

Krankenhausplanung

Von der Planung zu Bau und Förderung: Erfahrungen aus NRW

Alex Hoppe, Borchers & Kollegen Managementberatung GmbH

Mit dem neuen Feststellungsbescheid endet die Phase der Landes-Krankenhausplanung und der neue Versorgungsauftrag wird rechtskräftig. Viele Krankenhäuser können diesen in ihren Bestands-Immobilien jedoch nicht (effizient) und patientenorientiert abbilden. Die Konzentrations-Geber unter den Krankenhäusern werden räumliche und medizintechnische Strukturen stilllegen und stattdessen ambulante und hybride Versorgungswege baulich optimieren müssen. Konzentrations-Nehmer oder Profiteure neuer Versorgungsbedarfe wiederum werden räumliche Kapazitäten für OP-Säle und Funktionsbereiche erweitern oder medizintechnische Großgeräte aufstellen müssen. In beiden Konstellationen werden oft Um- und Anbaumaßnahmen (seltener Neubaumaßnahmen) anstehen, die früher z. B. durch den Krankenhausstrukturfonds und künftig durch den Transformationsfonds gefördert werden sollen. Die Erfahrungen aus der Krankenhausplanung NRW und geförderten Baumaßnahmen zeigen, dass es auf dem Weg vom neuen Versorgungsauftrag bis zur baulichen Umsetzung einige besondere Risiken, insbesondere für die Vermögens-, Finanz- und Ertragslage, zu beachten gilt.

Verhandlungen Krankenhausplan

Mit dem KHVVG werden die traditionellen stationären Versorgungsstrukturen grundlegend verändert. Der Bedarf an erheblichen baulichen Anpassungsmaßnahmen ist vom Gesetzgeber erkannt und soll durch den KHTF ermöglicht werden. Anders als in früheren Landes-Krankenhausplanungen sind diesmal Planung und Förderung engstens verknüpft.

In der Krankenhausplanung sind die Verhandlungen mit den Ministerien für Krankenhausträger zurecht immer zuerst im Blick. Ein Förderantrag des Landesministeriums beim BAS bedingt jedoch lt. § 4 KHTFV ein Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen. Im Wissen, dass die Kostenträger in der Krankenhausplanung zwar nicht das letzte Wort haben, bei einer späteren Förderung ohne sie jedoch nichts geht, sollte viel Zeit und Engagement in das Einvernehmen mit ihnen investiert werden. Die Erfahrungen aus NRW bestätigen, dass ein Einvernehmen mit den Kostenträgerverbänden nicht nur für die Planung, sondern auch für eine anschließende

Förderung eine starke Verhandlungsposition schaffen.

Verhandlungen Fördermaßnahme

Erfüllt die Maßnahme einen Fördertatbestand nach § 3 Abs. 1-8 KHTFV und ist dem Grunde nach geeint, wird mit dem Ministerium insbesondere ein Konsens über den Umfang der Maßnahme zu erzielen sein. Die KHTFV gibt in § 3 wiederholt vor, „Förderfähige Kosten [...] sind Kosten für erforderliche Baumaßnahmen [...] soweit sie für die Umsetzung des Vorhabens zwingend erforderlich sind“.

Das kann Konfliktpotential bergen, denn der Zustand der Bestands-Immobilien der deutschen Krankenhäuser ist sehr heterogen. Sie reicht von vergleichsweise jungen Neubauten vor den Toren der Stadt bis zu historischen, denkmalgeschützten Juwelen in zentralster Altstadtlage; vom zentralen Krankenhausgebäude über vielfach angebaute Patchwork-Bauten bis zu Campus-Krankenhäusern mit gleich mehreren alleinstehenden Betten- und Funktionshäusern. Abhängig von dieser Ausgangslage wird die Umsetzung eines identischen Fördertat-

bestandes zu Fördermittelbedarfen in vollkommen unterschiedlichen Dimensionen führen.

Mit § 3 Abs. 1 KHTFV wird wohl bewusst die standortübergreifende Konzentration von akutstationären Versorgungskapazitäten als erster Fördertatbestand genannt. Für eine begrenzte standortübergreifende Leistungskonzentration mögen Umbauten im Bestand ausreichen. Die neuen Leistungsgruppen bedingen sich jedoch mitunter wechselseitig und berühren schnell Kriterien der Notfallstufe. Dies macht eine Neuaufteilung der Versorgungsaufträge vor Ort sehr komplex und berührt zudem Fragen der ärztlichen Weiterbildungsermächtigungen. Im Ergebnis entsteht schnell ein erheblicher Regelungs- und Kooperationsbedarf, durch den sich die Beteiligten in vielfache wechselseitige Abhängigkeiten begeben. Dies erkennend werden vielfach diskret Fusionsverhandlungen geführt, womit anstelle einer standortübergreifenden Leistungskonzentration eine Standortkonzentration in den Blick rückt. Es ist naheliegend, dass Krankenhausträger dann für eine effiziente Leistungserbringung die Einhäusigkeit im Neubau fordern, während die Förderbehörde womöglich mangels Masse lediglich einen Umbau im Bestand zweier Standorte für zwingend erforderlich hält. Hier muss notwendigerfalls Überzeugungsarbeit geleistet werden.

Gleiches gilt für ein Downsizing zu einer Sektorübergreifenden Versorgungseinrichtung nach § 3 Abs. 2 KHTFV. Alle Erfahrungen aus dem ambulanten Operieren und dem Betrieb von MVZ zeigen, dass ein ambulantes Leistungsspektrum wirtschaftlich nur mit hoch effizienten Prozessen zu erbringen ist – was optimierte Strukturen bedingt. Der Unterschied zwischen der Betriebsimmobilie eines ambulanten OP-Zentrums und der eines Krankenhauses der Grundversorgung ist so augenfällig, dass eine Umwidmung im Bestand

größere Kompromisse zu Lasten der Effizienz befürchten lässt.

Zudem ist der Umfang der Förderfähigkeit im Detail nur schwer einschätzbar. Sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen müssen bestimmte stationäre Leistungen der Inneren Medizin und Geriatrie erbringen, welche von DKG und Kostenträgerverbänden noch zu einigen sind. Darüber hinaus können sie nach § 115g Abs. 1. Pkt. 1. SGB V ambulante vertragsärztliche Leistungen erbringen. Obwohl diese Leistungen vom Leistungsspektrum ausdrücklich gesetzlich umfasst sind und erst durch sie das versorgungspolitisch gewollte Überschreiten der Sektorengrenze erreicht wird, ist der Auf- oder Umbau von Strukturen für ebendiese ambulanten Leistungen allein grundsätzlich nicht förderfähig. Bei welcher Ausgestaltung einer Umstrukturierung auch ambulante Strukturen unter dem Förderzweck subsumiert und gefördert werden, wird im Einzelfall zu verhandeln sein.

Die Regierungschefs der ostdeutschen Länder fordern auf ihrer jüngsten Regionalkonferenz im September zurecht eine Anpassung des KHAG mit dem Ziel, die Fördertatbestände um die Anpassung von bereits bestehenden Strukturen und Bestandsimmobilien zu erweitern und damit den Fördermitteleinsatz in Abhängigkeit von den individuellen lokalen Erfordernissen zu flexibilisieren.

Ist eine Einigung mit dem Fördermittelgeber letztlich nicht zu erzielen, müssen die Konsequenzen einer suboptimalen Lösung für die Wirtschaftlichkeit des operativen Geschäftsbetriebes bewertet und in die Wirtschaftsplanung aufgenommen werden.

Förderart

Auch wenn der Fördererlass des BAS und folglich die Fördersteckbriefe der Bundesländer noch ausstehen, ist von der Ausgestaltung des Förderprogramms als Höchstbetragsförderung auszugehen. Überschreitungen der geplanten Ausgaben im Verlauf der

Maßnahmenumsetzung sind durch den Zuwendungsempfänger zu tragen. Damit werden sämtliche Risiken aus dem laufenden Bauprojekt auf den Krankenhausträger abgewälzt, insb. Risiken aus der mehrjährig prospektiven Kostenkalkulation, aus Überraschungen beim Umbau im Bestand sowie – je nach Bundesland – auch aus Entwicklungen des Baukostenindex.

Förderquote und Eigenanteil

Ein Eigenanteil ist nach § 12b Abs. 3 Pkt. 3. KHG nicht zwingend gefordert, aber ausdrücklich möglich und ins Benehmen der Bundesländer gestellt. Auch der Zeitpunkt des Eigenmittel-Einsatzes wird den Förderrichtlinien der Länder zu entnehmen sein. Üblicherweise werden diese bei jedem Mittelabruf quotiert abgesetzt, fließen also sukzessive ab Baubeginn ab. Aber auch eine andere Handhabung ist möglich und in jedem Fall in die Finanzplanung aufzunehmen.

Einige Bundesländer haben die Einzelförderung durch eine jährlich zufließende Baupauschale ersetzt. Diese Mittel können in NRW lt. Fördermittelbescheid angespart und wie Eigenmittel in eine Fördermaßnahme eingesetzt werden, auch z. B. zur Vorfinanzierung vorlaufender Projekt-Aufwendungen. Aber auch nach Abschluss der Baumaßnahme können eingesetzte Eigenmittel durch nachlaufend zufließende Baupauschalen abgelöst werden. Hier ist die Verwendungsfähigkeit der Pauschalen zu prüfen und ihr Einsatz in der Finanzplanung abzubilden.

Baukostenindex/Inflation

Die fortlaufende Steigerung des Baukostenindex ist unvermeidbar und wirkt sich bis zur verbindlichen Vergabe der Gewerke auf die voraus kalkulierten Baukosten aus. Die Bundesländer handhaben die Förderfähigkeit der Baukostenindex-Entwicklungen unterschiedlich. NRW hat diese im Krankenhausstrukturfonds grundsätzlich nicht

förderfähig gestellt, sie aber teilweise auf Änderungsantrag aus Reserven im Strukturfonds übernommen. Z. B. Bayern erkennt sie grundsätzlich als förderfähig an. Solange der Fördersteckbrief des Bundeslandes keine Förderfähigkeit bestätigt, muss von einer Finanzierung aus Eigenmitteln ausgegangen werden.

Unabhängig von der Förderfähigkeit bedarf es deshalb für eine belastbare Kalkulation der Baukosten einer auf den erwartbaren, mittleren Vergabezeitpunkt abgestellten Prognose-Rechnung über die zwischenzeitlich zu erwartende Steigerung der Baukosten durch den Generalplaner oder die Projektsteuerung.

Umbau im Bestand

Nicht zuletzt werden vielfach Um- und Anbauten im bzw. am Bestand vorgenommen werden. Diese bergen erhebliche Risiken, insbesondere bei sehr alten, sparsam instandgehaltenen und womöglich technisch unvollständig dokumentierten Bestandsimmobilien. Auch der Ansatz dieser Risiken muss auf seine Förderfähigkeit geprüft werden. Ggfs. wird eine weitere Risiko-Position für die realistische Kalkulation des notwendigen Eigenmittel-Einsatzes notwendig.

Antragsplanung

Als Antragsplanung wird regelhaft eine Planung auf Niveau der Leistungsphase 3 HOAI gefordert. Auch wenn diese Angabe etwas Spielraum lässt, muss mit einer dezidierten und umfangreichen Antragsplanung gerechnet werden. Das erfordert inkl. Nutzerabstimmungen und Bewertung von Alternativen je nach Dimension des Projektes mindestens 1 Jahr. Wer hier zu Lasten der Sorgfalt versucht Zeit zu gewinnen, riskiert später eine Planänderung. Diese ist zwar möglich, kommt aber durch Zeitverzug teurer zu stehen und unterbricht je nach Zeitpunkt und Umfang den Mittelabruf auf bereits beschiedene

Fördermittel – mit allen Konsequenzen für die Zeitplanung und die Liquiditätslage.

Die Aufwendungen für diese Antragsplanung überschreiten je nach Dimension des Projektes und neuerlichen Überplanungen schnell Größenordnungen von 1-2 Mio. €, die bis zu einem ersten Mittelabruf vorfinanziert werden müssen. Geht man davon aus, dass die weiteren Verfahrensschritte bis zu einem ersten Mittelabruf weitere 2 Jahre beanspruchen, müssen diese Aufwendungen ca. 2-3 Jahre vorfinanziert und in die Finanzplanung aufgenommen werden.

Mittelabrufe

Der Umgang mit der Auszahlung von Fördermitteln auf Mittelabruf während der Bauphase ist je nach Bundesland unterschiedlich – mit erheblichen Konsequenzen für die Finanzlage. NRW sichert eine sehr zeitnahe Auszahlung von Fördermitteln nach Eingang eines Mittelabrufes zu. Bayern z. B. stellt den Auszahlungszeitpunkt ausdrücklich unter den Vorbehalt der aktuellen Haushaltslage. Der Krankenhausträger muss deshalb seine Bereitschaft und Fähigkeit zur Vorfinanzierung bereits mit dem Förderantrag verbindlich erklären.

Personal

Die Förderfähigkeit von Personalmaßnahmen ist lediglich für die Fördertatbestände nach § 3 Abs. 3 und 7 KHTFV ausdrücklich genannt, wiewohl sie auch bei den Fördertatbeständen nach Abs. 1 und 2 naheliegend sind. Inwieweit restrukturierungsbedingte Personalkosten in Form von Abfindungen oder Sozialplänen unter dem Sammelbegriff der weiteren zwingend erforderlichen und damit förderfähigen Kosten zu subsumieren sind, ist mit der Förderbehörde abzustimmen. Erfahrungen aus NRW zeigen jedoch, dass gerade bei den wahrscheinlichsten Abfindungen für ärztliche Führungskräfte unrealistisch niedrige Maßstäbe angesetzt werden und die Krankenhausträger diese

größtenteils aus Eigenmitteln finanzieren müssen.

Größere Baumaßnahmen, insbesondere im Bestand, verursachen Lärm und Staub und muten dem Personal Umzüge, Provisorien, ständige Umwege und klagende Patient:innen und Angehörige zu. Im schlimmsten Fall entfallen für die Baustelle und deren Erschließung Mitarbeiterparkplätze. Die Erfahrungen aus mehreren Projekten zeigen, dass nach einem Jahr die Fluktuation spürbar steigt – und damit die Leistungsfähigkeit und Ertragslage leiden.

Zeitschiene

Neben den genannten Hürden in den einzelnen Verfahrensschritten ist die Zeitschiene an sich das größte Risiko. Bis eine Baumaßnahme fertiggestellt ist, effiziente Prozesse sich eingeschliffen haben und sich das neue Geschäftsmodell wirtschaftlich auszahlt, sind viele Meilensteine zu bewältigen:

1. Grundsätzliche Einigung mit dem Landesministerium
2. Grundsätzliche Einigung mit den Kostenträgerverbänden
3. Feststellungsbescheid über den neuen Versorgungsauftrag
4. Antragsplanung auf Niveau Leistungsphase 3 HOAI
5. Antragsstellung
6. Antragsprüfung durch das Ministerium
7. Antragsprüfung durch das BAS*
8. Fördermittelbescheid
9. Weiterentwicklung der Antragsplanung zu Leistungsphase 6 HOAI
10. Bauantrag
11. Vergabeverfahren – mittlerweile sind in einem Vergabeverfahren wiederholte Ausschreibungen einzukalkulieren, da diese gelegentlich auch ohne Angebot bleiben.
12. Bauphase

*Die finale Fassung des KHAG ist abzuwarten; der Kabinettsentwurf enthält Vereinfachungen

Je nach Reaktionszeit der beteiligten Prüfungsinstanzen und Dimension des Bauprojektes muss mit 5-10 Jahren gerechnet werden. Eine parallele Vorgehensweise durch z. B. Start der Antragsplanung noch vor Fördermittelbescheid ist möglich. Es besteht jedoch das Risiko, dass durch Kürzungen der förderfähigen Kosten durch die Prüfbehörde die Antragsplanung modifiziert werden muss, wenn der Eigenmittel-Einsatz nicht in gleichem Umfang aufgestockt werden kann.

Nicht zuletzt sind eine straffe Projektsteuerung und ein engmaschiges Baukosten- und Bauzeiten-Controlling unerlässlich, was hier jedoch nicht vertieft werden soll.

Integrierte Finanzplanung

Die beschriebenen Fallstricke sowie die lange Projektdauer lassen sich nur durch eine belastbare integrierte Finanzplanung beherrschen, in welcher die besonderen Risiken aus dem Förderprojekt abgebildet werden.

Die integrierte Finanzplanung muss insbesondere folgende Schlüsselfragen frühzeitig bewerten helfen:

1. Welcher Geschäftsverlauf ist bis zum ersten Mittelabruf und bis zum Projektabschluss

realistisch? Wie wird sich die VFE-Lage losgelöst vom Förderprojekt entwickeln?

2. Ist ein Eigenanteil leistbar und in welcher Höhe?
3. Können die Aufwendungen für eine Antragsplanung über ca. 2 Jahre vorfinanziert werden?
4. Können Baukosten während der laufenden Bauphase regulär vorfinanziert werden?
5. Können ggfs. Steigerungen des Baukosten-Index bis zur Vergabe aus Eigenmitteln finanziert werden und in welcher Höhe?
6. Gibt es angesparte oder sicher erwartbare Baupauschalen, die wie Eigenmittel eingesetzt werden können?
7. Wie wird die VFE-Lage während der Bauphase beeinträchtigt, wann fließen die Eigenmittel-Anteile ab?
8. Projekt- und Bauzeitenrisiko: Wie lange können Beeinträchtigungen der Betriebsergebnisse und der Cash-Flows oder gar Defizite kompensiert werden?
9. Ab wann kann mit einem positiven Effekt bzw. einer Stabilisierung aus den neuen baulichen Strukturen für die langfristige VFE-Lage gerechnet werden?

Summary

Das angestammte Geschäftsmodell vieler Krankenhäuser ist bei Projektbeginn bereits ertragsschwach oder gar defizitär. Hybrid-DRGs, Leistungsgruppen und die Vorhaltefinanzierung sind in ihren vollumfänglichen Auswirkungen schwer zu prognostizieren und greifen zudem viele Jahre früher, als die baulichen Voraussetzungen für ihr Gelingen geschaffen werden können. Das BAS hat das Antragsverfahren für Förderprojekte im Transformationsfonds bereits gestartet, jedoch ohne eine rechtskräftige Förderrichtlinie. Das Vorhaben gleicht einem Reparaturversuch bei voller Fahrt, wobei der laufende Geschäftsbetrieb in aller Regel bereits höchste Aufmerksamkeit erfordert und alle verfügbaren Management-Ressourcen absorbiert.

Durch die Baumaßnahme sind je nach Art und Umfang erhebliche Beeinträchtigungen der innerbetrieblichen Leistungsprozesse und eine erhöhte Personalfuktuation zu erwarten. Es muss davon ausgegangen werden, dass die Ertrags- und Finanzlage projektbedingt zusätzlich leiden wird.

Dynamik trifft auf Komplexität. Eine integrierte Finanzplanung, welche auch die beschriebenen Risiken und Effekte aus einem geförderten Bauprojekt abbildet und fortlaufend nachverfolgt, wird für ein Bestehen in dieser Transformationsphase unerlässlich sein.