



Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V. · Humboldtstraße 31 · 40237 Düsseldorf

An den
Präsidenten
des Landtags Nordrhein-Westfalen
Herrn André Kuper MdL
Platz des Landtags 1
40221 Düsseldorf

LANDTAG
NORDRHEIN-WESTFALEN
17. WAHLPERIODE

**STELLUNGNAHME
17/231**

A01

Humboldtstraße 31
40237 Düsseldorf

Telefon: +49 211 47819-0
Telefax: +49 211 47819-99

E-Mail: info@kgnw.de
Internet: www.kgnw.de

Der Geschäftsführer
Unser Zeichen: GF/I/Kö/YB/11b06
Durchwahl: -50
E-Mail: mblum@kgnw.de

Gesetzentwurf der Landesregierung „Gesetz zum Abbau unnötiger und belastender Vorschriften im Land Nordrhein-Westfalen – Entfesselungspaket I“ (Drucksache 17/1046)

hier: Stellungnahme der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW)

Sehr geehrter Herr Landtagspräsident,

zunächst möchten wir uns an dieser Stelle für die Gelegenheit bedanken, zum Artikel 14 des Gesetzentwurfes der Landesregierung „Gesetz zum Abbau unnötiger und belastender Vorschriften im Land Nordrhein-Westfalen – Entfesselungspaket I“ (Drucksache 17/1046) Stellung nehmen zu können.

Zum Entfesselungspaket I möchten wir mit Blick auf das Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW) vorausschicken, dass wir dessen grundsätzliche Zielsetzung – insbesondere zu Entbürokratisieren und Schwachstellen der gesetzlichen Grundlagen zu beseitigen – begrüßen.

Nachfolgend nehmen wir gerne zu den Punkten des Artikels 14 Stellung, bei denen wir noch Änderungs- bzw. Ergänzungsbedarf sehen:

1. § 14 Abs. 3 KHGG NRW (Artikel 14, Nr. 8 Buchst. c)

Beabsichtigte Neuregelung:

Die regionalen Planungskonzepte sind der zuständigen Behörde vorzulegen, die sie der unteren Gesundheitsbehörde zur Kenntnis gibt. Dem Antrag auf Fortschreibung ist eine Dokumentation des Verhandlungsablaufs und der das Ergebnis tragenden Gründe beizufügen. Das zuständige Ministerium prüft das regionale Planungskonzept rechtlich und inhaltlich. Soweit es Änderungen

Düsseldorf, 21.12.2017

Seite 1 von 8

Geschäftsführer
Matthias Blum
Bankverbindung
Kontonummer: 30 164 024
Bankleitzahl: 360 602 95
Bank im Bistum Essen eG
BIC: GENODED1BBE
IBAN: DE38 3606 0295 0030 1640 24

~~beabsichtigt, gibt es den Verhandlungspartnern Gelegenheit zur Stellungnahme. Ist die Schließung von Krankenhäusern oder bettenführenden Angeboten vorgesehen, gibt das zuständige Ministerium auch der betroffenen Gemeinde Gelegenheit zur Stellungnahme.~~

Stellungnahme:

Ausweislich der Gesetzesbegründung soll die bisherige Regelung des Absatzes 3 Satz 4 eine überflüssige „Doppelung“ mit der Verfahrensvorgabe in Absatz 4 Satz 1 enthalten, die in der Planungspraxis häufig zu Verzögerungen geführt habe.

Aus Sicht der KGNW enthält die Regelung des Absatzes 3 Satz 4 hingegen keine überflüssige „Doppelung“ mit der Verfahrensvorgabe in Absatz 4 Satz 1, sondern stellt vielmehr einen wichtigen „Zwischenschritt“ im Verfahren dar, um in den einzelnen Regionen letztlich zu sachgerechten und gemeinsam von den Verhandlungspartnern (Krankenhaus und Verbände der Krankenkassen) getragenen Ergebnissen zu kommen.

Soweit das zuständige Ministerium im Falle geeinigter regionaler Planungskonzepte Änderungen beabsichtigt, sollte den Verhandlungspartnern auch weiterhin in einem „Zwischenschritt“ Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben werden. Letztlich kann durch diesen „Zwischenschritt“ gegebenenfalls auch späteren Klageverfahren vorgebeugt werden. Die geringfügige Verlängerung des Verfahrens sollte daher auch weiterhin in Kauf genommen werden. Sollte eine Beschleunigung des Verfahrens das vordringliche Ziel sein, so könnte dies gegebenenfalls auch mit einer Fristsetzung erreicht werden.

Änderungsvorschlag:

Die Streichung des § 14 Absatz 3 Satz 4 sollte zurückgenommen werden.

Alternativvorschlag:

*Die regionalen Planungskonzepte sind der zuständigen Behörde vorzulegen, die sie der unteren Gesundheitsbehörde zur Kenntnis gibt. Dem Antrag auf Fortschreibung ist eine Dokumentation des Verhandlungsablaufs und der das Ergebnis tragenden Gründe beizufügen. Das zuständige Ministerium prüft das regionale Planungskonzept rechtlich und inhaltlich. Soweit es Änderungen beabsichtigt, gibt es den Verhandlungspartnern Gelegenheit, **innerhalb von einem Monat Stellung zu nehmen zur Stellungnahme.** Ist die Schließung von Krankenhäusern oder bettenführenden Angeboten vorgesehen, gibt das zuständige Ministerium auch der betroffenen Gemeinde Gelegenheit zur Stellungnahme.*

[Hinweis: Im Falle einer Beibehaltung der Streichung des § 14 Absatz 3 Satz 4 müsste als redaktionelle Folgeänderung der Bezug in § 14 Absatz 4 Satz 4 angepasst werden.]

2. § 16 Abs. 3 KHGG NRW (Artikel 14, Nr. 9)

Seite 3 von 8

Beabsichtigte Neuregelung:

Die Gesamtzahl der im Soll anerkannten Planbetten gemäß Absatz 1 Nummer 6 ist innerhalb von ~~24~~ 12 Monaten nach Bekanntgabe des Bescheides nach Absatz 1 Satz 1 umzusetzen. Sind für die Umsetzung der im Soll anerkannten Planbetten gemäß Absatz 1 Nummer 6 Baumaßnahmen erforderlich, beginnt dieser Zeitraum erst mit Abschluss der Baumaßnahmen. Ist die Umsetzung nach Ablauf dieses Zeitraumes nicht oder nicht vollständig erfolgt, kann die zuständige Behörde den Bescheid nach Absatz 1 Satz 1 ganz oder teilweise aufheben. In begründeten Fällen kann die zuständige Behörde auf Antrag des Krankenträgers die in Satz 1 genannte Umsetzungsfrist verlängern.

Stellungnahme:

Ein von den Krankenhausplanungsbehörden geplantes und durch Bescheid festgestelltes Leistungsangebot kann in der tatsächlichen Umsetzung auf vielfältige Unwägbarkeiten stoßen. Die zeitliche Vorgabe von 12 Monaten für die tatsächliche Umsetzung ist viel zu eng gefasst. Sie sollte bei den bereits sehr knapp bemessenen 24 Monaten verbleiben oder besser noch auf 36 Monate ausgeweitet werden.

Die Vorgaben des Krankenhausplans bringen zum Teil erhebliche Veränderungen in den Krankenhäusern mit sich. Leistungsangebote sollen in den Regionen – auch sektorenübergreifend – weiter vernetzt werden, was sich durchaus zeitaufwändig gestalten kann. Zudem können sich personelle Veränderungen und Personalakquise vor dem Hintergrund der Arbeitsmarktsituation schwierig und zeitaufwändig gestalten.

Sollte es bei den geplanten 12 Monaten bleiben, wären in einigen Leistungsbereichen potentiell regelhaft die Öffnungsklausel zu bemühen und die Umsetzungsfristen zu verlängern. Dieser vermeidbare bürokratische Aufwand sollte von vornherein ausgeschlossen werden.

Änderungsvorschlag:

Die Änderung des § 16 Absatz 3 Satz 1 sollte zurückgenommen werden.

3. § 21a KHGG NRW (Artikel 14, Nr. 10)

Seite 4 von 8

Beabsichtigte Neuregelung:

(1) Über die Pauschalförderung hinaus können Investitionsmaßnahmen nach § 18 Absatz 1 Nummer 1 einzeln gefördert werden, wenn und soweit das Investitionsprogramm entsprechende Förderschwerpunkte ausweist und das Vorhaben die dort aufgeführten Voraussetzungen erfüllt. Eine Förderung der Maßnahme kann nur erfolgen, wenn die Gesamtfinanzierung der Maßnahme gesichert ist. Förderungsfähig sind nur die entstehenden und nachzuweisenden Kosten der bewilligten Investition, die bei Anwendung der Grundsätze der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit gerechtfertigt und für eine medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten im Krankenhaus notwendig sind.

(2) Die Einzelförderung im Sinne des Absatzes 1 wird auf Antrag bewilligt. Investitionen müssen in ein Investitionsprogramm des Landes aufgenommen sein. Die Förderung von Investitionen kann nur im Rahmen der hierfür bereitstehenden Haushaltsmittel bewilligt werden. § 19 Absatz 2 findet Anwendung. Eine Förderung ist ausgeschlossen, wenn vor Bewilligung der Förderung bereits mit der Maßnahme begonnen worden ist. Im Einzelfall können Ausnahmen zugelassen werden.

(3) Die Förderung erfolgt durch Festbetrag. Dieser kann auf Grund pauschaler Kostenwerte festgelegt werden und soll Anreize setzen, die Investition sparsam zu verwirklichen. Unterschreiten die Kosten der Maßnahme den Förderbetrag, sind die Einsparungen zweckgebunden für förderungsfähige Maßnahmen nach § 18 Absatz 1 zu verwenden; Kostenerhöhungen sind vom Krankenhaus zu tragen. Das Nähere ist in der Bewilligung festzulegen. Eine in das Einzelne gehende Prüfung erfolgt im Rahmen der Bewilligung und der Schlussabrechnung nur, soweit hierfür besondere Gründe vorliegen.

(4) Das zuständige Ministerium wird ermächtigt, durch Verwaltungsvorschriften das Nähere zu bestimmen.

Stellungnahme:

§ 21a wird ausweislich der Gesetzesbegründung neu eingefügt, um das System der pauschalen Krankenhausförderung um die Möglichkeit zu ergänzen, bei Ausweisung entsprechender Förderschwerpunkte durch das Land Akzente setzen zu können.

Vorbehaltlich der noch gemäß § 21a Absatz 4 vorzunehmenden näheren Ausgestaltung kann der neue § 21a dazu beitragen, die stationäre Versorgung in bestimmten Versorgungsbereichen zu sichern und zu stärken sowie deren Vernetzungsgrad zu erhöhen.

Über den neuen § 21a kann das Land „über die Pauschalförderung hinaus“ Investitionsmaßnahmen fördern.

Seite 5 von 8

Wesentlich ist in diesem Kontext die Abgrenzung im Gesetz: Die Förderung nach § 21a soll das System der pauschalen Krankenhausförderung nach § 18 Absatz 1 nicht ersetzen. § 21a normiert vielmehr ein ergänzendes und zusätzliches Fördererelement.

Die Regelung des neuen § 21a als ergänzendes und zusätzliches Fördererelement bedingt insoweit, dass im Rahmen der Anwendung des neuen § 21a **zusätzliche Finanzmittel** zur Akzentsetzung durch das Land bereitgestellt werden.

Der Fokus des Haushaltsgesetzgebers muss eindeutig auf eine Erhöhung der Finanzmittel für die reguläre pauschale Krankenhausförderung nach § 18 Absatz 1 ausgerichtet sein. Nur so ist perspektivisch eine bedarfsgerechte Krankenhausförderung zu erreichen und ein weiterer Aufbau des bestehenden, erheblichen Investitionsstaus zu vermeiden.

Mit dem geplanten Haushalt 2018 scheint das Vorhaben der Landesregierung, die Investitionskostenfinanzierung für Krankenhäuser auf ein gesundes Niveau zu heben allerdings wieder ins Straucheln zu geraten.

Die mit dem Nachtragshaushalt 2017 erfolgte Aufstockung der pauschalen Fördermittel in Höhe von 250 Millionen Euro soll fast vollständig wieder rückgängig gemacht werden. Dies ist nicht nachvollziehbar. So kommt NRW nicht wirklich voran.

Ein gesundes NRW gibt es nur mit gesunden Krankenhäusern. Sicherheit und Qualität in der Patientenversorgung kann man sich nicht ersparen.

Der Investitionsbedarf unserer Krankenhäuser mit einer jährlichen Förderlücke von einer Milliarde Euro muss endlich konsequent und nachhaltig angegangen werden.

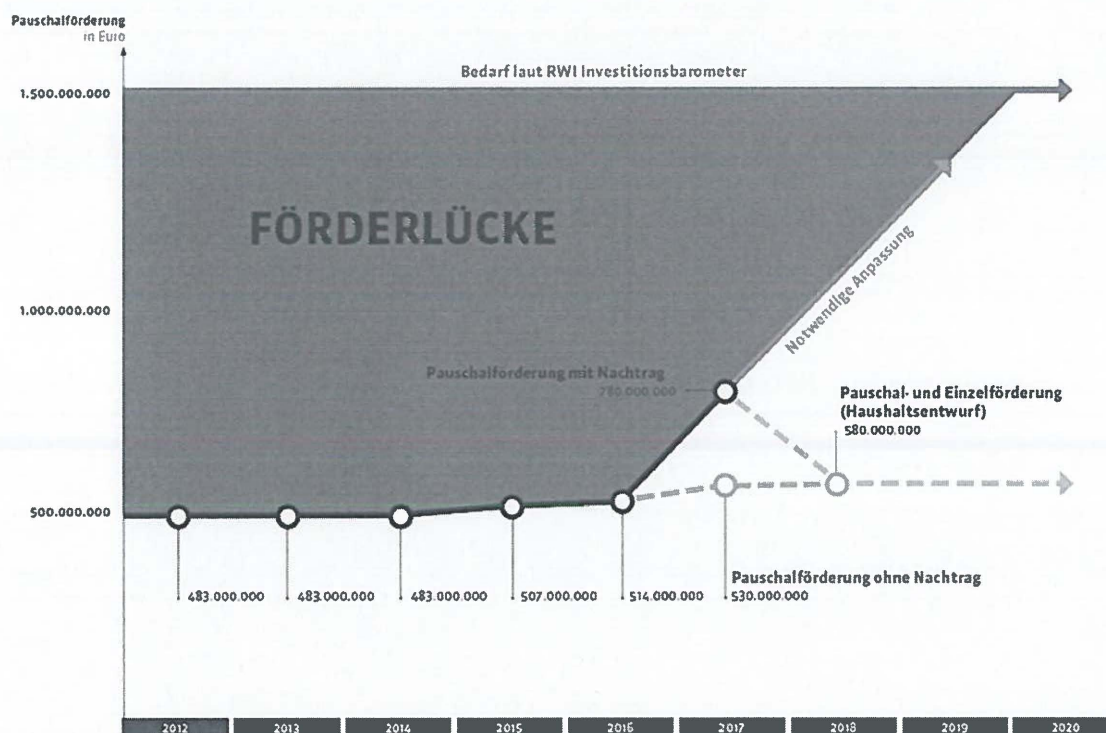


Abbildung: Pauschalförderung NRW ab 2012

Kritisch zu sehen ist, dass im Rahmen der neuen Einzelförderung gemäß § 21a ausweislich der aktuellen Gesetzesformulierung nur Investitionsmaßnahmen nach § 18 Absatz 1 Nummer 1 einzelgefördert werden sollen, d.h. die Errichtung von Krankenhäusern (Neubau, Umbau, Erweiterungsbau) einschließlich der Erstausrüstung mit den für den Krankenhausbetrieb notwendigen Anlagegütern sowie die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 15 Jahren. Hingegen nicht umfasst ist die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als drei Jahren bis zu 15 Jahren (kurzfristige Anlagegüter). Hier sollten flankierende Maßnahmen geprüft werden, da viele Projekte nur in Kombination beider Förderzwecke zielführend angestoßen werden können.

4. Änderung des Gesundheitsdatenschutzgesetzes (GDSG NRW)

Ergänzend zu den geplanten Änderungen des KHGG NRW schlägt die KGNW eine Änderung des seit Inkrafttreten des GDSG NRW im Jahr 1994 unveränderten § 11 GDSG NRW (Übermittlung und Nutzung von Daten) vor.

Seit dem Inkrafttreten des GDSG NRW haben sich die Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung in Krankenhäusern enorm weiterentwickelt. Nach § 137 Absatz 1 SGB V müssen Krankenhäuser über ein einrichtungsinternes Qualitäts-

managementsystem verfügen. Der Nachweis der Wirksamkeit wird in der Regel über Audits oder Visitationen durch Dritte und anschließende Zertifizierung nachgewiesen (ISO 9001 oder KTQ).

In der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V wird die Validität der Dokumentation regelmäßig über stichprobenweisem Abgleich mit den Patientenakten durchgeführt. Ein aufwändiges Verfahren, bei dem ein Mitarbeiter aus dem Kreis der Behandler dem Prüfer aus der Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung aus den Akten die zu überprüfenden Daten vorlesen muss.

Inzwischen bewegt sich medizinische Behandlung immer stärker in den Fokus der Qualitätsprüfungen mit dezidierten Anforderungen an die Dokumentation, welche bei den Audits vor Ort im Krankenhaus auch zu überprüfen sind. Hinzukommen die sogenannten Peer-Review-Verfahren in der ein Kreis externer ärztlicher Kollegen (Peers) anhand einer Stichprobe von Patientenakten die Einhaltung fachlicher Standards überprüfen. Aber schon die Überprüfung der Einhaltung einfacher Maßnahmen im Rahmen von Patientensicherheitsaudits wie die Frage, ob die „WHO-Checkliste für sichere Chirurgie“ immer und vollständig zur Anwendung kommt, erfordert die Inaugenscheinnahme der ausgefüllten Checklisten. Nach der aktuellen Regelung in § 11 Absatz 2 GDSG NRW ist auch in diesem Fall die Stichprobe zunächst aufwändig zu anonymisieren (z. B. durch Kopieren, Schwärzen und erneut Kopieren).

Im Rahmen des GDSG NRW bedarf es daher einer die Verhältnismäßigkeit wahren Erlaubnisvorschrift, die wirtschaftlich und rechtssicher eine Einsicht in Patientendaten im Rahmen der Qualitätssicherung erlaubt. Da sowohl dem Wirtschaftsprüfer durch das GDSG NRW (§ 11 Absatz 1 Buchst. d und e) als auch der Hygienefachkraft auf der Basis der Hygieneverordnung in den Grenzen der Erforderlichkeit ein Einblick in die Patientenakte ermöglicht wird, sollte dies in gleicher Weise auch für interne wie externe Qualitäts- und Risikoauditoren zulässig sein. Der Zugriff auf Patientendaten zum Zwecke der Qualitätssicherung soll deshalb auf die gleiche Stufe gestellt werden, wie die Abrechnung und Durchsetzung von Ansprüchen aufgrund der Behandlung oder die Rechnungs- und Pflegesatzprüfung.

Die KGNW schlägt deshalb vor, die Qualitätssicherung aus § 11 Absatz 2 GDSG herauszulösen und unter § 11 Absatz 1 GDSG zu ergänzen.

Änderungsvorschlag:

Seite 8 von 8

§ 11 Übermittlung und Nutzung von Daten

(1) Die Übermittlung und Nutzung von Patientendaten ist außer in den Fällen des § 5 Abs. 1 auch zulässig, soweit dies erforderlich ist zur

- a) jeweiligen Aufgabenerfüllung im Sinne von § 10 Satz 1 Buchstabe a,
- b) Nachbehandlung oder Rehabilitation, soweit der Patient nach Hinweis auf die beabsichtigte Übermittlung nichts anderes bestimmt hat,
- c) Abwehr einer gegenwärtigen Gefahr für Leben, körperliche Unversehrtheit oder persönliche Freiheit des Patienten oder eines Dritten,
- d) Abrechnung und Durchsetzung von Ansprüchen aufgrund der Behandlung,
- e) Rechnungs- und Pflegesatzprüfung,
- f) Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen in der Krankenversorgung.**

(2) Für die ~~Qualitätssicherung und die~~ Aus-, Fort- und Weiterbildung im Krankenhaus ist der Zugriff auf Patientendaten nur insoweit zulässig, als diese Zwecke nicht mit anonymisierten Daten erreicht werden können.

Sehr geehrter Herr Landtagspräsident, wir bitten Sie, unsere vorgenannten Änderungs- bzw. Ergänzungsvorschläge im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu berücksichtigen.

Mit freundlichen Grüßen



Matthias Blum
Geschäftsführer