



Stellungnahme
der
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW)
zum
Gesetzentwurf der Landesregierung
**Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes
Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW)**
LT-Drucksache 14/3958

Düsseldorf, Juni 2007

<u>Inhaltsverzeichnis</u>	Seite
Kernaussagen	3-4
A. Allgemeines	5-8
B. Besonderer Teil	9-27
§ 1 KHGG NRW (Grundsatz)	9-10
§ 2 KHGG NRW (Krankenhausleistungen) und § 7 KHGG NRW (Zusammenarbeit der Krankenhäuser)	10-12
§ 3 KHGG NRW (Pflege und Betreuung der Patientinnen und Patienten, Nichtraucherchutz)	12-13
§ 7 KHGG NRW (Zusammenarbeit der Krankenhäuser)	13
§ 8 KHGG NRW (Zentraler Bettennachweis, Großschadensereignisse)	13-15
§ 10 KHGG NRW (Krankenhausplan)	15
§ 12 KHGG NRW (Regionale Planungskonzepte)	15-16
§ 13 KHGG NRW (Beteiligte an der Krankenhausversorgung)	16-18
§ 14 KHGG NRW (Feststellungen im Krankenhausplan)	18-19
§ 15 KHGG NRW (Förderungsgrundsätze)	19
§ 17 KHGG NRW (Einzelförderung)	20-21
§ 20 KHGG NRW (Bewilligung der Einzelförderung, Zuschussformen)	21-22
§ 21 KHGG NRW (Pauschale Förderung)	22-25
§ 22 KHGG NRW (Besondere Beträge, Ausgleichszahlungen)	25
§ 23 KHGG NRW (Förderung der Nutzung von Anlagegütern)	26
§ 29 KHGG NRW (Ärztlicher und psychotherapeutischer Dienst)	26-27
§ 30 KHGG NRW (Struktur der kommunalen Krankenhäuser)	27

Kernaussagen der Stellungnahme

- Als ein Kernbereich der Gesundheitswirtschaft sehen die nordrhein-westfälischen Krankenhäuser in dem vorliegenden Gesetzentwurf eines Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW) ein zentrales politisches Projekt mit herausragender wirtschafts- und arbeitsmarktpolitischer Bedeutung für das Land NRW.
- Die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) begrüßt ausdrücklich das Ziel der Landesregierung, das sich schon im Namen des Gesetzes – „Krankenhaus**gestaltungsgesetz**“ – widerspiegelt, die nordrhein-westfälische Krankenhauslandschaft zukünftig nicht mehr detailreich zu regeln, sondern so zu gestalten, dass die Krankenhäuser weitestgehend eigenständig handeln können. Die KGNW teilt hierbei die Auffassung der Landesregierung, die Letztverantwortung in der Krankenhausplanung liege weiterhin beim Land.
- Durch die Straffung und Streichung einer Vielzahl von Regelungen trägt die Landesregierung zu einer Entbürokratisierung und zu einer Reduzierung von Überregulierungen im Krankenhausbereich bei. Der Krankenhausträger vor Ort kann zum Beispiel am besten abschätzen, welche Organisationsabläufe für seinen Krankenhausbetrieb am zweckmäßigsten sind. Hierzu benötigt er keine gesetzlichen Vorgaben.
- Positiv bewerten wir auch die von der Landesregierung vorgesehene grundlegende Zielrichtung bei der Überarbeitung der Planungskriterien. Hier soll zukünftig auf die bisherige Detailplanung zu Gunsten einer Rahmenplanung verzichtet werden sowie die Schwerpunkt- und Teilgebietplanung wegfallen. Die damit verbundene Erweiterung der Gestaltungsspielräume der Krankenhäuser begrüßt die KGNW ausdrücklich. Dennoch liegt aus Sicht der KGNW die Letztverantwortung der Schwerpunktfestlegungen weiterhin beim Land.
- Die bundespolitischen Neuregelungen im SGB V zur Überwindung der Sektorengrenzen stationär/ambulant müssen auf der Landesebene konsequent umgesetzt und das Krankenhaus somit zum Gesundheitszentrum weiterentwickelt werden.
- Die Rolle der Ärztekammern, als ständige Gäste und neutrale Sachverständige im Landesausschuss für Krankenhausplanung mitzuwirken, hat sich im Rahmen der

Krankenhausplanung des Landes Nordrhein-Westfalen hervorragend bewährt. Die vorgesehene Änderung macht die Ärztekammern zur „Partei“, verursacht somit eine deutliche Rollenunklarheit und beinhaltet die Gefahr, dass dies entsprechende Forderungen auch bei anderen im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen auslöst. Im Übrigen ist die Neutralität unseres Erachtens ebenfalls eine wichtige Voraussetzung für die aktive Rolle der Ärztekammern im Rahmen der Qualitätssicherung als Betreiber der Projektgeschäftsstellen im Auftrag der Selbstverwaltungspartner.

- Die von der Landesregierung verfolgte Abkehr einer Bemessung der pauschalen Fördermittel allein anhand der Zahl der Planbetten trägt die KGNW grundsätzlich mit. Wir haben diesen Prozess aktiv begleitet und sind weiter bereit, an interessengerechten Lösungen mitzuwirken. Wir fordern aber, dass es bei einer Umstellung auf neue Förderparameter zu keinen massiven Ungerechtigkeiten für die Krankenhäuser kommt. Denn das geplante System mit reinem Bezug auf den Case-mix ist noch nicht ausgereift und ausgewogen genug.

Aus Sicht der KGNW kommt als Korrekturfaktor die Ableitung des DRG-bezogenen Investitionsbedarfs als Lösung in Frage. Deshalb fordern wir das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW (MAGS) auf, ein dafür notwendiges wissenschaftliches Gutachten in Auftrag zu geben, um im Wege der Kalkulation/Nachkalkulation von ausgewählten DRGs (Tracer-DRGs) oder gegebenenfalls einer vollständigen Einbeziehung aller DRGs den Werteverzehr und damit den Investitionsbedarf für jede einzelne DRG zu ermitteln, damit für die Umstellung der Pauschalförderung ein fachlich valides Fundament gelegt wird.

Um die Umsetzung des KHGG NRW in dieser wichtigen Frage nicht zu verzögern, wäre für die Übergangszeit von einem Jahr (2008) mittels eines linearen Verlustausgleiches sicherzustellen, dass kein Krankenhaus mehr als zehn Prozent der Fördermittel verliert, die ihm im Vorjahr ausgezahlt worden sind.

- Die KGNW spricht sich entschieden gegen eine Verteilung der pauschalen Fördermittel durch eine Rechtsverordnung aus. Hierdurch besteht die Gefahr einer pauschalen Förderung unserer Krankenhäuser nach Kassenlage. Die haushälterische Verantwortung für die Verteilung der für die Krankenhäuser enorm wichtigen pauschalen Fördermittel sollte aus Sicht der KGNW nicht auf die Exekutive verlagert und somit der parlamentarischen Kontrolle entzogen werden. Eine direkte Verankerung der pauschalen Förderung im KHGG NRW ist daher vonnöten.

A. Allgemeines

Das Gesundheitswesen in Nordrhein-Westfalen (NRW) hat sich zu einer Branche mit erheblichem Wachstums- und Innovationspotential entwickelt. In NRW arbeiten nach neuesten Berechnungen über eine Million Menschen in der Gesundheitswirtschaft. Im Gesundheitswesen können nach Schätzung des Gelsenkirchener Instituts für Arbeit und Technik in NRW bis 2015 zwischen 90.000 und 200.000 zusätzliche Arbeitsplätze entstehen.

Der Kernbereich der Gesundheitswirtschaft in NRW ist der Krankenhaussektor mit seinen 444 Krankenhäusern, die einen Jahresumsatz von ca. 13 Milliarden Euro erwirtschaften. Mit rund 230.000 Beschäftigten sind die Kliniken einer der bedeutendsten Arbeitgeber in Nordrhein-Westfalen. Die Krankenhäuser in NRW beschäftigen z. B. jeweils mehr Menschen als das Versicherungsgewerbe und die Automobilbranche. Mit 18.000 Auszubildenden nehmen die Kliniken auch ihre gesellschaftliche Verantwortung für die Ausbildung wahr.

Diese hohen Wachstums- und Beschäftigungspotentiale des Krankenhausbereichs werden aber durch die Budgetierung der Krankeneinnahmen ausgebremst. Die Bindung der Entwicklung der Krankenhausbudgets an die Steigerungsrate der Einnahmen der gesetzlichen Krankenkassen (im Jahr 2007: 0,28 %!) hat zu real sinkenden Budgets geführt.

Die Gesundheitsreform verschärft den Druck auf die Krankenhäuser. Der Sanierungsbeitrag der Krankenhäuser für die Krankenkassen im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz belastet die Kliniken in NRW in 2007 mit rund 100 Millionen Euro. Zusammen mit den Belastungen aus dem Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz haben die Krankenhäuser in NRW im Jahre 2007 rund 180 Millionen Euro weniger für die Patientenversorgung zur Verfügung.

Insgesamt kommt auf die Krankenhäuser, gleich welcher Trägerschaft, infolge der Gesundheitsreform, der Tarifabschlüsse, der Mehrwertsteuererhöhung sowie der Abschaffung der Bereitschaftsdienste durch das Arbeitszeitgesetz etc. eine historische Kostenbelastung in Höhe von mindestens fünf bis sechs Prozent ihres Budgets zu.

Dass diese Kostendämpfungspolitik richtig sei, weil die Krankenhäuser angeblich Kostentreiber und größter Ausgabenblock im Gesundheitswesen seien, wird u. a. durch eine aktuelle McKinsey-Studie zur „Perspektive der Krankenhausversorgung in Deutschland“ widerlegt. Den deutschen Krankenhäusern wird hier vielmehr bescheinigt, dass sie im

internationalen Vergleich der Industriestaaten überdurchschnittlich effizient und kostengünstig wirtschaften.

Der vorliegende Gesetzentwurf eines Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW) wird vor dem Hintergrund dieser Rahmendaten zu einem zentralen politischen Projekt mit herausragender Bedeutung für unser NRW.

Die Landesregierung verfolgt das Ziel, den bisher aufgrund detaillierter gesetzlicher Planungsvorgaben sehr engen Handlungsspielraum unserer nordrhein-westfälischen Krankenhäuser zu erweitern und bürokratische Fesseln abzulegen. Das Land gibt zukünftig nur noch den Rahmen der Krankenhausplanung vor, die konkrete Gestaltung wird von den Krankenhäusern als Leistungsanbietern sowie den Krankenkassen als Kostenträgern übernommen.

Die KGNW begrüßt ausdrücklich das Ziel der Landesregierung, das sich schon im Namen des Gesetzes – „Krankenhaus**gestaltung**sgesetz“ – widerspiegelt, die nordrhein-westfälische Krankenhauslandschaft zukünftig nicht mehr detailreich zu regeln, sondern so zu gestalten, dass die Krankenhäuser weitestgehend eigenständig handeln können. Die KGNW teilt hierbei die Auffassung der Landesregierung, die Letztverantwortung in der Krankenhausplanung liege weiterhin beim Land.

Unsere Krankenhäuser wollen nicht länger in einer bis ins kleinste Detail gesetzlich geregelten Krankenhausbürokratie um Luft ringen. Den Krankenhäusern muss durch Entbürokratisierung endlich mehr Luft zum Atmen gegeben werden.

Deshalb begrüßt es die KGNW ausdrücklich, wenn die Landesregierung beispielsweise durch Streichung des alten § 35 oder des § 36 Abs. 2 KHG NRW den Krankenhausträgern vor Ort überlässt, wie sie die Leitung ihrer Krankenhäuser organisieren und mit wem sie Kooperationen zur Verbesserung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung eingehen. Der Krankenhausträger vor Ort kann am besten abschätzen, welche Organisationsabläufe für seinen Krankenhausbetrieb am zweckmäßigsten sind. Hierzu benötigt er keine gesetzlichen Vorgaben.

Um unsere Krankenhäuser zu integrierten Gesundheitszentren weiterentwickeln zu können, muss die „Chinesische Mauer“ zwischen ambulantem und stationärem Sektor weiter abgetragen werden. Der politische Wunsch nach Überwindung der Sektorengrenzen findet sich auf Bundesebene z.B. in den Regelungen zur integrierten Versorgung nach § 140 a ff.

SGB V, den Möglichkeiten zur Gründung sogenannter Medizinischer Versorgungszentren nach § 95 SGB V, dem ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V sowie bei der Neuregelung zu den hochspezialisierten ambulanten Leistungen nach § 116 b SGB V. Bei der Zulassung der Krankenhäuser zur Erbringung von hochspezialisierten ambulanten Leistungen ist nun die Landesregierung gefordert, dies so schnell wie möglich umzusetzen. Aus Sicht der KGNW müsste diesen Entwicklungen hin zur Verzahnung von stationärer und ambulanter Versorgung noch stärker Rechnung getragen werden.

Ein Kernstück des KHGG NRW ist die Neuregelung der pauschalen Förderung. Die von der Landesregierung verfolgte Abkehr einer Bemessung der pauschalen Fördermittel allein anhand der Zahl der Planbetten hat die KGNW aktiv mitbegleitet und ist auch weiter bereit an sachgerechten Lösungen mitzuwirken.

Kritisch bewertet die KGNW jedoch das Vorhaben der Landesregierung, dass unabhängig von ihrem Inhalt die Neuregelung bezüglich der pauschalen Förderung zukünftig in einer Verordnung geregelt und mittels einer Verordnungsermächtigung im Gesetz verankert werden soll. Die in der Gesetzesbegründung angesprochene „größere Flexibilität, falschen Anreizen verfahrenstechnisch leichter entgegenwirken zu können“, birgt aus Sicht der KGNW die Gefahr, dass ohne parlamentarische Kontrolle Änderungen zu Lasten der Krankenhäuser sehr schnell aufgenommen werden können. Konkret besteht die Gefahr einer pauschalen Förderung unserer Krankenhäuser nach Kassenlage.

Unsere Krankenhäuser brauchen aber konkrete Planungssicherheit hinsichtlich der Höhe der pauschalen Fördermittel. Vor dem Hintergrund des ohnehin zu geringen Fördervolumens – derzeit 300 Millionen Euro pro Jahr – wäre es für das einzelne Krankenhaus fatal, könnte es sich nicht zumindest mittelfristig auf gleich bleibende oder steigende Fördersätze einstellen. Langfristige Strategieentscheidungen würden dadurch erheblich erschwert werden. Die KGNW fordert deshalb nachdrücklich eine direkte Verankerung der pauschalen Förderung im KHGG NRW. Bei einer etwaigen Veränderung der Bemessungsgrundlage und der Verteilungsschlüssel muss auch zukünftig das parlamentarische Gesetzgebungsverfahren eingehalten werden.

Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Krankenhäuser in NRW durch den immensen Investitionsstau bereits eine Sonderbelastung zu schultern haben. Nordrhein-Westfalen bildet bei der Krankenhausförderung (Einzel- und Pauschalförderung) nach Analysen von Dr. Ernst Bruckenberger im Zeitraum von 1972 bis 2005 mit 136.064 Euro pro Bett das Schlusslicht aller Bundesländer. Der bundesweite Durchschnitt liegt bei 181.856

Euro pro Bett. Im Vergleich zur Förderung in Bayern ist damit seit 1972 ein Investitionsstau von 14,6 Milliarden Euro in NRW aufgelaufen. Das sind circa 32 Millionen Euro pro Krankenhaus.

Gleichwohl haben die NRW-Krankenhäuser erfreut zur Kenntnis genommen, dass der Bewilligungsstopp für Neuinvestitionen des Jahres 2006 im aktuellen Haushaltsjahr 2007 zumindest teilweise wieder aufgehoben wurde.

Im Rahmen des Investitionsprogramms 2007 hat das MAGS neue Kriterien der Mittelvergabe entwickelt, an deren Ausarbeitung die KGNW als an der Krankenhausversorgung Beteiligte hätte mitwirken müssen. Die gewählten Förderkriterien sind aus Sicht der KGNW in weiten Teilen nicht sachgerecht und nicht tauglich, das gewünschte transparente und nachvollziehbare Verfahren zu gewährleisten (siehe KGNW-Stellungnahme zur Anhörung des Haushalts- und Finanzausschusses am 19.10.2006).

Die KGNW hat in einem Gespräch im MAGS am 19.10.2006 zur Kenntnis genommen, dass der Minister trotz der Kritik der KGNW an den neuen Kriterien zum Investitionsprogramm 2007 zunächst keinen Änderungsbedarf sieht und erst Erfahrungen damit sammeln möchte. Die Umsetzung und die Auswirkungen dieser neuen Kriterien werden von der KGNW kritisch beobachtet und sollen auf der Grundlage dieser Erfahrungen verabredungsgemäß in einen konstruktiven Dialog mit dem MAGS im Landesausschuss für Krankenhausplanung münden.

Im Weiteren ist festzustellen, dass das Ziel des Gesetzgebers, durch das KHGG NRW die Krankenhauslandschaft zu entbürokratisieren und zukunftsfähig zu gestalten, an einigen Stellen nicht mit dem Text des Gesetzes und seiner Begründung übereinstimmt. Mit der vorliegenden Stellungnahme möchte die KGNW unter anderem diese Widersprüche herausarbeiten und einzelne Paragraphen kritisch und konstruktiv beleuchten.

B. Besonderer Teil

Zu den folgenden Paragraphen des Gesetzentwurfes der Landesregierung nimmt die KGNW Stellung:

Zu § 1 KHGG NRW (Grundsatz)

Sicherstellungsauftrag des Landes

Die KGNW schließt sich der Auffassung der Landesregierung, die Sicherstellung einer patienten- und bedarfsgerecht gestuften wohnortnahen Krankenhausversorgung der Bevölkerung sei eine öffentliche Aufgabe des Landes, welche in § 1 KHGG NRW und der entsprechenden Passage der Gesetzesbegründung Niederschlag gefunden hat, ausdrücklich an. Dem Land obliegt insoweit die Letztverantwortung für die Gesundheitsversorgung durch Krankenhäuser. Die Trägervielfalt stellt in diesem Rahmen einen eigenständigen Wert dar. Die Grundprinzipien eines solidarischen Gesundheitswesens und die sozialstaatliche Verpflichtung zur Daseinsvorsorge sind aus Sicht der KGNW nicht delegierbar. Nur der Staat und seine Organe verfügen über die ausreichende demokratische Legitimation und allgemeinwohlorientierte Versorgungsverantwortung, um die flächendeckende Versorgung in dem Kernbereich der medizinischen Daseinsvorsorge sicherzustellen. Der Gefahr einer Industrialisierung der Patientenversorgung kann nur auf diese Weise vorgebeugt werden.

Krankenhaus als Gesundheitszentrum

Die KGNW spricht sich für eine Ergänzung des § 1 Abs. 1 KHGG NRW um einen Satz 3 aus. Dieser Satz sollte wie folgt lauten:

„Den Krankenhäusern wird dabei ermöglicht, im Sinne einer wirtschaftlichen Ressourcennutzung im Rahmen der bundesgesetzlich zugelassenen Möglichkeiten als Gesundheitszentren eine qualitativ hochwertige Versorgung mit Gesundheitsleistungen sicherzustellen.“

Als Begründung einer dementsprechenden Gesetzesänderung könnte folgende Textpassage herangezogen werden:

„In zahlreichen Gesetzesänderungen hat der Bundesgesetzgeber im Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) Gesetzliche Krankenversicherung vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I Seite 2477) den Krankenhausbereich für die ambulante Leistungserbringung in einzelnen Bereichen geöffnet. Verschiedene Formen der

Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten, beispielsweise im Rahmen der integrierten Versorgung gemäß §§ 140 a ff. SGB V, wurden geschaffen. Im Rahmen dieser bundesgesetzlich zugelassenen Möglichkeiten wird den Krankenhäusern ermöglicht, sich zu „Gesundheitszentren“ für eine bedarfs- und patientengerechte Gesundheitsversorgung der Bevölkerung weiterzuentwickeln. Die Krankenhausförderung ist hier akzessorisch zu den bundesgesetzlich zugelassenen Krankenhausleistungen.“

Zu § 2 KHGG NRW (Krankenhausleistungen) und § 7 KHGG NRW (Zusammenarbeit der Krankenhäuser)

Verankerung der Organspende im KHGG NRW

Die KGNW muss mit Sorge feststellen, dass in unserem Bundesland zurzeit eine zu geringe Anzahl an Organen entnommen wird und Nordrhein-Westfalen im Ländervergleich Schlusslicht bei der Organtransplantation ist. Über diese Situation sowie die Notwendigkeit und Verpflichtung der Krankenhäuser zur Zusammenarbeit mit der Koordinierungsstelle bei der Organentnahme gemäß § 11 Transplantationsgesetz (TPG) hat die KGNW ihre Mitgliedskrankenhäuser informiert.

Aus Sicht der KGNW beruht die zu geringe Anzahl an Organentnahmen in unserem Bundesland nicht auf fehlenden gesetzlichen Regelungen hinsichtlich der Zusammenarbeit der Krankenhäuser bei der Organentnahme mit der Koordinierungsstelle. Ausreichende und detaillierte Regelungen hierzu finden sich im TPG, insbesondere in § 11 TPG. Unseres Erachtens beruht die zu geringe Anzahl an Organentnahmen vielmehr darauf, dass sich insbesondere in der Identifikation möglicher Organspender, in der Hirntodfeststellung sowie im Angehörigengespräch Optimierungspotentiale finden. Das MAGS, die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO), die KGNW und weitere Beteiligte an der Organtransplantation haben sich dieses Problems bereits angenommen und diesbezüglich Informationsveranstaltungen organisiert, um die Krankenhäuser über ihre Pflichten und Möglichkeiten bei der Organentnahme im Sinne des TPG aufzuklären und zu informieren. Vor dem Hintergrund, dass diese Veranstaltungen von unseren Krankenhäusern – auch aufgrund des persönlichen Engagements von Herrn Minister Laumann – sehr positiv aufgenommen worden sind, ist es aus Sicht der KGNW angezeigt, diese Bemühungen fortzuführen und zu intensivieren. Erste Verbesserungen haben sich ausweislich der Presseinformationen der DSO vom 26.01.2007 und 16.04.2007, in welchen verlautbart wurde, dass die Zahl der Organentnahmen in NRW im Jahr 2006 gegenüber dem Vorjahr angestiegen ist, bereits eingestellt; wenn auch noch nicht in einem zufriedenstellenden Maße. Die KGNW ist hier sehr zuversichtlich, dass sich in naher Zukunft weitergehende

Erfolge dieser Bemühungen zeigen werden und sich die Organentnahmesituation in unserem Bundesland zum Wohle der Patienten verbessern wird.

Im Gesetzesentwurf der Landesregierung ist vorgesehen, folgenden § 2 Abs. 1 Satz 4 KHGG NRW aufzunehmen:

„Zu den Krankenhausleistungen nach Satz 1 zählen auch die festgestellten stationären Angebote der besonderen Therapieeinrichtungen und die aktive Mitwirkung bei der Organspende.“

Die Gesetzesbegründung zu § 2 KHGG NRW besagt, dass *„die Mitwirkung bei der Organspende zum Versorgungsauftrag aller Krankenhäuser (gehört)“*.

§ 7 Abs. 1 KHGG NRW soll folgenden Satz 4 enthalten:

„Die Krankenhäuser mit Intensiv- und Beatmungsbetten treffen mit der Koordinierungsstelle gemäß § 11 Transplantationsgesetz vom 5. November 1997 (BGBl. I S. 2631) in der jeweils geltenden Fassung eine verbindliche Vereinbarung über Art und Umfang der Zusammenarbeit bei Organentnahmen.“

Eine Erläuterung zu der vorbezeichneten Regelung wurde nicht in die Gesetzesbegründung aufgenommen.

Seitens der KGNW bestehen rechtliche Bedenken hinsichtlich der Kompetenz des Landes, Regelungen in Bezug auf die Organspende zu treffen. Gemäß Artikel 72 Abs. 1, 74 Abs. 1 Nr. 26 GG besteht eine konkurrierende Gesetzgebungskompetenz in Bezug auf Regelungen zur Transplantation von Organen, Geweben und Zellen. Von dieser Gesetzgebungskompetenz hat der Bund durch Verabschiedung des TPG Gebrauch gemacht. Das Land sollte hier prüfen, ob es eine Kompetenz zum Erlass derartiger Vorschriften hat. Aus Sicht der KGNW besteht diese nicht.

Zudem gehört die Organspende nicht – wie in der Gesetzesbegründung ausgeführt – zum Versorgungsauftrag aller Krankenhäuser. Die Pflichten der Krankenhäuser aus dem TPG, also auch die Mitwirkung bei der Organspende, stehen neben dem Versorgungsauftrag des einzelnen Krankenhauses. Gehörte die Mitwirkung bei der Organspende schon zum Versorgungsauftrag des Krankenhauses, hätte es der entsprechenden Regelungen im TPG nicht bedurft.

Aufgrund obiger Erwägungen sowie der bereits im TPG normierten Verpflichtung der Krankenhäuser zur Mitwirkung an der Organspende spricht sich die KGNW alternativ für eine Verankerung der Organspende im KHGG NRW in Form einer Verdeutlichung dahingehend aus, dass die Organspende eine gesellschaftsübergreifende Gemeinschaftsaufgabe ist, im Rahmen derer die Krankenhäuser eine sehr wichtige, aktive Rolle einnehmen und dementsprechend auszufüllen haben. § 3 KHGG NRW, der in besonderer Weise den Patienten in den Blickpunkt des Krankenhaushandelns rückt, sollte daher zusätzlich folgenden Absatz erhalten:

„() Die Krankenhäuser wirken aktiv bei der Organtransplantation mit. Sie nutzen hierbei alle vom Transplantationsgesetz vom 5. November 1997 (BGBl. I S. 2631) vorgesehenen Möglichkeiten, insbesondere jene der Zusammenarbeit mit der Koordinierungsstelle.“

Als Begründung einer Gesetzesänderung könnte folgende Textpassage herangezogen werden:

„Die Organspende ist eine gesellschaftsübergreifende Gemeinschaftsaufgabe, bei welcher insbesondere den Krankenhäusern eine aktive Rolle zukommt. Um diese Rolle entsprechend wahrzunehmen, haben die Krankenhäuser alle in § 11 Transplantationsgesetz vom 5. November 1997 (BGBl. I S. 2631) vorgegebenen Maßnahmen umzusetzen. Dabei ist insbesondere die Zusammenarbeit mit der Koordinierungsstelle von besonderer Bedeutung, um mögliche Spenderorgane unverzüglich zu identifizieren.“

Zu § 3 KHGG NRW (Pflege und Betreuung der Patientinnen und Patienten, Nichtrauchererschutz)

Würde sterbender Patientinnen und Patienten

Die Würde des (sterbenden) Menschen (Artikel 1 Abs. 1 GG) ist das höchste Verfassungsgut der Bundesrepublik Deutschland. Für die Krankenhäuser steht immer der Mensch im Mittelpunkt allen Handelns. Der Unantastbarkeit der Würde des (sterbenden) Menschen auch über den Tod hinaus fühlen sich die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen besonders verpflichtet. Die KGNW ist deshalb der Ansicht, dass § 3 Abs. 3 KHGG NRW, der die Achtung der Würde sterbender Patientinnen und Patienten normiert, gesetzessystematisch entweder als eigenständiger Paragraph oder zumindest als erster Absatz vor der Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse und dem Nichtrauchererschutz geregelt werden

sollte. Der Achtung der Würde sterbender Menschen würde so auch im Gesetz besondere Bedeutung verliehen.

Zu § 7 KHGG NRW (Zusammenarbeit der Krankenhäuser)

Zusammenschlüsse von Krankenhäusern

Die KGNW begrüßt ausdrücklich, dass durch die Streichung des Wortes „grundsätzlich“ in § 7 Abs. 2 KHGG NRW (§ 10 Abs. 3 KHG NRW) Zusammenschlüsse und Kooperationen in der Gesundheitsversorgung erleichtert werden sollen.

Dieses vom Gesetzgeber verfolgte Ziel wird jedoch für die kommunalen Krankenhäuser durch die geplante Verschärfung der wirtschaftlichen Betätigung von Gemeinden in § 107 Gemeindeordnung Nordrhein-Westfalen (GO NRW) zumindest zum Teil konterkariert. § 7 Abs. 2 KHGG NRW und § 107 GO NRW widersprechen sich in dieser Hinsicht, soweit es um kommunale Krankenhäuser geht. Auf diesen Widerspruch hat die KGNW auch Herrn Ministerpräsidenten Dr. Rüttgers in einer Stellungnahme vom 27. März 2007 hingewiesen und einen entsprechenden Änderungsvorschlag zu § 107 GO NRW unterbreitet (**Anlage 1**).

Aus Sicht der KGNW müsste allen Krankenhäusern dieselben Chancen und „Startbedingungen“ im Wettbewerb um die beste Qualität in der Patientenversorgung eingeräumt werden. Nur so kann die Trägervielfalt als eigenständiger Wert der Krankenhausversorgung in unserem Bundesland auf Dauer gewährleistet bleiben. Die KGNW spricht sich deshalb gegen die vorgesehene Verschärfung des § 107 GO NRW für die kommunalen Krankenhäuser aus.

Zu § 8 KHGG NRW (Zentraler Bettennachweis, Großschadensereignisse)

Notfallversorgung

Um einen geregelten OP-Ablauf zu gewährleisten, ist eine gewisse Anzahl von Intensivbetten erforderlich, um im Falle möglicher Komplikationen entsprechend schnell und flexibel handeln zu können. Bei einer sehr hohen OP-Auslastung eines Krankenhauses zu Spitzenzeiten kann es vorkommen, dass sämtliche Intensivbetten eines Krankenhauses belegt sind oder für laufende Operationen zur Intensivtherapie freigehalten werden müssen. Zudem ist in einigen Kreisen Nordrhein-Westfalens die Anzahl von Intensivbetten noch zu gering, da diesbezüglich laufende regionale Planungsverfahren noch nicht abgeschlossen sind. Somit ist es den Krankenhäusern überhaupt nicht möglich, bei einer entsprechenden Vollbelegung – je nach Schwere eines Notfalls – Patienten aufzunehmen, die gegebenenfalls eine intensivmedizinische Behandlung benötigen. Darüber hinaus kann auch bei einer Vollausslastung der personellen Ressourcen beispielsweise eine sofort erforderliche operative

Versorgung nicht gewährleistet werden, so dass eine Notfallannahme und -behandlung nicht mehr gewährleistet werden kann.

Aus diesem Grund ist es aus Sicht der KGNW notwendig, die Passage in der Gesetzesbegründung zu § 8 Abs. 1 KHGG NRW, in der ausgeführt wird, „*dass trotz Vollbelegung Notfallannahmen und -behandlungen unverzüglich gewährleistet bleiben*“, im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens für gestrichen zu erklären.

In der Gesetzesbegründung zum bisherigen § 11 Abs. 1 KHG NRW war diesbezüglich ausgeführt:

„Das sog. „Abmelden“ der Krankenhäuser, d. h. die Mitteilung an die Rettungsleitstelle, dass eine Notfallaufnahme nicht mehr möglich ist, ist so zu regeln, dass in jedem Fall Krankenhäuser zu bestimmen sind, die auch bei Vollbelegung Notfallaufnahmen in jedem Fall zu gewährleisten haben.“

Vor dem Hintergrund, dass für die Krankenhäuser im Hinblick auf die Anzahl von Intensivbetten eine andere Vorgehensweise zum Teil überhaupt nicht möglich ist, muss die Gesetzesbegründung in ihrer alten Fassung noch einmal klarstellend im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens herangezogen werden.

Aus Sicht der KGNW obliegt es dem Land, die Kapazitätsprobleme im Zusammenhang mit der Bereitstellung einer ausreichenden Anzahl an Intensivbetten zu lösen. Durch die Streichung der alten und Aufnahme der neuen Passage in die Gesetzesbegründung darf es in dieser Fragestellung nicht zu einer haftungsrechtlichen Abwälzung der Planungsbehörde auf das einzelne Krankenhaus kommen. Das haftungsrechtliche Risiko eines diesbezüglichen Organisationsverschuldens kann nicht von den Krankenhäusern übernommen werden.

Erproben von Einsatz- und Alarmplänen

§ 8 Abs. 2 KHGG NRW soll dahingehend ergänzt werden, dass die Krankenhäuser Einsatz- und Alarmpläne nicht nur aufzustellen und mit der zuständigen Behörde abzustimmen, sondern auch in angemessenen Abständen zu erproben haben. Aus Sicht der KGNW bedeutet diese Ergänzung die Regelung einer Selbstverständlichkeit, welche ausweislich der Gesetzesbegründung nicht mehr explizit geregelt werden sollte.

Für die Krankenhäuser ist die regelmäßige Erprobung ihrer Einsatz- und Alarmpläne schon unter haftungsrechtlichen Gesichtspunkten eine Selbstverständlichkeit. Dass die Erprobung von Einsatz- und Alarmplänen auch für Großschadensereignisse funktioniert, zeigen nicht zuletzt die Erfahrungen, die mit derartigen Übungen im Vorfeld der Fußball-Weltmeisterschaft und des Papst-Besuches im vorigen Jahr gesammelt werden konnten.

Zu § 10 KHGG NRW (Krankenhausplan)

Schwerpunktfestlegungen

Nachdem die Schwerpunktfestlegungen ersatzlos aus dem notwendigen Inhalt des Krankenhausplans gestrichen wurden, „obliegt“ dem Landesausschuss für Krankenhausplanung die Entscheidung über eine Fortsetzung der Festlegung der Schwerpunkte. Insoweit liegt aus Sicht der KGNW die Letztverantwortung der Schwerpunktfestlegungen dennoch weiterhin beim Land. Deshalb ist es notwendig, eine entsprechende Klarstellung zu dieser Vorschrift im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens einzubringen.

Zu § 12 KHGG NRW (Regionale Planungskonzepte)

Teilgebieteplanung

Das Ministerium legt zukünftig „Gebiete, Gesamtplan, Bettenzahl und Gesamtbehandlungskapazitäten“ auf der Grundlage der Rahmenvorgaben nach § 11 KHGG NRW abschließend fest. Zieht man die Änderung der Gesetzesbegründung zum § 11 KHGG NRW heran – die Gesetzesbegründung zu Abs. 1 zählt, wie es noch die entsprechende Passage der Gesetzesbegründung zum KHG vorsah, die Teilgebiete nicht mehr zu den quantitativen Eckwerten – und sieht dies im Kontext zur Änderung der Begrifflichkeiten in § 12 Abs. 1 KHGG, so wird die Teilgebieteplanung nunmehr aufgegeben. Da sich dies allerdings nicht unmittelbar der neuen Gesetzesbegründung entnehmen lässt, sollte aus Klarstellungsgründen noch einmal im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens auf diesen Umstand hingewiesen werden.

Verhandlungen über regionale Planungskonzepte

Die Zeitvorgaben zu den Verhandlungen über regionale Planungskonzepte wurden verkürzt. Dies ist grundsätzlich zu begrüßen. Die Umformulierung des § 12 Abs. 2 Satz 4 KHGG NRW in eine „Soll-Vorschrift“ kann von den Krankenhäusern allerdings nicht akzeptiert werden.

Im Sinne einer gehörigen Planungssicherheit für die nordrhein-westfälischen Krankenhäuser, müssen die Verhandlungen über regionale Planungskonzepte möglichst zügig und zeitnah abgeschlossen werden. Nur so kann ein Krankenhaus vor dem Hintergrund einer sich

wandelnden Krankenhauslandschaft individuell und flexibel sinnvolle Strategien für eine bedarfs- und patientengerechte Krankenhausversorgung entwickeln.

Aus Sicht der KGNW kann es deshalb bei der jetzigen 6-Monats-Frist bleiben, wenn im Gegenzug Planungssicherheit gewährleistet wird. Dies kann dadurch geschehen, dass die Verhandlungen über ein regionales Planungskonzept spätestens 6 Monate nach ihrer Aufnahme abzuschließen sind. Etwaige Überschreitungen dieser klar definierten Frist müssten des Weiteren gegenüber dem MAGS begründet werden. Dadurch würde ein justiziables Prüfungsrecht und auch eine Prüfungspflicht für das MAGS bei einer etwaigen Fristüberschreitung geschaffen.

„Bettenführende“ und „nicht bettenführende“ Angebote

Der Begriff der „bettenführenden Angebote“ in § 12 Abs. 3 KHGG NRW bzw. der „nicht bettenführenden Angebote“ in § 12 Abs. 4 KHGG NRW erscheint vor dem Hintergrund, dass weiterhin Abteilungen geplant werden und dieser Begriff im neuen § 14 KHGG NRW weiterhin aufgeführt wird, nicht nachvollziehbar. Auch die Gesetzesbegründung ist diesbezüglich nicht stringent. In der Begründung zu Absatz 3 ist von „bettenführenden Abteilungen“, in der Begründung zu Absatz 4 dagegen von „nicht bettenführenden Angeboten“ die Rede. Da der Begriff der „bettenführenden und nicht bettenführenden Angebote“ nicht näher definiert wird, sollte hier im Rahmen des parlamentarischen Gesetzgebungsverfahrens eine Klarstellung erfolgen.

Zu 13 KHGG NRW (Beteiligte an der Krankenhausversorgung)

Ärztetikammern als unmittelbar Beteiligte an der Krankenhausversorgung

Nach § 13 Abs. 1 Nr. 5 KHGG sollen nunmehr auch die beiden nordrhein-westfälischen Ärztekammern unmittelbar Beteiligte an der Krankenhausversorgung sein.

Hierzu heißt es in der Gesetzesbegründung:

„... Dabei sind die Ärztekammern mit ihrem medizinischen Sachverstand wichtige Ansprechpartner bei der Entscheidungsfindung. Die Ärztekammern sind vor diesem Hintergrund in den Kreis der unmittelbar Beteiligten im Landesausschuss aufgenommen worden.“

Die KGNW hat es in der Vergangenheit sehr begrüßt und geschätzt, wenn die Ärztekammern dem Landesausschuss für Krankenhausplanung mit ihrem medizinischen Sachverstand in komplexen medizinischen Fragen als Ansprechpartner zur Verfügung

standen. Auf diese Weise konnten zahlreiche komplexe und zwischen den bisherigen Mitgliedern kontrovers diskutierte Fragestellungen schnell und kompetent einer Lösung zugeführt werden, da die Ärztekammern die als mittelbar Beteiligte an der Krankenhausversorgung nach dem bisherigen § 17 Abs. 2 Nr. 2 KHG NRW Gaststatus im Landesausschuss für Krankenhausplanung besaßen als Ansprechpartner besonderes Vertrauen bei den unmittelbar Beteiligten nach Abs. 1 genossen.

Aus Sicht der KGNW besteht durch die Hereinnahme der Ärztekammern in den Kreis der unmittelbar Beteiligten der Krankenhausversorgung und damit als Partei die Gefahr, dass diese ihre Neutralität aufgeben müssen und so der medizinische Sachverstand der Ärztekammern mehr und mehr in den Hintergrund der Beratungen im Landesausschuss gedrängt wird. Der medizinische Sachverstand könnte mithin zukünftig nicht mehr in dem Maße für die Krankenhausplanung nutzbar gemacht werden, wie er es bisher konnte.

Vor diesem Hintergrund ist ebenfalls zu beachten, dass sämtliche Ärzte Pflichtmitglieder der jeweiligen Ärztekammer sind. Die Ärztekammern vertreten somit sowohl die niedergelassenen Ärzte, als auch die Krankenhausärzte. Interessenkollisionen sind an dieser Stelle bei einer Stellung als unmittelbar Beteiligte mit Sitz und Stimme nicht auszuschließen.

Darüber hinaus tragen die Ärztekammern keine Finanzierungs- und Strukturverantwortung für die Krankenhausversorgung – so sah es auch die alte Gesetzesbegründung zum KHG NRW –, so dass kein sachlicher Grund ersichtlich ist, weshalb die Ärztekammern zwingend als unmittelbar Beteiligte und damit als „Partei“ im Landesausschuss für Krankenhausplanung Sitz und Stimme erhalten sollen. Dies hätte zur Folge, dass mit den Ärztekammern zukünftig bezüglich der Rahmenvorgaben sowie hinsichtlich des Investitionsprogramms (Einzelförderung) Einvernehmen seitens des Ministeriums angestrebt werden müsste. Bezüglich der Bemessungsgrundlage und der Höhe der Pauschalbeträge für die Krankenhäuser, sowie der Abgrenzung der kurzfristigen Anlagegüter, hätten die Ärztekammern ein gleichberechtigtes Anhörungsrecht wie die Krankenhäuser und die Krankenkassen.

An dieser Bewertung hat sich auch durch die Änderung des § 38 Abs. 3 Heilberufsgesetz NRW vom 01.03.2005 nichts geändert. Den Ärztekammern obliegt zwar nun die Anerkennung der Weiterbildungsstätten und die Gliederung der Weiterbildung. Durch diese Kompetenzzuweisung haben sie jedoch aus Sicht der KGNW keine Strukturverantwortung für die Krankenhausversorgung sowie die Krankenhausplanung erhalten. Krankenhausplanung und Weiterbildung sind voneinander zu trennen. Würde dies anders

gesehen, drängte sich konsequenterweise die Frage auf, warum die Krankenhäuser nicht ein Mitspracherecht bei der Anerkennung der Weiterbildungsstätten haben.

Des Weiteren besteht durch die Hereinnahme der Ärztekammern in den Kreis der unmittelbar Beteiligten an der Krankenhausversorgung nach § 13 Abs. 1 KHGG NRW die Gefahr, dass dies Begehrlichkeiten bei anderen im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen – die ebenfalls keine Strukturverantwortung tragen – weckt. Durch eine Erweiterung der Mitgliederzahl des Landesausschusses für Krankenhausplanung, mittels der Aufnahme verschiedenster Berufsgruppen, würde eine schnelle und sachgerechte Entscheidungsfindung erheblich erschwert werden. Auf diese Weise würden Planungsprozesse zum Nachteil einer patientengerechten Krankenhausversorgung erheblich verzögert.

Vor dem beschriebenen Hintergrund spricht sich die KGNW für die Beibehaltung der Ärztekammern im Kreis der mittelbar Beteiligten (Abs. 2) an der Krankenhausversorgung aus, um dem Landesausschuss für Krankenhausplanung den von den unmittelbar Beteiligten geschätzten medizinischen Sachverstand der Ärztekammern zu erhalten.

Datenrahmen für die Planungen

Gegen die Streichung des bisherigen Satzes 3 in § 17 KHG NRW alter Fassung (§ 13 KHGG NRW), der die Datenlieferung der Krankenhausträger an die Krankenkassen betrifft, bestehen Bedenken. Um Streitigkeiten zwischen den Krankenhäusern und den Krankenkassen in regionalen Planungskonferenzen zu vermeiden, muss der Datenrahmen für die Planungen festliegen. Aus Sicht der KGNW muss eine Festlegung nicht zwingend im Gesetz erfolgen. Im Vorfeld der Gesetzesumsetzung müssen jedoch im Landesausschuss für Krankenhausplanung konkrete Regelungen hinsichtlich des Datenumfanges verabschiedet werden, um eine konfliktfreie Umsetzung der regionalen Planungskonferenzen weiterhin zu gewährleisten. In den anstehenden Gesetzesberatungen muss dieser Umstand daher Berücksichtigung finden.

Zu § 14 KHGG NRW (Feststellungen im Krankenhausplan)

Widerspruch und Anfechtungsklage

In § 14 Abs. 3 KHGG NRW wurde die Regelung aufgenommen, dass Widerspruch und Anfechtungsklage eines Dritten gegen den Feststellungsbescheid keine aufschiebende Wirkung haben. Aus Sicht der KGNW fehlt es hier an einer Regelung über die Bekanntgabe des Feststellungsbescheides, die nach dem Beschluss des Bundesverfassungsgerichts zum Konkurrentenschutz erforderlich gewesen wäre. Dem im Feststellungsbescheid genannten

Krankenhausträger ist Rechtssicherheit dahingehend zu gewähren, dass der Feststellungsbescheid öffentlich – beispielsweise im Gesetz- und Verordnungsblatt des Landes – bekannt gegeben wird und eventuelle Konkurrentenrechte damit zeitnah wahrgenommen werden können.

Zu § 15 KHGG NRW (Förderungsgrundsätze)

Haushaltsvorbehalt

In § 15 Abs. 1 KHGG NRW wurde nunmehr die Formulierung „im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel“ übernommen, die bisher im jetzt neuen § 17 Abs. 1 letzter Halbsatz KHGG NRW (§ 21 Abs. 1 KHG NRW) aufgeführt war und sich nur auf die Einzelförderung bezog.

Mit der Aufnahme in § 15 Abs. 1 Satz 1 KHGG NRW wird dies nunmehr „vor die Klammer“ gezogen und gilt somit nicht nur für die Einzelförderung, sondern auch für die pauschale Förderung.

Bisher wusste jedes Haus aufgrund der gesetzlichen Regelung langfristig, welche pauschalen Fördermittel ihm jedes Jahr zur Verfügung stehen. Mit dieser Summe konnte es planen und langfristige Strategieentscheidungen treffen. Nunmehr bleibt jedes Jahr aufs Neue abzuwarten, welche Haushaltsmittel seitens des Landes für die pauschale Förderung zur Verfügung gestellt werden, die dann über die Verordnung entsprechend verteilt werden. Die KGNW fordert deshalb die Streichung des Haushaltsvorbehaltes.

Die Auswirkung des Haushaltsvorbehaltes in Form der Formulierung „im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel“ wurde auch in der gutachterlichen Stellungnahme der Kanzlei Redecker zu der Entscheidung des MAGS, für das Jahr 2006 kein Investitionsprogramm gemäß § 20 KHG NRW aufzustellen, behandelt. Das Gutachten kommt im Ergebnis dazu, dass aus dieser grundsätzlichen Abhängigkeit der Investitionsförderung von der Bereitstellung von Haushaltsmitteln nicht der Schluss gezogen werden könne, dass das Land es in der Hand habe, durch die Entscheidung keine Investitionsmittel im Haushaltsplan auszuweisen, die Aufstellung eines Investitionsprogramms zu vermeiden. Aus Sicht der KGNW gilt dies in gleicher Weise auch für die Haushaltsmittel im Rahmen der pauschalen Förderung.

Zu § 17 KHGG NRW (Einzelförderung)

Fördermöglichkeiten

In § 17 Abs. 1 Satz 1 KHGG NRW wurden die Ziffern 2 und 3 ersatzlos gestrichen. Auf den ersten Blick erscheint es so, als wenn die Regelungen zur Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 15 Jahren und zur Ergänzung von Anlagegütern über die übliche Anpassung hinaus als einzelförderungswürdige Tatbestände vom Land nunmehr abgeschafft werden sollen.

Erst die neue Gesetzesbegründung zu Abs. 1 stellt klar, dass der Gesetzgeber „bewusst darauf verzichtet hat, alle Fördermöglichkeiten des Bundes“ (vgl. hierzu § 9 KHG) aufzuführen.

Die KGNW lehnt diese Vorgehensweise entschieden ab. Ohne die Gesetzesbegründung ist das Gesetz nicht nur nicht vollständig, sondern auch irreführend, da sich die Bezugnahme auf den § 17 KHGG NRW durch die weiteren folgenden Vorschriften des Gesetzes in § 19, § 20, § 21, § 23 und § 26 zieht. Aus Sicht der KGNW sollte hier entweder ein vollständiger Verweis in einem Satz auf den § 9 KHG vorgenommen werden, womit das Gesetz noch einmal verkürzt würde, oder die bisherige Formulierung unter Streichung der Passage „im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel“ beibehalten werden. Dies gilt in gleicher Weise für den Satz 2 in § 17 KHGG NRW.

Widersprüchliche Gesetzesbegründung zu § 17 Abs. 4 KHGG NRW

Im neuen Absatz 4 des § 17 des Gesetzentwurfs wurde die Rückzahlungspflicht durch Streichung des Wortes „grundsätzlich“ verschärft. Es wurde allerdings in Satz 3 ergänzt, dass die zuständige Behörde Abweichungen zulassen kann. Auf den ersten Blick erscheint dies im Ergebnis nicht als Verschlechterung für die Krankenhäuser. Zieht man allerdings die Gesetzesbegründung heran, so wird hier die Verschärfung deutlich. In der alten Gesetzesbegründung war noch aufgeführt, dass eine ausgegliederte Einheit „in der Regel“ kein Krankenhaus mehr im Sinne des Gesetzes ist. Dies wird nunmehr in der Gesetzesbegründung zu Absatz 4 im Gesetzentwurf gestrichen. Widersprüchlich erscheint die Gesetzesbegründung allerdings im Hinblick darauf, dass in ihrem 3. Absatz zu Absatz 4 aufgeführt wird, dass „der Einzelfall maßgebend ist“. Im parlamentarischen Verfahren sollte deshalb eine entsprechende Klarstellung dahingehend erfolgen, dass § 17 Abs. 4 KHGG NRW gegenüber der alten Regelung nicht verschärft worden ist.

Vermietung von Räumen

Die KGNW spricht sich für eine Streichung des § 17 Abs. 5 KHGG NRW aus. Durch diese Vorschrift wird eine bürokratische Hürde für die Krankenhausträger aufrechterhalten und sogar noch durch die Streichung des Wortes „grundsätzlich“ (§ 21 Abs. 7 des alten KHG NRW) verschärft.

Sinnvolle und effektive Kooperationen mit anderen an der Gesundheitsversorgung beteiligten Stellen werden durch diese Regelung beeinträchtigt und zum Teil sogar verhindert, da beispielsweise eine Mittelverwendung für Gerätekooperationen nur eingeschränkt möglich ist. Damit konterkariert die Regelung Bemühungen der Krankenhäuser, die stets von der Politik eingeforderte sektorübergreifende Zusammenarbeit auszubauen. Den Krankenhäusern ist an dieser Stelle zuzugestehen, die Fördermittel akzessorisch zu ihrer bundesgesetzlich zugelassenen Leistungserbringung zweckentsprechend verwenden zu dürfen.

Im Ergebnis läuft die Aufrechterhaltung der Vorschrift mithin auch dem Gesetzesziel, zu entbürokratisieren und den Krankenhäusern mehr Gestaltungsfreiheit für intelligente, zukunftsweisende Ideen zu belassen, sowie Kooperationen in der Gesundheitsversorgung unseres Landes zu fördern, zuwider.

Zu § 20 KHGG NRW (Bewilligung der Einzelförderung, Zuschussformen)

Förderquote

Mit großer Sorge beobachtet die KGNW den Trend, dass die Förderquote bei einzelnen Projekten zum Teil bei nur 50 % der Investitionssumme oder sogar darunter liegt. In der Praxis wird häufig die gesamte Investitionssumme eines Krankenhausinvestitionsvorhabens als förderfähig anerkannt, aber nur ein bestimmter Prozentsatz (zum Teil sogar nur 30 %) gefördert. Dabei ist zu beobachten, dass mit steigendem Investitionsvolumen die Förderquote sinkt. Es kann folglich von einer degressiven Förderquote gesprochen werden.

Trotz dieser degressiven Förderquote wird den Krankenhäusern aber weiterhin bürokratisch abverlangt, jede einzelne Rechnung vor der Zahlung durch das Land zu quoteln. Aus Sicht der KGNW muss das Land hier – wenn es schon eine derart geringe Quote bewilligt – den bewilligten Förderbetrag im Vorfeld der Investitionsmaßnahme in einer Tranche an den Krankenhausträger auszahlen. Der Verwendungsnachweis erfolgt dann im Anschluss durch das Krankenhaus.

Insbesondere vor dem Hintergrund des Kriterienkataloges für das Investitionsprogramm 2007, in welchem ein Kriterium für die Einzelförderung u. a. die aufgewendeten Eigenmittel sind, befürchtet die KGNW, dass die Einzelförderung – trotz des enormen Investitionsstaus in unseren nordrhein-westfälischen Krankenhäusern – sukzessive weiter absinken wird.

Gemäß § 4 Nr. 1 KHG werden die Krankenhäuser jedoch dadurch wirtschaftlich gesichert, dass ihre Investitionskosten im Wege öffentlicher Förderung übernommen werden. Die Krankenhäuser haben mithin einen Anspruch auf Ersatz ihrer vollen Investitionskosten. Zu einer Degradierung der bundesgesetzlich vorgeschriebenen Investitionsförderung zu einem bloßen Zuschuss darf es deshalb nicht kommen.

Die KGNW spricht sich für die Beibehaltung der bisherigen Regelung (§ 24 Abs. 1 KHG NRW) aus, in welcher festgelegt wurde, dass der Förderbetrag bei der Bewilligung der Einzelförderung mit Zustimmung des Krankenhausträgers als Festbetrag gemäß Absatz 2 festgelegt oder nach den anfallenden förderungsfähigen Kosten bemessen wird.

Widerspruch und Anfechtungsklage

In § 20 KHGG NRW wurde der Abs. 5 zusätzlich aufgenommen, in dem es heißt, dass Widerspruch und Anfechtungsklage eines Dritten gegen einen Bewilligungsbescheid keine aufschiebende Wirkung haben. Die KGNW vermisst an dieser Stelle eine Regelung über die Bekanntgabe des Bewilligungsbescheides, die nach dem Beschluss des Bundesverfassungsgerichtes zum Konkurrentenschutz aus Sicht der KGNW erforderlich gewesen wäre. Dem im Bewilligungsbescheid genannten Krankenhausträger ist Rechtssicherheit dahingehend zu gewähren, dass der Bewilligungsbescheid öffentlich – beispielsweise im Gesetz- und Verordnungsblatt des Landes – bekannt gegeben wird und eventuelle Konkurrentenrechte damit zeitnah wahrgenommen werden können.

Zu § 21 KHGG NRW (Pauschale Förderung)

Neuregelung der pauschalen Förderung

Die Regelungen zur pauschalen Förderung im neuen KHGG NRW wurden im Vergleich zu den bisherigen im KHG NRW grundlegend überarbeitet. Die Regelungen über die Verteilung der pauschalen Fördermittel sind durch Einführung einer Verordnungsermächtigung nun in der „Verordnung über die pauschale Krankenhausförderung (PauschKHFVO)“ zu finden.

Die PauschKHFVO sieht eine vollständige Abkehr der Bemessung der Pauschalbeträge nach der Zahl der im Krankenhausplan aufgenommenen Betten vor. Zukünftig soll nach der PauschKHFVO als Bemessungsgrundlage für die nach KHEntgG abrechnenden

Krankenhäusern nicht mehr das Bett dienen, sondern die Bemessungsgrundlage soll sich an den mit ihrem Schweregrad bewerteten Leistungen des Krankenhauses (Bewertungsrelationen) orientieren. Die nach Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) abrechnenden Häuser (Psychiatrien) erhalten 2 % ihres Budgets als Pauschale, da für diese Häuser keine Bewertungsrelationen existieren. Häuser, die sonstige Entgelte (z. B. besondere Einrichtungen) abrechnen, erhalten 2,5 % des Budgets. Offen und damit klärungsbedürftig ist aus Sicht der KGNW die Frage der Einbeziehung von Leistungen, die die Krankenhäuser im Rahmen der integrierten Versorgung sowie für ausländische Patienten erbringen.

Die KGNW hat die Abkehr vom Bett als alleinige Bemessungsgrundlage für die pauschalen Fördermittel konstruktiv begleitet und mitgestaltet. Aus Sicht der KGNW ist zu prüfen, ob der Casemix als alleinige Bemessungsgrundlage zur Abbildung des Investitionsbedarfs eines Krankenhauses herangezogen werden kann. Die KGNW ist bereit, konstruktiv an einer Lösung mitzuarbeiten. Aufgrund der Bedeutung und der Komplexität der Thematik, kann dies nicht in einem Schnellverfahren geleistet werden.

Deshalb hat die KGNW in Schreiben an das MAGS vom 11.12.2006 sowie vom 19.12.2006 (**Anlage 2 und 3**) vorgeschlagen, für die Übergangszeit von einem Jahr (2008), bis entsprechende Korrekturfaktoren gefunden sind, mittels eines linearen Verlustausgleichs sicherzustellen, dass kein Krankenhaus mehr als zehn Prozent der Fördermittel verliert, die ihm im Vorjahr ausgezahlt worden sind. Ein Mechanismus zum Ausgleich möglicher Verluste einer Neuregelung sollte dementsprechend auch nicht wie vom MAGS vorgesehen auf einer absoluten Grenze von 50.000 Euro basieren.

Die KGNW hat inzwischen die aus fachlicher Sicht in Betracht kommenden Korrekturfaktoren geprüft und analysiert. Im Ergebnis wurde festgestellt, dass die Ableitung des DRG-bezogenen Investitionsbedarfs als einzige folgerichtige Lösung in Betracht kommt, die zwar einer vertiefenden Analyse mittels eines wissenschaftlichen Gutachtens bedarf, im Ergebnis aber den höchsten Grad der Abbildungsgenauigkeit der Investitionskosten der Krankenhäuser beinhaltet. Im Hinblick auf den Paradigmenwechsel „Weg vom Bett“ hin zu einer leistungsgerechten Investitionskostenförderung erscheint es aus Sicht der KGNW vor diesem Hintergrund geboten, mittels eines vom MAGS beauftragten Gutachtens ein fachlich valides Fundament für die zukünftige Verteilung der pauschalen Fördermittel in Nordrhein-Westfalen zu legen. Deshalb fordern wir das MAGS auf, ein dafür notwendiges wissenschaftliches Gutachten in Auftrag zu geben, um im Wege der Kalkulation/Nachkalkulation von ausgewählten DRGs (Tracer-DRGs) oder gegebenenfalls

einer vollständigen Einbeziehung aller DRGs den Werteverzehr und damit den Investitionsbedarf für jede einzelne DRG zu ermitteln. Als Vorschlag hierzu hat die KGNW bereits ein Rahmenkonzept (**Anlage 4**) vom Deutschen Krankenhausinstitut (DKI) erarbeiten lassen. Die KGNW ist auch bereit, die Erarbeitung dieses Gutachtens fachlich zu begleiten und hieran mitzuwirken. Im Hinblick auf das zu verteilende Volumen der pauschalen Förderung von zurzeit 300 Millionen Euro im Jahr stellt diese vorgeschlagene Vorgehensweise aus fachlicher Sicht den einzig belastbaren Weg dar, der - bei noch vertretbarem Aufwand - die höchstmögliche Genauigkeit für eine leistungsgerechte Verteilung der pauschalen Fördermittel beinhaltet.

Bei einer entsprechend zeitnahen Beauftragung des Gutachtens könnte bereits zum 01.01.2009 die Verteilung anhand des entsprechend erzielten Ergebnisses erfolgen. Um die Umsetzung des KHGG NRW in dieser wichtigen Fragestellung nicht zu verzögern, wäre für die Übergangszeit von einem Jahr (2008) mittels des oben bezeichneten linearen Verlustausgleiches sicherzustellen, dass kein Krankenhaus mehr als zehn Prozent der Fördermittel verliert, die ihm im Vorjahr ausgezahlt worden sind.

Im Vorfeld einer entsprechenden Neuregelung der Pauschalförderung sollte das Land allerdings prüfen, ob eine vollständige Abkehr von der Bemessungsgrundlage Bett mit der derzeitigen bundesrechtlichen Gesetzeslage in Einklang steht. § 9 Abs. 3 Satz 2 KHG besagt, dass die Pauschalbeträge nicht ausschließlich nach der Zahl der in dem Krankenhausplan aufgenommenen Betten bemessen werden sollen. Der Wortlaut des § 9 Abs. 3 Satz 2 KHG legt nahe, dass als Bemessungsgrundlage für die pauschalen Fördermittel jedenfalls auch das Bett heranzuziehen ist.

Wie bereits im allgemeinen Teil der Stellungnahme ausgeführt, spricht sich die KGNW entschieden gegen eine Verteilung der pauschalen Fördermittel durch eine Rechtsverordnung aus. Hierdurch besteht die Gefahr einer pauschalen Förderung unserer Krankenhäuser nach Kassenlage. Unsere nordrhein-westfälischen Krankenhäuser sind auf eine gehörige Planungssicherheit in Bezug auf die pauschale Förderung zwingend angewiesen, um langfristige Strategieentscheidungen treffen zu können. Die haushälterische Verantwortung für die Verteilung der für die Krankenhäuser enorm wichtigen pauschalen Fördermittel sollte aus Sicht der KGNW nicht auf die Exekutive verlagert und somit der parlamentarischen Kontrolle entzogen werden. Eine direkte Verankerung der pauschalen Förderung im KHGG NRW ist daher vonnöten. Bei einer etwaigen Veränderung der Bemessungsgrundlagen und der Verteilungsschlüssel sollte auch zukünftig das parlamentarische Gesetzgebungsverfahren eingehalten werden.

Kostengrenze für kleinere Investitionen

Die KGNW spricht sich für eine Kostengrenze für kleinere Investitionen in Höhe von 75.000 Euro (vorgesehen 50.000 Euro) aus. Auf diese Weise werden die allgemeinen Kostensteigerungen der letzten Jahre berücksichtigt sowie der unnötige bürokratische Aufwand noch weiter reduziert.

Zu § 22 KHGG NRW (Besondere Beträge, Ausgleichszahlungen)

Ausgleichszahlungen

Die Bewilligung von Ausgleichszahlungen bei Einstellung oder Einengung des Krankenhausbetriebes, die bisher im alten § 30 Abs. 1 KHG NRW verpflichtend vorsah, dass dem Krankenhaus Ausgleichszahlungen zustehen, ist nun als „Kann-Regelung“ in § 22 Abs. 3 KHGG NRW aufgenommen worden. Gleichzeitig wurde § 30 KHG NRW vollständig gestrichen. § 9 Abs. 2 Nr. 5 KHG räumt allerdings dem Land keinen Ermessensspielraum hinsichtlich des „ob“ der Bewilligung von Ausgleichszahlungen in oben genannten Fällen ein (vgl. auch Pant/Prütting, Krankenhausgesetz Nordrhein-Westfalen, § 30 Rn. 2 ff.). Insoweit verstößt aus Sicht der KGNW die neue Formulierung gegen geltendes Bundesrecht. Die Einschränkung der Bewilligung von Ausgleichszahlungen durch eine „Kann-Regelung“ widerspricht auch der Intention des Gesetzgebers, den Bettenabbau voranzutreiben. Als „Kann-Bestimmung“ schwächt diese Regelung gerade die Anreizwirkung für Krankenhausträger, gegebenenfalls Betten abzubauen, ab und konterkariert mithin entsprechende Bemühungen.

Vor dem oben beschriebenen Hintergrund fordert die KGNW, die vorgesehene „Kann-Regelung“ unter Beachtung der bundesgesetzlichen Regelung des § 9 Abs. 2 Nr. 5 KHG durch eine verpflichtende Regelung („ist... ein Betrag als Ausgleichszahlung zu bewilligen, soweit dieser erforderlich ist, um...“) zu ersetzen.

Des Weiteren soll es bei der offenen Formulierung des § 22 Abs. 2 KHGG NRW bleiben. Der Krankenhausträger hat individuell seine entstandenen Kosten zu ermitteln. Aufgrund der enormen Folgekosten, die eine Abteilungsschließung und der damit einhergehende Bettenabbau mit sich bringen (z. B. die Finanzierung von Sozialplänen), ist es erforderlich, dass im weiteren Gesetzgebungsverfahren beispielhaft die schließungs- und abbaurelevanten Kosten – gegebenenfalls auch mit Grenzbeträgen – , festgelegt werden.

Zu § 23 KHGG NRW (Förderung der Nutzung von Anlagegütern)

„Ausnahmsweise auch dann“ in § 23 Abs. 1 Satz 2 KHGG NRW

Die Aufnahme der zusätzlichen Formulierung „ausnahmsweise auch dann“ in § 23 Abs. 1 Satz 2 KHGG NRW ist aus Sicht der KGNW nicht nachvollziehbar, zumal in der neuen Gesetzesbegründung diesbezüglich aufgeführt wird, dass „die Vorschriften bundesrechtliche Vorgaben umsetzen“. Eine entsprechende Klarstellung im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens sollte deshalb erfolgen.

Antragserfordernis

Die KGNW spricht sich gegen die Einführung eines Antragserfordernisses für die Verwendung pauschaler Fördermittel zur Nutzung von Anlagegütern gegen Entgelt in § 23 Abs. 2 KHGG NRW aus. Dieser Paragraph bedeutet im Ergebnis, dass zukünftig für jedes einzelne Anlagegut (z. B. auch Kopierer oder Telefone) ein Antrag auf die Nutzung der Fördermittel gestellt werden muss. Dies widerspricht – wie bereits zu § 17 KHGG NRW ausgeführt – der Intention des Gesetzgebers, das alte KHG NRW zu entschlacken und zu entbürokratisieren. Im Gegenteil wird durch das Antragserfordernis gerade Bürokratie zusätzlich aufgebaut. Der Krankenhausträger kann am besten vor Ort selber einschätzen, wie er die gewährten Fördermittel dem Zweck entsprechend unbürokratisch einsetzt. Damit die Krankenhäuser nicht in ihrem täglichen Beschaffungsgeschäft kurzfristiger Anlagegüter handlungsunfähig werden und die zuständige Genehmigungsbehörde nicht mit einer Flut von Anträgen zu kämpfen hat, fordert die KGNW eine Beibehaltung des Regelungsgehaltes des § 27 Abs. 2 KHG NRW.

Zu § 29 KHGG NRW (Ärztlicher und psychotherapeutischer Dienst)

Streichung der Vorschrift

Die Streichung des § 36 Abs. 2 KHG NRW alte Fassung – wie auch die des § 35 KHG alte Fassung – entspricht einer langjährigen Forderung der KGNW und wird ausdrücklich begrüßt. Die KGNW spricht sich des Weiteren für eine vollständige Streichung des neuen § 29 KHGG NRW (§ 36 im alten KHG NRW) aus.

Es entspricht der Intention des Gesetzgebers, keine Selbstverständlichkeiten zu regeln („der Krankenhausträger weiß, was er zu tun hat“). Um einen geordneten Betriebsablauf und den Betriebsfrieden zu gewährleisten, wird jeder Krankenhausträger schon aus unternehmerischem Eigeninteresse heraus, die einzelnen Berufsgruppen gleichberechtigt in seine Entscheidungsfindung einbinden und diese entsprechend kommunizieren. Die Letztentscheidung und -verantwortung liegt – nicht zuletzt aufgrund der jeweiligen

rechtlichen Organisationsform des Krankenhausträgers – beim Krankenhausträger selbst; dieser trägt schließlich auch das unternehmerische Risiko.

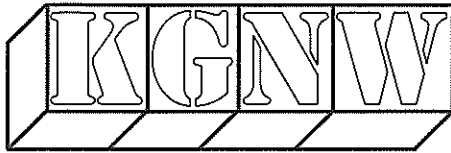
Sämtliche Regelungen berufsständischen Ursprungs, sowohl über Leitung und Organisation (vgl. § 35 KHG NRW), als auch über den ärztlichen Dienst (vgl. § 36 KHG NRW), sind im KHGG NRW fehl am Platze. Beispielsweise ist die Weisungsunabhängigkeit des ärztlichen Berufsstandes auch im Krankenhaus (vgl. § 36 Abs. 1 KHG NRW) zum einen eine historisch gewachsene Selbstverständlichkeit, zum anderen ist sie auch standesrechtlich (z.B. in der Musterberufsordnung Ärzte) geregelt.

Zu § 30 KHGG NRW (Struktur der kommunalen Krankenhäuser)

§ 107 GO NRW

Die KGNW spricht sich – wie schon oben zu § 7 KHGG NRW (Zusammenarbeit der Krankenhäuser) – gegen die vorgesehene Verschärfung des § 107 GO NRW für die kommunalen Krankenhäuser aus. In § 30 KHGG NRW findet § 107 Abs. 2 Satz 3 GO NRW Erwähnung. Die Vorschrift muss deshalb entsprechend modifiziert werden.

Anlagen (4)



Krankenhaus
Gesellschaft
Nordrhein-Westfalen

Anlage 1 zur KGNW-Stellungnahme

- Der Geschäftsführer -

IV/Ga/Ra

Tel.: 0211/4 78 19-44

27. März 2007

Herrn Ministerpräsident
Dr. Jürgen Rüttgers MdL
Staatskanzlei des Landes
Nordrhein-Westfalen

40190 Düsseldorf

nachrichtlich:

Herrn Minister
Karl-Josef Laumann MdL
Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen
Fürstenwall 25

40219 Düsseldorf

Herrn Minister
Dr. Ingo Wolf MdL
Innenministerium des Landes
Nordrhein-Westfalen
Haroldstr. 5

40213 Düsseldorf

Herrn
Helmut Stahl MdL
Vorsitzender der
CDU-Landtagsfraktion
von Nordrhein-Westfalen
Platz des Landtags 1

40221 Düsseldorf

Herrn
Dr. Gerhard Papke MdL
Vorsitzender der FDP-Landtagsfraktion
von Nordrhein-Westfalen
Platz des Landtags 1

40221 Düsseldorf

Frau
Hannelore Kraft MdL
Vorsitzende der SPD-Landtagsfraktion
von Nordrhein-Westfalen
Platz des Landtags 1

40221 Düsseldorf

Frau
Sylvia Löhrmann MdL
Vorsitzende der Landtagsfraktion
Bündnis 90/Die Grünen
von Nordrhein-Westfalen
Platz des Landtags 1

40221 Düsseldorf

Herrn
Norbert Post MdL
Gesundheitspolitischer Sprecher der
CDU-Landtagsfraktion
von Nordrhein-Westfalen
Platz des Landtags 1

40221 Düsseldorf

Herrn
Dr. Stefan Romberg MdL
Gesundheitspolitischer Sprecher der
FDP-Landtagsfraktion
von Nordrhein-Westfalen
Platz des Landtags 1

40221 Düsseldorf

Herrn
Rainer Josef Bischoff MdL
Gesundheitspolitischer Sprecher der
SPD-Landtagsfraktion
von Nordrhein-Westfalen
Platz des Landtags 1

40221 Düsseldorf

Herrn
Rainer Schmeltzer MdL
Vorsitzender des Arbeitskreises Arbeit, Gesundheit
und Soziales der SPD-Landtagsfraktion
von Nordrhein-Westfalen
Platz des Landtags 1

40221 Düsseldorf

Frau
Barbara Steffens MdL
Gesundheitspolitische Sprecherin der
Landtagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen
von Nordrhein-Westfalen
Platz des Landtags 1

40221 Düsseldorf

Herrn
Franz-Josef Knieps MdL
CDU-Landtagsfraktion
Vorsitzender des
Ausschusses für Wirtschaft,
Mittelstand und Energie
Platz des Landtags 1

40221 Düsseldorf

Herrn
Dietmar Brockes MdL
FDP-Landtagsfraktion
Stv. Vorsitzender des
Ausschusses für Wirtschaft,
Mittelstand und Energie
Platz des Landtags 1

40221 Düsseldorf

Herrn
Thomas Eiskirch MdL
SPD-Landtagsfraktion
Sprecher des
Ausschusses für Wirtschaft,
Mittelstand und Energie
Platz des Landtags 1

40221 Düsseldorf

Herrn
Lutz Lienenkämper MdL
CDU-Landtagsfraktion
Sprecher des
Ausschusses für Wirtschaft,
Mittelstand und Energie
Platz des Landtags 1

40221 Düsseldorf

Herrn
Reiner Priggen MdL
Landtagsfraktion Bündnis 90/
Die Grünen
Sprecher des
Ausschusses für Wirtschaft,
Mittelstand und Energie
Platz des Landtags 1

40221 Düsseldorf

Herrn
Edgar Moron MdL
SPD-Landtagsfraktion
Vorsitzender des
Ausschusses für Kommunalpolitik
und Verwaltungsstrukturreform
Platz des Landtags 1

40221 Düsseldorf

Herrn
Josef Wilp MdL
CDU-Landtagsfraktion
Stv. Vorsitzender des
Ausschusses für Kommunalpolitik
und Verwaltungsstrukturreform
Platz des Landtags 1

40221 Düsseldorf

Herrn
Horst Becker MdL
Landtagsfraktion Bündnis 90/
Die Grünen
Sprecher des
Ausschusses für Kommunalpolitik
und Verwaltungsstrukturreform
Platz des Landtags 1

40221 Düsseldorf

Herrn
Horst Engel MdL
FDP-Landtagsfraktion
Sprecher des
Ausschusses für Kommunalpolitik
und Verwaltungsstrukturreform
Platz des Landtags 1

40221 Düsseldorf

Herrn
Hans-Willi Körfges MdL
SPD-Landtagsfraktion
Sprecher des
Ausschusses für Kommunalpolitik
und Verwaltungsreform
Platz des Landtags 1

40221 Düsseldorf

Herrn
Rainer Lux MdL
CDU-Landtagsfraktion
Sprecher des
Ausschusses für Kommunalpolitik
und Verwaltungsstrukturreform
Platz des Landtags 1

40221 Düsseldorf

Änderungsvorschlag zu § 107 GO NRW

Sehr geehrte Damen und Herren,

Grundlage für die Betätigung der Krankenhäuser bildet das Bundesgesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG). Die im Bundesgesetz vorgegebene sog. „Trägerpluralität“ (frei gemeinnützige, kommunale und private Träger) wird durch § 1 Abs. 3 Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHG NRW) dementsprechend auch auf landesgesetzlicher Ebene festgelegt.

Im Sinne einer umfassenden – gesundheitspolitisch und sozialrechtlich vorgegebenen - Aufgabenwahrnehmung müssen alle Krankenhäuser im Anwendungsbereich des KHG (und deren Träger) in den Rechten und Pflichten gleichgestellt werden. Dies betrifft insbesondere die in den letzten Jahren durch die Gesundheitsstrukturgesetze vom Bundesgesetzgeber geforderte Wettbewerbsöffnung der Krankenhäuser.

Der Bundesgesetzgeber verfolgt hiermit ausdrücklich das bundespolitische Ziel der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit aller Krankenhäuser. Dementsprechend wäre eine Einschränkung der sozialrechtlichen Vorgaben für die kommunalen Krankenhäuser mit den bundesgesetzlichen Vorgaben nicht zu vereinbaren.

Die kommunalen Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen dürfen daher nicht durch den § 107 Gemeindeordnung (GO) in der bundesgesetzlich vorgegebenen wirtschaftlichen Betätigung als Krankenhaus eingeschränkt werden.

In dem Gesetzentwurf der nordrheinwestfälischen Landesregierung zum Gesetz zur Stärkung der kommunalen Selbstverwaltung (GO-Reformgesetz vom 19.03.2007, vgl. Landtagsdrucksache 14/3979) werden kommunale Krankenhäuser auch folgerichtig grundsätzlich von der Einschränkung der wirtschaftlichen Betätigung außerhalb des Gemeindegebietes ausgenommen.

Die derzeit im Gesetzesentwurf aufgeführte Ausnahmeregelung ist grundsätzlich zu begrüßen, enthält jedoch in Hinblick auf das vom Bundes- und Landessozialgesetzgeber festgelegte Aufgabenspektrum der Krankenhäuser unseres Erachtens eine systemwidrige Beschränkung.

In Absatz 4 Satz 2 heißt es:

„Diese Voraussetzungen gelten durch die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan, soweit sich die Betätigung im Rahmen des Bescheides nach § 18 Abs. 1 Satz 2 Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen bewegt, als erfüllt.“

Die (unterstrichene) Begrenzung auf die Betätigung im Rahmen des Bescheides nach § 18 Abs. 1 Satz 2 KHG NRW widerspricht den sozialrechtlichen Forderung und Maßgaben des Bundesgesetzgebers.

Der Bundesgesetzgeber hat nicht zuletzt durch das zum 1. Januar 2007 in Kraft getretene Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze (Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG; vgl. Bundesgesetzblatt I, S. 3439) und das am 16. Februar 2007 vom Bundesrat verabschiedete Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG, vgl. Bundesratsdrucksache 75/07; Beschluss vom 16.02.07) die Tätigkeitsfelder der Krankenhäuser insbesondere im Bereich der ambulanten Behandlung um bereits bestehende Möglichkeiten erweitert.

Daher würde die im Gesetzesentwurf festgelegte Beschränkung der wirtschaftlichen Betätigung der kommunalen Krankenhäuser auf die rein stationäre Versorgung (Bescheide nach § 18 Abs. 1 Satz 2 KHG NRW) nicht im Einklang mit den bundesgesetzlich bereits festgelegten Rahmenbedingungen der Krankenhäuser stehen.

Damit die landesrechtlichen Regelungen im Einklang mit den sozialrechtlichen Rahmenbedingungen des Bundesgesetzgebers stehen, schlagen wir nachfolgende Änderung vor:

Textvorschlag:

Der Absatz 4 Satz 2 wird wie folgt neu gefasst:

„Diese Voraussetzungen gelten für zugelassene Krankenhäuser gemäß § 108 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) als erfüllt, soweit die Betätigung bundes- und landesrechtlich vorgegebene Leistungen von Krankenhäusern umfasst.“

Die Gesetzesbegründung müsste entsprechend angepasst werden.

Textvorschlag:

„In dem neuen Satz 2 wird klargestellt, dass die kommunalen Krankenhäuser den vom Bundes- und Landesgesetzgeber bestimmten sozialrechtlichen Aufgaben im Rahmen der dort vorgegebenen wirtschaftlichen Betätigungen nicht zuletzt wegen des Grundsatzes der Trägervielfalt nachkommen können. Die kommunalen Krankenhäuser erfüllen die Voraussetzungen des Satzes 1 hinsichtlich der überörtlichen Betätigung, wenn sie gemäß § 108 SGB V zugelassen sind und bundes- sowie landesgesetzlich geregelte Krankenhausleistungen (z.B. ambulante Operationen nach § 115b SGB V, ambulante Behandlung nach § 116a und b SGB V, vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V, ambulante Leistungen im Rahmen von § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V als Medizinisches Versorgungszentrum, ambulante Leistungen in Ambulanzen und Zentren nach §§ 117 bis 119 SGB V) eigenständig, im Rahmen von Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten (z.B. im Rahmen von Beleg- oder Konsiliararztverhältnissen) oder im Wege der Auslagerung einzelner Funktionsbereiche erbringen. Die Neuregelung ermöglicht damit die wettbewerbsrechtlichen Vorgaben im Sozialrecht und trägt damit sowohl der häufig gegebenen überörtlichen Funktion kommunaler Krankenhäuser als auch den gesundheitspolitischen Vorgaben des Bundesgesetzgebers Rechnung.“

Die oben vorgeschlagene Änderung ist für die sozialgesetzlich vorgegebene Aufgabenwahrnehmung der kommunalen Krankenhäuser in der gesetzlich festgelegten pluralistischen Trägerstruktur zwingend notwendig.

Dieses Schreiben wurde mit den kommunalen Spitzenverbänden abgestimmt.

Mit freundlichen Grüßen



Richard Zimmer
Geschäftsführer



Krankenhaus
Gesellschaft
Nordrhein-Westfalen

Anlage 2 zur KGNW-Stellungnahme

Krankenhausgesellschaft NW Postfach 30 05 63 40405 Düsseldorf

Der Geschäftsführer

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen
Herrn LMR Dr. Julius Siebertz
Fürstenwall 25
40219 Düsseldorf

Unser Zeichen

I/Sp/Ra
12b06

Telefon

Durchwahl 02 11 / 4 78 19 -13

Datum

11. Dezember 2006

Künftige Rahmenbedingungen für die Krankenhausversorgung in NRW – „Pauschale Förderung nach § 25 KHG NRW“

Sehr geehrter Herr Dr. Siebertz,

wir möchten uns zunächst noch einmal ausdrücklich für das am 19.10.2006 von Herrn Minister Laumann eröffnete Angebot bedanken, in einer gemeinsamen Arbeitsgruppe mit Ihrem Haus eine Berechnungsgrundlage für die Bemessung der pauschalen Förderung gem. § 25 KHG NRW zu erarbeiten.

Die Entscheidung des Ministers, den Haushaltsansatz von 300 Mio. Euro für die pauschale Förderung weiterhin aufrechtzuerhalten um die notwendigen Investitionen in den Krankenhäusern auf Dauer sicherzustellen, begrüßen wir ausdrücklich.

Das von Ihrem Haus in den Arbeitsgruppensitzungen am 03.11.2006 und 21.11.2006 beschriebene Modell zur Bemessung der pauschalen Förderbeträge an der Summe der Bewertungsrelationen („CM-Tarif“) stellt nach unserer Auffassung in der derzeit vorliegenden Form noch kein hinreichend adäquates Verfahren dar, die Höhe der pauschalen Fördermittel bedarfsgerecht zu berechnen.

Aus diesem Grund möchten wir Ihnen unsere Einschätzung zu dem von Ihnen vorgeschlagenen Modell darlegen.

1. Die zukünftige Ausrichtung der Bemessung der pauschalen Fördermittel **allein** an der Höhe des Case-Mix (CM) der nach dem Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) abrechnenden Krankenhäuser führt nach unseren Berechnungen zu erheblichen Verwerfungen im Vergleich zu den bisherigen Förderbeträgen (Verluste über 40 % bzw. über 1 Mio. €), die durch die im Folgenden exemplarisch skizzierten Unschärfen begünstigt werden.

1.1 In der DRG-Kalkulation werden - vor dem Hintergrund der dualen Finanzierung - keine Investitionskosten berücksichtigt. Dementsprechend dienen die Kalkulationen der Bewertungsrelationen der einzelnen Fallpauschalen ausschließlich der angemessenen Preisfindung. Die Zuerkennung von Fördermitteln für Investitionen würde bei einem reinen Case-Mix Modell in nicht angemessener Weise an die Mechanismen der Preisfindung gekoppelt.

1.2 Die Annahme, dass die Höhe der summierten Bewertungsrelationen das Maß der Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses darstellt, kann von der Krankenseite nicht geteilt werden. Das DRG-System befindet sich in einer laufenden Entwicklungsphase und eine ausreichende Systemstabilität ist noch nicht erreicht. Dies trifft insbesondere für die hochkomplexen und kostenintensiven Bereiche zu, was bei alleiniger Ausrichtung an den Case-Mix ggf. zu einer Benachteiligung hiervon betroffener Krankenhäuser führen würde.

1.3 Auf Grund der notwendigen und beabsichtigten Weiterentwicklung des DRG-Systems kann sich in Abhängigkeit vom Leistungsspektrum der einzelnen Krankenhäuser der Case-Mix auch bei unterstellter konstanter Fallzahl in jedem Jahr ändern. Die jährlich anzupassenden Förderbeträge würden zu einer deutlichen Verschlechterung der Planungssicherheit der Krankenhäuser in NRW führen.

1.4 Die alleinige Nutzung des Case-Mix berücksichtigt nicht in ausreichendem Maß die Bedeutung der Fallzahlen bezüglich der geplanten Berücksichtigung der Abnutzung von Einrichtungen und Geräten und den damit verbundenen Investitionsbedarf des jeweiligen Leistungserbringers.

1.5 Durch die - im Anschluss an die Konvergenzphase ausschließlichen - Verhandlungen zum Leistungsvolumen der einzelnen Krankenhäuser gewinnen die Kostenträger mittelbar einen erheblichen Einfluss auf die pauschalen Fördermittel eines Krankenhauses. Dies könnte als „Türöffner“ zu einem monistischen Finanzierungssystem missverstanden werden.

1.6 Tendenziell werden Krankenhäuser mit einem hohem Anteil an Zusatzentgelten benachteiligt, da diese keinen Eingang in den Case-Mix finden. Gleiches gilt für teilstationäre Leistungen, die z. B. in Form der teilstationären Dialyse erst im DRG-System 2006 Berücksichtigung gefunden haben.

Zur Vermeidung von Wiederholungen verweisen wir im Übrigen diesbezüglich auf unsere bereits in den Arbeitsgruppensitzungen am 03.11. und 21.11. vorgetragenen fachlichen Bedenken.

2. Eine zu unterstützende Lösung bei der Abkehr vom Bett als Bemessungsgrundlage für die pauschale Förderung in NRW hin zu einem Case-Mix basierten Modell muss aus unserer Sicht durch die Einbeziehung eines oder mehrerer praktikabler und sachgerechter Korrekturfaktoren erweitert werden. Des Weiteren sollte bei einer anteiligen Zugrundelegung des CM auf den E1-Summenwert inkl. der Bewertungsrelationen für Überlieger zurückgegriffen werden, um Verzerrungen durch ein differenziertes Entlassungsverhalten zur Jahreswende zu vermeiden.
3. Um die oben beschriebenen Problemfelder und ihre nachhaltigen Auswirkungen auf die finanzielle Situation der Krankenhäuser in NRW entsprechend zu würdigen, möchten wir im Folgenden einen Vorschlag für eine Übergangslösung unterbreiten:
 - Das Förderbetragsvolumen für das Jahr 2008 (Inkrafttreten des neuen Gesetzes sowie der entsprechend hierfür von Ihrem Haus vorgesehene Verordnung) wird mittels des „CM-Tarifs“ an die Krankenhäuser in NRW ausgeschüttet.
 - Den jeweils resultierenden Förderbeträgen der einzelnen Krankenhäuser werden die jeweils gesamten bisher gezahlten pauschalen Förderbeträge gegenübergestellt. Ein ggf. resultierender negativer Differenzbetrag wird über einen „Airbag“ abgedeckt. Das MAGS bemisst dazu die Größe dieses „Airbags“ dergestalt, dass der maximale Verlust

eines Krankenhauses einen Anteil von 10 % der gesamten derzeitigen pauschalen Förderung nicht übersteigt (linearer Verlustausgleich).

- Diese rein statistisch untermauerte Vorgehensweise ermöglicht als solidarischer Übergangsmodell den Einstieg in das neue System, vermeidet die ansonsten drohenden erheblichen Verwerfungen und eröffnet einen Korridor (die Jahre 2007 und 2008) in der die Lösung zur bedarfsgerechten Verteilung der pauschalen Fördermittel auf Basis des CM-Modells mittels der Definition von noch notwendigen Korrekturfaktoren erfolgen kann.
- Für die Erarbeitung dieser Korrekturfaktoren möchten wir Ihnen hiermit anbieten, die aus unserer Sicht sehr konstruktive Zusammenarbeit in der Arbeitsgruppe im Jahre 2007 und 2008 fortzusetzen, um diese entsprechend zu definieren.

Der zuvor aufgezeigte Lösungsvorschlag ist ein mehrheitlicher Beschluss der Krankenhausträger in Nordrhein-Westfalen.

Die kommunalen Krankenhausträger in Nordrhein-Westfalen konnten diesen Beschluss nicht mittragen, da der sich hieraus ergebende mögliche Verlust von bis zu 10 % der bisherigen Fördermittel hoch ist und zu befürchten steht, dass am reinen CM-Modell langfristig festgehalten wird, was zu den bereits angeführten Verwerfungen führen würde. Aus Sicht der kommunalen Krankenhäuser wäre es vorzuziehen, zunächst die entsprechenden Korrekturfaktoren für das CM-Modell zu finden und auf eine Übergangslösung zu verzichten. Darüber hinaus besteht bei den kommunalen Krankenhäusern die Sorge, dass insbesondere die Krankenhäuser der vierten Anforderungsstufe von sehr hohen Verlusten bei der Umstellung der pauschalen Förderung betroffen sein werden. Vor diesem Hintergrund wurde das zuvor beschriebene solidarische Übergangsmodell erarbeitet.

4. Für den Bereich der Bemessungsgrundlage des Förderanteils für psychiatrische Einrichtungen sehen wir einen Anteil von 2,3 % des LKA-Budgets als notwendig an, um die bereits stattgefundenen deutlichen Kürzungen der pauschalen Fördermittel in den vergangenen Jahren und die damit einhergehenden Finanzierungsprobleme nicht weiter zu verschärfen. Zur Bemessung sollte entsprechend unseren Hinweisen in der Arbeitsgruppe die Summe aus den LKA-Werten K5 Nr. 9 (Pfleagesatzfähige Kosten) und K5 Nr. 13 (Instandhaltungspauschale) angesetzt werden. Eine pauschale Investitionsförderung von nur 2 % der o. g. Summe würde einen weiteren Verlust an pauschalen Fördermitteln von

6 % bedeuten. Dies ist in sofern nicht hinzunehmen, dass sich ein dann ggf. nicht abwendbarer Fördermittelvorgriff zusätzlich negativ auf die Höhe der zur Verfügung stehenden Investitionsmittel auswirken würde.

5. Zur Investitionskostenfinanzierung der Ausbildungsstätten sehen wir - wie in der Arbeitsgruppe konsentiert - einen Betrag von 100 Euro für jeden im Krankenhausplan ausgewiesenen Ausbildungsplatz als erforderlich an. Im Hinblick darauf, dass die Krankenhäuser mit der Ausbildung eine für die gesamte Bevölkerung notwendige Aufgabe übernehmen, indem sie über ihren eigenen Bedarf ausbilden, möchten wir anregen, die aus unserem Vorschlag resultierende Summe der pauschalen Investitionsförderung für die Ausbildungsplätze zusätzlich zum Haushaltsansatz von 300 Mio. € zur Verfügung zu stellen.

6. Der Arbeitsentwurf der Verordnung über die pauschale Krankenhausförderung aus dem MAGS - der uns am 07. Dezember 2006 erreicht hat - sieht eine reine Berechnung der Fördermittel für die Krankenhäuser, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz abrechnen, nach der Bemessungsgrundlage Case-Mix mit einem Betrag von 70,00 Euro pro Bewertungsrelation des Jahres 2005 vor. Krankenhäuser bei denen sich in der Folge der nach Abs. 1 durchgeführten Berechnung Verluste von mehr als 100.000 Euro gegenüber der Auszahlung nach dem letzten bestandskräftigen Pauschalmittelbescheid ergeben, erhalten vom Land einen einmaligen Ausgleichsbetrag in Höhe von 50 % des diesen Betrag übersteigenden Verlustes. Die dem allein am Case-Mix ausgerichteten Berechnungsverfahren anhaftenden und bereits dargestellten Probleme sowie daraus resultierende Verwerfungen wirken sofort. Die nach dieser Vorgabe berechneten Ausgleichsbeträge mildern zwar die Verwerfungen und sind daher vom Ansatz zu begrüßen, stellen im Ergebnis aber keine befriedigende Lösung dar. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass aus unserer Sicht eine Übergangslösung vorzuziehen wäre, die bei gleichzeitiger solidarisch ausgerichteter Einführung des CM-Modells die Verpflichtung enthält, Korrekturfaktoren zu definieren, die eine bedarfsgerechte Verteilung der pauschalen Fördermittel unter Zugrundelegung des CM-Modells ermöglichen.

Sehr geehrter Herr Dr. Siebertz, abschließend möchten wir uns nochmals für die Möglichkeit zum offenen Dialog und zur konstruktiven Zusammenarbeit bedanken. Hieran möchten wir gerne auch in Zukunft anknüpfen und hoffen, dass wir mit unserem Vorschlag zur Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen zur pauschalen Förderung eine Alternative aufzeigen können, die mit der Frist zur Entwicklung eines Verfahrens beiträgt, das eine sach- und bedarfsgerechte Bemessung der pauschalen Fördermittel unter Berücksichtigung einer gehörigen Planungssicherheit für die Krankenhäuser in NRW gewährleistet.

Mit freundlichen Grüßen



Richard Zimmer
Geschäftsführer



Krankenhaus
Gesellschaft
Nordrhein-Westfalen

Anlage 3 zur KGNW-Stellungnahme

Krankenhausgesellschaft NW Postfach 30 05 63 40405 Düsseldorf

Der Geschäftsführer

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen
Herrn LMR Dr. Julius Siebertz
Fürstenwall 25
40219 Düsseldorf

Vorab per Telefax
0211/8553246

Unser Zeichen

IV/Kö/Ra/12b11

Telefon

Durchwahl 02 11 / 4 78 19 -50/51

Datum

19. Dezember 2006

Künftige Rahmenbedingungen für die Krankenhausversorgung in NRW – „Pauschale Förderung nach § 25 KHG NRW“

hier: Ergänzende Stellungnahme der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen zum Arbeitsentwurf einer Verordnung über die pauschale Krankenhausförderung 200x (PauschKHFVO 200x) vom 05.12.2006

Sehr geehrter Herr Dr. Siebertz,

wir möchten uns zunächst für das konstruktive Gespräch in der Sitzung der gemeinsamen Arbeitsgruppe am 12.12.2006 bedanken. Im Nachgang zu dieser Sitzung möchten wir unsere Stellungnahme vom 11.12.2006 zum Arbeitsentwurf einer Verordnung über die pauschale Krankenhausförderung 200x (PauschKHFVO 200x) vom 05.12.2006, welche als Tischvorlage Gegenstand der Sitzung der gemeinsamen Arbeitsgruppe am 12.12.2006 war, wie folgt ergänzen:

1. In § 1 Abs. 1 Nr. 1 der PauschKHFVO 200x fehlt eine Regelung, welches Budget bzw. welcher Genehmigungsbescheid aus welchem Jahr bei der Berechnung zugrunde zu legen ist (vgl. die entsprechenden Regelungen in Nr. 2 und 3). Aus Gründen der Übersichtlichkeit bietet es sich daher an, einen Absatz in § 1 einzufügen, der dies für die Nr. 1 bis 4 des § 1 (einheitlich) definiert.
2. Unseres Erachtens sollte nicht zu Lasten eines Krankenhauses, das sich mit einer Budgetvereinbarung in einem Schiedsstellen- bzw. Klageverfahren befindet, auf den letzten bestandskräftigen Genehmigungsbescheid zurückgegriffen werden, ohne einen etwaigen späteren Ausgleich vorzusehen. In Betracht kommt eine Abschlagsberechnung aufgrund des letzten bestandskräftigen Genehmigungsbescheides mit einer späteren

Ausgleichsberechnung, sobald der eigentlich maßgebliche bestandskräftige Genehmigungsbescheid (aus dem dem Jahr der Förderung vorangegangenen Jahr) vorliegt.

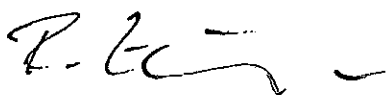
3. Für den Bereich der Bemessungsgrundlage des Förderanteils für psychiatrische Einrichtungen sehen wir einen Anteil von 2,3 % des LKA-Budgets als notwendig an, um die bereits stattgefundenen deutlichen Kürzungen der pauschalen Fördermittel in den vergangenen Jahren und die damit einhergehenden Finanzierungsprobleme nicht weiter zu verschärfen (vgl. Stellungnahme der KGNW vom 11.12.2006).
4. Um die Überlieger bei den Bewertungsrelationen zu berücksichtigen, sollte folgende Ergänzung eingefügt werden: „... Bemessungsgrundlage ist hierbei die Summe der effektiven Bewertungsrelationen aller Krankenhäuser jeweils in E 1 Spalte 17, Zeile „Summe insgesamt“.
5. Ferner sollte klargestellt werden, dass mit „ausgewiesenen Ausbildungsplatz“ die SOLL-Plätze gemeint sind. Zudem sollte aufgenommen werden, welcher Stand des Krankenhausplanes bzw. welcher Feststellungsbescheid für die Berechnung maßgeblich ist.
6. Unseres Erachtens sollte der Ausgleichsmechanismus nicht auf einer absoluten Grenze basieren, sondern mittels eines linearen Verlustausgleiches sicherstellen, dass kein Krankenhaus mehr als 10 % der Fördermittel verliert, die ihm im Vorjahr ausgezahlt worden sind.
7. Nach unserer Auffassung dient es der Rechtsklarheit, wenn in der Verordnung die Größe des/der Haushaltstitel explizit genannt werden.

Aus unserer Sicht bestand Einvernehmen darüber, dass zusätzlich zur Verteilung nach dem Casemix noch entsprechende Korrekturfaktoren für die Verteilung der pauschalen Fördermittel gefunden werden müssen. Vor diesem Hintergrund stellt die unter der Nr. 6 ausgeführte „Airbag“ - Lösung nur einen Weg für den Übergang dar. Entsprechend unserem Vorschlag möchten wir gemeinsam mit Ihnen anstreben, diese Korrekturfaktoren im Zeitraum von 2007 bis ggf. noch im Jahr 2008 so rechtzeitig zu bestimmen, dass eine Umsetzung spätestens im Jahr 2009 erfolgen kann.

Abschließend haben wir uns erlaubt, die vorgenannten Änderungsvorschläge zusammenzufassen und der Übersichtlichkeit halber in Ihren Arbeitsentwurf einer PauschKHFVO 200x einfließen zu lassen (**Anlage**).

Sehr geehrter Herr Dr. Siebertz, abschließend möchten wir uns nochmals für die offene und konstruktive Zusammenarbeit bedanken. Wir hoffen, dass wir mit unseren Vorschlägen zur Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen zur pauschalen Förderung einen Beitrag leisten können, ein Verfahren zu entwickeln, dass eine sach- und bedarfsgerechte Bemessung der pauschalen Fördermittel unter Berücksichtigung einer gehörigen Planungssicherheit für die Krankenhäuser in NRW gewährleistet.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'R. Zimmer', followed by a horizontal line.

Richard Zimmer
Geschäftsführer

Arbeitsentwurf der KGNW

Verordnung über die pauschale Krankenhausförderung 200x (PauschKHFVO 200x)

Aufgrund des § 21 Abs. 2 des Krankenhausgestaltungsgesetzes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW) vom verordnet das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales im Einvernehmen mit dem Finanzministerium:

§ 1

Das im Haushaltsplan NRW im Kapitel 11070, Titelgruppe 61 veranschlagte Finanzvolumen von ... (300 Mio. € zzgl. Erhöhung für die Ausbildungsplätze der Krankenhäuser) wird nach Maßgabe dieser Verordnung auf die zu fördernden Krankenhäuser verteilt.

Das Fördervolumen setzt sich wie folgt zusammen:

1.Mio. € für Krankenhäuser oder Fachabteilungen, die nach BPfIV abrechnen
2.Mio. € für Krankenhäuser, die Zusatzentgelte und sonstige Entgelte nach §§ 9,6 KHEntgG abrechnen
3.Mio. € für Krankenhäuser, die Ausbildungsstätten betreiben
4.Mio. € für besondere Beträge gemäß § 26 KHGG NRW
5.Mio. € für Ausgleichsbeträge für Verluste, die sich aus der Umstellung der Bemessungsgrundlage ergeben
6.Mio. € für Krankenhäuser, die nach KHEntgG abrechnen (Basis: Bewertungsrelationen)

Nicht verausgabte Fördermittel nach Ziff. 5 erhöhen das Volumen nach Ziff. 6. Nicht verausgabte Fördermittel des laufenden Jahres erhöhen das Fördervolumen des Folgejahres.

§ 2

(1) Der jährliche Pauschalbetrag für die Krankenhausförderung nach § 21 Abs. 1 KHGG NRW beträgt im Jahr 200x

1. bei den Krankenhäusern, Fachabteilungen oder besonderen Einrichtungen, die nach der Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBGI. I S. 2750), zuletzt geändert durch Vierzehntes Gesetz zur Änderung des Arzneimittelgesetzes vom 29. August 2005 (BGBGI. I S. 2570, 2600) abrechnen, 2,3 Prozent des flexiblen Budgets ohne Ausgleich gem. § 12 BPfIV (K 5 Nr. 9 zzgl. Nr. 13)

2. bei den Krankenhäusern, die ihre Leistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. S. 1412, 1422), zuletzt geändert durch Vierzehntes Gesetz zur Änderung des Arzneimittelgesetzes vom 29. August 2005 (BGBl. I S. 2570, 2600) durch bundeseinheitliche Zusatzentgelten nach § 9 und sonstige Entgelte nach § 6 des KHEntgG abrechnen, 2,5 Prozent auf das Budget. Bemessungsgrundlage ist hierbei die Summe aus:

1. E 2 Summe Sp. 4 Zeile „Summe ZE insgesamt“
2. Gesonderte Zusatzentgelte
3. E 3 inklusive der Besonderen Einrichtungen zzgl. Überlieger
4. E 3.1. Sp. 21
5. E 3.2. Sp 4
6. E 3.3. Sp. 5
7. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

3. bei den Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), zuletzt geändert durch Vierzehntes Gesetz zur Änderung des Arzneimittelgesetzes vom 29. August 2005 (BGBl. I S. 2570, 2600) abrechnen, mit einem Wert je Bewertungsrelation des Jahres 200x. Bemessungsgrundlage ist hierbei die Summe der effektiven Bewertungsrelationen aller Krankenhäuser jeweils in E 1 Spalte 17, Zeile „Summe insgesamt“. Der Wert je Bewertungsrelation ermittelt sich aus dem Haushaltsansatz für § 1 Nr. 6 des Jahres 200x dividiert durch die Anzahl der Bewertungsrelation des Jahres 200x.

4. bei Ausbildungsstätten nach § 2 Nr. 1a KHG einen Betrag von 100,00 € für jeden im Krankenhausplan ausgewiesenen Ausbildungsplatz.

(2) Bei der Ermittlung der Jahrespauschalen werden die vereinbarten Krankenhausleistungen bzw. das vereinbarte Budget des dem Jahr der Förderung vorangegangenen Jahres zugrunde gelegt. Dabei werden die bestandskräftigen Genehmigungsbescheide (nach § 18 KHG, § 20 BPfIV, § 14 KHEntgG) des Entgeltzeitraumes 200x, die bis zum 30.11.200x vorliegen, berücksichtigt. Liegt bis zu diesem Zeitpunkt noch kein bestandskräftiger Genehmigungsbescheid der zuständigen Genehmigungsbehörde für das dem Jahr der Förderung vorangegangenen Jahres vor, ist der letzte bestandskräftige Genehmigungsbescheid für eine Abschlagsberechnung heranzuziehen. Eine entsprechende krankenhausesindividuelle Ausgleichsberechnung erfolgt durch Addition oder Subtraktion der zu viel oder zu wenig berücksichtigten Bewertungsrelationen bei der nächstmöglichen Vergabe von Fördermitteln nach § 25 KHGG NRW, wenn der entsprechende bestandskräftige Genehmigungsbescheid vorliegt.

(3) Maßgeblich für die Ermittlung der Ausbildungsplatzpauschale ist die Anzahl der im *SOLL* ausgewiesenen Ausbildungsplätze entsprechend der Feststellungen der Aufnahme in den Krankenhausplan am 01. Januar 200x.

(4) Im Jahre 200x wird bei der Festsetzung der Pauschalförderung ein Härtefallausgleich durchgeführt. Die Mittel aus § 1 Nr. 5 werden über einen linearen Verlustausgleich an die Krankenhäuser verteilt, die im Vergleich zum letzten bestandskräftigen Fördermittelbescheid weniger Fördermittel erhalten würden. Der Betrag nach § 1 Nr. 5 ist so festzusetzen, dass kein Krankenhaus mehr als 10 % der Fördermittel, die es für das Jahr 200x nach dem letzten bestandskräftigen Fördermittelbescheid erhalten hat, verliert.

(5) Die Auszahlung der pauschalen Fördermittel gemäß der Absätze 1 bis 4 erfolgt in 4 gleichen Raten jeweils zum Ende des Quartals mittels Überweisung auf das Konto des jeweiligen Krankenhauses.

§ 3

Diese Verordnung tritt mit Wirkung vom 1. Januar 200x in Kraft und am 31. Dezember 200x außer Kraft.

Pauschalförderung in Nordrhein-Westfalen

- Rahmenkonzept des Deutsches Krankenhausinstituts e.V. für eine DRG-bezogene Kalkulation der Investitionskosten -

1. Anlass und Ziel der Untersuchung

Die Landesregierung Nordrhein-Westfalen plant eine Umstellung der Verteilung der pauschalen Fördermittel von der bisherigen Planungsgrundlage "Bett" auf Fallzahlen und Schweregrad. Nach dem Entwurf einer Verordnung über die pauschale Krankenhausförderung (PauschKHFVO) ist die Bemessungsgrundlage für die Höhe der jährlichen Zahlung der Pauschalmittel bei Abrechnungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) die Summe der Bewertungsrelationen aller förderfähigen Krankenhäuser (Fallwertpauschale). Krankenhäuser erhalten für jede Bewertungsrelation einen Fallwert. Die Bemessungsgrundlage für die nach dem Krankenhausentgeltgesetz abrechnenden Krankenhäuser orientiert sich damit nicht mehr am Bett, sondern an den mit dem Schweregrad bewerteten Leistungen des Krankenhauses (Bewertungsrelationen).

Grundsätzlich erscheint die Systemumstellung als richtige Weichenstellung. Allerdings ist derzeit ungeklärt, ob - unabhängig von der vorgesehenen dreijährigen Übergangsregelung - die alleinige Ausrichtung an den Bewertungsrelationen zu einer ausreichend zielgenauen Abbildung der behandlungsbezogenen Investitionsaufwendungen in Form der Abschreibungen für kurz- und mittelfristige Anlagegüter führt. Faktisch bedeutet die Regelung, dass jede Bewertungsrelation den gleichen Investitionsbedarf widerspiegelt bzw. dass sich die unterschiedlichen Bedarfe krankenhausbefugten ausgleichen. Dies ist zunächst zu bezweifeln, da der Investitionsbedarf je DRG kaum als konstanter prozentualer Zuschlag auf die kalkulierten Personal- und Sachkosten vorstellbar ist. Allerdings fehlen derzeit fast vollständig Informationen, aus denen ableitbar wäre, in welchem Umfang der Investitionsbedarf DRG-bezogen differiert. Wegen der dualen Krankenhausfinanzierung werden von den Krankenhäusern üblicherweise keine Abschreibungen in der Kostenstellen- und Kostenträgerrechnung berücksichtigt.

Vor diesem Hintergrund ist Ziel der Untersuchung, in Form einer Nachkalkulation für alle oder für ausgewählte DRGs die Höhe der Abschreibungen zu ermitteln und sie jeweils in Relation zu den bestehenden Bewertungsrelationen zu stellen. Aus den Ergebnissen ist unmittelbar ableitbar,

- in welchem Verhältnis sich die Personal- und Sachkosten und Abschreibungen in den untersuchten DRGs bewegen,
- welche DRGs sich durch besonders hohe oder besonders niedrige Abschreibungen auszeichnen und ob sich daraus Muster/Cluster ergeben.

Insgesamt ermöglicht die Untersuchung eine empirisch fundierte Aussage, ob die geplante Umstellung der Pauschalförderung zu einer weitgehend akzeptablen Abbildung des Investitionsbedarfs der Krankenhäuser führt oder ob Korrekturfaktoren erforderlich werden und wie diese im Einzelnen aussehen könnten.

2. Methodisches Vorgehen

Das methodische Vorgehen orientiert sich an dem InEK-Kalkulationsverfahren. Dabei geben die an dem Verfahren beteiligten Krankenhäuser für jeden Patienten einen sog. DRG-Datensatz an das Institut weiter. Bezüglich der Kostendaten enthält der Datensatz kostenstellen- und kostenartenbezogene Kostenwerte, die auf einer Matrix mit 12 Kostenstellen und 10 Kostenarten basieren und für die jeweils Verteilungsschlüssel vorgegeben sind. So ergeben sich z. B. die Kostenwerte für die Personalkosten Ärztlicher Dienst auf der Normalstation entsprechend den jeweiligen Pflagetagen. Verteilungsmaßstab für die Personalkosten des Medizinisch-technischen Dienstes und des Funktionsdienstes in der Anästhesie ist die Anästhesiologiezeit.

Die bestehende Kostenmatrix wird im Rahmen der Untersuchung bei den Kostenarten um die Abschreibungen für kurz- und mittelfristige Anlagegüter erweitert. Danach ist kostenstellenbezogen ein Verteilungsmaßstab der Abschreibungen festzulegen, der den investiven Werteverzehr widerspiegelt und der sich an den bestehenden Verteilungsmaßstäben orientiert. So könnten z. B. analog zum obigen Beispiel die Abschreibungen der Normalstation entsprechenden den Pflagetagen auf die Patienten verteilt werden. Für die Anästhesie könnte durchaus die Anästhesiologiezeit ein geeigneter Maßstab sein.

Soweit es gelingt, kostenstellenbezogen einen der bereits angewandten Verteilungsmaßstäbe als sachgerecht zu identifizieren, lassen sich die patientenbezogenen Kostenwerte der Abschreibungen aus der Relation der jeweiligen Basiskosten ableiten (Beispiel: Werden die Abschreibungen der Normalstation entsprechend den Pflagetagen auf die Patienten verteilt und betragen die Personalkosten des Ärztlichen Dienstes der Normalstation 1 Mio. Euro und die Abschreibungen der Normalstation 0,5 Mio. Euro, betragen die patientenbezogenen

Kostenwerte der Abschreibungen jeweils 50% der Kostenwerte für die Personalkosten des Ärztlichen Dienstes).

Grundsätzlich möglich ist, das Verfahren auf ausgewählte DRGs (Tracer-DRGs) zu beschränken oder eine vollständige Einbeziehung aller DRGs vorzusehen.

Die skizzierte Vorgehensweise führt zu Abschreibungen je Patient und Kostenstelle, die DRG-bezogen aggregiert werden können und die Informationen über das Verhältnis der Abschreibungen zu den bereits kalkulierten Personal- und Sachkosten liefern. Damit ist eine ausreichende Basis gegeben, um die notwendigen Analysen zur Gewährleistung der Untersuchungsziele durchzuführen.

3. Datengrundlagen

Voraussetzung für die Durchführung der Untersuchung ist, dass eine ausreichende Zahl von nordrhein-westfälischen Krankenhäusern bereit und in der Lage ist, die notwendigen Daten zur Verfügung zu stellen. Wie bereits ausgeführt, sind bisher nur ausnahmsweise die Abschreibungen in der Kostenrechnung der Krankenhäuser berücksichtigt. Erste Recherchen haben aber ergeben, dass durchaus einzelne Krankenhäuser die Voraussetzungen haben, um ihre Abschreibungen den 12 Kostenstellen der InEK-Kalkulation zuzuordnen.

Weitere Voraussetzung ist, dass diese Krankenhäuser entweder an dem InEK-Kalkulationsverfahren teilnehmen oder krankenhausintern eine entsprechende Nachkalkulation durchgeführt haben. Nach Vorgesprächen mit mehreren Krankenhäusern sowie mit der renommierten Unternehmensberatung Solidaris in Köln erscheint es realistisch, ca. 20 Krankenhäuser für eine Kalkulation der Investitionskosten zu gewinnen. Aufgrund der Orientierung der Vorgehensweise an der InEK-Kalkulation ist es möglich, die Krankenhäuser und/oder die DRG-bezogenen Ergebnisse so zu gewichten, dass die Untersuchungsergebnisse die Gesamtheit der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen und ihre Kosten weitgehend zutreffend abbilden.

4. Beteiligte Institute

Die Untersuchung ist als Kooperationsvorhaben des Deutsches Krankenhausinstitut e.V. und der Solidaris Unternehmensberatungs-GmbH geplant.

- Die **Solidaris** widmet sich seit 75 Jahren mit ihren organisatorisch verbundenen Gesellschaften und deren Leistungsspektren – Wirtschaftsprüfung, Steuerberatung, Unternehmensberatung und rechtliche Beratung – allen unternehmerischen

Belangen von Trägern und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens. Die Solidaris Unternehmensberatungs-GmbH begleitet seit der DRG-Einführung u. a. jährlich rund 30 Krankenhäuser bei der direkten Teilnahme am InEK-Kalkulationsverfahren.

- Das **Deutsches Krankenhausinstitut e.V.** ist seit 50 Jahren auf dem Gebiet der Forschung und Evaluation im Gesundheitswesen tätig und verfügt über einen breiten und langjährigen Erfahrungsschatz bei der Durchführung großer empirischer Untersuchungen und Modellprojekte. Die Projekte umfassen anwendungsorientierte Grundlagenforschung für die stationäre medizinisch-pflegerische Versorgung sowie die Begleitforschung und Evaluation aktueller krankenhauserrelevanter bzw. gesundheitspolitischer Maßnahmen.

Die enge Kooperation des Deutschen Krankenhausinstituts mit maßgeblichen Krankenhaus- und Berufsverbänden sowie die jahrzehntelange Zusammenarbeit mit der Krankenhauspraxis stellen nicht nur entscheidende Vorteile bei der Durchführung wissenschaftlicher Studien dar, sondern auch hinsichtlich der Resonanz und Akzeptanz der Studienergebnisse.

Beide Kooperationspartner verfügen über umfassende Erfahrungen mit empirischen Krankenhausprojekten und insbesondere auch über praktische Erfahrungen mit der InEK-Kalkulation.

5. Zeitrahmen

Die Untersuchung kann in einem Zeitrahmen von etwa sechs Monaten durchgeführt werden.

Düsseldorf, im Mai 2007

Deutsches Krankenhausinstitut e.V.
Institut in Zusammenarbeit mit der Universität Düsseldorf
Hansaallee 201
40549 Düsseldorf