

**Rede von Antonios Antoniadis, Minister für Familie, Gesundheit und
Soziales, anlässlich der Debatte zum Programmdekret im Parlament der
Deutschsprachigen Gemeinschaft**

Es gilt das gesprochene Wort!

22.02.2016

Sehr geehrter Herr Präsident,

Kolleginnen und Kollegen,

die Deutschsprachige Gemeinschaft ist seit dem 1. Januar 2016 vollständig zuständig für die Finanzierung der Krankenhausinfrastruktur.

- Mit dem vorliegenden Programmdekret wird die Materie in das bestehende Infrastrukturdekret integriert. Somit werden künftig die Bestimmungen des Infrastrukturdekrets und einzig des Infrastrukturdekrets auch im Bereich der Krankenhäuser greifen. Das spricht für die Kohärenz in der Infrastrukturpolitik der Deutschsprachigen Gemeinschaft, die durch die Verabschiedung des Infrastrukturdekrets geschaffen wurde.
- Eine Politik, die nicht auf dem Prinzip der Gießkanne fußt, sondern eine planungssichere und transparente Vorgehensweise für die Träger aber natürlich auch für die DG ermöglicht. Der neue rechtliche Rahmen schafft klare Regeln für die Regierung der DG und für die Träger der beiden Krankenhäuser auf dem Gebiet deutscher Sprache.
- In vielen Bereichen findet eine Verwaltungsvereinfachung statt. Durch die neue Gesetzgebung entstehen verschiedentlich Vorteile für beide Strukturen. Unnötige Bürokratie wird durch pragmatische Verfahren abgebaut.
- Außerdem unterstützt der neue rechtliche Rahmen weiterhin die Bemühungen der beiden Krankenhäuser und der DG, den gemeinsam eingeschlagenen Weg der Zusammenarbeit zu intensivieren – nicht aus Selbstzweck, sondern zur Absicherung der Grundversorgung in der DG und zur Absicherung der Arbeitsplätze, die direkt oder indirekt von diesem Sektor abhängen.

Das bisherige System war sehr komplex und verkannte die Realität in der Deutschsprachigen Gemeinschaft. Es gab vielerlei Unterscheidungen. Zum einen, was die Art der Bezuschussung angeht. War es eine Kernsanierung? Waren es große Unterhaltsarbeiten? War es ein Neubau? Zum anderen auch, was die bezuschussbaren Flächen anging. War der Bereich ein Hospitalisationsdienst? Dafür gab es eine 100%-Finanzierung. War es ein medizinisch-technischer Bereich? Dafür gab es keinen einzigen Euro. In einer aufwendigen Prozedur wurde dabei bei jedem Projekt im Einzelnen untersucht, wie groß die Gesamtfläche der Hospitalisation war und wie groß der medizinisch-technische Bereich war. Diese Übung wurde erst bei den Revisionen gemacht. Das heißt, dass erst nach dem Bau bekannt war, welche Fläche die öffentliche Hand

finanzierte und für welche Fläche der Träger aufkommen musste. Um das zu verdeutlichen: Erst jetzt werden die Bücher der Jahre 2009-2010 der Krankenhäuser durch den Föderalstaat kontrolliert.

Nehmen wir als Beispiel das Zentralgebäude des Sankt Nikolaus Hospitals Eupen: Die Gesamtkosten des Projekts wurden nach aufwendiger Berechnung der verschiedenen Flächen letztlich zu 80% von öffentlichen Mitteln finanziert und zu 20% durch den Träger. Eine 100%-Finanzierung war also in Wirklichkeit nie eine zu Zeiten des Föderalstaats. Außerdem erfolgte nur durch die DG eine Direktbezuschussung.

Im vorliegenden Programmdekret wird der höchste Prozentsatz vorgeschlagen, den die Deutschsprachige Gemeinschaft für nicht eigene Infrastrukturen gewährt – nämlich 80%.

80% für den Hospi-Bereich und 0% für die medizinisch-technischen Dienste? Nein, 80% für die gesamte Fläche eines Neu- oder Umbaus in einem Krankenhaus in der Deutschsprachigen Gemeinschaft. Wir werden keine aufwendigen Berechnungen bewerkstelligen, um die verschiedenen Flächen zu kalkulieren. Wir werden die gesamte Fläche unabhängig von der Nutzung zu 80% übernehmen. 80% - das ist der Löwenanteil. Die restlichen – lediglich 20 % der Kosten – sollen gemäß dem Prinzip der Eigenverantwortung der Projektträger durch die Träger selbst beigesteuert werden. Durch diese Änderung erfolgt eine Planungssicherheit für die Träger. Sie müssen nicht auf irgendwelche Kalkulationen warten, um ihren finanziellen Beitrag auszurechnen. Dies war auch in der Stellungnahme der Direktorin der Klinik Sankt Josef zu lesen, die an die Mitglieder des Ausschusses IV adressiert war.

Ein Blick ins Inland genügt, um festzustellen, dass die Finanzierung der Krankenhausinfrastruktur nicht nur komplex, sondern in Zukunft auch unterschiedlich sein wird. Weder in der Wallonie noch in Flandern gibt es bisher ein ausgereiftes Modell. Beide Teilstaaten haben aber bereits die bisherige Gesetzgebung des Föderalstaates aufgehoben und erste Überlegungen angestellt. So ist in beiden Teilstaaten die Rede von einem pauschalen Zuschussungssystem für verschiedene Bereiche der Krankenhäuser. Sie beabsichtigen also auch in Zukunft, ein Krankenhaus nicht als kohärentes Gesamtprojekt zu bewerten und demnach zu unterstützen, sondern die einzelnen Komponenten der Gebäude unterschiedlich auszulegen. Auch hier wird es in Zukunft keine 100%-Zuschussung der Projekte geben. In Flandern führen die verschiedenen Pauschalbeträge aller Voraussicht nach zu einem Satz von 60% der Gesamtbaukosten.

Die Aufhebung der bisherigen föderalen Gesetzgebung ohne Einführung einer neuen Regelung führt im Inland dazu, dass de facto ein Moratorium für alle neuen Projekte entstanden ist. Vor diesem Problem stehen weder die Klinik Sankt Josef noch das Sankt Nikolaus Hospital. Durch die Übernahme und Ausgestaltung der Zuständigkeit durch die DG wird es dem Sankt Nikolaus Hospital ermöglicht, noch in diesem Jahr sein nächstes Projekt in Angriff zu

nehmen. Mehrmals habe ich in diesem Parlament darauf hingewiesen, dass es höchste Zeit wird, eine Lösung u.a. für die Geriatrie und das Hauptgebäude zu finden. Zum Bauprojekt in Eupen fanden seit meinem Amtsantritt zahlreiche Gespräche statt, um das Projekt auf den Weg zu bringen. Der letzte Teil der Infrastrukturarbeiten in Eupen stammte aus einem Masterplan aus dem Jahr 1997 – das ist 19 Jahre her - und musste auf den neuesten Stand gebracht werden.

Eine weiterer Vorteil für die Träger in der DG wird es sein, dass künftig der Erwerb von Grundstücken durch die DG zuschussfähig sein wird. Das ist eine Unterstützung, die es bisher noch nicht gab und die bisher durch die neue Regelung nur in der DG geschaffen wird.

Auch im Bereich der Instandsetzungsarbeiten werden wir das System der Berechnung der Finanzierung anhand komplizierter Verteilungsschlüssel abschaffen. Auch hier setzen wir auf Verwaltungsvereinfachung und Finanzierungssicherheit durch die Einführung eines jährlichen Zuschusses für alle Bereiche eines Krankenhauses – unabhängig von der Nutzung. Der Gesamtbetrag pro Krankenhaus, der im Rahmen der verfügbaren Mitteln zur Verfügung gestellt wird, soll als Pauschalbetrag zur Absicherung der Bausubstanz dienen. Die Pauschale soll monatlich ausgezahlt werden. Die Krankenhäuser werden also nicht mehr wie früher je nach Art der Arbeit 10 bzw. 33 Jahre abwarten, ehe die letzte Tranche ausbezahlt wurde.

Bei der Ausstattung der Krankenhäuser gab es bisher eine ähnliche Vorgehensweise wie für die Bau- und Instandsetzungsarbeiten. Wir machen auch hier keine Unterscheidung zwischen Hospi- und medizinisch-technischen Bereichen, sondern übernehmen, ähnlich wie das auch in den anderen Bereichen des Infrastrukturdekrets, 60% der Ausstattungskosten. Hier sehen wir allerdings vor, dass die Krankenhäuser in Eupen und Sankt Vith jährlich einen gemeinsamen Investitionsplan einreichen. Hiermit soll sichergestellt werden, dass die Krankenhäuser zusammenarbeiten und ressourcen- sowie bedarfsorientiert Anschaffungen tätigen.

Für die Ausstattungskosten sieht die Regierung der DG in ihrem Haushalt 2016 1,5 Millionen Euro vor. Es findet somit keine Reduzierung der finanziellen Unterstützung statt.

Die Zusammenarbeit ist ein wichtiger Aspekt unserer Krankenhauspolitik. Gleich nach meinem Amtsantritt habe ich deshalb das Gespräch mit beiden Trägern gesucht, um die Kooperation zwischen Eupen und Sankt Vith untereinander und mit einem 3. Partner anzustoßen. Die Deutschsprachige Gemeinschaft hat als Begleiter viel Geld und Zeit in diese Bemühungen investiert, obschon wir für diesen Bereich nicht zuständig sind. Unser Handeln führe ich auf die gemeinschaftspolitische Bedeutung der Krankenhäuser zurück. Wir brauchen auch in Zukunft eine medizinische Grundversorgung möglichst in deutscher Sprache und in vertretbarer Nähe. Deshalb hält die Regierung weiterhin an beiden Standorten fest. Doch das können die Krankenhäuser nicht alleine

bewerkstelligen. Dafür brauchen sie einander und einen 3. Partner. Im vergangenen Jahr haben beide Träger große Fortschritte in die richtige Richtung gemacht. Dafür verdienen alle Akteure in den Krankenhäusern die volle Anerkennung der Deutschsprachigen Gemeinschaft – ob die Direktion, die Pflegedienstleitung, der Ärzterat, die Arbeitnehmervertretungen sowie die Trägergemeinden und alle anderen Akteure wie Krankenkassen oder Dekanatsvertreter.

Doch wir stehen noch am Anfang einer langen Reise. Diese Bemühungen müssen intensiviert werden. Die Regierung ist weiterhin bereit, Zeit und Finanzmittel in die Vertiefung dieser Zusammenarbeit zu investieren. Außerdem werden wir auch dort, wo wir zuständig sind, alles daran setzen, um die Synergien voranzutreiben. Das wird sich auch in der Infrastrukturpolitik bemerkbar machen. Im Ausführungserlass der Regierung werde ich Mindestvorgaben für die Bezuschussung der Projekte definieren. Zu diesen Mindestvorgaben werden die bekannten Maßnahmen zur Absicherung der Krankenhausversorgung gehören, die ich ausführlich unter anderem in der Sitzung des Ausschusses IV vom 25. März 2015 vorgestellt habe und seitdem mehrfach wiederholt habe:

- Schaffung gemeinsamer Verwaltungsdienste und medizinischer Unterstützungsdienste
- Schaffung geteilter Dienste im medizinischen Bereich, die eher eine Mobilität der Fachleute und nicht der Patienten zur Folge haben sollen.
- Schaffung einer gemeinsamen Governance-Struktur zur Verwaltung der Partnerschaft zwischen den beiden Standorten.
- Wahl eines gemeinsamen Referenzpartnerkrankenhauses für alle Leistungen, die unsere Krankenhäuser nicht selbst erbringen können und wodurch somit ein Mehrwert geschaffen wird.

Das letzte Ziel ist durch die Wahl des Partnerkrankenhauses CHC aus Lüttich zum Teil erfüllt. In den nächsten Monaten muss der Vertrag mit Leben gefüllt werden. Außerdem steht dieses Jahr das Projekt der gemeinsamen Dienste an.

All diese Ziele sind Mindestvorgaben für eine Beteiligung der Deutschsprachigen Gemeinschaft bei künftigen Infrastrukturmaßnahmen. All diese Ziele sind inzwischen sogar Teil der Politik der föderalen Gesundheitsministerin Maggie De Block und somit ohnehin zwingend notwendig, um den Betrieb der Krankenhäuser in der DG und in Belgien weiterhin aufrechterhalten zu können.

Die Deutschsprachige Gemeinschaft wird jedenfalls auch in Zukunft ein verlässlicher Partner für die Träger der beiden Krankenhäuser in der DG sein. Mit dem vorliegenden Programmdekret untermauern wir diese Absicht und setzen unsere Autonomie zum Wohle der Patientinnen und Patienten in der DG ein.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!