Rede ist, sind im Grunde ein Korsett bzw. eine Krücke für eine schwache Betriebsleitung. Auch in der Begründung des Gesetzentwurfes steht, dass dadurch vermieden werden soll, dass zu geringe oder gar keine Mittel für andere Zwecke zur Verfügung stehen. In Zukunft gibt es zwei Töpfe. Dann muss man kal-

kulieren und überlegen, wofür man das Geld ausgibt, und man muss sicherstellen, dass das in den nächsten Jahren funktioniert. Wenn man einen zu großen Anteil der pauschalen Fördermittel in die Baupauschale steckt – vorausgesetzt, das ist möglich –, hat man ein Problem.

Ich halte diese Begrenzung sachlich nicht für notwendig. Wer damit nicht vernünftig umgehen kann, der schadet letztlich dem Haus. Das ist also eine Krücke. In den meisten Krankenhäusern, die heute als GmbH organisiert sind, ist der Geschäftsführer gleichzeitig der Träger. Das mag in anders strukturierten Krankenhäusern ein Problem sein, nämlich in solchen, in denen dem Verwaltungsleiter ein Topf vorgegeben wird und der Träger, der nicht die unmittelbare Verantwortung hat, bestimmt: 30 % werden hierfür genommen, der Rest dafür. – Aus sachlichen Gründen wäre ich dafür, das aufzulösen und in die Verantwortung der Krankenhausleitung zu übertragen.

Karsten Gebhardt (Krankenhausgesellschaft NRW e. V.): Herr Henke, ich kann Ihre Frage nach möglichen Bürgschaften für die Budgets der Krankenkassen in den letzten 25 Jahren nur so beantworten: Das ist mir nicht bekannt.

Die von Ihnen gestellte Frage, wie die Kreditvergabe in Zukunft aussehen wird, kann ich Ihnen allerdings aufgrund meiner 17-jährigen Tätigkeit im Aufsichtsrat einer Bank, die regelmäßig auch Krankenhäuser als Kreditkunden hatte, beantworten. Ich habe vorhin schon einmal versucht, Ihnen nahezubringen, wie die Bank bei der Kreditvergabe im Regelfall vorgeht. Man schaut sich an, wofür der Kreditnehmer den Kredit haben möchte und stellt sich die Frage: Ist das eine rentierliche Investition, durch die automatisch Erträge generiert werden, sollen dadurch mittelbar Erträge generiert werden, oder dient die Investition der Substanzerhaltung, ohne dass sie im eigentlichen Sinne rentierlich ist? Dann wird beurteilt: Passt die Investition in das Konzept? Das ist die Phase, in der man einen Wirtschaftsprüfer braucht, wie Herr Kötter vorhin gesagt hat. Eine Bank mit Erfahrung ist in der Lage, selbst zu beurteilen, ob die Investition in das Konzept passt und wie das Management zu beurteilen ist. Nach diesen Kriterien bemisst sich das Rating, das die Banken für die Krankenhäuser aufstellen. Sie haben natürlich völlig recht: Danach bemessen sich auch die Konditionen des Kredits. Diese Konditionen setzen sich aus zwei Teilen zusammen: dem Beleihungsgrad und der Zinshöhe.

Ich habe gesagt, die KGNW fordert eine Landesbürgschaft, und zwar vor allen Dingen zur Abdeckung der Beleihungsgrenze, nicht für die Zinsen. Wenn eine kompetente Stelle einen Kredit für den Fall der Nichtbedienbarkeit langfristig absichert, indem sie die notwendigen Mittel zur Verfügung stellt, dann steigt die Beleihungsgrenze. Die wenigsten Krankenhäuser sind in der Lage, en passant und sofort Eigenmittel für einen Kredit aufzubringen. Viele mögen dazu in der Lage sein; nach einem Rating des RWI sind aber knapp 38 % der Krankenhäuser dazu nicht in der Lage. Wenn man dieses System einführen will, muss man diese Möglichkeit schaffen. Die Landesbürgschaft ist also im Wesentlichen notwendig, damit ein Betrieb überhaupt in die Lage versetzt wird, einen Kredit mit hoher Beleihungsgrenze zu erhalten.

Die Höhe der Zinsen wird sich nach wie vor nach der jeweiligen Ertragslage und der vorgenommenen Kalkulation richten und davon abhängig sein, wie die Investition in das Konzept passt. Es ist nun einmal so, dass ein Krankenhaus, das Probleme hat, schlechtere Chancen hat, einen guten Kredit zu bekommen, als ein Krankenhaus, das keine Probleme hat. Damit die Krankenhausplanung nicht automatisch auf die Banken übergeht, sollte den Krankenhäusern zumindest die Möglichkeit geboten werden, ihre Bedarfsgerechtigkeit nachzuweisen und mithilfe der pauschalen Fördermittel zu investieren. Frau Gebhard, sonst erfolgt die Krankenhausplanung automatisch durch die Banken, und zwar deshalb, weil einzelne Krankenhäuser schon jetzt nicht mehr in der Lage sind, sich auf diesem immer stärker wettbewerbsorientierten Markt zu behaupten.

Man muss sich überlegen, wo man die Sicherstellung der Versorgung gewährleisten will – darauf haben die Kollegen schon hingewiesen –: im ländlichen Raum oder in Ballungsgebieten? Wo der Druck größer sein wird, ist im Voraus sehr schwer zu bewerten. Einer der Sachverständigen hat in seinem Beitrag gesagt: Prognosen haben immer den Nachteil, dass sie eine große Unsicherheit bergen. Prognosen abzugeben, ist immer sehr schwierig. Wenn Sie das KHGG NRW umsetzen wollen, müssen Sie sofort mit dem Monitoring beginnen und überprüfen, was passiert und wie dieses System tatsächlich wirkt.

Meiner Meinung nach sind drei Aspekte hilfreich:

Erstens muss sofort mit dem Monitoring begonnen werden. Die Wirkungen müssen überprüft und die Ergebnisse festgehalten werden.

Zweitens. Ich finde den Vorschlag von Herrn Klitzsch richtig: Es sollte ein Monitoring durchgeführt werden, und es sollte ein Übergangstopf eingerichtet werden. Denn bei einer kompletten Neuordnung kann man im Vorfeld nicht alle Fälle bedenken. Man muss die Möglichkeit haben, auch kurzfristig zu intervenieren, um Ereignisse abzuwenden, von denen man nicht wollte, dass sie eintreten. Das dient der Versorgung der Bevölkerung. Die Schaffung eines Feuerwehrtopfes, die Sie, Herr Klitzsch, vorgeschlagen haben, ist ausgesprochen sinnvoll. Dann könnte man das Monitoring abwarten und seine Ergebnisse in Ruhe auswerten, weil man problematische Situationen, die in der Zwischenzeit eintreten, abfedern könnte. Wie man diesen Prozess gestaltet, darüber kann man sich noch verständigen.

Drittens. Die KGNW hat sich darauf vorbereitet, ein Gutachten zu erstellen. Wir können Ihnen sagen: Das dauert keine vier Jahre. In unseren Besprechungen mit dem DKI war von einem Zeitraum von sechs Monaten die Rede. Ich finde also, als dritten Schritt sollte man eine gutachterliche Stellungnahme anstoßen. Das InEK muss dazu bewegt werden, den Investitionskostenanteil zu bewerten.

Wenn Sie sofort mit dem Monitoring beginnen, einen Feuerwehrtopf einrichten, damit das, was nicht beabsichtigt ist, nicht automatisch eintritt, und das System für die Zukunft wasserdicht machen, Herr Rüter, dann kann dieser Prozess begleitet und abgefedert werden. So kann man die Zukunft gewinnen. Dabei finden Sie die Krankenhausesellschaft an Ihrer Seite.

Thomas Fritz (AOK Landesverband Westfalen-Lippe): Die Frage von Frau Gebhard bezog sich auf die Belastungen der Kostenträger und auf den Sicherstellungsauftrag. Es ist vorhin schon einmal angeklungen, dass die Belastungen der Kostenträger – Stichwort: krankenhausinterne Betriebskosten – für uns überhaupt nicht mehr ersichtlich sind. Der Budgetmechanismus sieht das gar nicht vor. Wir verhandeln über Leistungen und Erlöse bzw. Erträge. Das ist der derzeit geltende Mechanismus, der allerdings auf dem Prüfstand steht.

Zum Thema Sicherstellung. Im neuen Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen ist die Sicherstellung der Krankenhausversorgung klar geregelt. Die Planungshoheit liegt nach wie vor beim Land Nordrhein-Westfalen.

Zur Frage von Herrn Henke zu den Sicherstellungszuschlägen. Mit der Einführung des DRG-Systems sind Sicherstellungszuschläge in die gesetzlichen Regelungen aufgenommen worden. Es war so, wie es bei neuen Themen oft ist: Die Sicherstellungszuschläge sind gerade am Anfang gefordert, aber in keinem Fall vereinbart worden. In den Verhandlungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen hat man sich darauf verständigt, einen Sicherstellungszuschlag nicht anzuerkennen. Ergänzend möchte ich dazu ausführen, dass es in Nordrhein-Westfalen nach Bremen die zweitgrößte Krankenhausbettendichte im gesamten Bundesgebiet gibt, sodass die Notwendigkeit von Sicherstellungszuschlägen infrage zu stellen ist.

Herr Henke, Sie haben eine Frage nach den Rationalisierungsverträgen gestellt. Ich versuche, mich kurzzufassen. Die Krankenkassen sind nicht verpflichtet, einen solchen Vertrag abzuschließen. Das hängt immer auch mit der Nachfrage und dem Angebot des jeweiligen Krankenhauses zusammen. Im Übrigen hat das heute keine Relevanz mehr, weil die gesetzliche Regelung des § 18 b KHG aufgehoben wurde.

(Rudolf Henke [CDU]: Wie oft ist sie denn genutzt worden?)

– Sie ist selten genutzt worden; das muss man klipp und klar sagen. Die Krankenhäuser haben das relativ selten eingefordert, und die Krankenkassen empfanden das als Widerspruch zur Systematik der dualen Finanzierung. Man könnte dazu eine Menge ausführen. Ich möchte das allerdings kurz halten. Weil diese Regelung nicht mehr existiert, hat das heute keine große Relevanz mehr.

Klaus Bremen (Gesundheitsselbsthilfe NRW/Wittener Kreis): Ich bin in zweifacher Hinsicht angesprochen worden. Eine Frage an mich lautete: Welche Auswirkungen hat die Krankenhausinvestitionsfinanzierung auf das Niveau bzw. auf die Qualität der Versorgung der Patienten? Frau Steffens hat sich konkret auf das Beispiel Epilepsie bezogen. Wenn Sie es mir gestatten, mache ich dazu eine Vorbemerkung aus der Sicht der Patientinnen und Patienten. Dieses System befindet sich in einem tiefgreifenden Wandel. Ich will es einmal volkswirtschaftlich ausdrücken: Wir gehen von einem Anbietersystem zu einem stärker nachfrageorientierten System über. Die Finanzierung dieses Systems gleicht inzwischen immer mehr einer Unternehmensfinanzierung. Das zeigt sich sowohl an der Investitionspauschale als auch an den Fallpauschalen im laufenden Geschäft. Das begleitende Ordnungssystem trägt dieser Veränderung aber nicht Rechnung.

Schauen Sie sich einmal an, wer hier im Saal sitzt. Ich arbeite selbst im Krankenhausbereich und versuche, hier die Interessen der Patienten einzubringen. Wer ehrlich ist, muss sagen: Die Patienten sind in Deutschland nicht gut organisiert. In den Medien gibt es zwar immer wieder einmal Meldungen über Skandale, aber ein systematisches Monitoring findet nicht statt. Es erfolgt keine systematische Rückmeldung an die Anbieter, wie gut die Versorgung ist. Aus meiner Sicht ist das in Deutschland sehr entwicklungsbedürftig. Das muss verbessert werden.

Sehen Sie es mir bitte nach, dass ich auf die Einzelfragen zur Epilepsie und zu Ihrer Frage, ob wir für dieses System genug Geld zur Verfügung stellen, keine valide Antwort geben kann. In der Tat liegt uns eine Reihe von Berichten vor, die deutlich machen, dass bestimmte Patientengruppen für die Krankenhäuser nicht mehr interessant sind. Das ist aber in der Regel nicht in erster Linie eine Frage der Hardwarefinanzierung – so nenne ich das einmal – bzw. der Investitionskostenfinanzierung, sondern eher eine Folge des Fallpauschalensystems.

Durch die Fallpauschalen werden die Leistungen der Krankenhäuser auf eine gewisse Art und Weise standardisiert. Das wussten wir, und darüber ist in Fachkreisen heftig diskutiert worden. Ich denke, wenn man ein System umstellt, dann muss man das ordentlich machen. Dazu gehört eine starke Patientenbank, die die Interessen der Patienten bei Fehl-, Unter- und Überversorgung wahrnehmen kann. Alle anderen Akteure haben auch andere Interessen. Das gilt auch für die Krankenkassen, die für sich in Anspruch nehmen, die Versicherten zu vertreten. Auch hier sind andere Interessen sozusagen beigemischt. Sehen Sie es mir bitte nach, dass ich Ihre Frage gerade als Bühne nutze, um dafür zu plädieren, dass wir in diesen Fragen vorankommen müssen.

Ich bin der Auffassung – das ist auch unsere Wahrnehmung –, dass die Umstellung des Investitionssystems auf Pauschalen zum jetzigen Zeitpunkt nicht automatisch induziert, dass sich die Versorgung verschlechtert. Ich muss aber auch sagen, dass uns eine ganze Reihe von Berichten aus Krankenhäusern vorliegt, die belegen, dass die Versorgung bestimmter Patientengruppen schon jetzt kritisch zu beurteilen ist; das gilt insbesondere für chronisch Kranke.

Lassen Sie mich dazu noch eine abschließende Bemerkung machen. Insbesondere für chronisch Kranke sind die Krankenhäuser in diesem Land der zentrale Behandlungsort. Die Verantwortung, die sich daraus ergibt, wird vonseiten der Ärzte und vonseiten der entsprechenden Organisationen auf vielfältige Weise wahrgenommen. Was die Behandlung dieser Patientengruppen angeht, sind Krankenhäuser aus Sicht der Betroffenen wichtiger als die niedergelassenen Ärzte. Darauf möchte ich hinweisen, weil wir das bei unserer Arbeit, bei der Betreuung der Selbsthilfeorganisationen, immer wieder erleben.

Karsten Gebhardt (Krankenhausgesellschaft NRW e. V.): Ich möchte gerne noch eine kurze Anmerkung machen, damit ich nicht falsch verstanden werde. Als ich gesagt habe, dass ich empfehlen würde, dem Vorschlag von Herrn Klitzsch zu folgen, war das nicht so gemeint, dass von den zukünftigen Fördermitteln 1 % des Staubetrags abgezogen werden sollte. Ich habe Sie so verstanden, dass diese Mittel hin-

zukommen sollen. Das ist doch richtig, oder? – Dann sind wir uns ja einig. Ich möchte nicht, dass hier ein falscher Eindruck entsteht. Denn ein Feuerwehrtopf kann nur dann funktionieren, wenn er ein Add-on ist.

Jetzt komme ich zu den Fragen von Frau Steffens zur Versorgung im Psychiatriebereich und zur Wertigkeit von voll- und teilstationärer Behandlung. Herr Heisler hat schon seine Befürchtung geäußert, dass die unterschiedlichen Werte, die angegeben werden, dazu führen, dass die notwendige Weiterentwicklung der teilstationären Psychiatrie behindert wird.

Zunächst einmal muss man sagen, dass diese Werte zu niedrig sind, um eine Entwicklung im Bereich Psychiatrie zu ermöglichen. Den Bedarf, der auch aufgrund neuer Konzepte im Bereich Psychiatrie vorhanden ist – das ist in der Anhörung zum Thema Psychiatrie in diesem Jahr deutlich zum Ausdruck gekommen –, wird man nicht decken können. Wir wissen doch, dass in beiden Landesteilen viele Anstrengungen unternommen werden, tagesklinische Angebote weiterzuentwickeln. Mit den Mitteln, die jetzt dafür bereitgestellt werden sollen, wird man das nicht notwendigerweise realisieren können; denn sie sind zu knapp bemessen.

Von daher müsste man zunächst einmal überlegen, ob es überhaupt begründbar ist, dass der teilstationäre und der vollstationäre Bereich so unterschiedlich ausgestattet werden, und ob das tatsächlich der Zielplanung des Landes Nordrhein-Westfalen im Bereich Psychiatrie entspricht. Dadurch wird allerdings das Problem aufgedeckt, dass im Moment unklar ist, wie die Planung im Bereich Psychiatrie im Land Nordrhein-Westfalen weitergehen soll. Die Verhandlungen über die Eckpunkte dieser Planung werden jetzt nämlich erst einmal ausgesetzt. Wir sind sehr gespannt, wie es hier weitergeht.

Was die Förderung angeht, muss man allerdings sagen: Man muss gut aufpassen, dass die psychiatrischen Krankenhäuser, die häufig Gebäude mit sehr alter Substanz sind, jetzt keine zusätzliche Benachteiligung erfahren. Hierzu müssen sich die Landschaftsverbände, aber auch die Träger der psychiatrischen Krankenhäuser deutlich positionieren. Das tut auch die KGNW.

Zur Reduktion spezieller Angebote sind zwei Punkte zu erwähnen, die jetzt bei der Entwicklung des KHGG NRW zusammenlaufen: Spezielle Angebote wurden in der Vergangenheit häufig als besondere Angebote ausgewiesen. Mit dem Wegfall der Planung besonderer Angebote wird das natürlich zu einem Problem, weil die besonderen Angebote dann nicht mehr als separate Leistungsangebote handelbar sind. Wenn von besonderen Angeboten die Rede war, ging es immer um die Absicherung eines besonderen Angebots für besondere Menschen. Sie boten die Möglichkeit, von beiden Seiten eine Refinanzierung zu erhalten. Eine Pauschalierung führt fast immer zu einer Zusammenfassung und Spezialisierung. Man achtet automatisch darauf, von wo der größte Benefit zu erwarten ist, damit man auch mit knappen Mitteln vernünftig agieren kann.

Auch deshalb empfiehlt es sich, eine Art Feuerwehrtopf zu schaffen: damit man bestimmte Angebote, die man im Land weiterhin vorhalten will, auch vorhalten kann. Bei einer derart großen Systemumstellung ist es ausgesprochen hilfreich, wenn das

Land eine solche zusätzliche Handlungsmasse bekommt, um seine Aufgaben wahrnehmen zu können. Dann kann man die Krankenhausplanung auch in der Übergangszeit aufrechterhalten und mögliche Instrumente zur Weiterentwicklung und Gegensteuerung entwickeln.

Wenn Angebote eingestellt werden, dann ist davon auszugehen, dass es in bestimmten Bereichen zu einer Unterversorgung kommt. Das ist unsere Sorge. Bei einem solch radikalen Systemwandel kann man nicht alles vorhersehen. Man kann zwar Vermutungen anstellen und Hoffnungen haben. Aber man muss sicherstellen, dass die Versorgung der Menschen mit Krankenhausleistungen – Herr Bremen, Sie haben völlig recht, dass die Zahl der chronisch Kranken zugenommen hat – weiterhin ein hohes Niveau hat. Hier muss man aufpassen und nach Möglichkeit Übergangszeiträume vorsehen. Deshalb haben wir in der letzten Anhörung darauf hingewiesen, dass ein Übergangszeitraum ausgestaltet werden muss, und gefordert, den Rhythmus etwas zu verlangsamen und die Entwicklung abzufedern.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Auch ich möchte auf die Anhörung hinweisen, die wir Anfang dieses Jahres zum Thema Psychiatrie durchgeführt haben. Es ist eine Selbstverpflichtung dieses Ausschusses, daraus Konsequenzen zu ziehen; dies steht noch aus. Daran möchte ich die Ausschussmitglieder an dieser Stelle erinnern. Auch das ist ein schwieriges Thema, bei dem die Politik aber nicht kneifen darf; das haben wir fraktionsübergreifend vereinbart.

Prof. Dr. Dietrich Paravicini (Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e. V.): Ich denke, zu der Frage, die Herr Henke an mich gerichtet hat, ist inzwischen schon einiges gesagt worden; insbesondere die letzten Ausführungen von Herrn Gebhardt zielten in diese Richtung. Es ging darum, ob die Fördermittel für langfristige und für kurz- bis mittelfristige Investitionen getrennt genutzt werden sollten oder ob man sie in einen Topf tun und gemeinsam verwalten sollte. Ich glaube, das Kernproblem ist: Egal wie man verfährt, die Decke ist immer zu kurz.

Ich kann nur bestätigen, was eben schon gesagt wurde: Krankenhäuser, in denen eine psychiatrische Versorgung erfolgt, haben überwiegend eine ältere oder sogar sehr alte Bausubstanz. Aber auch die Häuser, in denen eine Akutversorgung stattfindet, haben eine völlig unterschiedliche Bausubstanz. Wenn pauschal gefördert wird, dann wird ein Haus, das über eine relative schlechte bzw. alte Bausubstanz verfügt, die Fördermittel natürlich in vollem Umfang für ihren Erhalt aufwenden müssen. Das heißt, die Mittel für Innovationen und für die Beschaffung bzw. den Ersatz von Geräten, die im Krankenhaus benötigt werden, werden sehr knapp sein. Spitzenförderung wird für ein solches Haus gar nicht mehr möglich sein. Hier unterstütze ich den Vorschlag von Herrn Klitzsch, den eben auch Herr Gebhardt befürwortet hat, dass man einen Feuerwehrtopf einrichten sollte, auf den für solche im Einzelfall begründeten Sondermaßnahmen – so nenne ich sie einmal – zurückgegriffen werden kann. Ich glaube, dass das ein guter Weg wäre.

Prof. Dr. Markus Kaltenborn (Universität Siegen): An mich sind mehrere Fragen gerichtet worden. Ich will mit der Frage nach den Fördertatbeständen beginnen. Die Tatsache, dass bestimmte Fördertatbestände im Landesrecht nicht ausdrücklich genannt werden, ist kein rechtliches Problem, weil die bundesrechtlichen Bestimmungen unmittelbar wirken. Das ist allerdings ein gesetzestechnisches Problem. Man sollte nicht darauf verzichten, die Fördertatbestände, die der Bund vorgibt, auch im Landesrecht zu erwähnen. Man ist nicht dazu gezwungen, aber es dient der Übersichtlichkeit, wenn man sie aufführt. Insofern ist dieses Monitum berechtigt.

Zum Sicherstellungsauftrag ist schon manches gesagt worden. In der Tat wird der Sicherstellungsauftrag irgendwann, wenn das System des Vertragswettbewerbs einmal umgesetzt sein sollte, möglicherweise auf die Krankenkassen übergehen. Aber das ist noch in weiter Ferne. Das ist ein interessantes Konzept, aber dazu bedürfte es sehr vieler Änderungen des SGB V. Diese Änderungen sind im Moment noch nicht in Sicht. Der Sicherstellungsauftrag verbleibt auch nach der jetzt geplanten landesrechtlichen Regelung beim Land. Das ist auch durch Bundesrecht so vorgegeben.

Die Frage zum Investitionsprogramm ist schwer zu beantworten. Eigentlich müsste an die Landesregierung die Frage gerichtet werden, was noch im Investitionsprogramm stehen soll, wenn der Systemwechsel hin zur Baupauschale stattfindet. Ich könnte mir vorstellen, dass die speziellen Zweckbestimmungen, die als Nebenbestimmungen in die Bewilligungsbescheide aufgenommen werden, oder die besonderen Beträge dort einen Platz finden könnten, wenn man längerfristig planen will. Allerdings sind das eher Randerscheinungen. Die Frage ist, ob man wirklich noch ein Investitionsprogramm braucht.

Ob man es in verfassungsrechtlicher Hinsicht braucht, ist anhand des KHG zu beurteilen. Vonseiten des Bundes wird tatsächlich vorgesehen, dass die Länder Investitionsprogramme auflegen. Der Bund hat das deswegen getan, weil er bei der letzten großen Novellierung davon ausgegangen ist, dass das System der Einzelförderung mit einer Pauschalförderung kombiniert wird. Man hat bei der letzten großen Novellierung offenbar nicht bedacht, dass irgendwann einmal ein Übergang zur kompletten Pauschalförderung stattfinden könnte. Deswegen ist das Investitionsprogramm in § 6 und § 8 des KHG erwähnt. Wenn man sich § 9 KHG genau anschaut, stellt man allerdings fest – darauf habe ich vorhin schon hingewiesen –, dass die Einzelförderung nicht zwingend vorgegeben ist. Da der Bund den Ländern bei der letzten großen Novellierung des KHG einen großen Gestaltungsspielraum einräumen wollte, muss im Landesrecht nicht zwingend ein Investitionsprogramm vorgesehen werden.

In der letzten Anhörung habe ich schon gesagt, dass es ausreicht, irgendetwas vorzusehen, das wie ein Investitionsprogramm wirkt. Die Baupauschale wirkt letztlich wie ein Investitionsprogramm. Wenn man den Regelungswillen des Bundesgesetzgebers berücksichtigt, könnte man das durchaus als kompetenzrechtlich zulässig erachten. Ich sehe kein großes Problem darin, dass das Investitionsprogramm – möglicherweise nur als Hommage an den Bundesgesetzgeber – in diesem Gesetzentwurf erwähnt wird.

Die Frage hinsichtlich der Landesbürgschaften kann ich ad hoc nicht beantworten. Die haushaltsrechtliche Verankerung müsste ich mir erst genau ansehen.

Ich möchte die Gelegenheit nutzen, um kurz etwas klarzustellen. Die verfassungsrechtliche Kritik, die ich vorhin im Hinblick auf die Verhältnismäßigkeit an der Baupauschale geäußert habe, muss ich vielleicht konkretisieren. Die jetzt vorgesehene Lösung ist verfassungsrechtlich sicherlich besser als die bestehende Rechtslage. Denn nach der derzeitigen Rechtslage wird eigentlich ein permanenter Verfassungsbruch begangen, weil es zu einer krassen Ungleichbehandlung kommt. Viele Krankenhäuser werden gar nicht gefördert, und nur bestimmte Krankenhäuser, die unten auf der Liste stehen, rutschen noch in die Förderung nach dem Investitionsprogramm hinein. Die Baupauschale ist sicherlich eine deutliche Verbesserung, weil sie eine Lösung ist, die das Prinzip der Verhältnismäßigkeit stärker berücksichtigt. Ich würde sagen: Sie ist eine gute, aber nicht die beste Lösung. Die beste Lösung wäre die Einführung der Baupauschale, kombiniert mit einer vorherigen Prüfung im Rahmen eines Fachgutachtens.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Ich gehe davon aus, dass alle Fragen aus der ersten Fragerunde beantwortet wurden, und eröffne die zweite Fragerunde.

Rudolf Henke (CDU): Ich fasse einmal die Wünsche und Forderungen zusammen, die zum Thema Investitionen artikuliert worden sind. Herr Gebhardt, Sie haben gesagt, die in der Aufstellung befindlichen Programme aus dem Jahr 2006 müssten zusätzlich finanziert werden. Da das Geld, das im Rahmen des Investitionsprogramms 2006 ausgegeben werden sollte, den Krankenhäusern nicht etwa entgeht, sondern weiterhin an die Krankenhäuser ausgeschüttet wird, kann das nur heißen, dass man die gleiche Summe zur Bedienung bräuchte. Das würde bedeuten, dass man, wenn man auch das Jahr 2005 einbezieht, zusätzliche Mittel in einem Volumen von bis zu 170 Millionen € bräuchte.

Außerdem ist gesagt worden, dass ein Feuerwehrtopf in der Größenordnung von 1 % des Investitionsstaus eingerichtet werden sollte. Über dieses Volumen könnte man lange streiten. In einer früheren Anhörung ist das schon einmal gemacht worden. Die Schätzungen, die damals angestellt wurden, reichten bis zu einem Betrag von 15 Milliarden €. Davon müsste man das abziehen, was aufgrund von im Laufe der Zeit unterbliebenen Investitionen gar nicht mehr abgeschrieben werden kann. Bleiben wir aber einmal bei den populären 15 Milliarden €, die so gerne angeführt werden. Der Betrag, um den es geht, beläuft sich also auf mindestens 150 Millionen €. Darüber hinaus ist der Wunsch geäußert worden, dass die Baupauschale auf jeden Fall verdoppelt werden sollte. Das würde weitere 190 Millionen € ausmachen. In der Addition komme ich auf 510 Millionen €. Dieser Betrag entspricht ziemlich genau dem Investitionsvolumen, das im Entwurf des Landeshaushalts für das Jahr 2008 vorgesehen ist. Dieser Betrag soll also hinzukommen.

Ich möchte an die Krankenkassen, die Krankenhausgesellschaft und die Ärztekammer die Frage stellen, ob es so etwas wie ein Leitbild gibt, wie der Staat haushalterisch handeln sollte. Der Haushalt des Landes Nordrhein-Westfalen hat immer noch

eine Unterdeckung von knapp 2 Milliarden €, Stichwort: Neuverschuldung. Mich würde interessieren, ob die Krankenhausgesellschaft, die Ärztekammer und insbesondere die Krankenkassen, die bei der Sanierung ihrer Finanzen – wenn auch mit etwas gesetzgeberischer Hilfe des Bundes und dank des Anstiegs der Zahl der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisse – etwas Erstaunliches vollbringen, so etwas wie ein Leitbild haben: Möchten Sie nach Möglichkeit einen ausgeglichen Landeshaushalt, oder würden Sie eine zusätzliche Verschuldung befürworten?

Vorsitzender Günter Garbrecht: Da es keine weiteren Wortmeldungen der Kolleginnen und Kollegen gibt, kommen wir jetzt zur Beantwortung der Fragen von Herrn Henke.

Karsten Gebhardt (Krankenhausgesellschaft NRW e. V.): Ich kann jetzt nichts zu den Leitbildern sagen; darüber muss ich mir erst Gedanken machen, Herr Henke. Aber zu den Zahlen kann ich mich natürlich äußern. Die KGNW hat in ihrer Stellungnahme versucht, deutlich zu machen, welche Summe an Fördermitteln zur Verfügung gestellt werden müsste, damit die Substanz der Krankenhäuser erhalten werden kann. Wir sind nach wie vor der Auffassung, dass der Betrag, den wir genannt haben, der Betrag ist, den man zur Verfügung stellen sollte. Wir sind zum Ergebnis gelangt, dass der doppelte Satz bereitgestellt werden sollte.

Ein Feuerwehrtopf ist schon vom Begriff her etwas, was nur auf eine bestimmte Zeit, also befristet, angelegt ist. Es ist die Entscheidung des Parlaments bzw. der Regierung, ob man dafür aus einer bestimmten Mehreinnahme in einer gewissen Größenordnung Mittel zur Verfügung stellt. Das ist aber nicht dauerhaft. Ein Feuerwehrtopf dient eigentlich dazu – das wollte ich vorhin deutlich machen –, die Auswirkungen bestimmter Entwicklungen aufzufangen. Ich bin nicht der geeignete Gesprächspartner, wenn es darum geht, Ihnen Kürzungsvorschläge zu machen. Ich kann Ihnen nicht sagen, wie hoch die Summe mindestens sein müsste, damit wir damit noch zu recht kommen. Die Krankenhäuser können nur reklamieren, was sie brauchen, und sie müssen mit dem, was sie von der Regierung erhalten, klarkommen; das war in der Vergangenheit so, und das wird auch in Zukunft so sein.

Wir werden allerdings auch sagen, was wir nicht leisten können. Hier spielt der Sanierungsbeitrag eine Rolle. Er ist für die Krankenhäuser im laufenden Geschäft eine wichtige Position, wenn es darum geht, die Substanz zu erhalten. Ich finde, wir haben nachgewiesen, warum wir die doppelte Höhe bräuchten. Sie müssen nun entscheiden. Die Einrichtung eines Feuerwehrtopfes kann die Möglichkeit bieten, dass für einen bestimmten Zeitraum Mittel zu Verfügung gestellt werden, um negative Entwicklungen abzufedern. Es wäre meine herzliche Bitte an Sie, sich genau zu überlegen, ob man angesichts eines solch radikalen Systemwechsels nicht sinnvollerweise einen Feuerwehrtopf schafft. Ob Sie mit Ihren haushaltspolitischen Interventionen große Erfolge haben, kann ich ganz schlecht beurteilen. Nach dem, was ich in dieser Runde heute gehört habe, wäre es der Sache allerdings mehr als dienlich.

Helmut Hildebrandt (Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH): Eine kurze Antwort vorweg: Alle Krankenkassen unterliegen einer Aufsicht. Von daher sind bei ihnen natürlich Leitbilder entwickelt und Korsettstangen eingezogen worden. Auch im SGB V ist ein Grundsatz der Leistungsgewährung festgelegt – diesen Grundsatz würde ich auch bei Haushaltsfragen anlegen –: Man muss sparsam und wirtschaftlich handeln, und man darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. In genau diesem Rahmen darf Geld ausgegeben werden, und zwar eigentlich immer nur das Geld, das auch eingenommen wurde. Zur Auflegung eines Fonds haben wir uns nicht geäußert, und wir haben sie auch nicht gefordert. Als die Größenordnung von 1 % genannt wurde, war mir klar: Das entspricht fast dem jetzigen Volumen. So kann das nicht funktionieren. Von daher sage ich noch einmal: Man muss sparsam und wirtschaftlich vorgehen, wie es das Land tut; das gilt auch für die Krankenkassen.

Dr. Wolfgang Klitzsch (Ärztekammer Nordrhein): Erstens. Jede Übergangsphase ist etwas Besonderes. Ich denke, es liegt durchaus in der Verantwortung des Landes, dafür zu sorgen, dass es hier nicht zu Kollateralschäden kommt, die man nicht wiedergutmachen kann.

Zweitens. Ich würde nicht empfehlen, alle Forderungen zu addieren, weil man durch das Auftürmen von Erwartungen die Grundforderung vernachlässigen könnte. Wir sollten realistisch bleiben. Realistische Forderungen und realistische Erwartungen sind formuliert worden. Natürlich wäre die Schaffung eines Übergangs-, Notfall – bzw. Feuerwehrtopfes zeitlich befristet; auch das käme hinzu. Ich würde aber nicht alle Forderungen addieren; denn dann läuft man ins Aus.

Drittens. Herr Henke, Sie haben die Frage nach guter Politik – Stichwort: Good Governance – gestellt. Darüber wird schon lange diskutiert, und in diesem Bereich gibt es an deutschen Universitäten viele Lehrstühle. Ich würde auf jeden Fall sagen: In der gesamten Diskussion, jedenfalls soweit ich sie überblicke, gilt, dass die Aufgaben des Staates natürlich zu priorisieren sind, dass es vor- und nachrangige Aufgaben gibt und dass unbestritten ist, dass die Finanzierung von Investitionen, die mittelbar das Potenzial der Bevölkerung stärken und dem sozialen Frieden dienen, sehr hoch zu ranken ist. Hierbei handelt es sich nämlich um Investitionen in die Infrastruktur dieses Landes, in die Qualität des Lebens und in das Potenzial unserer Bevölkerung. Ich denke, insofern ist es gerechtfertigt, die Krankenhausinvestitionsfinanzierung im Verhältnis zu anderen Ausgaben des Staates sehr hoch zu ranken.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Frau Gebhard hat noch eine Frage.

Heike Gebhard (SPD): Ich möchte jetzt und hier nicht die Haushaltsberatungen weiterführen, sondern ich habe zwei gezielte Fragen an Herrn Heisler; an Herrn Heisler deshalb, weil ich Herrn Leßmann nicht mehr sehe. In der Stellungnahme der kommunalen Spitzenverbände ist insbesondere auf den Bereich der Psychiatrie hingewiesen worden; Sie berufen sich dabei auf die Landschaftsverbände, sodass ich annehme, dass Sie, Herr Heisler, diese Fragen beantworten können.

Dort heißt es, dass aufgrund des neuen Berechnungsmodus ab dem Jahr 2012 26 % der bisherigen Fördermittel für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter und 52 % der bisherigen Fördermittel für Baumaßnahmen verlorengehen würden. Wir haben vorhin eigentlich nur über die Frage der Unterfinanzierung des Übergangs zum ambulanten Bereich diskutiert und darüber, dass das infrage steht. Hier wird diese Kürzung jetzt aber für den stationären Bereich insgesamt in Aussicht gestellt. Meine erste Frage: Wie kommt diese unterschiedliche Wahrnehmung zustande? Meine zweite Frage: Warum ab 2012 und nicht sofort?

Vorsitzender Günter Garbrecht: Jetzt ist Herr Leßmann wieder da. Aber den Einstieg in die Beantwortung der Frage kann ja Herr Heisler machen.

Joachim Heisler (Landschaftsverband Rheinland): Ich würde darum bitten, dass Herr Leßmann dazu etwas sagt.

(Heiterkeit)

Heike Gebhard (SPD): Wir können uns auch bilateral verständigen.

Joachim Heisler (Landschaftsverband Rheinland): Ja, gerne. Direkt kann ich dazu nämlich nichts sagen.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Kann niemand auf diese Frage antworten? Herr Heisler, machen Sie doch einen Einstieg.

Joachim Heisler (Landschaftsverband Rheinland): Wie die Berechnung im Einzelnen vorgenommen wurde, vermag ich Ihnen nicht zu sagen; das weiß ich schlichtweg nicht. Dazu müsste Herr Leßmann etwas sagen. Ich weiß nur, dass es zwischen Mitarbeitern unseres Hauses und den kommunalen Spitzenverbänden Abstimmungsgespräche gegeben hat. Daraus hat sich die Einschätzung ergeben, dass die von den kommunalen Spitzenverbänden erwähnten Folgen ab dem Jahre 2012 eintreten werden. – Ich möchte Herrn Leßmann bitten, dazu im Detail Stellung zu nehmen.

Markus Leßmann (Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände): Zuerst einmal bitte ich um Entschuldigung, dass ich erst jetzt wieder hier bin. Ich habe heute nämlich das Problem, dass ich gleichzeitig das KiBiz behandeln muss.

Zu Ihrer Frage kann auch ich nicht viel mehr sagen. Das müssten wir tatsächlich bilateral klären, weil wir hier auf die intensive Abstimmung mit den Landschaftsverbänden angewiesen sind. Ich kann aus dem Bauch heraus nichts zu dieser Thematik sagen. Ich werde mich noch mit Ihnen in Verbindung setzen.

Barbara Steffens (GRÜNE): Vielleicht können wir das ja nachgereicht bekommen.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Die Kollegin Steffens hat gerade einen Vorschlag gemacht, den ich gerne aufgreifen würde: Möglicherweise kann das nachgereicht werden.

Ich sehe keine weitere Wortmeldung aus dem Kreis der Abgeordneten. Daher möchte ich diese Gelegenheit nutzen, folgenden Hinweis zu machen: Der Entwurf der Verordnung ist uns erst gestern zugemailt worden. Wenn Sie nach genauer Kenntnisnahme schriftlich weitergehend Stellung dazu nehmen möchten: Der Ausschuss ist gerne bereit, Ihre Anregungen entgegenzunehmen und sie in der weiteren Diskussion zu berücksichtigen.

Ich bedanke mich ganz herzlich für den zügigen Verlauf und für die stringente Diskussion. Von dieser Sitzung wird ein Protokoll angefertigt, das wir Ihnen zukommen lassen werden. Sie werden natürlich auch über den weiteren Verlauf der Gesetzgebung auf dem Laufenden gehalten. Ich danke Ihnen ganz herzlich für Ihre Teilnahme. Die Sitzung ist geschlossen.

gez. Günter Garbrecht
Vorsitzender

beh/24.10.2007/24.10.2007

235