

LANDTAG
NORDRHEIN-WESTFALEN
10. WAHLPERIODE
ZUSCHRIEFT
10. 9. 87

S t e l l u n g n a h m e

der Landesvereinigung der Arbeitgeberverbände
Nordrhein-Westfalens e.V.

in der öffentlichen Anhörung des Ausschusses
für Arbeit, Gesundheit, Soziales und Angele-
genheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge am

29. April 1987

zum Regierungsentwurf für ein Krankenhausge-
setz des Landes Nordrhein-Westfalen - KHG NW -

Düsseldorf, den 28. April 1987

Grundsätzliches

Die von Bund und Ländern gemeinsam zu verwirklichende Neuordnung der Krankenhausfinanzierung, innerhalb derer das Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHG NW) wesentlicher Bestandteil sein wird, soll einen Beitrag zur Kostendämpfung unseres Gesundheitswesens leisten. Wie unerläßlich ein derartiger Beitrag ist, zeigt die Kostenentwicklung in der Vergangenheit.

1986 betragen die gesamten Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung 113,8 Milliarden DM gegenüber 29,6 Milliarden DM im Jahre 1971. Damit haben sich die Ausgaben innerhalb von 15 Jahren nahezu vervierfacht. Im gleichen Zeitraum stieg der durchschnittliche Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung von 8,2 v.H. auf über 12 v.H.. Dabei ist eine weiterhin steigende Tendenz zu verzeichnen; in den vergangenen Monaten sind die Beitragssätze vielfach kräftig angehoben worden. Die Lohnzusatzkosten sind für die Arbeitgeber insbesondere auch wegen der ständig erhöhten Beitragsbelastung gegenüber den Krankenversicherungsträgern stark gestiegen.

Das besondere Augenmerk muß dabei den überproportional gewachsenen Ausgaben für den Krankenhausbereich gelten: Etwa 1/3 der Aufwendungen der gesetzlichen Krankenversicherung entfallen auf die stationäre Behandlung; dies waren 1986 37,5 Milliarden DM. Im Krankenhausbereich lagen die Ausgabenzuwächse in der Vergangenheit stets beträchtlich über der Grundlohnentwicklung; so betrug die Steigerung gegenüber dem Vorjahr bei der stationären Versorgung 1986 6,2 v.H. gegenüber einer Grundlohnentwicklung von 3,1 v.H.. Im Durchschnitt der letzten 10 Jahre sind die Ausgaben für Krankenhausbehandlung je Mitglied um 6,0 v.H. jährlich gewachsen, während die Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung nur um 4,5 v.H. jährlich gestiegen sind. Dies macht deutlich, daß die ständig er-

höhte Beitragsbelastung für Arbeitgeber und Arbeitnehmer vor allem auch auf die Ausgabenzuwächse bei der stationären Behandlung zurückzuführen ist.

Durch die Neuordnung der Krankenhausfinanzierung, die der Bundesgesetzgeber mit dem Gesetz zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung (Krankenhaus-Neuordnungsgesetz - KHNG) zum 01. Januar 1985 eingeleitet hat, sollte und soll dem Ansteigen der Beitragssätze wirksam gegengesteuert werden. Dieses Gesetz steckt zugleich den Rahmen für die einzelnen Landesgesetze ab. Deshalb wird nachfolgend sein wesentlicher Regelungsinhalt umrissen:

1. Die Mischfinanzierung von Bund und Ländern bei der Krankenhausfinanzierung entfällt. Die Länder werden allein zuständig. Für den Wegfall des Bundesanteils erhalten sie in anderen Bereichen einen Ausgleich.
2. Bei der Krankenhausplanung und der Aufstellung der Investitionsprogramme sind einvernehmliche Regelungen zwischen den Landesbehörden und den an der Krankenhausversorgung unmittelbar Beteiligten anzustreben; dabei wird das Nähere durch Landesrecht bestimmt.
3. Das Finanzierungsprinzip zur Deckung der Selbstkosten der Krankenhäuser wird modifiziert. Es erfolgt keine nachträgliche Feststellung dieser Kosten mehr; vielmehr werden den Kostenträgern die vorauskalkulierten Kosten eines sparsam wirtschaftenden und leistungsfähigen Krankenhauses in Ansatz gebracht. Der automatische Gewinn- und Verlustausgleich in diesem Zusammenhang entfällt.
Die Krankenhäuser können Überschüsse erwirtschaften. Andererseits haben sie Verluste selbst zu tragen. Sie sollen so zu wirtschaftlicherem Verhalten angeregt werden.
4. Auf der Basis der vorauskalkulierten Kostendeckung der Krankenhäuser werden mit den Krankenversicherungsträgern

die Pflegesätze vereinbart. Bei deren Bemessung sind auch die Kosten und Leistungen vergleichbarer Krankenhäuser, d.h. die Ergebnisse externer Betriebsvergleiche, ebenso zu berücksichtigen wie die Empfehlungen der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen.

5. Kommt es bei den Pflegesatzverhandlungen nicht zu einer Einigung, so wird eine von den beteiligten Krankenhaus- und Krankenversicherungsträgern paritätisch gebildete Schiedsstelle unter einem neutralen Vorsitzenden tätig.

Durch das Krankenhaus-Neuordnungsgesetz hat der Bundesgesetzgeber seinerzeit einen Schritt in die richtige Richtung getan, wenn auch in verschiedenen Punkten nicht in dem Umfang, wie es aus Sicht der Arbeitgeber notwendig gewesen wäre.

Bei der Neuordnung der Krankenhausfinanzierung ist den Ländern insbesondere bei der Krankenhausplanung und der Investitionsförderung ein weiter Gestaltungsspielraum eröffnet worden. Dem Landesgesetzgeber ist damit die Möglichkeit gegeben, einen erheblichen Beitrag zur Kostendämpfung im stationären Bereich zu leisten, um seinen Anteil im Rahmen der Gesamtkonzeption der Neuregelung der Krankenhausfinanzierung zu erbringen. Dies gilt es zu nutzen.

Auch im Krankenhausbereich muß die Nachfrage das Angebot bestimmen. Es besteht weitgehend Übereinstimmung, daß dies derzeit allzu häufig nicht der Fall ist, sondern daß das vorhandene Angebot entsprechende Nachfrage auslöst. Dieses hat zu Überkapazitäten im Krankenhausbereich geführt. Sie sind abzubauen.

Der Entwurf des Krankenhausgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen muß sich daher vor allem auch daran messen lassen, inwieweit er der durch die Neuordnung der Krankenhausfinanzierung verstärkten Verantwortung des Landesgesetzgebers hinsichtlich des weiteren Abbaus nicht bedarfsnotwendiger Bettenkapazität gerecht wird.

Zum Entwurf des Krankenhausgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen - KHG NW -

Abschnitt I - Allgemeine Bestimmungen -

Abschnitt I enthält allgemeine Vorschriften. Einige dieser Vorschriften bedürfen einer Klarstellung; andere halten wir für sachlich nicht erforderlich, wiederum andere für bedenklich und lehnen die in ihnen enthaltenen Regelungen ab.

So ist die in § 4 angesprochene schulische Betreuung von Kindern, die über längere Zeit im Krankenhaus behandelt werden, in der Sache selbst zu begrüßen. Nicht angesprochen ist jedoch die Frage, wer für diese Betreuungskosten aufzukommen hat. Die schulische Betreuung gehört nicht zu den Leistungen der stationären Versorgung. Daher können die Kosten nicht den Krankenkassen über die Pflegesätze in Rechnung gestellt werden. Es bedarf deshalb der Klarstellung, daß das Land für die schulische Betreuung langzeiterkrankter Kinder und Jugendlicher aufzukommen hat.

§ 5 sieht einen bei jedem Krankenhaus zu bestellenden Patientenführsprecher vor. Es erscheint fraglich, ob der mit der Institutionalisierung eines Patientenführsprechers verbundene Aufwand in einem rechten Verhältnis zum angestrebten Ziel steht; es ist zu befürchten, daß eine Vielzahl von Verwaltungsvorgängen entsteht, die bei unmittelbarer Behandlung von Anregungen und Beschwerden im Verhältnis zwischen Patienten und Ärzten bzw. sonstigem Krankenhauspersonal vermieden würden.

Bedenken bestehen gegen die in § 9 geregelte Arzneimittelkommission und deren im einzelnen festgelegten Aufgaben. Vor allem kann nicht ausgeschlossen werden, daß hier der Landesgesetzgeber für den Krankenhausbereich faktisch in Richtung einer Positivliste für die Arzneimittelversorgung wirkt, obwohl der Bundesgesetzgeber diesen Weg zur Sicherstellung einer angemess-

senen Arzneimittelversorgung bisher nicht gewählt hat; denn nach § 9 Abs. 3 ist die von der Arzneimittelkommission erstellte Arzneimittelliste von den im Krankenhaus tätigen Ärzten "zu berücksichtigen". Auch die Gesetzesbegründung hebt hervor, daß es notwendig sei, die im Krankenhaus tätigen Ärzte zur Berücksichtigung der Arzneimittelliste zu verpflichten, "damit die nach Überprüfung durch die Arzneimittelkommission ausgewählten Arzneimittel konsequent angewendet werden". Die Gesetzesbegründung führt zwar des weiteren aus, daß dies nicht ausschließe, daß "im Einzelfall im Rahmen der durch die Vorschrift nicht eingeschränkten Therapiefreiheit auch andere Arzneimittel verordnet werden". In den Gesetzestext selbst hat allerdings der Hinweis auf die nicht eingeschränkte Therapiefreiheit keinen Eingang gefunden.

§ 9 sollte ersatzlos entfallen.

Abschnitt II - Planung -

Die in Abschnitt II geregelte Krankenhausplanung ist - neben der in Abschnitt III angesprochenen Krankenhausförderung - einer der beiden zentralen Bereiche, die der Landesgesetzgeber in eigener Verantwortlichkeit auszufüllen hat. Hier muß es wesentliche Zielsetzung des Gesetzentwurfs sein, im Rahmen der bundesgesetzlichen Vorgabe zur Eindämmung der Krankenhausaufgaben beizutragen. Dieser Zielvorgabe wird der Gesetzentwurf jedoch nicht hinreichend gerecht.

Nach dem Willen des Bundesgesetzgebers soll durch die Neuordnung der Krankenhausfinanzierung eine stärkere Mitwirkung der Beteiligten sowohl bei der Krankenhausplanung als auch bei der Investitionsförderung erreicht werden. Die bundesgesetzliche Rahmenvorschrift des § 7 Krankenhausfinanzierungsgesetz hebt hierzu hervor, daß bei der Krankenhausplanung und der Aufstellung der Investitionsprogramme einvernehmliche Regelungen mit den unmittelbar Beteiligten anzustreben sind; dabei soll die nähere Ausgestaltung dem Landesrecht vorbehalten bleiben. Der federführende Bundestagsausschuß für Arbeit und Sozial-

ordnung hat in seinem Bericht (BT-Drucksache 10/2565, S. 28) dazu folgende Erwartungen ausgesprochen:

"Es wird Aufgabe der Beteiligten sein, bei der Gestaltung der landesrechtlichen Vorschriften darauf zu achten, daß ein Mitwirkungsverfahren gefunden wird, das der Vorgabe des Bundesrechts, "Einvernehmen anzustreben", auch sachlich gerecht wird. "Einvernehmen anzustreben" ist eine sehr weitgehende Form der Mitwirkung, mehr als ein bloßes "Anhören" ..., ja sogar mehr als "enge Zusammenarbeit", es ist das ernsthafte und unter Beweis zu stellende Bemühen, sich mit den Beteiligten zu einigen."

Dieser Forderung nach einer weitgehenden Mitwirkung der Beteiligten bei der Krankenhausplanung und der Investitionsförderung wird der Gesetzentwurf nicht gerecht.

Gem. § 14 Abs. 5 wird beim Verfahren zur **Aufstellung** der Krankenhauspläne dem für das Gesundheitswesen zuständigen Minister das völlig uneingeschränkte Recht der Letztentscheidung eingeräumt; weder inhaltlich noch verfahrensrechtlich wird dieses Recht in irgendeiner Weise beschränkt. Effektiver Einfluß des Landesausschusses für Krankenhausplanung bei der Aufstellung der Krankenhauspläne ist somit nur dann gegeben, wenn der Minister letztlich mit den Beratungsergebnissen einverstanden ist und ihnen zustimmt. Von der geforderten sehr weitgehenden Form der Mitwirkung kann kaum die Rede sein, wenn die Entscheidungsbefugnis im Ergebnis immer allein beim Minister liegt und dieser an die Vorschläge des Landesausschusses für Krankenhausplanung in keiner Weise gebunden ist; zweckmäßige und sachdienliche Planungsvorschläge des Landesausschusses könnten daher aus vielfältigen Überlegungen selbst dann verworfen werden, wenn sie von allen Ausschußmitgliedern einstimmig getragen werden.

Insgesamt sollte den Vorschlägen des Landesausschusses für Krankenhausplanung mehr Gewicht gegeben werden, damit in weitgehender Übereinstimmung gefundene Lösungen der unmittelbar Betroffenen stärker berücksichtigt werden. Unmittelbar von der Krankenhausplanung betroffen sind vor allem die Selbstverwaltung von Krankenhäusern und Krankenkassen. Deshalb gehören deren Vertreter - neben den Vertretern der kommunalen Spitzenverbände

als unmittelbar Beteiligte dem Landesausschuß für Krankenhausplanung an. Krankenhausträger und Krankenkassen sind letztlich die Partner von Angebot und Nachfrage im Krankenhausbereich. Deshalb müssen ihnen wirksamere Einflußmöglichkeiten auf die Planungsentscheidungen gesichert werden. Damit würde auch dem Gedanken der Selbstverwaltung mehr Rechnung getragen. Das Mitwirkungsrecht des Landesausschusses sollte sich nicht nur auf die Aufstellung, sondern in inhaltlich gleicher Weise auch auf die Fortschreibung der Krankenhauspläne erstrecken (vgl. § 14 Abs. 6). Darüber hinaus sollte den Mitgliedern des Landesausschusses ein eigenes Antragsrecht zur Fortschreibung der Krankenhauspläne oder von Teilen davon eingeräumt werden.

Abweichend vom bisher geltenden Recht sollen nach **§ 14 Abs. 4** die DAG und die Gewerkschaft ÖTV sowie der Marburger Bund zu den an der Krankenhausversorgung Beteiligten gehören. Eine sachliche Begründung hierfür fehlt.

Gegen diese Regelung bestehen erhebliche Bedenken; sie sollte ersatzlos entfallen. Zweck des Gesetzentwurfs ist - wie in § 1 sowie an anderer Stelle (z.B. § 29 Abs. 1) hervorgehoben - die Sicherstellung einer patienten- und bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, sparsam und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern. Angesichts der vorhandenen Überkapazität an Krankenhausbetten ist ein weiterer Abbau nicht bedarfsnotwendiger Bettenkapazität zwingend erforderlich. Damit stehen die vorgenannten Organisationen bei ihren Entscheidungen im Rahmen der Krankenhausplanung und Investitionsförderung (vgl. § 17 Abs. 2) in einem besonderen Interessen- und Wertungskonflikt.

Für den Fall, daß die durchschnittliche Ausnutzung der Planbetten insgesamt oder in einzelnen Abteilungen in zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren 75 v.H. unterschreitet, hat gem. **§ 15 Abs. 3** das Krankenhaus dies der zuständigen Behörde unverzüglich anzuzeigen und einen Vorschlag zur bedarfsgerechten Reduzierung der Bettenzahl oder zur Umstrukturierung des Krankenhauses zu unterbreiten. Mit dieser Vorschrift soll ein Bei-

trag zum Abbau bzw. zur Umwidmung nicht bedarfsnotwendiger Krankenhausbetten geleistet werden.

Diese Zielsetzung wird ausdrücklich begrüßt. Es ist allerdings auch auf mögliche Gefahren hinzuweisen: Durch diese Regelung kann nämlich gleichzeitig das Bestreben von Krankenhäusern gefördert werden, ohne tatsächliche Notwendigkeit die erforderliche Belegzahl zu erreichen, um einer Bettenreduzierung vorzubeugen. Die Regelung in § 15 Abs. 3, eigentlich zur Kostenreduzierung gedacht, würde damit im Gegenteil der kostentreibenden nicht bedarfsgerechten Krankenhausbelegung Vorschub leisten. Gerade in diesem Zusammenhang wird daran erinnert, daß beispielsweise die Verweildauer im Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland im internationalen Vergleich besonders hoch ist. Insgesamt sind daher weitere Überlegungen anzustellen, damit die mit der Vorschrift verfolgte Zielsetzung nicht durch Ausweichstrategien seitens der Krankenhäuser unterlaufen werden kann.

Abschnitt III - Krankenhausförderung -

Die Gesetzesbegründung zu § 20 hebt hervor, daß sich die Festbetragsförderung bewährt habe, da sie das Krankenhaus zu wirtschaftlichem Handeln motiviere; denn dem Krankenhaus sollen bei Unterschreiten des Festbetrages die nicht in Anspruch genommenen Fördermittel zur selbstverantwortlichen Verwendung für anderweitige Investitionen verbleiben, um dadurch ein Interesse an der Unterschreitung des Festbetrages zu wecken. Im Hinblick auf die zur Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit motivierende Funktion der Festbetragsförderung wird zu überlegen gegeben, ob nicht stärkere Anreize in Richtung auf eine Inanspruchnahme dieses Förderungssystems gesetzt werden sollen; denn ob ein Krankenhaus diese Förderungsmöglichkeit in Anspruch nehmen will, hängt von seiner Zustimmung ab.

Die Regelung der pauschalen Förderung in § 21 stellt zu stark auf die Anzahl der Betten eines Krankenhauses ab. Die Ein-

führung einer Bettenpunktzahl, die sich an den Abteilungen des Krankenhauses orientiert, wird einem wesentlichen Aspekt der Neuordnung der Krankenhausfinanzierung, nämlich die Krankenhaussträger zu einem Abbau überflüssiger Bettenkapazität zu veranlassen, nicht gerecht.

Diesem gemeinsam von Bund und Ländern zu verwirklichenden Ziel hat der Bundesgesetzgeber für seinen Teil insbesondere durch die Neuregelung zur Festlegung der Pflegesätze in §§ 4 Satz 2, 17 f. des Krankenhausfinanzierungsgesetzes Rechnung getragen: Durch die Vorkalkulation der von den Kostenträgern zu erstattenden Krankenhauskosten im Wege eines prospektiven Budgets wird der früheren Schwäche bei der Pflegesatzfestlegung, bei der die Belegung der Betten ein dominierender Faktor war, entgegengesteuert. Dadurch wird es den Krankenhäusern erleichtert, nicht bedarfsnotwendige Betten auch nicht mehr vorzuhalten. Es muß ein wesentliches Ziel auch des Landesgesetzgebers sein, seinerseits einen Anreiz zum Abbau von Krankenhausbetten zu bieten. Dies wird jedoch gerade nicht erreicht, wenn bei der Bestimmung der pauschalen Förderung die Anzahl der Betten nach wie vor ein gewichtiger Berechnungsmaßstab ist. Die Krankenhäuser würden das Risiko einer Kürzung der finanziellen Zuwendungen eingehen, wenn sie ihre Bettenkapazität abbauen; es liegt auf der Hand, daß bei dieser Vorgabe die Motivation zum Abbau von Betten eingeschränkt wird.

Es sollte daher von dem Angebot der Kostenträger Gebrauch gemacht werden, bei der Erarbeitung eines alternativen Förderungssystems zur Berechnung der pauschalen Förderung mitzuwirken.

Auch der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat in seinem Jahresgutachten 1987 den Bettenabbau bei den Krankenhäusern als wesentliches Element der Kostendämpfung hervorgehoben. Dabei hat der Sachverständigenrat vorgeschlagen, daß als kurzfristig möglicher Anreiz für einen strukturverbessernden Bettenabbau pauschale Fördermittel und spezielle Prämien verwendet werden sollten. Es empfiehlt sich, diese Überlegung bei der Neuregelung des Krankenhausgesetzes zu berücksichtigen.

Das Krankenhausfinanzierungssystem enthält generell eine erhebliche Schwäche: Zwar schreibt der Bundesgesetzgeber in § 9 Abs. 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vor, daß die Fördermittel so zu bemessen sind, daß sie die förderungsfähigen und unter Beachtung betriebswirtschaftlicher Grundsätze notwendigen Investitionskosten decken. **§ 18 Abs. 1** des Gesetzentwurfs der Landesregierung enthält jedoch die Einschränkung, daß die Fördermittel nur im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel bewilligt werden. Die Höhe der vom Land für die Krankenhäuser zur Verfügung gestellten Fördermittel ist somit entscheidend an die Finanzkraft des Landes gebunden. Damit besteht die Gefahr, daß bei leeren Haushaltskassen die Finanzierung der sachlich erforderlichen Krankenhausinvestitionen nicht hinreichend gewährleistet ist.

Der Einsatz zu geringer Investitionsmittel hat finanzielle Folgen nicht nur für das Krankenhaus, sondern auch für die Krankenversicherungsträger und damit letztlich für die Beitragszahler: Fehlende Investitionsmittel führen zwangsläufig zu einer Erhöhung der Instandhaltungs- und Instandsetzungskosten, die über die Pflegesätze abzudecken sind. Hier ist das Land aufgefordert, seine Verpflichtung zur Investitionsförderung der Krankenhäuser nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz voll zu erfüllen, damit nicht über die Pflegesätze die Beitragszahler letztlich mit Kosten belastet werden, für deren Abdeckung das Land zuständig ist. Die Beitragszahler dürfen nicht als schwächstes Glied in der Kette der Kostenträger Ausgleichsverpflichtete für unzureichend zur Verfügung gestellte Finanzmittel des Landes sein.

Im übrigen wird in der Gesetzesbegründung zu § 31 im Zusammenhang mit dem Zustimmungserfordernis zu den Investitionsverträgen ausdrücklich darauf abgestellt, daß die beabsichtigten Investitionen oder Maßnahmen mit dem Ziel der Krankenhausplanung übereinstimmen und nicht zu Folgeinvestitionen führen. Es wird also dafür Sorge getragen, daß durch den Abschluß von Investitionsverträgen, deren Kosten über die Pflegesätze abgedeckt werden, keine Folgekosten auf das Land wegen möglicher weiterer Investitionen zukommen. Hier schützt sich das Land demnach durch

das Zustimmungserfordernis vor der Belastung mit Kosten, die auf eine Maßnahme der Krankenversicherungs- und der Krankenhaus-träger zurückzuführen ist. Daher ist es auch geboten, die Krankenversicherungsträger und damit die Beitragszahler vor Kosten zu schützen, die das Land zu tragen verpflichtet ist. Andernfalls sichert sich das Land ein Recht, das es seinerseits bei einem umgekehrten Kostenrisiko den Kostenträgern vorenthält.

Abschnitt IV - Krankenhausstruktur -

Die in den §§ 34 und 35 enthaltenen Vorschriften zur Betriebsleitung und zum ärztlichen Dienst sind überflüssig; sie sollten deshalb ersatzlos entfallen. Letztlich kann und muß der Krankenhaus-träger die in diesen Bestimmungen angesprochenen Organisationsmaßnahmen - auch im Hinblick auf haftungsrechtliche Konsequenzen für den ordnungsgemäßen Betrieb - selbst regeln.