

An den  
Vorsitzenden des Ausschusses des Landtags  
für Arbeit, Gesundheit und Soziales  
Herrn Günter Garbrecht MdL  
Platz des Landtags 1

40221 Düsseldorf

E-Mail: [anhoerung@landtag.nrw.de](mailto:anhoerung@landtag.nrw.de)

Ansprechpartner/in:  
Andrea Vontz-Liesegang/  
Städtetag Nordrhein-Westfalen  
Tel.-Durchwahl: 0221/3771-260  
Fax-Durchwahl: 0221/3771-409  
E-Mail: [andrea.vontz@staedtetag.de](mailto:andrea.vontz@staedtetag.de)

Aktenzeichen: 54.05.04 N

Reiner Limbach/  
Landkreistag NRW  
Tel.-Durchwahl: 0211/300 491 210  
Fax-Durchwahl: 0211/300 491 5210  
E-Mail: [reiner.limbach@lkt-nrw.de](mailto:reiner.limbach@lkt-nrw.de)

Aktenzeichen: 54.06.02

Dr. Matthias Menzel/  
Städte- und Gemeindebund NRW  
Tel.-Durchwahl: 0211/4587-234  
Fax-Durchwahl: 0211/4587-291  
E-Mail: [Matthias.Menzel@kommunen-in-nrw.de](mailto:Matthias.Menzel@kommunen-in-nrw.de)

Aktenzeichen: III/2 - 560

Datum: 13.08.2014



**Zweites Gesetz zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes NRW (KHGG NRW) – Gesetzentwurf der Landesregierung, Drucksache 16/5412**  
hier: Stellungnahme zur Vorbereitung der Ausschussanhörung am 27.08.2014

Sehr geehrter Herr Garbrecht,

für die Übersendung des Entwurfs eines Gesetzes zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes (KHGG NRW) bedanken wir uns und nehmen gerne die Gelegenheit wahr, zur Vorbereitung der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales Stellung zu nehmen.

Mit unserer Stellungnahme wiederholen wir im Wesentlichen die Anmerkungen und Hinweise, die wir im bereits im vorparlamentarischen Verfahren im Rahmen der Verbändeanhörung zum Referentenentwurf gegenüber dem MGEPA abgegeben haben. Leider haben unsere Ausführungen im Ergebnis nicht dazu geführt, dass im nun vorliegenden Gesetzentwurf gegenüber dem seinerzeitigen Referentenentwurf an den relevanten Regelungen Veränderungen vorgenommen wurden.

Im Gesetzentwurf wird unter Gliederungspunkt G. ausgeführt, dass im Vergleich zum geltenden Landeskrankenhausrecht keine neuen Auswirkungen auf die Selbstverwaltung und die Finanzlage der Gemeinden und Gemeindeverbände entstehen. Mit dieser pauschalen Feststellung bleibt jedoch die Frage eines möglichen Mehraufwandes für die Kommunen unbeantwortet. Auf welcher Grundlage die Landesregierung zu ihrer Einschätzung gelangt ist, wird sich sicherlich im anstehenden Gesetzgebungsverfahren aufklären lassen. Eine Prüfung der Frage, ob die geplanten Gesetzesänderungen bereits als Veränderung einer bestehenden Aufgabe im Sinne der §§ 1 Abs. 1, 2 Abs. 4 KonnexAG anzusehen sind oder es sich lediglich um quantitative Veränderungen im Sinne des § 2 Abs. 4 Satz 2 KonnexAG handelt, hat offensichtlich nicht stattgefunden. Jedenfalls hat es hierzu weder mit den kommunalen Spitzenverbänden im Zeitraum zwischen der Verbändeanhörung und der Einleitung des Gesetzgebungsverfahrens Gespräche gegeben, noch finden sich im Gesetzentwurf Anhaltspunkte für eine solche Prüfung.

Wir gehen weiterhin davon aus, dass die vorgesehene Weiterentwicklung des KHGG mit erheblichem Zusatzaufwand für die Kommunen verbunden sein wird. Zu nennen sind hier der Mehraufwand, der durch den Gesetzentwurf im Vergleich zum geltenden KHGG insbesondere durch die Prüfung der zu entwickelnden oder zu überarbeitenden Pflegekonzepte aller Krankenhäuser unter den Aspekten Gender und Inklusion (§ 3), die fortlaufende Überprüfung der Einhaltung der Qualitätsmerkmale und -indikatoren (§ 7) und der Einhaltung der Vorgaben der Genehmigungsbescheide in allen Krankenhäusern i. S. des § 12 sowie das Hinwirken auf patientenorientierte regionale Versorgungsstrukturen (§ 8) entsteht. Gerade die Überprüfung der Einhaltung der Vorgaben der Genehmigungsbescheide in allen Krankenhäusern ist auch vor dem Hintergrund der nach wie vor nicht rechtsverbindlich geklärten Frage, ob die Qualitätsstandards im Rahmen des Feststellungsbescheids verpflichtend festgelegt sind oder lediglich eine Orientierungsgröße darstellen (Bsp. Einhaltung der Vorgaben der jeweiligen Bescheide im Bereich der Intensivbetten) mehr als problematisch und mit erheblichen Rechtsrisiken für die Kommunen verbunden.

Mit Datum vom 21.07.2014 hat auch die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) eine Stellungnahme abgegeben. An der Erarbeitung von Positionierungen, die die Sicht der Krankenhäuser des Landes widerspiegelt, wirken die kommunalen Spitzenverbände im Kontext der KGNW mit. Grundsätzlich teilen wir daher die von der KGNW vorgelegte Positionierung aus Sicht der Krankenhäuser in kommunaler Trägerschaft. In einigen Teilbereichen bedingt die spezifisch kommunale Sicht jedoch Abweichungen bzw. Ergänzungsbedarf. Daher werden wir im Folgenden zu einigen Punkten des Gesetzentwurfs Stellung nehmen, welche die Kommunen über ihre Eigenschaft als Krankenhausträger hinaus betreffen. Von besonderer Bedeutung ist dabei die im Zusammenhang mit § 11 KHGG klärungsbedürftige Frage einer „Rechtsaufsicht“ der Stadt- und Kreisordnungsbehörden über die Krankenhäuser.

Zu den Vorschriften im Einzelnen:

### **§ 3 KHGG**

Grundsätzlich positiv bewerten wir die Neufassung des § 3 zur Pflege und Betreuung der Patientinnen und Patienten, mit der die bisherigen Inhalte deutlich konkretisiert werden. Stationäre Pflegekonzepte sollen zukünftig Gender-Aspekte ebenso berücksichtigen wie die besonderen Bedürfnisse von behinderten, hochbetagten und dementen Menschen.

Dadurch kann die Teilhabe der genannten Personengruppen verbessert und ein wesentlicher Beitrag zum Abbau von Barrieren geleistet werden. Die gewählte Fokussierung ist ein wichtiger Schritt zu einer weiteren Verbesserung der stationären Krankenpflege unter Berücksichtigung der Inklusion.

Die Entwicklung entsprechender Behandlungskonzepte muss allerdings auch mit den Klinikstrukturen kompatibel bleiben und darf nicht neue administrative, letztlich nicht der Patientenversorgung dienende Strukturen schaffen.

## **§ 7 KHGG**

Die beabsichtigten Regelungen zu Erhöhung der Transparenz und Qualitätssicherung im Krankenhaus sind derzeit eher allgemein und ungenau gefasst. Bedenklich erscheint allerdings, dass der Landesgesetzgeber mit dem Krankenhausgestaltungsgesetz über die bundesrechtlichen Bestimmungen hinaus Qualitätsmerkmale und -indikatoren verbindlich vorschreiben will. Durch weitere Anforderungen wird der ohnehin bestehende hohe bürokratische Aufwand noch verstärkt. Es bleibt unklar, in welchem Umfang die Patienten hiervon tatsächlich profitieren werden. Wir sehen keinen Bedarf für zusätzliche Verpflichtungen, die über den derzeitigen rechtlichen Umfang hinausgehen. Skeptisch wird auch beurteilt, dass die Vorschläge des Landesausschusses über Verfahren und Form derartiger Veröffentlichungen durch eine dreiseitige Vereinbarung verbindlich umgesetzt werden sollen. Neben den rechtlichen Bedenken gegenüber diesem Verfahren ist auch der enorme Verwaltungsaufwand, der bei den Beteiligten veranlasst wird, kritisch zu sehen.

## **§ 11 KHGG**

Die kommunalen Spitzenverbände fordern nachdrücklich, § 11 KHGG zu ändern. Diese Vorschrift bestimmt unter der Überschrift „Rechtsaufsicht“ u.a., dass untere Aufsichtsbehörde die kreisfreien Städte und die Kreise, obere Aufsichtsbehörde die Bezirksregierungen und oberste Aufsichtsbehörde das zuständige Ministerium sein sollen. Sein Verständnis, was darunter an Pflichten der unteren Aufsichtsbehörde zu verstehen ist, hat das MGEPA in einem Erlass vom 05.08.2013 (Az. 231 – 1451), auf den auch in einem weiteren Erlass vom 12.12.2013 (Az. 234 – 0712.7.4.1) Bezug genommen wird, dargelegt.

Diese Situation, die zudem auch nicht von allen Akteuren so gesehen wird, ist aus Sicht der Kommunen nicht befriedigend und dringend änderungsbedürftig. Hierfür sind folgende Gründe maßgeblich:

### 1. Unklarheiten hinsichtlich des Umfangs der „Rechtsaufsicht“

Bislang existiert keine klare Definition bzw. eine Präzisierung des Begriffs „Rechtsaufsicht“ im Zusammenhang mit der Überwachung der Krankenhäuser. Es bedarf daher einer Klärung, welche der genannten Aufsichtsbehörden welche konkrete Aufgabe wahrzunehmen hat. Andernfalls ist es für die Kommunen kaum möglich, die Inhalte und Grenzen der Ihnen zugewiesenen Aufsichtsaufgabe zu erkennen und zu wahren. § 11 Abs. 2 Satz 1 KHGG nimmt lediglich unbestimmt Bezug auf die Beachtung der für

die Krankenhäuser geltenden Vorschriften. Es wird nicht festgelegt, welche Vorschriften gemeint sind. Abhängig von einer extensiven oder restriktiven Herangehensweise können Vorschriften gemeint sein, die bereits begrifflich ausschließlich für Krankenhäuser gelten, fachspezifische Vorschriften, die für Krankenhäuser sowie für andere Facheinrichtungen gelten oder Vorschriften, die thematisch übergreifend für Krankenhäuser wie für andere Betriebe und Einrichtungen gelten (angefangen beim fachlich ausgerichteten Arbeitsschutz über arbeitsrechtliche, sozialversicherungsrechtliche bis hin zu steuerrechtlichen und ggf. auch noch berufsrechtlichen Vorschriften). Mit der insoweit unzureichenden Abgrenzung verbunden ist die Unbestimmtheit der Maßstäbe, welche im Rahmen der Rechtsaufsicht und der darauf basierenden Kontroll- und Überwachungsmaßnahmen angelegt werden sollen.

Bisher wurde die Krankenhausaufsicht durch die kreisfreien Städte und Kreise im Regelfall einzelfall- und anlassbezogen nach Weisung durch die Bezirksregierung wahrgenommen. Dies beschränkte sich weitgehend auf Problemkonstellationen, welche vor allem seitens der kommunalen Gesundheitsämter in eigener Zuständigkeit im Rahmen der Hygienekontrollen bzw. der Aufsicht über die Berufe des Gesundheitswesens (§§ 17, 18 ÖGDG) spezialgesetzlich durchgeführt werden konnten. Von Seiten des Ministeriums wurde diese Praxis auch bislang nicht gerügt. Mit den Erlassen von August und Dezember 2013 hat das MGEPA in Abweichung von der bisherigen Praxis erstmals die Auffassung vertreten, den kreisfreien Städten und Kreisen seien schon nach der bisherigen Rechtslage nicht nur anlassbezogene, sondern grundsätzlich umfassende, regelmäßige und kontinuierliche Aufsichtsaufgaben durch das KHGG zugewiesen.

## 2. Problem fehlender personeller Kapazitäten und Kompetenzen für eine adäquate Aufgabenwahrnehmung

Verbleibt es bei dieser Lesart der Landesregierung, so ist allein schon aus der geänderten Praxis von einem erheblichen personellen Mehraufwand der Kommunen auszugehen. In den Details ist dessen genauer Umfang derzeit nicht abschätzbar, weil der Umfang und die Art der Aufgabenwahrnehmung der Rechtsaufsicht durch die Kreise und kreisfreien Städte für diese noch nicht hinreichend konkretisiert sind. Sollte von den kommunalen Ordnungsbehörden tatsächlich erwartet werden, dass sie hinsichtlich sämtlicher ein Krankenhaus betreffender Rechtsfragen den Krankenhäusern auf Augenhöhe begegnen können, so bedarf es einer Einschaltung der kommunalen Rechtsämter, die ggf. zusätzliche fachliche Kapazitäten aufbauen müssten. Auch insoweit zeigt sich, dass es dringend einer gesetzlichen Klarstellung bedarf, wie umfassend die Rechtsaufsicht durchgeführt werden soll.

Sofern es bei den im Gesetzentwurf vorgesehenen Änderungen bleibt, ist es auch insoweit die Aufgabe der Landesregierung, den kommunalen Mehraufwand bei der Überwachungstätigkeit und den entsprechenden Personalmehrbedarf gemäß § 3 KonnexAG im Wege einer Kostenfolgeschätzung zu ermitteln und prognostisch zu quantifizieren (§ 6 Satz 1 KonnexAG).

### 3. Fehlende Rechtsgrundlagen für ein aufsichtsrechtliches Einschreiten

Hinzuweisen ist auch darauf, dass - falls Kreise und kreisfreie Städte zuständige Behörde für die Beachtung der Einhaltung sämtlicher Rechtsvorschriften mit irgendwie geartetem Krankenhausbezug wären - diese zukünftig „bei einem Verstoß ... die erforderlichen Maßnahmen“ treffen müssten. Derzeit fehlt es den Kreisen und kreisfreien Städten weitestgehend an einschlägigen Möglichkeiten i. S. einer verwaltungssicher umsetzbaren, plausiblen und verlässlichen Regelung, sich Kenntnis über die Zustände in einem Krankenhaus zu verschaffen (Betretungs- und Akteneinsichtsrechte) und im Falle von Zuwiderhandlungen gegen irgendeine denkbare Rechtsvorschrift seitens der „Rechtsaufsicht“ sachgerecht zu reagieren. Mangels entsprechender Sanktionsmöglichkeiten können Kreise und kreisfreie Städte die Einhaltung der zudem weitgehend unbestimmten Pflichten daher zurzeit gar nicht durchsetzen. Die einzige „Sanktionsmöglichkeit“ im KHGG NRW besteht in der Streichung von Betten im Krankenhaus-Bedarfsplan. Hierfür liegt die Kompetenz in der Zuständigkeit von MGEPA bzw. der Bezirksregierung, nicht aber im Zuständigkeitsbereich der Kommunen.

### 4. Mögliche Interessenskonflikte

Da kreisfreie Städte und Kreise Träger von Krankenhäusern sind, kann nicht ausgeschlossen werden, dass es bei der Ausübung der seitens der Landesregierung angedachten umfassenden „Rechtsaufsicht“ zu Interessenkonflikten kommt oder zumindest in der Öffentlichkeit ein solcher Anschein entsteht, weil die Stadt oder der Kreis zugleich Träger und Aufsichtsbehörde sind.

Zusammenfassend müssen wir feststellen, dass die im Entwurf vorgesehene Regelung in §11 Abs. 2 KHGG mit der eine allgemeine Ermächtigungsgrundlage für Eingriffe der „zuständigen Aufsichtsbehörde“ geschaffen werden soll, zu unpräzise und damit als verlässliche Rechtsgrundlage für das Handeln der Kreise und kreisfreien Städte unzureichend ist. Da zudem die einzige durchgreifende Sanktionsmöglichkeit in der Zuständigkeit von MGEPA bzw. der Bezirksregierung verbleibt, ist an dieser Stelle eine Klarstellung notwendig.

## **§ 15 KHGG**

Es stellt sich die Frage, wer das haftungsrechtliche Risiko für die vom Landesausschuss erarbeiteten Empfehlungen etc. trägt. Da es sich um ein vom Land etabliertes Gremium handelt, gehen wir davon aus, dass dies das Land übernimmt. Insoweit sollte eine Klarstellung erfolgen.

## **§ 17 KHGG: Kommunalen Anteil an der Investitionsförderung**

Die vom Land Nordrhein-Westfalen bereit gestellten Krankenhausinvestitionsfördermittel reichen bei weitem nicht aus, um den Investitionsbedarf der Krankenhäuser im Land zu decken. Wir verweisen an diesem Punkt auf die Ausführungen in der Stellungnahme der KGNW. Sicherlich besteht ein nachweisbarer Bedarf für eine Aufstockung der Kranken-

hausfördermittel. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass bei der Einführung des KHGG bereits die zuvor im KHG erfolgte Erhöhung des Finanzierungsanteils der Kommunen an den förderfähigen Investitionsmaßnahmen von 20% auf 40% übernommen wurde. Die kommunalen Spitzenverbände haben dies stets strikt abgelehnt und auf die besondere Finanzierungsverpflichtung des Landes hingewiesen, welches sich im Umfang der zusätzlichen Verpflichtung für die Kommunen aus der Förderung zurückgezogen hatte. Nach wie vor erscheint es uns sehr fraglich, ob nicht durch die Ausweitung der kommunalen Finanzierungsaufgaben bei den Krankenhausinvestitionen in dieser Form eine Verletzung des Konnexitätsprinzips erfolgt. Jedenfalls bleiben wir bei unserer Ablehnung der vorgesehenen kommunalen Mitfinanzierung der vom Land vergebenen Krankenhausinvestitionsfördermittel und fordern das Land dazu auf, dafür Sorge zu tragen, dass der kommunale Förderanteil von derzeit 40 Prozent deutlich vermindert wird. Von den Kliniken dringend benötigte, zusätzliche Investitionsfördermittel des Landes dürfen nicht zu Lasten der kommunalen Haushalte finanziert werden.

Einer Erhöhung der Landesinvestitionsförderung unter Fortführung der derzeitigen gesetzlichen Beteiligungsquoten zu Lasten der Kommunen haben wir daher mit Schreiben vom 10.06.2014 gegenüber dem MGEPA widersprochen.

In diesem Kontext ist auch nochmals darauf zu verweisen, dass wir als Vertreter der kommunalen Seite ein besonderes Interesse an einer sachgerechten, die kommunalen Interessen wahren und den Sicherstellungsauftrag landesweit absichernden Regelung der Krankenhausinvestitionsförderung haben. Im Lichte der kommunalen Selbstverwaltung und Finanzhoheit ist nach wie vor kaum zu erklären, dass die zu einem großen Teil von den Kommunen aufzubringenden Finanzmittel alleine durch Entscheidungen des Landes vergeben werden. Auch erscheint es vor dem genannten Hintergrund wenig sachgerecht, dass keinerlei kommunale Beteiligung bei der Krankenhausplanung des Landes erfolgt.

## **§ 22 KHGG**

Die Neuregelung des § 22 Absatz 2 Ziffer 2, die das Erfordernis der Erlaubnis der zuständigen Behörde zur Vermietung von Räumen und Ausstattungen enthält, wird zum einen nicht für erforderlich und zum anderen auch als rechtlich bedenklich angesehen. Nachvollziehbar ist, dass die zuständige Behörde Kenntnis über die Vermietung von geförderten Räumlichkeiten und Ausstattungen erhalten möchte, um prüfen zu können, inwieweit der Förderzweck noch eingehalten ist. Ein solches Interesse fehlt jedoch bei nicht geförderten Wohnraum. Bei der Neuregelung wird auch nicht hinreichend deutlich, ob es einer rückwirkenden Erlaubnis bedarf. Zweifelhaft ist schließlich auch, ob das Land nur im Wege eines Genehmigungsvorbehalts bei der Vermietung sicherstellen kann, dass der Krankenhausbetrieb durch eine Vermietung nicht beeinträchtigt wird oder ob nicht eine einfache Anzeige gleichermaßen geeignet wäre. Die Regelung sollte daher nochmals überdacht werden.

## **§ 34 b KHGG**

Mit der Einfügung des § 34b zur Haftpflichtversicherung will der Gesetzgeber eine Regelung zur Abdeckung behandlingstypischer Risiken einführen. Aus Sicht kommunaler

Krankenhausträger wäre eine Klarstellung hilfreich, dass auch die Teilnahme am kommunalen Schadensausgleich den Anforderungen entspricht. Aus der geplanten Regelung ist darüber hinaus bislang nicht erkennbar, wie mit denjenigen Krankenhausträgern verfahren wird, die die vorgesehene Haftpflichtversicherung nicht abschließen können, weil sich kein Versicherer mehr findet, der z.B. das behandlungstypische Risiko auf einer Geburtsstation oder einer gynäkologischen Station abfangen will.

Auch insoweit besteht Anlass zu einer klarstellenden Formulierung, die die Arbeit der Aufsichtsbehörden erleichtern würde.

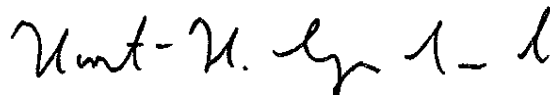
Mit freundlichen Grüßen  
In Vertretung



Klaus Hebborn  
Beigeordneter  
des Städtetages Nordrhein-Westfalen



Reiner Limbach  
Beigeordneter  
des Landkreistages Nordrhein-Westfalen



Horst-Heinrich Gerbrand  
Beigeordneter  
des Städte- und Gemeindebundes Nordrhein-Westfalen