

LANDTAG
NORDRHEIN-WESTFALEN
16. WAHLPERIODE

STELLUNGNAHME
16/1913

A01, A10, A11

Stellungnahme der
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen
(KGNW)
zum
Gesetzentwurf der Landesregierung
"Zweites Gesetz zur Änderung des Krankenhaus-
gestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-
Westfalen"
(LT-Drs. 16/5412)

1. Kernaspekte

1.1. Kehrtwende beim Bürokratieabbau beseitigen

Ziel des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW) vom 11.12.2007 war es, den im damaligen Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHG NRW) angelegten engen Handlungsspielraum der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser zu erweitern. Bürokratische Hemmnisse sollten abgebaut werden. Die nordrhein-westfälische Krankenhauslandschaft sollte nicht mehr detailreich geregelt, sondern so gestaltet werden, dass die Krankenhäuser weitestgehend eigenständig handeln können.

Die seinerzeitige Gesetzesnovellierung folgte dem Motto: Der Krankenhausträger vor Ort kann am besten abschätzen, welche Organisationsabläufe und -strukturen für seinen Krankenhausbetrieb am sinnvollsten sind. Hierzu benötigt er keine gesetzlichen Vorgaben.

Insgesamt hat das Land durch die Straffung und Streichung einer Vielzahl alter Regelungen mit wichtigen Schritten zur Entbürokratisierung im Krankenhausbereich begonnen.

In einer Kehrtwende wird dieser richtige Weg mit dem vorliegenden Gesetzentwurf nun ohne ersichtlichen Anlass verlassen.

Das ursprüngliche KHGG NRW aus dem Jahr 2007 war unter anderem gekennzeichnet von grundsätzlichem Vertrauen in die Arbeit der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser. Der vorliegende Gesetzentwurf ist nunmehr von grundsätzlichem Misstrauen geprägt.

Bei 12 von 21 Nummern des Gesetzentwurfs werden zusätzliche bürokratische Anforderungen und Lasten, die teilweise sogar noch über die im Jahr 2007 bereits abgeschafften Vorgaben hinausgehen, normiert, ohne dass dem ein Nutzen erkennbar gegenübersteht.

An dieser Stelle seien nur einige wesentliche Beispiele genannt:

- Um weiterhin eine den medizinischen Anforderungen entsprechende Versorgung der Bevölkerung gewährleisten zu können, haben Krankenhäuser in der Vergangenheit **ohne öffentliche Förderung** dringend notwendige Investitionsmaßnahmen eigeninitiativ realisieren müssen, da das Land seiner gesetzlichen Verpflichtung zur auskömmlichen Investitionsfinanzierung nicht annähernd nachgekommen ist. Diese Maßnahmen wurden zu erheblichen Teilen kreditfinanziert. Den Krankenhäusern, die bis zum Jahr 2007 kreditfinanzierte Investitionsmaßnahmen realisiert haben, soll nun die Möglichkeit genommen werden, Pauschalmittel zur Ausfinanzierung dieser sogenannten Altkredite einzusetzen (vgl. § 21 Absatz 5 KHGG NRW-E ; Artikel 1 Nummer 12). Neben dieser bemerkenswerten Sanktionierung von Eigeninitiative bewirkt die Neuregelung eine schwerwiegende Beschädigung des Vertrauens in

den Bestand gesetzlicher Regelungen und damit einen Verlust an Planungssicherheit mit erheblichen Belastungen für zukünftige Kreditfinanzierungen von Investitionsmaßnahmen.

- Kaum eine Baumaßnahme wird aufgrund der nicht auskömmlichen Investitionsfinanzierung des Landes vollständig aus der Baupauschale finanziert. Bisher haben die Krankenhäuser durch gesonderte Testate eines Wirtschaftsprüfers nachzuweisen, dass die erhaltenen Fördermittel für förderungsfähige Maßnahmen verwendet worden sind. Nun soll diese Testierungspflicht erheblich ausgeweitet werden. Sobald auch nur 1 Euro öffentlicher Förderung verwendet wird, zieht dies - lediglich zu behördlichen Kenntnisnahmezwecken - eine detaillierte Testierung der entsprechenden Baumaßnahme nach sich (vgl. § 21 Absatz 8 KHGG NRW-E ; Artikel 1 Nummer 12).
- Vermietungen von geförderten Räumen und deren Ausstattungen sind aktuell zulässig, soweit der Krankenhausbetrieb nicht beeinträchtigt wird. Im Jahr 2007 wurde der bis dato bestehende Erlaubnisvorbehalt aus dem Gesetz gestrichen und damit das Gesetzesziel, zu entbürokratisieren, konsequent verfolgt. Nun soll ohne ersichtlichen Anlass der Erlaubnisvorbehalt wieder eingeführt und sogar noch verschärft werden. Sämtliche Vermietungen von Räumen und deren Ausstattungen - nicht nur geförderte - sollen einem Erlaubnisvorbehalt unterliegen (vgl. § 22 Absatz 2 KHGG NRW-E; Artikel 1 Nummer 13).

Um das ursprüngliche Ziel des KHGG NRW nicht aus den Augen zu verlieren, sollten sämtliche Neuregelungen im vorliegenden Gesetzentwurf beseitigt werden, die

- eine anlasslose und unverhältnismäßige bürokratische Kehrtwende beinhalten,
- Krankenhäuser, Wirtschaftsprüfer und Verwaltungen lediglich zu behördlichen Kenntnisnahmezwecken unnötig beschäftigen,
- einen Verlust an Planungssicherheit bedeuten und Eigeninitiative sanktionieren.

Punkt 2. unserer Stellungnahme enthält hierzu entsprechende Änderungsvorschläge.

1.2. Widersprüche zwischen Bundes- und Landesregelungen beseitigen

Der vorliegende Gesetzentwurf greift wichtige Versorgungsthemen wie z. B.

- das Versorgungs- und Entlassmanagement (vgl. § 5 Absatz 2 Satz 2 KHGG NRW-E ; Artikel 1 Nummer 5) oder
- die Transparenz und Qualitätssicherung (vgl. § 7 KHGG NRW-E ; Artikel 1 Nummer 6)

auf, ohne dass aktuell ein Abgleich zwischen bestehenden und geplanten Bundes- und Landesregelungen erkennbar ist.

Der Gesetzentwurf berücksichtigt wesentliche Entwicklungen der vergangenen Jahre zu o. g. Versorgungsthemen nur unzureichend. Z. T. werden bereits bestehende umfassendere Bundesregelungen eingeschränkt, z. T. werden Versorgungsthemen aufgegriffen, die explizit in der 18. Legislaturperiode weiterentwickelt werden sollen.

So sieht der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD mit dem Titel „Deutschlands Zukunft gestalten“ u. a. für die beiden o. g. Versorgungsthemen vor, dass

- Leistungslücken beim Übergang vom stationären in den ambulanten Versorgungsbereich überwunden werden sollen, indem das Entlassmanagement durch eine gesetzliche Koordinationsfunktion der Krankenkassen ergänzt wird,
- ein neues Qualitätsinstitut gegründet und mit einer Vielzahl an Aufgaben betraut werden soll, u. a. soll das Qualitätsinstitut im Hinblick auf die Qualitätstransparenz eine online einsehbare Vergleichsliste erstellen und führen und die Vielzahl von Zertifikaten bewerten und einordnen.

Zielorientierte Weiterentwicklungen zu den o. g. Versorgungsthemen werden von uns ausdrücklich begrüßt. Dabei ist jedoch darauf zu achten, dass Bundes- und Landesregelungen kongruent sind. Widersprüchliche Regelungen führten zu Missverständnissen und Rechtsunsicherheiten und würden deren Umsetzung behindern. Unnötige Doppelstrukturen auf Bundes- und Landesebene sollten vermieden werden.

Punkt 2. unserer Stellungnahme enthält hierzu entsprechende Änderungsvorschläge, die die Entwicklungen auf Bundesebene berücksichtigen.

1.3. Chronische Investitionsunterfinanzierung durch gemeinsamen Kraftakt beseitigen

Rund 250.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stellen sich jeden Tag der Verantwortung und versorgen in den 385 nordrhein-westfälischen Krankenhäusern jährlich etwa 4,4 Mio. Patientinnen und Patienten. Die Bevölkerung kann auf die medizinische und pflegerische Qualität und das gut ausgebildete Fachpersonal in den Krankenhäusern vertrauen. Auch in Zukunft wollen die Krankenhäuser die bestmögliche Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten. Dafür benötigen sie die Unterstützung der Politik in Bund und Ländern.

Der Investitionsmittelbedarf der Krankenhäuser in NRW beträgt mindestens 1,2 Mrd. Euro jährlich. Der nordrhein-westfälische Haushaltsansatz für die Investitionsfinanzierung lag demgegenüber in den vergangenen Jahren jeweils bei 493 Mio. Euro. Bundesweit beträgt der Investitionsmittelbedarf der Krankenhäuser mindestens 6 Mrd. Euro jährlich, bei aktuellen Haushaltsansätzen in den Ländern von insgesamt rund 2,7 Mrd. Euro.

Die Krankenhäuser verlieren durch die unzureichende Investitionsfinanzierung zunehmend an Substanz. Besonders die Krankenhäuser in NRW leiden seit Jahren unter zu geringen Fördermitteln für Baumaßnahmen und medizinische Geräte.

Es darf nicht so weit kommen, dass Mittel aus den Vergütungen für die Patientenversorgung eingesetzt werden müssen, um zumindest die dringlichsten baulichen Erfordernisse abzudecken und dringend notwendige medizinische Geräte zu erneuern.

Eine angemessene Investitionsfinanzierung muss höchste Priorität haben. Die nordrhein-westfälischen Krankenhäuser erwarten, dass das Land NRW seinen Einfluss in der anstehenden Bund-Länder-Arbeitsgruppe geltend macht.

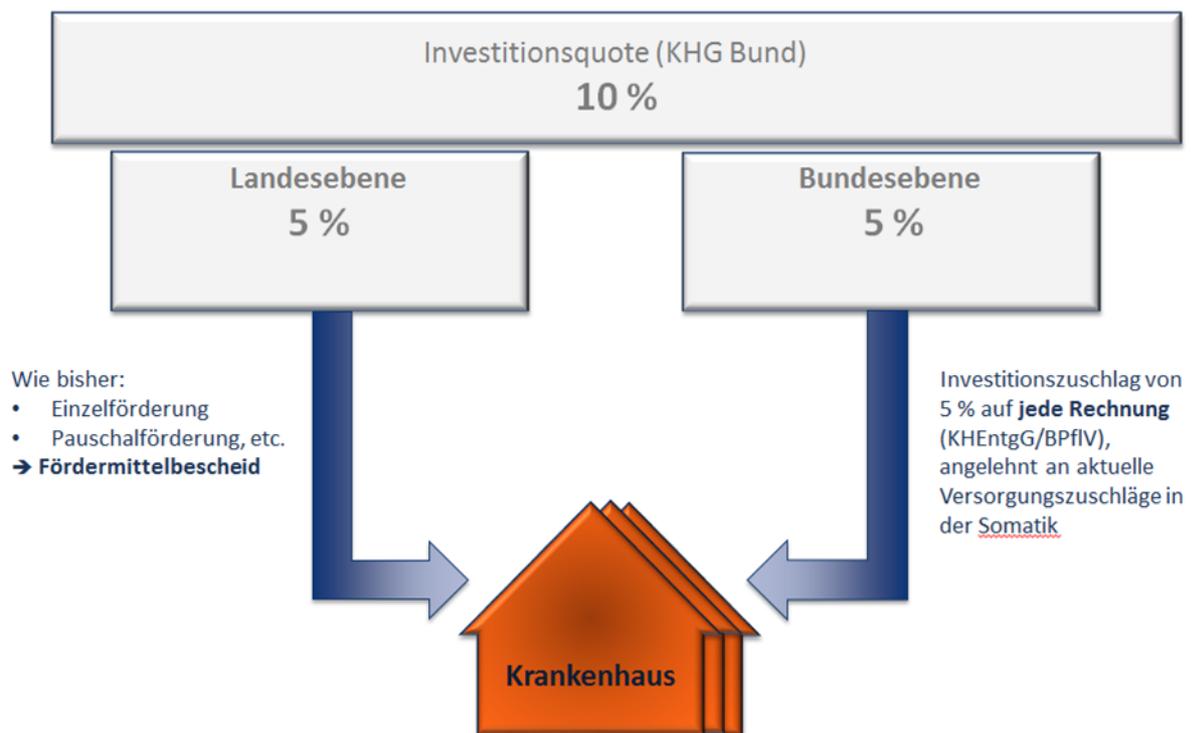
NRW sollte ein deutliches Signal zur Beseitigung der chronischen Investitionsunterfinanzierung in Form eines von allen Landtagsfraktionen gemeinsam getragenen Entschließungsantrags zum vorliegenden Gesetzentwurf aussenden.

Dies wäre nicht zuletzt auch ein Signal an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern, die tagtäglich unter den unzureichenden investiven Rahmenbedingungen die bestmögliche Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten gewährleisten.

Als **Anlage** zu dieser Stellungnahme haben wir einen konkreten Vorschlag zur Reform der Investitionsfinanzierung beigefügt.

Unter Beibehaltung des Letztentscheidungsrechts der Länder in der Krankenhausplanung sieht dieser Vorschlag eine Beseitigung der chronischen Investitionsunterfinanzierung durch einen gemeinsamen Kraftakt über eine im Krankenhausfinanzierungsgesetz des Bundes (KHG Bund) gesetzlich verankerte Investitionsquote vor. Die Beteiligung des Bundes neben

den Ländern soll in Form einer pauschalen Finanzierung direkt und unbürokratisch an die Krankenhäuser fließen. Den Ländern soll es für die von ihnen bereitgestellten Haushaltsmittel weiterhin frei stehen, über den Verteilungsmechanismus (z. B. Baupauschale) zu entscheiden. Die Finanzierungsregeln der Länder bleiben unangetastet.



2. Änderungsvorschläge

2.1. Zu Artikel 1 Nummer 2 - (§ 1 „Grundsatz“ - § 1 Abs. 4 KHGG NRW neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Neufassung des Absatzes 4:

(4) Mit der Aufnahme in den Krankenhausplan ist das Krankenhaus verpflichtet, im Rahmen seiner Versorgungsmöglichkeiten in den zugelassenen Weiterbildungsstätten Stellen für die Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten sowie für die Weiterbildung der in § 1 Absatz 1 Satz 1 Psychotherapeutengesetz vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1311), das zuletzt durch Artikel 34a des Gesetzes vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2515) geändert worden ist, genannten Berufe der heilkundlichen Psychotherapie bereit zu stellen und an der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe mitzuwirken.

Stellungnahme

Ausweislich der Begründung soll die Ergänzung die Verpflichtung der Krankenhäuser betonen, im Rahmen ihrer Versorgungsmöglichkeiten Stellen für die Weiterbildung der in § 1 Absatz 1 Satz 1 Psychotherapeutengesetz genannten Berufe bereit zu stellen.

Nach unserem Dafürhalten bedarf es keiner Ergänzung, da die Weiterbildung der in § 1 Absatz 1 Satz 1 Psychotherapeutengesetz genannten Berufe bereits im Rahmen der Verpflichtung der Krankenhäuser, an der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe mitzuwirken, Berücksichtigung findet.

Zudem bestimmt der Bundesgesetzgeber in § 11 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG):

„Das Nähere zur Förderung wird durch Landesrecht bestimmt. Dabei kann auch geregelt werden, dass Krankenhäuser bei der Ausbildung von Ärzten und sonstigen Fachkräften des Gesundheitswesens besondere Aufgaben zu übernehmen haben; soweit hierdurch zusätzliche Sach- und Personalkosten entstehen, ist ihre Finanzierung zu gewährleisten.“

Insoweit sollte in § 1 Absatz 4 KHGG NRW auf § 11 KHG Bezug genommen werden, ohne dabei vom Bundesrecht abzuweichen.

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass sich uns der letzte Satz in der Gesetzesbegründung zu Nummer 2 nicht erschließt. Dieser lautet:

„Für eine zugelassene Krankenhausabteilung als Weiterbildungsstätte in der Psychotherapie ist eine dementsprechende Verpflichtung zur Vorhaltung einer ausreichenden Zahl von Weiterbildungsstätten nur konsequent.“

Änderungsvorschlag

Seite 8 von 50

Die Neufassung des Absatzes 4 sollte wie folgt gefasst werden:

(4) Mit der Aufnahme in den Krankenhausplan ist das Krankenhaus nach Maßgabe des § 11 KHG verpflichtet, im Rahmen seiner Versorgungsmöglichkeiten in den zugelassenen Weiterbildungsstätten Stellen für die Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten bereit zu stellen und an der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe mitzuwirken.

2.2. Zu Artikel 1 Nummer 3 - (§ 2 „Krankenhausleistungen“ - § 2 Abs. 3 KHGG NRW neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Anfügen eines Absatzes 3:

(3) Das Krankenhaus wirkt, soweit möglich, auf ein Angebot nach § 13 Absatz 2 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes vom 27. Juli 1992 (BGBl. I S. 1398), das durch Artikel 7 des Gesetzes vom 28. August 2013 (BGBl. I S. 3458) geändert worden ist, hin.

Stellungnahme

Da durch die Formulierung „soweit möglich“ der Regelung des § 12 Absatz 1 SchKG („Niemand ist verpflichtet, an einem Schwangerschaftsabbruch mitzuwirken.“) und der Krankenhausträgerei in unserem Bundesland ausreichend Rechnung getragen wird, bestehen keine Bedenken gegen ein Anfügen eines Absatzes 3. Zudem sieht die Neufassung des § 33 Satz 1 eine Ausnahmeregelung für kirchliche Krankenhäuser vor.

Die Begründung zur Ergänzung des § 2 KHGG NRW („Hiermit wird deutlich gemacht, dass nach wie vor alle Krankenhäuser den Vorgaben des Schwangerschaftskonfliktgesetzes - SchKG - verpflichtet sind.“) ist demgegenüber ungenau, da sie lediglich einen allgemeinen Bezug auf die Vorgaben des SchKG enthält.

Änderungsvorschlag

- kein Änderungsvorschlag -

**2.3. Zu Artikel 1 Nummer 4 - (§ 3 „Pflege und Betreuung der Patientinnen und Patienten“
- § 3 KHGG NRW neu)**

Seite 9 von 50

Beabsichtigte Neuregelung

Neufassung des § 3:

§ 3

Pflege und Betreuung der Patientinnen und Patienten

(1) Pflege, Betreuung und Behandlung sowie die gesamten Betriebsabläufe des Krankenhauses sind der Würde der Patientinnen und Patienten sowie ihren ~~den~~ Bedürfnissen nach Schonung, ~~und~~ Ruhe und einer aktivierenden Genesung der Patientinnen und Patienten anzupassen und angemessen zu gestalten. Dabei tragen die Krankenhäuser insbesondere auch ~~Weltanschaulichen, soziokulturellen und religiösen~~ Unterschieden sowie den verschiedenen Bedürfnissen von Männern und Frauen ~~soll~~ Rechnung ~~getragen~~ werden.

(2) Die Krankenhäuser berücksichtigen die besonderen Belange behinderter, hochbetagter und dementer Patientinnen und Patienten mit ihrem Bedürfnis nach Fortführung eines selbstbestimmten Lebens und entwickeln entsprechende Behandlungskonzepte.

~~(2)~~ (3) Die Würde sterbender Patientinnen und Patienten ist besonders zu beachten. Sie ist ~~ist~~ und über den Tod hinaus zu wahren. Hinterbliebene sollen angemessen Abschied nehmen können.

Stellungnahme

In unserer Stellungnahme zum Gesetzentwurf der damaligen Landesregierung zum KHGG NRW (LT-Drs. 14/3958) haben wir bereits auf die besondere Bedeutung der Würde des (sterbenden) Menschen (Artikel 1 Absatz 1 GG) als höchstes Verfassungsgut der Bundesrepublik Deutschland hingewiesen. Insofern begrüßen wir die Aufnahme dieses Bezugs bereits in Absatz 1. Der Unantastbarkeit der Würde des (sterbenden) Menschen auch über den Tod hinaus fühlen sich die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen besonders verpflichtet.

Die Beachtung der Würde des Menschen ist aus unserer Sicht die Grundlage für die gemäß § 70 SGB V von den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern geleistete humane Krankenbehandlung. Dabei spielt die jeweils individuelle Hilfe zur Selbsthilfe eine entscheidende Rolle für alle Patientinnen und Patienten.

Der demografische Wandel mit einem zunehmenden Anteil älterer und hochbetagter Menschen an der Gesamtbevölkerung stellt das Gemeinwesen vor große Herausforderungen.

Verbunden mit dieser Entwicklung sind ein erheblich steigender Bedarf und die sich ausweitende Nachfrage nach medizinischen, pflegerischen und unterstützenden Leistungen in den nächsten Jahren, insbesondere auch in Bezug auf die in Absatz 2 besonders hervorgehobenen Patientengruppen. Die Krankenhäuser müssen und werden sich diesen Herausforderungen stellen.

Die KGNW begrüßt grundsätzlich, dass im Rahmen dieser Entwicklungen die Belange der in Absatz 2 besonders hervorgehobenen Patientengruppen im KHGG NRW besondere Berücksichtigung finden sollen. Die Krankenhäuser stehen dabei aber in einer entscheidenden Abhängigkeit von den bundes- und landesgesetzlich zur Verfügung gestellten Rahmenbedingungen, die im Hinblick auf die Umsetzung das Maß des Möglichen mitbestimmen. In soweit sollte dies auch in der textlichen Ausgestaltung seinen Niederschlag finden. Auch in den Hinweisen der Entschließung der 22. Landesgesundheitskonferenz vom 22.11.2013 wurden diese Umstände erkannt und berücksichtigt, z. B. indem für einen Teil von Einrichtungen im Gesundheitswesen, etwa bei der barrierefreien Erreichbarkeit bzw. Ausstattung, längerfristige zeitliche Umsetzungsmöglichkeiten aufgenommen wurden.

Änderungsvorschlag

Die Neufassung des § 3 sollte wie folgt gefasst werden:

§ 3

Pflege und Betreuung der Patientinnen und Patienten

(1) Pflege, Betreuung und Behandlung sowie die gesamten Betriebsabläufe des Krankenhauses sind der Würde der Patientinnen und Patienten sowie ihren ~~den~~ Bedürfnissen nach Schonung, und Ruhe und einer aktivierenden Genesung der Patientinnen und Patienten anzupassen und angemessen zu gestalten. Dabei sollen ~~tragen~~ die Krankenhäuser insbesondere auch ~~W~~weltanschaulichen, soziokulturellen und religiösen Unterschieden sowie den verschiedenen Bedürfnissen von Männern und Frauen ~~soll~~ Rechnung ~~getragen~~ werden.

(2) Die Krankenhäuser sollen die besonderen Belange behinderter, hochbetagter und dementer Patientinnen und Patienten mit ihrem Bedürfnis nach Fortführung eines selbstbestimmten Lebens berücksichtigen und entsprechende Behandlungskonzepte entwickeln.

~~(2)~~ (3) Die Würde sterbender Patientinnen und Patienten ist besonders zu beachten. ~~Sie ist~~ und über den Tod hinaus zu wahren. Hinterbliebene sollen angemessen Abschied nehmen können.

2.4. Zu Artikel 1 Nummer 5 - (§ 5 „Patientenbeschwerdestellen, Sozialer Dienst, Patientenberatung, Patientenseelsorge“ - § 5 Abs. 2 Satz 2 KHGG NRW neu)

Seite 11 von 50

Beabsichtigte Neuregelung

Neufassung des Absatzes 2 Satz 2:

(2) Das Krankenhaus hat einen sozialen Dienst sicherzustellen und die Patientinnen und Patienten darüber zu informieren. Der soziale Dienst hat die Aufgabe, die Patientinnen und Patienten ~~in sozialen Fragen~~ zu beraten sowie das Versorgungsmanagement und Hilfen nach den Sozialgesetzbüchern zu vermitteln.

Stellungnahme

Die Ergänzung in Absatz 2 „sowie das Versorgungsmanagement“ ist im Hinblick auf dessen Verortung im KHGG NRW nicht sachgerecht und darüber hinaus hinsichtlich der ausschließlichen Zuweisung des Versorgungsmanagements an den Sozialdienst unter organisatorischen Gesichtspunkten nicht zielführend.

§ 11 Absatz 4 SGB V regelt bereits das Versorgungsmanagement:

„Versicherte haben Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche; dies umfasst auch die fachärztliche Anschlussversorgung. Die betroffenen Leistungserbringer sorgen für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten und übermitteln sich gegenseitig die erforderlichen Informationen. Sie sind zur Erfüllung dieser Aufgabe von den Krankenkassen zu unterstützen. In das Versorgungsmanagement sind die Pflegeeinrichtungen einzubeziehen; dabei ist eine enge Zusammenarbeit mit Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen nach § 7a des Elften Buches zu gewährleisten. Das Versorgungsmanagement und eine dazu erforderliche Übermittlung von Daten darf nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen. Soweit in Verträgen nach den §§ 140a bis 140d nicht bereits entsprechende Regelungen vereinbart sind, ist das Nähere im Rahmen von Verträgen mit sonstigen Leistungserbringern der gesetzlichen Krankenversicherung und mit Leistungserbringern nach dem Elften Buch sowie mit den Pflegekassen zu regeln.“

Das in § 11 Absatz 4 SGB V gesetzlich geregelte Versorgungsmanagement betrifft gemäß Satz 1 die Zusammenarbeit aller an der Versorgung des Patienten Beteiligten (Haus- und Fachärzte, Krankenhäuser, Pflegeheime, Pflegeberater nach § 7a SGB XI, Krankenkassen, etc.) sowie die Sorge für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten und die gegenseitigen Unterrichtungspflichten (vgl. Satz 2). Das in § 11 Absatz 4 SGB V gesetzlich

bestimmte Versorgungsmanagement ist demnach eine gemeinsame Verpflichtung. Insoweit bestimmt § 11 Absatz 4 am Ende (vgl. Satz 6) auch eine Ermächtigung zum Abschluss entsprechender Verträge.

Das Krankenhaus schuldet im Sinne des Versorgungsmanagements nach § 11 Absatz 4 SGB V die Sorge um die sachgerechte Anschlussversorgung, das sogenannte „Entlassmanagement“. Im Bereich der Krankenhausbehandlung wird dieser Anspruch des Versicherten für den im Krankenhaus behandelten Patienten speziell geregelt (§ 39 Absatz 1 Sätze 4 bis 6 SGB V). § 39 Absatz 1 Satz 6 verweist insoweit folgerichtig als Spezialregelung auch nur auf § 11 Absatz 4 Satz 4 (Einbeziehung der Pflegeheime und Pflegeberater nach § 7a SGB XI).

Aus Sicht der KGNW bedarf es daher keiner besonderen Regelung im KHGG NRW.

Dabei ist zudem zu berücksichtigen, dass der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD zur 18. Legislaturperiode mit dem Titel „Deutschlands Zukunft gestalten“ u. a. die Absicht ausweist, Leistungslücken beim Übergang vom stationären in den ambulanten Versorgungsbereich überwinden zu wollen, indem das Entlassungsmanagement durch eine **gesetzliche Koordinationsfunktion der Krankenkassen** ergänzt wird:

„Leistungslücken beim Übergang vom stationären in den ambulanten Versorgungsbereich wollen wir überwinden, indem das Entlassungsmanagement durch eine gesetzliche Koordinationsfunktion der Krankenkassen ergänzt wird. Die Möglichkeiten der Krankenhäuser, bei einer Entlassung Leistungen zu verordnen, werden ausgeweitet. Krankenhäuser können eine pflegerische Übergangsversorgung veranlassen. Wirtschaftlichkeitsvorgaben sind zu beachten, eine vorrangige Berücksichtigung von Einrichtungen der verordnenden Krankenhäuser ist auszuschließen.“

Zudem ist anzumerken, dass das Entlassmanagement in den Krankenhäusern unterschiedlich organisiert ist (z. B. auch durch übergeordnete Einheiten, zentrale oder dezentrale Einbindung des Pflegedienstes). Die alleinige Festlegung auf den Verantwortungsbereich des Sozialen Dienstes greift - ohne erkennbaren sachlichen Grund - in die diesbezügliche Organisationshoheit des Trägers ein.

Soweit das Entlassmanagement dennoch besondere Erwähnung im KHGG NRW finden soll, käme aus unserer Sicht allein ein Verweis auf die Regelung des § 39 Absatz 1 Sätze 4 bis 6 SGB V in Betracht.

Die Neufassung des Absatzes 2 sollte wie folgt gefasst werden:

(2) Das Krankenhaus hat einen sozialen Dienst sicherzustellen und die Patientinnen und Patienten darüber zu informieren. Der soziale Dienst hat die Aufgabe, die Patientinnen und Patienten ~~in sozialen Fragen~~ zu beraten und Hilfen nach den Sozialgesetzbüchern zu vermitteln. § 39 Absatz 1 Sätze 4 bis 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung - bleiben unberührt.

2.5. Zu Artikel 1 Nummer 6 - (§ 7 „Transparenz und Qualitätssicherung“ - § 7 KHGG NRW neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Neufassung des § 7:

§ 7

Transparenz und Qualitätssicherung

(1) Der ~~Landesausschuss für Krankenhausplanung~~ nach § 15 (Landesausschuss) schlägt bei Bedarf unter Beachtung der bundesrechtlichen Bestimmungen auch über diese hinaus Qualitätsmerkmale und -indikatoren vor, über die ein Krankenhaus die Öffentlichkeit so zu unterrichten hat, dass Patientinnen und Patienten eine Abschätzung des krankenhausspezifischen Qualitätsniveaus ~~direkter Vergleich zwischen verschiedenen Krankenhäusern~~ möglich wird. Der Landesausschuss unterbreitet Vorschläge über Verfahren und Form derartiger Veröffentlichungen. ~~Diese Vorschläge des Ausschusses für Krankenhausplanung~~ können durch dreiseitige Vereinbarungen der Krankenhausgesellschaft Nordrhein Westfalen, der Krankenkassen und der Ärztekammern umgesetzt werden.

(2) Das zuständige Ministerium wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung die Qualitätsmerkmale und -indikatoren im Sinne des Absatzes 1 zu bestimmen, soweit Vereinbarungen nach Absatz 1 Satz 3 nicht bis zum 30. Juni 2015 zustande kommen.

(3) Der Krankenhausträger stellt folgende Informationen bereit:

1. die nach den Absätzen 1 und 2 erforderlichen Informationen,

2. einschlägige Informationen, die den Patientinnen und Patienten helfen, sachkundige Entscheidungen zu treffen, auch in Bezug auf Behandlungsoptionen, Verfügbarkeit, Qualität und Sicherheit der erbrachten Gesundheitsversorgung, und

3. eindeutige Rechnungen und klare Preisinformationen sowie Informationen über seinen Zulassungs- oder Registrierungsstatus, seinen Versicherungsschutz oder andere Formen des persönlichen oder kollektiven Schutzes in Bezug auf die Berufshaftpflicht.

Stellungnahme

Zu den Absätzen 1 und 2:

Zu dem Zeitpunkt als § 7 in seiner aktuellen Fassung in das KHGG NRW aufgenommen wurde (Inkrafttreten: 29.12.2007), waren noch keine Indikatoren aus der externen stationären Qualitätssicherung (§ 135a Absatz 2 Nr. 1 i.V.m. § 137 SGB V Absatz 1 Nr. 1 SGB V) zu veröffentlichen. Inzwischen werden aber allein aus diesem Verfahren 289 Indikatoren im Strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser (§ 137 Absatz 3 Nr. 4 SGB V) veröffentlicht. Die Qualitätsberichte umfassen damit alle nach Bewertung durch die unabhängige Institution gemäß § 137a SGB V (AQUA-Institut) für die Veröffentlichung geeigneten Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung. Seit 2012 ist der Bericht jährlich zu erstellen.

Die Strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser schaffen damit heute eine deutlich größere, umfassendere Transparenz zu Qualität, Strukturen und Leistungsangebot der einzelnen Krankenhäuser als im Vergleich zum Jahr 2007. Auch Angaben zur Hygienesituation in Krankenhäusern wurden bereits in den Strukturierten Qualitätsbericht aufgenommen und werden in 2014 durch weitere Indikatoren ergänzt.

Im Hinblick auf § 7 ist zudem zu berücksichtigen, dass sich auch der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD zur 18. Legislaturperiode mit dem Titel „Deutschlands Zukunft gestalten“ dem Thema Qualität und Qualitätstransparenz umfangreich widmet. So soll z. B. ein neues Qualitätsinstitut gegründet und mit einer Vielzahl an Aufgaben betraut werden, u. a. auch im Hinblick auf die Qualitätstransparenz.

Zur Verbesserung der Aussagekraft und Verständlichkeit der Qualitätsberichte der Krankenhäuser **„soll das Qualitätsinstitut eine online einsehbare Vergleichsliste erstellen und führen und die Vielzahl von Zertifikaten bewerten und einordnen.“** (S. 78, im Abschnitt „Krankenhausversorgung“).

Vor dem Hintergrund dieser deutlich veränderten Situation stellt sich grundsätzlich die Frage, ob landesspezifische Informations- und Veröffentlichungspflichten sinnvoll und zielführend sind.

In Bezug auf eine etwaige landesgesetzliche Regelung geben wir zudem zu Bedenken, dass nicht nachvollziehbar wäre, warum bei einem bundeseinheitlichen Qualitätsanspruch des Versicherten (vgl. § 2 Absatz 1 Satz 3 i. V. m. § 12 Absatz 1 SGB V) die Krankenhäuser in den einzelnen Bundesländern unterschiedlichen Informations- und Veröffentlichungspflichten

unterliegen sollen. Es entstünde im Ergebnis ein nicht zielführender „Transparenzföderalismus“, der einer bundesweiten Vergleichbarkeit der Krankenhäuser abträglich wäre.

Aus unserer Sicht sollte auf landesspezifische Informations- und Veröffentlichungspflichten verzichtet werden. Diese Pflichten sollten bundeseinheitlich geregelt bleiben.

Im Übrigen haben wir erhebliche rechtliche Bedenken in Bezug auf die aktuelle sowie die beabsichtigte Regelung. Der Bundesgesetzgeber hat in den §§ 137 ff. SGB V unseres Erachtens bereits abschließend von seinem Gesetzgebungsrecht nach Artikel 72 Absatz 2 GG im Hinblick auf die Qualitätssicherung und die Qualitätstransparenz Gebrauch gemacht, so dass gemäß Artikel 72 Absatz 1 GG kein Spielraum mehr für eine Landesgesetzgebungsbezugnis in diesem Regelungsbereich bleibt. Demzufolge ist unseres Wissens auch in keinem anderen Landeskrankenhausgesetz eine Regelung zur Veröffentlichung landesspezifischer Qualitätsindikatoren zu finden. Wir regen dringend an, die aktuelle sowie die beabsichtigte Regelung noch einmal einer Prüfung zu unterziehen.

Gemäß Artikel 72 Absatz 1 GG haben die Länder im Bereich der konkurrierenden Gesetzgebung die Befugnis zur Gesetzgebung, solange und soweit der Bund von seiner Gesetzgebungszuständigkeit nicht durch Gesetz Gebrauch gemacht hat.

Im Hinblick auf die konkurrierende Gesetzgebungszuständigkeit hat das Bundesverfassungsgericht (BVerfGE 102, 99, 114 - Landesabfallgesetz Nordrhein-Westfalen) ausgeführt:

„Wann eine bundesrechtliche Regelung als erschöpfend anzusehen ist, folgt aus einer Gesamtwürdigung des betreffenden Normenkomplexes (vgl. BVerfGE 1, 283 [296]; 67, 299 [324]; 98, 265 [301]). Der Erlass eines Bundesgesetzes über einen bestimmten Gegenstand rechtfertigt für sich allein noch nicht die Annahme, dass damit die Länder von eigener Gesetzgebung ausgeschlossen sind; es können noch Bereiche übrig bleiben, deren Regelung für die Gesetzgebung der Länder offen ist (vgl. BVerfGE 56, 110 [119]). Maßgeblich ist, ob ein bestimmter Sachbereich tatsächlich umfassend und lückenlos geregelt ist bzw. nach dem aus Gesetzgebungsgeschichte und Materialien ablesbaren objektivierten Willen des Gesetzgebers abschließend geregelt werden sollte.“

Dafür, dass der Bundesgesetzgeber die Qualitätssicherung bereits abschließend regeln wollte, bestehen begründete Anhaltspunkte in den Gesetzgebungen der einschlägigen Normen.

In der Begründung zu § 137b SGB V heißt es (BT-Drucks. 15/1525, S. 126):

Seite 16 von 50

*„Dem Gemeinsamen Bundesausschuss wird zukünftig die Aufgabe übertragen, für die Vertragsärzte und Krankenhäuser **alle** erforderlichen Qualitätsanforderungen festzulegen. Vor diesem Hintergrund ist es zur **Vermeidung von Doppelstrukturen** folgerichtig, diesem auch Aufgaben zu übertragen, wonach der Qualitäts- und Weiterentwicklungsbedarf ermittelt und benannt wird. Dadurch, dass der Gemeinsame Bundesausschuss damit auch **die übergeordneten Entscheidungen** trifft und die Kenntnisse über den Stand der Qualitätssicherung bündelt, wird eine **einheitliche Gestaltung** der Qualitätssicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung erleichtert.“*

In der BT-Drucks. 15/1525, S. 125 (zu Nummer 104 [§ 137]) heißt es:

*„Der neue Gemeinsame Bundesausschuss wird als sektorenübergreifende Einrichtung der gemeinsamen Selbstverwaltung gebildet. **Diesem wird die Aufgabe übertragen, für den vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Bereich die Anforderungen an die Qualitätssicherung festzulegen.** Um die Entscheidungsabläufe für die Qualitätssicherung zu straffen und zu vereinheitlichen, Doppelstrukturen zu vermeiden sowie personelle und sächliche Mittel zielgerichtet einzusetzen, wird dem Gemeinsamen Bundesausschuss auch die Aufgabe übertragen, die Anforderungen an die Qualitätssicherung für zugelassene Krankenhäuser festzulegen.“*

Äußerst hilfsweise weisen wir darauf hin, dass es - soweit dennoch eine Regelung im Sinne des bisherigen oder des beabsichtigten § 7 weiterverfolgt werden sollte -, zwingend der Sicherstellung eines geregelten Verfahrens bedarf:

- Feststellung des Bedarfs an zusätzlicher Qualitätsinformation,
- Verwendung von evidenzbasierten Qualitätsindikatoren,
- Prüfung der Qualitätsindikatoren auf ihre Eignung für eine Veröffentlichung und für eine Unterstützung von Wahlentscheidungen von Patienten,
- Ermittlung des Erfüllungsaufwands einschließlich der Bürokratiekosten aus Informationspflichten,
- Abwägung von Aufwand und Nutzen der zusätzlichen, landesspezifischen Qualitätsdarstellung,
- Vollständige Finanzierung des Erfüllungsaufwands durch das Land.

Insbesondere muss vor der Umsetzung eines jeden Projektes eine vollständige Ermittlung des Erfüllungsaufwands (inkl. der Kosten für die Datenerfassung und Übermittlung aus den Krankenhäusern, der Datenvalidierung, dem Aufbau und der Pflege eines landesweiten Informationsportals sowie Kosten der Krankenhäuser für die Information der Patienten)

erfolgen. Diese verpflichtende Prüfung wäre im Falle einer Regelung gesetzlich zu verankern.

Zu Absatz 3:

Die Nummer 1 resultiert aus den Absätzen 1 und 2 und kann aufgrund der o. a. Begründung entfallen.

Zu den Nummern 2 und 3 nehmen wir insoweit wie folgt Stellung:

Nach Artikel 4 Absatz 2 Buchstabe b) der Richtlinie 2011/24/EU (Patientenmobilitätsrichtlinie) müssen alle GesundheitsdienstleisterInnen einschlägige Informationen bereitstellen, die den Patientinnen und Patienten helfen, eine sachkundige Entscheidung zu treffen. Soweit Krankenhäuser den im Behandlungsmitgliedstaat ansässigen Patientinnen und Patienten bereits einschlägige Informationen hierzu zur Verfügung stellen, sind sie nach dieser Richtlinie nicht verpflichtet, Patientinnen und Patienten aus anderen Mitgliedstaaten ausführlichere Informationen zur Verfügung zu stellen.

Ein Teil dieser Informationspflichten für Behandelnde ist durch das Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten vom 20. Februar 2013 (BGBl. I S. 277) bereits abgedeckt, wie z. B die von der Richtlinie vorgesehene Information über „Behandlungsoptionen“ (vgl. § 630 c Absatz 2 BGB).

Die Forderung der Richtlinie nach Erstellung klarer Rechnungen ist bereits durch die bundesrechtlich normierten Gebührenordnungen (z. B. § 12 GOÄ) bzw. die einschlägigen Regelungen des Krankenhausentgeltgesetzes (z. B. §§ 7, 8 KHEntgG) geregelt. Informationspflichten für Selbstzahler sind dabei in § 8 Absatz 8 und 9 KHEntgG konkretisiert.

Eine Auskunft hinsichtlich Qualität und Sicherheit kann insbesondere durch den Hinweis auf die durch die sozialrechtliche Zulassung geltenden Qualitätssicherungsmaßnahmen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gegeben werden. § 137 SGB V regelt unter anderem die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung für zugelassene Krankenhäuser sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement. § 137 Absatz 3 Nr. 4 SGB V regelt Inhalt, Umfang und Datenformat eines jährlich zu veröffentlichenden strukturierten Qualitätsberichts der zugelassenen Krankenhäuser, in dem der Stand der Qualitätssicherung dargestellt wird.

§ 30 der Gewerbeordnung enthält die Voraussetzungen, die für die Konzession von Privatkankeenanstalten zu erfüllen sind.

Soweit die Informationspflichten nicht bereits aus diesen oder anderen Rechtsquellen bestehen, werden sie durch diese Regelung konstituiert.

§ 7 sollte wie folgt gefasst werden:

§ 7

Transparenz und Qualitätssicherung

(1) Krankenhäuser stellen Patientinnen und Patienten auf Verlangen Informationen über die von ihnen angebotenen Leistungen, insbesondere über deren Verfügbarkeit, Qualität und Sicherheit, über ihren Zulassungsstatus, über ihren Versicherungsschutz oder andere Formen des Schutzes in Bezug auf die Haftpflicht bereit, soweit diese nicht bereits an anderer Stelle öffentlich verfügbar sind.

(2) Die Krankenhäuser sind verpflichtet, ihre Leistungen in der fachlich gebotenen Qualität zu erbringen. Zur Erfüllung dieser Pflicht treffen sie Maßnahmen gemäß den Regelungen zur Qualitätssicherung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung.

(3) Die §§ 135a ff. des Fünften Buches Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung - bleiben unberührt.

2.6. Zu Artikel 1 Nummer 7 - (§ 8 „Patientenorientierte Zusammenarbeit“ - § 8 KHGG NRW neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Neufassung des Absatzes 1:

§ 8

Patientenorientierte Zusammenarbeit ~~der Krankenhäuser~~

(1) Die Krankenhäuser sind entsprechend ihrer Aufgabenstellung nach dem Bescheid nach § 16 zur Zusammenarbeit untereinander und mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, dem öffentlichen Gesundheitsdienst, dem Rettungsdienst, den für die Bewältigung von Großschadensereignissen zuständigen Behörden, den sonstigen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens, den Selbsthilfeorganisationen und den Krankenkassen verpflichtet. Dazu zählt insbesondere eine patientenorientierte regionale Abstimmung der Leistungsstrukturen. Über die Zusammenarbeit sind Vereinbarungen zu treffen. Die an der Krankenhausversorgung Beteiligten unterrichten sich gegenseitig.

Stellungnahme

Seite 19 von 50

Ausweislich der Begründung soll mit der Neufassung des § 8 Absatz 1 die Zielrichtung der Zusammenarbeit von Krankenhäusern untereinander und mit den anderen Beteiligten sowie deren Inhalt deutlicher zum Ausdruck gebracht werden.

Für die Zusammenarbeit von Krankenhäusern untereinander und mit den anderen Beteiligten sowie deren Inhalt bilden der Bescheid nach § 16 sowie die Vorgaben des § 109 SGB V den Rahmen und die Grenze möglicher Vereinbarungen. Die Letztentscheidungskompetenz für die Krankenhausplanung liegt beim Land und ist durch Vereinbarungen der Beteiligten nicht abdingbar. Insbesondere zur Vermeidung von Rechtsunsicherheiten sollte dies deutlich aus der Neufassung des § 8 Absatz 1 hervorgehen.

Änderungsvorschlag

Die Neufassung des § 8 Absatz 1 sollte wie folgt gefasst werden:

§ 8

Patientenorientierte Zusammenarbeit der Krankenhäuser

(1) Die Krankenhäuser sind entsprechend ihrer Aufgabenstellung nach dem Bescheid nach § 16 zur Zusammenarbeit untereinander und mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, dem öffentlichen Gesundheitsdienst, dem Rettungsdienst, den für die Bewältigung von Großschadensereignissen zuständigen Behörden, den sonstigen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens, den Selbsthilfeorganisationen und den Krankenkassen verpflichtet. Dazu zählt insbesondere eine patientenorientierte regionale Abstimmung der Leistungsstrukturen. Über die Zusammenarbeit sind können unter Berücksichtigung des Bescheides nach § 16 sowie des § 109 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – Vereinbarungen getroffen werden zu treffen. Die an der Krankenhausversorgung Beteiligten unterrichten sich gegenseitig.

Beabsichtigte Neuregelung

Änderung des Absatzes 2:

(2) Die Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung der für die in Absatz 1 genannten Einrichtungen geltenden Vorschriften. Die zuständige Aufsichtsbehörde kann bei einem Verstoß gegen die in Satz 1 genannten Vorschriften oder gegen eine auf Grund dieser Vorschriften erlassene Anordnung die erforderlichen Maßnahmen treffen. Die Vorschriften über die Aufsicht über die Gemeinden und Gemeindeverbände, die Universitätskliniken sowie über die Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug bleiben unberührt.

Stellungnahme

In dem aktuellen Kommentar zum KHGG NRW von Frau Dr. Dorothea Prütting ist im Hinblick auf die der Aufsichtsbehörde zur Verfügung stehenden Aufsichtsmittel wie folgt ausgeführt (vgl. Prütting, Krankenhausgestaltungsgesetz – Kommentar für die Praxis, 3. Auflage 2009, § 11, Rn. 9):

*„Der Rechtsaufsicht stehen verschiedene **Aufsichtsmittel** zur Verfügung. Dazu zählen Informations- und Auskunftsrechte, Zutritts- und Begehungsrechte, Beanstandungs- und Anordnungsrechte sowie das Recht der Ersatzvornahme. Der Einsatz der Aufsichtsmittel muss dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit genügen. Rechtsaufsichtliches Einschreiten setzt außer im Falle des Informationsrechts grundsätzlich den begründeten Verdacht rechtswidrigen Verhaltens voraus. Für die Wahrnehmung des Zutrittsrechts gilt, dass selbst unter Berücksichtigung der Organisationshoheit der Kirchen nach § 33, Art. 140 GG bei Gefahr im Verzug der Zutritt jederzeit zu gestatten ist.“*

Vor diesem Hintergrund gehen wir davon aus, dass es sich bei der beabsichtigten Änderung des Absatzes 2, anders als in der Begründung ausgeführt, um eine Regelung mit klarstellendem Charakter handelt, gegen die unter Berücksichtigung der oben zitierten Kommentierung, keine Einwände bestehen.

Änderungsvorschlag

- kein Änderungsvorschlag -

2.8. Zu Artikel 1 Nummer 9 - (§ 12 „Krankenhausplan“ - § 12 KHGG NRW neu)

Seite 21 von 50

Beabsichtigte Neuregelung

Anfügen eines Satzes 3:

(1) Das zuständige Ministerium stellt einen Krankenhausplan gemäß § 6 KHG auf und schreibt ihn fort. Der Krankenhausplan wird regelmäßig im Internet veröffentlicht. Dasselbe gilt für Änderungsmitteilungen.

Stellungnahme

Die Änderung wird ausdrücklich begrüßt. Die Internetpräsenz des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter veröffentlicht in ihrer Krankenhausdatenbank die wesentlichen Inhalte des derzeit geltenden Krankenhausplans. Es sind Strukturinformationen der Krankenhäuser mit einer Sortiermöglichkeit nach Kreisen und Städten sowie einer Differenzierung nach allgemeinen und psychiatrischen Krankenhäusern enthalten. Der interessierten Öffentlichkeit sollten im Hinblick auf den Krankenhausplan NRW 2015, die neuen Feststellungsbescheide und den damit festgelegten Versorgungsauftrag der einzelnen Krankenhäuser jeweils aktuelle Informationen zur Verfügung gestellt werden.

Änderungsvorschlag

- kein Änderungsvorschlag -

2.9. Zu Artikel 1 Nummer 10 - (§ 15 „Beteiligte an der Krankenhausversorgung“ - § 15 KHGG NRW neu)

Änderung des Absatzes 1:

(1) Den Landesausschuss bilden die unmittelbar Beteiligten:

1. fünf von der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen,

2. sechs von den Verbänden der Krankenkassen,

3. drei von den kommunalen Spitzenverbänden

benannte Mitglieder,

4. ein von der Katholischen Kirche und ein von den Evangelischen Landeskirchen,

5. ein von der Ärztekammer Nordrhein und ein von der Ärztekammer Westfalen-Lippe,

6. ein vom Landesausschuss des Verbandes der privaten Krankenversicherung,

7. soweit psychiatrische Einrichtungen betroffen sind, je ein von den beiden Landschaftsverbänden,

8. soweit Einrichtungen betroffen sind, in denen Patientinnen und Patienten behandelt werden, bei denen Psychotherapie angezeigt ist, ein von der Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Nordrhein-Westfalen (Psychotherapeutenkammer NRW)

benanntes Mitglied,

9. die oder der Beauftragte der Landesregierung Nordrhein-Westfalen für Patientinnen und Patienten.

Stellungnahme

Der Kreis der unmittelbar Beteiligten an der Krankenhausversorgung wird mit der Psychotherapeutenkammer NRW um ein weiteres nicht in der Struktur- und Finanzierungsverantwortung stehendes Mitglied erweitert. Im Kontext der bereits mit dem KHGG NRW vom 11.12.2007 vorgenommenen Erweiterung des Kreises der unmittelbar Beteiligten ist die nun vorgenommene Erweiterung um die Psychotherapeutenkammer NRW nachvollziehbar.

Die Aufnahme der oder des Beauftragten der Landesregierung Nordrhein-Westfalen für Patientinnen und Patienten in den Kreis der unmittelbar Beteiligten begrüßen wir. Der Patient steht im Mittelpunkt der gesundheitlichen Versorgung und damit auch der gesundheitlichen Versorgung im Krankenhaus. Neben der medizinischen und pflegerischen Versorgung sind für die Krankenhäuser auch die Anliegen, Belange und Beschwerden ihrer Patienten von großer Bedeutung. Die Interessen der Patientinnen und Patienten in der Versorgungspolitik zu vertreten, ihnen auch angemessen Gehör und Berücksichtigung zu verschaffen sowie Forderungen an die Politik und die Selbstverwaltung zu formulieren, sind zentrale Aufgaben der oder des Beauftragten für Patientinnen und Patienten, der/dem damit eine besondere und wichtige Rolle in der gesundheitlichen Versorgung zukommt.

Änderungsvorschlag

- kein Änderungsvorschlag -

2.10. Zu Artikel 1 Nummer 11 - (§ 16 „Feststellungen im Krankenhausplan“ - § 16 KHGG NRW neu)

Seite 23 von 50

Beabsichtigte Neuregelung

Neufassung der Absätze 3 bis 5:

(3) Die Gesamtzahl der im Soll anerkannten Planbetten gemäß Absatz 1 Nummer 6 ist innerhalb von 24 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 Krankenhausträgers die in Satz 1 genannte Umsetzungsfrist verlängern.

(4) Ein Wechsel in der Trägerschaft des Krankenhauses ist der zuständigen Behörde anzuzeigen.

~~(3) (5) Widerspruch und Anfechtungsklage~~ Rechtsbehelfe eines Dritten gegen einen Feststellungsbescheid haben keine aufschiebende Wirkung.

Stellungnahme

Zu Absatz 3:

Gegen die Aufnahme einer Frist zur Umsetzung der im Feststellungsbescheid ausgewiesenen Gesamtzahl der im Soll anerkannten Planbetten bestehen keine grundsätzlichen Einwände. Die im neuen Absatz 3 Satz 4 enthaltene Öffnungsklausel halten wir dabei für zwingend notwendig.

Eine zeitliche Vorgabe von 24 Monaten ist angesichts der vielfältigen Unwägbarkeiten, auf die man im Rahmen der Realisierung eines Leistungsangebotes stoßen kann, zu eng gefasst und sollte auf mindestens 36 Monate erweitert werden.

Die Vorgaben des neuen Krankenhausplans NRW 2015 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 24 Monaten bleiben, wäre in einigen Leistungsbereichen potentiell regelhaft die Öffnungsklausel zu bemühen und die Umsetzungsfristen zu verlängern. Dieser vermeid-

bare bürokratische Aufwand sollte von vornherein ausgeschlossen werden.

Seite 24 von 50

Darüber hinaus sei an dieser Stelle angemerkt, dass die Umsetzung planerischer Entscheidungen häufig mit nicht unerheblichen Investitionen verbunden ist, deren Finanzierung durch die unstrittig unzureichende Investitionsförderung auch bei etwaigen zeitlichen Vorgaben zu berücksichtigen ist.

Die zeitliche Verpflichtung sollte insgesamt jedoch nicht bei den Krankenhäusern enden, sondern auch die Behörden mit einbeziehen. Die KGNW hat bereits im Vorfeld des Gesetzesentwurfes im Rahmen der Evaluation des KHGG NRW ausgeführt, dass eine Abfrage zu den Erfahrungen mit den durch das KHGG NRW vom 11.12.2007 geänderten Verfahrensfristen unter den nordrhein-westfälischen Spitzenverbänden ergeben hat, dass eine deutliche zeitliche Straffung regionaler Planungskonzepte und somit eine Beschleunigung des Verfahrens bisher nicht erreicht werden konnte. Überwiegend werden die langwierigen behördlichen Prüfverfahren - auch bei geeinigten regionalen Planungskonzepten - dafür verantwortlich gemacht. So dauert es vielfach weit über ein Jahr, bis regionale Planungskonzepte in einem Feststellungsbescheid nach § 16 KHGG NRW münden. In einigen Fällen wurden uns sogar Zeiträume von mehreren Jahren berichtet.

Die KGNW spricht sich vor diesem Hintergrund für eine verbindliche Bescheidungsfrist von maximal 3 Monaten aus. Längere Bescheidungsfristen würden einer Umsetzung des Krankenhausplans NRW 2015 bis zum Planungshorizont, dem 31.12.2015, abträglich sein.

Zu Absatz 4:

Gegen die Aufnahme der Regelung bestehen keine Einwände. Die KGNW hat hierzu bereits im Rahmen der Evaluation des KHGG NRW die Zeitschiene zwischen Trägerwechsel und neuem Feststellungsbescheid und die diesbezüglichen „Unsicherheiten“ im Hinblick auf die Budgetverhandlungen angesprochen. Insoweit wird auch in diesem Kontext auf die Notwendigkeit einer verbindlichen Bescheidungsfrist hingewiesen.

Änderungsvorschlag

Die Neufassung des § 16 Absatz 3 sollte wie folgt gefasst werden:

(3) Die Gesamtzahl der im Soll anerkannten Planbetten gemäß Absatz 1 Nummer 6 ist innerhalb von 36 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 Krankenhausträgers

die in Satz 1 genannte Umsetzungsfrist verlängern.

Seite 25 von 50

2.11. Zu Artikel 1 Nummer 12 - (§ 21 „Verwendung der Pauschalmittel“ - § 21 KHGG NRW neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Änderung der Absätze 5, 8, 9 und 10:

(5) Die Pauschalmittel sind für nach dem 29. Dezember 2007 begonnene Investitionsmaßnahmen zu verwenden. Sie können insbesondere auch für die zur Finanzierung von Krediten für diese Maßnahmen nach § 18 Abs. 1 genutzt verwendet werden.

(8) Die Krankenhausträgerhäuser haben durch gesonderte Wirtschaftsprüfungstestate eines Wirtschaftsprüfers nachzuweisen, dass die Fördermittel zum Stichtag 31. Dezember eines jeden Jahres für förderungsfähige Maßnahmen gemäß § 18 Absatz 1 verwendet worden sind. In den Testaten müssen

1. die Höhe der verwendeten Baupauschalen gemäß Absatz 1 Nummer 1 und die jeweiligen Maßnahmen, für die sie verwendet wurden,

2. Abtretungen gemäß § 20 Satz 1 und Mittelweitergabe gemäß Absatz 10 von dem und an das Krankenhaus und

3. die zum Stichtag noch nicht verwendeten Fördermittel gemäß § 18 Absatz 1 und § 23

bezeichnet sein. Diese Testate sind der zuständigen Behörde jeweils bis zum Ende des auf den Prüfungszeitraum folgenden eines Kalenderjahres vorzulegen. Die zuständige Behörde ist berechtigt, die den Testaten zugrunde liegenden Angaben bei Nichterteilung oder eingeschränkter Erteilung des Testats zu überprüfen. Der Krankenhausträger hat Einsicht in die dazu erforderlichen Unterlagen zu gewähren.

(9) Die Pauschalmittel dürfen nur für die ihnen jeweils zugewiesene Zweckbestimmung nach § 18 Abs. 1 verwendet werden. Davon abweichend dürfen die Krankenhäuser die für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter gewährte Pauschale bis zu ~~30~~ 50 vom Hundert der Jahrespauschale für Zwecke nach § 18 Abs. 1 Nr. 1 einsetzen.

(10) Ausgezahlte Baupauschalen dürfen unter den in § 20 Satz 1 bis 4 genannten Voraussetzungen weitergegeben werden.

Zu Absatz 5:

Die Änderung wird wie folgt begründet:

„Es hat sich gezeigt, dass Krankenhäuser Pauschalmittel häufig für förderfähige Maßnahmen einsetzen, die vor Einführung der Baupauschale ohne öffentliche Förderung finanziert wurden. Dies steht mit dem geltenden Recht in Einklang. Der Einsatz der Pauschalmittel zur Ausfinanzierung von Altkrediten in einer Übergangszeit war bei Einführung der Pauschalförderung beabsichtigt. Im Übrigen liegt der Sinn der Bereitstellung von Fördermitteln indes darin, das Krankenhaus zukünftig in die Lage zu versetzen, eine den medizinischen Anforderungen entsprechende Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. Vermieden werden soll letztlich eine Verschiebung der Pauschalmittel, die dazu führt, dass neue Maßnahmen nicht mehr durch die öffentlichen bereit gestellten Mittel finanziert werden. § 21 Absatz 5 trifft hierzu eine Klarstellung.“

Eine Änderung des Absatzes 5 in der vorliegenden Fassung wäre skandalös. Von der Änderung muss abgesehen werden.

Um weiterhin eine den medizinischen Anforderungen entsprechende Versorgung der Bevölkerung gewährleisten zu können, haben Krankenhäuser in der Vergangenheit **ohne öffentliche Förderung** dringend notwendige Investitionsmaßnahmen eigeninitiativ realisieren müssen, da das Land seiner gesetzlichen Verpflichtung zur auskömmlichen Investitionsfinanzierung nicht annähernd nachgekommen ist. Diese Maßnahmen wurden zu erheblichen Teilen kreditfinanziert. Nun soll den Krankenhäusern, die bis zum Jahr 2007 kreditfinanzierte Investitionsmaßnahmen realisiert haben, die Möglichkeit genommen werden, Pauschalmittel zur Ausfinanzierung dieser sogenannten Altkredite einzusetzen. Neben dieser bemerkenswerten Sanktionierung von Eigeninitiative bewirkt die Neuregelung eine schwerwiegende Beschädigung des Vertrauens in den Bestand gesetzlicher Regelungen und damit einen Verlust an Planungssicherheit mit erheblichen Belastungen für zukünftige Kreditfinanzierungen von Investitionsmaßnahmen.

Im Kern würde die Änderung zugleich eine befremdliche Eigenwahrnehmung des Landes im Hinblick auf die bisherige Investitionsfinanzierung nahelegen und zudem eine Herabsetzung der enormen Anstrengungen der Krankenhäuser beinhalten, die in der Vergangenheit förderfähige Maßnahmen ohne öffentliche Förderung finanziert haben, obwohl eine Eigenbeteiligung des Krankenhauses bundesrechtlich gar nicht vorgesehen ist.

Krankenhäuser haben in den zurückliegenden Jahren zum Teil gerade deshalb Pauschalmittel zur Ausfinanzierung von Altkrediten eingesetzt, weil das Land in der Vergangenheit - und

im Übrigen bis heute - seiner gesetzlichen Verpflichtung zur auskömmlichen Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser nicht annähernd nachgekommen ist bzw. nachkommt.

Krankenhäuser haben in der Vergangenheit förderfähige Maßnahmen ohne öffentliche Förderung finanziert, um - wie es die Gesetzesbegründung sagt - **sich selber** „zukünftig in die Lage zu versetzen, eine den medizinischen Anforderungen entsprechende Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten“. Da die dringend notwendigen Investitionsmaßnahmen allerdings nicht „mal eben so“ realisiert werden konnten, waren die Krankenhäuser auf Kredite angewiesen. Aus diesem Grund existieren die Altkredite überhaupt, die nun mithilfe der Pauschalmittel ausfinanziert werden. Die Ausfinanzierung der Altkredite erfolgt zudem auch deshalb mithilfe der Pauschalmittel, um möglichst zeitnah wieder zu angemessenen Konditionen am Kapitalmarkt kreditwürdig zu sein und damit die Investitionskraft im Hinblick auf zukünftige Investitionen wieder zu erhöhen. Auch dies erfolgt, um - wie es die Gesetzesbegründung sagt - zukünftig in die Lage versetzt zu sein, eine den medizinischen Anforderungen entsprechende Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. Diese Eigeninitiative würde mit der Änderung des Absatzes 5 sanktioniert.

Zu Absatz 8:

Ausweislich der Begründung soll erreicht werden, dass die Landesbehörden einen Überblick über die Verwendung der Fördermittel und die Bautätigkeit im Land erhalten.

Kaum eine Baumaßnahme wird aufgrund der nicht auskömmlichen Investitionsfinanzierung des Landes vollständig aus der Baupauschale finanziert. Bisher haben die Krankenhäuser durch gesonderte Testate eines Wirtschaftsprüfers nachzuweisen, dass die erhaltenen Fördermittel für förderungsfähige Maßnahmen verwendet worden sind. Nun soll diese Testierungspflicht massiv ausgeweitet werden. Sobald auch nur 1 Euro öffentlicher Förderung verwendet wird, zieht dies eine detaillierte Testierung der entsprechenden Baumaßnahme nach sich; und dies lediglich zu behördlichen Kenntnisnahmezwecken, deren Sinn in keiner Weise erkennbar ist.

Es würde eine zusätzliche Bürokratielast aufgebaut, die trotzdem „Unschärfen“ beinhalten würde. Vielfach ist die Bautätigkeit nur mittels Kreditfinanzierung möglich oder erfolgt unter Einsatz von Eigenmitteln. Insofern stellt sich z. B. die Frage, ob auch die Finanzierung von Krediten testiert werden müsste.

Insgesamt entstünde eine unnötige, bürokratische und teure Beschäftigung von Krankenhäusern, Wirtschaftsprüfern und Verwaltungen. Die KGNW plädiert daher für eine Streichung des geplanten Absatzes 8 Satz 2 Nr. 1.

Vor dem Hintergrund des nicht annähernd auskömmlichen Haushaltsansatzes für die Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser sei ergänzend und rein vorsorglich darauf hingewie-

sen, dass die Krankenhauseite sehr irritiert wäre, wenn eine etwaige Testierung zukünftig dazu führen würde, dass sämtliche „Bauten“ letztlich der landesseitigen Investitionsförderung „zugeschrieben“ würden, selbst wenn nur ein verschwindend geringer Anteil an Baupauschalen für deren Finanzierung verwendet worden ist. Dies ist bekanntermaßen mitnichten der Fall und würde die enormen Anstrengungen der Krankenhäuser sowie deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter herabsetzen.

Zu Absatz 9:

Die vorgesehene Änderung ist grundsätzlich zu begrüßen. Im Rahmen unseres Monitorings zur Baupauschale für das Jahr 2012 fordern die antwortenden Krankenhäuser - wie bereits im Rahmen unseres Monitorings für das Jahr 2009 - die Aufhebung der Begrenzung der Deckungsfähigkeit der Fördergelder für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter für Zwecke der Baupauschale (derzeit 30 Prozent) und damit eine weitere Flexibilisierung. Die Zustimmung zu dieser Forderung ist im Vergleich zum Jahr 2009 sogar noch einmal deutlich gestiegen.

Vor dem Hintergrund der gesetzgeberischen Intention des KHGG NRW, dem Krankenhausträger ein Höchstmaß an Flexibilität hinsichtlich seiner Investitionsentscheidungen zu gewähren, spricht sich die KGNW auch weiterhin für eine 100-prozentige Deckungsfähigkeit zwischen der Baupauschale und der Pauschale für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter aus.

Zu Absatz 10:

Die durch die Änderung erfolgte Klarstellung zur Abtretung der Baupauschale wird ausdrücklich begrüßt.

Änderungsvorschläge

§ 21 Absatz 5 sollte in der bisherigen Fassung beibehalten werden.

Die Änderung des § 21 Absatz 8 sollte wie folgt gefasst werden:

(8) Die Krankenhausträgerhäuser haben durch gesonderte Wirtschaftsprüfungstestate eines Wirtschaftsprüfers nachzuweisen, dass die Fördermittel zum Stichtag 31. Dezember eines jeden Jahres für förderungsfähige Maßnahmen gemäß § 18 Absatz 1 verwendet worden sind. In den Testaten müssen

1. Abtretungen gemäß § 20 Satz 1 und Mittelweitergabe gemäß Absatz 10 von dem und an das Krankenhaus und

2. die zum Stichtag noch nicht verwendeten Fördermittel gemäß § 18 Absatz 1 und § 23

bezeichnet sein. Diese Testate sind der zuständigen Behörde jeweils bis zum Ende des auf den Prüfungszeitraum folgenden eines Kalenderjahres vorzulegen. Die zuständige Behörde ist berechtigt, die den Testaten zugrunde liegenden Angaben bei Nichterteilung oder eingeschränkter Erteilung des Testats zu überprüfen. Der Krankenhausträger hat Einsicht in die dazu erforderlichen Unterlagen zu gewähren.

Die Änderung des § 21 Absatz 9 sollte wie folgt gefasst werden:

(9) Die Pauschalmittel dürfen nur für die ihnen jeweils zugewiesene Zweckbestimmung nach § 18 Abs. 1 verwendet werden. Dabei dürfen die Krankenhäuser die Pauschalmittel vollständig für Zwecke der jeweils anderen Zweckbestimmung nach § 18 Abs. 1 einsetzen.

2.12. Zu Artikel 1 Nummer 13 - (§ 22 „Ausgliederung, Vermietung“ - § 22 KHGG NRW neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Neufassung der Absätze 2 und 3:

(2) Vermietungen von ~~geförderten~~ Räumen und ~~deren~~ Ausstattungen eines Plankrankenhauses bedürfen der Erlaubnis der zuständigen Behörde. ~~sind zulässig, soweit der Krankenhausbetrieb nicht beeinträchtigt wird. Für Einnahmen gilt § 21 Abs. 7 Satz 2 entsprechend.~~ Für die Vermietung geförderter Räume und Ausstattungen ist ein wirtschaftlich angemessener Mietzins zu erheben und dem Pauschalkonto gemäß § 12 Absatz 7 Satz 2 zuzuführen. Die Erlaubnis ist auf Antrag zu erteilen, wenn der Krankenhausbetrieb durch die Vermietung nicht beeinträchtigt und Satz 2 beachtet wird.

(3) Soweit Krankenhäuser ~~Mietverträge~~ für angemietete Räumlichkeiten ~~abgeschlossen und für diese~~ nach bisherigem Recht Förderung erhalten haben, wird für Mietkosten, die durch die Baupauschale nicht gedeckt sind, ~~bis zur Beendigung des Mietvertrages~~ eine zusätzliche Förderung in Höhe der Differenz zwischen Baupauschale und Mietkosten gewährt.

Stellungnahme

Zu Absatz 2:

Die Krankenhäuser handhaben die Vermietung von Räumlichkeiten/Gebäuden und Ausstattungen mit Sorgfalt und stellen sicher, dass schon aus eigenem Interesse und insbesondere aus ihren Fürsorgepflichten heraus der Betriebsablauf im Krankenhaus bei der Versorgung

der Patientinnen und Patienten nicht beeinträchtigt wird. Die beabsichtigte Neuregelung bringt unnötigen bürokratischen Aufwand mit sich. Mit dem KHGG NRW wurde der Erlaubnisvorbehalt begrüßenswerter Weise aus dem Gesetz gestrichen und damit das Gesetzesziel, zu entbürokratisieren, konsequent verfolgt. Von einer derart weitreichenden Änderung des Absatzes 2 - wie nun in der beabsichtigten Neuregelung vorgesehen - sollte abgesehen werden. Vor dem Hintergrund, den Krankenhäusern eine unternehmerische Gestaltungsfreiheit einzuräumen, sollte für den Fall, dass eine solche Kontrollmöglichkeit wieder aufgenommen wird, zumindest die Erlaubnispflicht auf geförderte Räume und deren Ausstattung beschränkt bleiben.

An dieser Stelle sei der Vollständigkeit halber darauf hingewiesen, dass der Verweis nicht auf § 12 Absatz 7 Satz 2, sondern - wie bisher - auf § 21 Absatz 7 Satz 2 lauten muss.

Zu Absatz 3:

Die Herausnahme des Übergangscharakters der Regelung ist zu begrüßen. Die Neufassung stellt nun sicher, dass auch eine Neuausgestaltung von Mietverträgen von der Regelung erfasst wird.

Änderungsvorschlag

Die Neufassung des § 22 Absatz 2 sollte wie folgt gefasst werden:

(2) Vermietungen von geförderten Räumen und ~~deren~~ Ausstattungen eines Plankrankenhauses sind zulässig, soweit der Krankenhausbetrieb durch die Vermietung nicht beeinträchtigt wird. Für Einnahmen gilt § 21 Absatz- 7 Satz 2 entsprechend.

Beabsichtigte Neuregelung

Neufassung des § 23:

§ 23

Besondere Beträge

(1) Ein besonderer Betrag kann auf Antrag für Zwecke des § 18 Absatz 1 festgesetzt werden, wenn und soweit

1. dies zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses unter Berücksichtigung seiner im Krankenhausplan bestimmten Aufgaben oder zur Sicherstellung der stationären Versorgung auf Grund krankenhauserplanerischer Vorgaben unabweisbar ist und

2. eine Vorfinanzierung unzumutbar wäre ~~notwendig und ausreichend ist.~~

Eine Festsetzung ist ausgeschlossen, soweit der Krankenhausträger die ihm bislang zur Verfügung gestellten Pauschalmittel gemäß § 18 Absatz 1 unter Missachtung der Grundsätze von Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit verbraucht hat.

(2) Für die Beschaffung von Medizinprodukten gilt Absatz 1 nur, wenn nachgewiesen wird, dass die Kosten nicht durch

~~1. Einnahmen aus anteiligen Abschreibungsbeträgen Θ) aus den Gebühren der das Medizinprodukt nach Satz 2 nutzenden liquidationsberechtigten Ärztinnen und Ärzte für gesondert berechenbare stationäre und ambulante Leistungen,~~

~~b) aus den Sachkosten für die Untersuchung und Behandlung von Patientinnen und Patienten aus anderen Krankenhäusern, die zur Beschaffung von Medizinprodukten nach Satz 2 angesammelt werden können,~~

~~2. Fördermittel nach § 18 Abs. 1 Nr. 2, die noch nicht zweckentsprechend verwendet worden sind, gedeckt werden können.~~

~~Das zuständige Ministerium bestimmt die Medizinprodukte, deren Beschaffung nach Satz 1 förderungsfähig ist. Mit den Beteiligten nach § 15 Abs. 1 ist Einvernehmen anzustreben.~~

Stellungnahme

Grundsätzlich muss in Frage gestellt werden, dass das Land - unter Beibehaltung der aktuell bestehenden strukturellen Investitionsunterfinanzierung - weiterhin berechtigt ist, auf Dauer an seiner deutlich zurückhaltenden Bereitstellung und Bewilligung besonderer Beträ-

ge nach § 23 Absatz 1 KHGG NRW festzuhalten. Insofern wäre eine konkretisierende Neufassung der Regelung begrüßenswert.

In dieser Hinsicht berücksichtigt die vorliegende Neufassung des Absatzes 1 und deren Begründung allerdings nicht den Zusammenhang zwischen einer nicht annähernd auskömmlichen Investitionsfinanzierung im Wege der Pauschalförderung und dem daraus resultierenden Anspruchscharakter des § 23 Absatz 1 KHGG NRW.

Das Bundesverwaltungsgericht (BVerwG) hatte bereits mit Urteil vom 22.10.1981 (Az.: 3 C 49.80) zur damaligen Regelung in § 10 KHG a.F. die Auffassung vertreten, dass ein Krankenhaus einen Rechtsanspruch auf Festsetzung höherer Fördermittel habe, wenn die im Regelfall bewilligten Fördermittel zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses nicht ausreichen. Das Gericht hat insoweit unter anderem zum Ausdruck gebracht, dass die seinerzeit gesetzlich festgeschriebene Regelförderung den aus dem Gesetz sich ergebenden Förderbetrag nicht unwiderlegbar als den notwendigen Betrag fingiere. Es sei stets auf den Einzelfall abzustellen.

Diese Wertung wird nunmehr auch in den Entscheidungsgründen des BVerwG in seinem Urteil vom 30.08.2012 (Az.: 3 C 17.11) - das Verfahren hatte die nordrhein-westfälische Baupauschale zum Gegenstand - wiederholt. Der Verpflichtung der Länder, eine Deckung der notwendigen Investitionskosten der Krankenhäuser sicherzustellen, wird vom BVerwG Anspruchsqualität beigemessen.

Das BVerwG führt hierzu im Wortlaut aus:

*„Der Einwand der Klägerin, Pauschalen seien per se nicht auskömmlich, trifft nicht die Fördermethode. Entscheidend ist die anderweitig bestimmte Höhe der für die Förderung bereitgestellten Haushaltsmittel, was im Landesrecht des Landes Nordrhein-Westfalen anerkannt ist (vgl. § 2 Abs. 2 PauschKHFVO). **Sollte die Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses im Einzelfall gleichwohl infrage gestellt sein, weil notwendige Investitionskosten nicht gedeckt werden können, bietet nach der berufungsgerichtlichen Auslegung des Landesrechts § 23 Abs. 1 KHGG NRW Abhilfe. Die Entscheidung, nach dieser Bestimmung einen besonderen (zusätzlichen) Betrag festzulegen, liegt nicht im Ermessen des Beklagten, wie die Klägerin meint. Die Zielvorgabe des § 9 Abs. 5 KHG verpflichtet unabhängig vom Förderweg dazu, die Deckung der notwendigen Investitionskosten sicherzustellen. Kann dieses Ziel auf andere Weise nicht erreicht werden, erstarkt die Ermächtigung aus § 23 Abs. 1 KHGG NRW zu einem Anspruch des gefährdeten Krankenhausträgers.**“*

An anderer Stelle heißt es im Urteil:

Seite 33 von 50

„Eine Beeinträchtigung des Bestands an Anlagegütern, die den eingerichteten und ausgeübten Gewerbebetrieb eines Krankenhausträgers ausmachen, ist bereits rechtssystematisch ausgeschlossen. § 9 Abs. 5 KHG untersagt eine die Leistungsfähigkeit von Krankenhäusern schädigende Unterfinanzierung notwendiger Investitionen, eine im Einzelfall gleichwohl eintretende Gefährdung müsste jedenfalls mithilfe von Sonderbeträgen nach § 23 Abs. 1 KHGG NRW abgefangen werden.“

Die strukturelle Investitionsunterfinanzierung beträgt bei einem Haushaltsansatz von gerade einmal annähernd 500 Mio. Euro zurzeit mindestens 700 Mio. Euro. Notwendig wären jährlich insoweit mindestens 1,2 Mrd. Euro. In diesem Kontext hat die KGNW wiederholt betont, dass eine strukturell unterfinanzierte Pauschalförderung im Ergebnis zumindest mittelfristig ein „Hineindrängen“ der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser in die besonderen Beträge nach § 23 Absatz 1 KHGG NRW und damit eine „Renaissance“ der Einzelförderung bedeuten wird. Dies kann nicht gewollt sein. Insofern ist das Problem der strukturell unterfinanzierten Pauschalförderung dringend anzugehen.

Vor dem Hintergrund der obigen Ausführungen sprechen wir uns dafür aus, die Neufassung des Absatzes 1 verpflichtend auszugestalten und an die Rechtsprechung anzupassen.

Änderungsvorschlag

§ 23 Absatz 1 sollte wie folgt gefasst werden:

(1) Ein besonderer Betrag ist auf Antrag für Zwecke des § 18 Absatz 1 festzusetzen, wenn und soweit die notwendigen Investitionskosten zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses unter Berücksichtigung seiner im Krankenhausplan bestimmten Aufgaben oder zur Sicherstellung der stationären Versorgung auf Grund krankenhauserplanerischer Vorgaben nicht im Wege der Pauschalförderung nach § 18 Absatz 1 gedeckt werden können. Die Grundsätze von Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit sind zu beachten.

2.14. Zu Artikel 1 Nummer 15 - (§ 28 „Widerruf und Rücknahme der Bewilligung, Rückforderung von Fördermitteln“ - § 28 KHGG NRW neu)

Seite 34 von 50

Beabsichtigte Neuregelung

Neufassung des § 28:

§ 28

Widerruf und Rücknahme der Bewilligung, Rückforderung von Fördermitteln

(1) Für die Rücknahme und den Widerruf von Bewilligungsbescheiden und die Rückforderung von Fördermitteln gelten die Bestimmungen des Verwaltungsverfahrensgesetzes für das Land Nordrhein-Westfalen vom 12. November 1999 (GV.NRW. S. 602), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 1. Oktober 2013 (GV.NRW. S. 566) geändert worden ist, soweit nachfolgend nichts anderes bestimmt ist.

~~(1)~~ (2) Der Bewilligungsbescheid kann mit Wirkung für die Vergangenheit ganz oder teilweise zurückgenommen oder widerrufen werden, wenn das Krankenhaus ohne Zustimmung der zuständigen Bewilligungsbehörde von den Feststellungen nach § 16 abweicht oder seine Aufgaben nach den Feststellungen im Bescheid nach § 16 ganz oder zum Teil nicht oder nicht mehr erfüllt. Von einer Rücknahme oder einem Widerruf kann insbesondere bei einem Trägerwechsel abgesehen werden, wenn nachgewiesen wird, dass

1. alle noch nicht verwendeten Fördermittel und geförderten Gegenstände des Anlagevermögens, soweit diese noch nicht abgeschrieben sind, vom bisherigen auf den neuen Krankenhausträger übertragen worden sind und

2. der neue Krankenhausträger durch schriftliche Erklärung gegenüber der zuständigen Behörde alle Verpflichtungen und Nebenbestimmungen aus den bisherigen Bewilligungsbescheiden anerkennt.

(3) Werden nach diesem Gesetz geförderte Investitionsmaßnahmen zu Zwecken außerhalb der stationären Krankenhausversorgung umgewidmet oder stellt das Krankenhaus seinen Betrieb ein, sollen die Bewilligungen der Fördermittel im Umfang der Umwidmung oder Betriebseinstellung zurückgenommen oder widerrufen werden. § 22 bleibt hiervon unberührt. Von einer Rücknahme oder einem Widerruf soll abgesehen werden, wenn die Betriebseinstellung im krankenhauplanerischen Interesse liegt; von einer Rücknahme oder einem Widerruf kann abgesehen werden, wenn die geförderte Investitionsmaßnahme aufgrund von Umstrukturierungsprozessen oder einem Bedarfsrückgang nicht mehr zur Erfüllung des Versorgungsauftrages des Krankenhauses benötigt wird. Der Bewilligungsbescheid soll nicht widerrufen werden, wenn das Krankenhaus im Einvernehmen mit der zuständigen Behörde ganz oder zum Teil aus dem Krankenhausplan ausscheidet.

(4) Gehen die mit Fördermitteln errichteten oder beschafften Anlagegüter kraft Gesetzes in das Eigentum eines Dritten über, ist auch dieser oder sein Rechtsnachfolger zur Erstattung der Fördermittel verpflichtet, wenn eine Rückforderung gemäß Absatz 1 bis 3 geltend gemacht wird.

~~(2) Nach § 19 Abs. 2 gewährte Fördermittel können unter Berücksichtigung des Einzelfalls zurückgefordert werden, soweit sie nicht zweckentsprechend verwendet worden oder Investitionen nicht abgeschrieben sind.~~

Stellungnahme

Gegen die Neufassung der Absätze 1 und 2 bestehen keine Einwände.

Absatz 3 sollte unseres Erachtens klarer gefasst werden.

Bei der Neufassung des Absatzes 3 sollte im Hinblick auf Rücknahme und Widerruf des Bewilligungsbescheides der Fokus stärker darauf gelegt werden, ob Maßnahmen auf Grund der Krankenhausplanung und damit im Einvernehmen mit der zuständigen Behörde erfolgen. Soweit dies der Fall ist, sollte wie bisher ein Absehen von Rücknahme oder Widerruf der Regelfall sein („Soll-Regelung“).

Im Falle von Umwidmungen zu Zwecken außerhalb der Krankenhauversorgung sollten Rücknahme oder Widerruf nicht verpflichtend ausgestaltet sein, sondern in das Ermessen der Behörde gestellt werden („Kann-Regelung“). Auf diese Weise könnten z. B. Umwidmungen, die zu einer sektorenübergreifenden Versorgung beitragen, flankierend unterstützt werden. Ansonsten wären diese von vornherein mit dem „Ballast“ einer Rücknahme oder eines Widerrufs belegt, was gegebenenfalls dazu führen kann, dass diesbezügliche Planungen wieder verworfen werden.

Änderungsvorschlag

Absatz 3 sollte wie folgt gefasst werden:

(3) Der Bewilligungsbescheid soll insbesondere nicht zurückgenommen oder widerrufen werden, wenn das Krankenhaus im Einvernehmen mit der zuständigen Behörde ganz oder zum Teil aus dem Krankenhausplan ausscheidet. Von einer Rücknahme oder einem Widerruf soll abgesehen werden, wenn in der geförderten Einrichtung auf Grund krankhausplanerischer Maßnahmen Umstrukturierungsprozesse erfolgen. Werden nach diesem Gesetz geförderte Investitionsmaßnahmen zu Zwecken außerhalb der Krankenhauversorgung umgewidmet, kann die Bewilligung der Fördermittel im Umfang der Umwidmung zurückgenommen oder widerrufen werden. § 22 bleibt hiervon unberührt.

2.15. Zu Artikel 1 Nummer 16 - (§ 31 „Betriebsleitung, Ärztlicher und psychotherapeutischer Dienst“ - § 31 KHGG NRW neu)

Seite 36 von 50

Beabsichtigte Neuregelung

Änderung des § 31:

§ 31

Betriebsleitung, Ärztlicher und psychotherapeutischer Dienst

(1) In dem Krankenhaus wird eine Betriebsleitung gebildet. Träger von mehreren Krankenhäusern können eine gemeinsame Betriebsleitung bilden. An der Betriebsleitung sind eine Leitende Ärztin oder ein Leitender Arzt, die Leitende Pflegekraft und die Leiterin oder der Leiter des Wirtschafts- und Verwaltungsdienstes gleichrangig zu beteiligen. Andere Formen der kollegialen Betriebsleitung sind zulässig, wenn die in Satz 3 genannten Funktionsbereiche angemessen vertreten sind.

(2) Der Träger des Krankenhauses hat für jede Abteilung mindestens eine Abteilungsärztin oder einen Abteilungsarzt zu bestellen, die oder der nicht weisungsgebunden ist und auch nicht durch anderweitige vertragliche Anreize in der Unabhängigkeit der medizinischen Entscheidungen beeinträchtigt wird. Sie oder er sind für die Untersuchung und Behandlung der Patientinnen und Patienten in der Abteilung verantwortlich. Auch Belegärztinnen und Belegärzte können die Abteilungen leiten. Für Abteilungen, die Patientinnen und Patienten behandeln, bei denen Psychotherapie angezeigt ist, können neben der Abteilungsärztin oder dem Abteilungsarzt Psychologische Psychotherapeutinnen oder -therapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder -therapeuten bestellt werden, die bei der Untersuchung und Behandlung dieser Patientinnen und Patienten eigenverantwortlich und selbstständig tätig sind.

(3) Das Krankenhaus ist nach ärztlich überschaubaren Verantwortungsbereichen und medizinischen Gesichtspunkten nach den Vorgaben der Feststellungen des Krankenhausplans in Abteilungen gegliedert.

(4) Der Krankenhausträger trägt die Verantwortung für eine ordnungsgemäße ärztliche, pflegerische, technische und verwaltungsmäßige Organisation des Krankenhauses.

Stellungnahme

Zu Absatz 1:

Ausweislich der Begründung soll durch die sprachliche Einfügung in Absatz 1 Satz 3 die gleichberechtigte Beteiligung der Pflege an der Betriebsleitung sichergestellt werden.

Die Leitende Pflegekraft ist bereits heute als Teil der Betriebsleitung und als der- oder diejenige Person, die Verantwortung für die Organisation und den reibungslosen Ablauf des Pflegedienstes - der größten Berufsgruppe im Krankenhaus - trägt, in die wesentlichen Entscheidungsprozesse eingebunden. Insofern nimmt die Leitende Pflegekraft eine zentrale und bedeutende Rolle im Krankenhaus ein.

Die „gleichrangige“ Beteiligung im Sinne einer „gleichberechtigten“ Beteiligung der Pflege an der Betriebsleitung bleibt im Hinblick auf die intendierte Ausrichtung und die daraus resultierenden gesellschafts-, arbeits- sowie haftungsrechtlichen und letztlich auch organisatorischen Konsequenzen unklar.

Der mit dieser Neuregelung verbundene Eingriff in die Organisationfreiheit des Krankenhausträgers und dessen Reichweite wird inhaltlich nicht näher umrissen und begründet. Wie die in der Begründung aufgeführte „gleichberechtigte“ Beteiligung in einer komplexen Organisationsstruktur mit unterschiedlichen Aufgaben- und Verantwortungsbereichen der Beteiligten aussehen soll, wird nicht erläutert. Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang auch die gesellschaftsrechtliche Struktur des einzelnen Krankenhauses, die bedingt, dass strategische Entscheidungen gesellschaftsrechtlich der Geschäftsführung bzw. den entsprechenden Gremien der Träger vorbehalten bleiben. Der Geschäftsführerin bzw. dem Geschäftsführer bleibt insoweit die Letztentscheidung und -verantwortung.

Vor diesem Hintergrund sprechen wir uns gegen die mit der Neuregelung verbundene Rechtsunsicherheit aus. Einer Änderung des Absatzes 1 Satz 3 bedarf es nicht, um die unzweifelhaft bestehende besondere Bedeutung der Leitenden Pflegekraft im Krankenhaus heraus- und sicherzustellen.

Zu Absatz 2:

Die Ergänzung bezüglich der „Einschränkung der medizinischen Entscheidungsfindung durch anderweitige vertragliche Anreize“ sollte gestrichen werden. Die Ergänzung ist in § 136a SGB V nicht nur bereits gesetzlich verankert, sondern aufgrund der umgesetzten Bundesempfehlung auch bereits konkretisiert.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) hatte gemäß § 136a Satz 2 SGB V in ihren Beratungs- und Formulierungshilfen für Verträge der Krankenhäuser mit leitenden Ärzten bis spätestens zum 30. April 2013 im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer (BÄK) Empfehlungen abzugeben, die sicherstellen, dass Zielvereinbarungen, die auf finanzielle Anreize bei einzelnen Leistungen abstellen, ausgeschlossen sind. Diese Empfehlungen sichern insbesondere die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen. Die DKG hat im Einvernehmen mit der BÄK fristgemäß eine entsprechende Empfehlung erarbeitet und veröffentlicht.

Zu Absatz 3:

Diese neue Organisationsvorgabe zur Übernahme der Fachabteilungsstrukturen des Krankenhausplanes in die Abteilungsstruktur des Krankenhauses ist zu unbestimmt, da die Regelung nicht erkennen lässt, wie eine KHGG-gerechte Abteilungsstruktur aussehen soll und inwieweit (ggf. tiefgreifende) Änderungen vorgenommen werden müssen. Die dadurch bedingte Rechtsunsicherheit ist nicht hinnehmbar.

Die Krankenhäuser haben ihre Organisationsstrukturen mit Blick auf Leistungserbringung im Rahmen ihres Versorgungsauftrages unter Berücksichtigung der sich stetig im Fluss befindlichen arbeits- bzw. tarifvertraglichen, sozial-, haftungs- und finanzierungsrechtlichen Aspekte über Jahrzehnte entwickelt, diese unter anderem an den medizinischen Fortschritt und die fachgebietsübergreifende Behandlung angepasst und infrastrukturell auf die stetig gesunkenen investiven Mittel zugeschnitten.

Absatz 3 verkennt, dass dieser Eingriff in die Organisationshoheit der Krankenhäuser folgenschwere Konsequenzen bei den Personalstrukturen (qualitativ und quantitativ ausgerichtete Besetzung unterschiedlichster Berufsgruppen und Fachrichtungen) als auch in der Infrastruktur nach sich ziehen würde, die erhebliche personelle (insbesondere arbeitsrechtliche) und finanziellen Risiken bedingen.

Dieser Eingriff wird in der Begründung zudem nicht nachvollziehbar begründet. Laut Begründung soll damit dem Transparenzgedanken sowie den medizinisch-fachlichen Aspekten Rechnung getragen werden.

Dem Transparenzgedanken werden die Krankenhäuser seit jeher gerecht, da diese in den Eingangsbereichen ausführlich auf die Abteilungsstrukturen sowie die jeweiligen Leistungsorte hinweisen. Noch weiter gehen die Informationen der Krankenhäuser auf den individuellen Homepages und in den Qualitätsberichten.

Eine Strukturierung auf Basis nicht konkretisierter medizinisch-fachlicher Aspekte kann sicherlich keine Behörde vornehmen. Dies können die Krankenhäuser im Rahmen ihrer eigenverantwortlichen Leistungserbringung im Rahmen des Versorgungsauftrages aufgrund der kaum anzweifelbaren Fachexpertise doch nur selbst bestimmen.

Eine „Vorgabe“ zu Abteilungsstrukturen des Landesgesetzgebers durch unbestimmte, „weiche“ Tatbestandsmerkmale (*„ärztlich überschaubare Verantwortungsbereiche und medizinische Gesichtspunkte nach den Vorgaben der Feststellungen des Krankenhausplanes“*) ist weder geeignet eine Transparenz herzustellen noch medizinisch-fachlichen Aspekten konkret Rechnung zu tragen.

Zu Absatz 4:

Seite 39 von 50

Diese Regelung korrespondiert mit der durch den Bundesgerichtshof (BGH) festgestellten Organisationsverantwortung des Krankenhauses. Diese Organisationsverantwortung ist in der durch den Versorgungsauftrag bestimmten Pflicht (§ 2 Absatz 1 KHGG NRW) enthalten, selbstverständlich und eine Regelung insoweit entbehrlich.

Änderungsvorschlag

§ 31 Absätze 1 und 2 sollten in der bisherigen Fassung beibehalten werden. Die Änderungen bzw. Ergänzungen der Absätze 1 bis 4 sollten ersatzlos gestrichen werden.

2.16. Zu Artikel 1 Nummer 17 - (§ 33 „Kirchliche Krankenhäuser“ - § 33 KHGG NRW neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Neufassung des § 33:

~~Die Rechtsverordnung aufgrund von § 6 Abs-atz 2 sowie die Regelungen des § 2 Absatz 3 und des § 31 Abs-atz 1 gelten nicht für Krankenhäuser, die von Religionsgemeinschaften oder diesen gleichgestellten oder ihnen zuzuordnenden Einrichtungen betrieben werden. Satz 1 gilt unabhängig von der Rechtsform der Einrichtung. Die Religionsgemeinschaften treffen für diese Krankenhäuser in eigener Zuständigkeit Regelungen, die den Zielen dieser Vorschriften entsprechen.~~

Stellungnahme

Gegen die Änderungen bestehen keine Einwände. Auf die Ausführungen zur Neuregelung in § 2 Absatz 3 wird verwiesen.

Änderungsvorschlag

- kein Änderungsvorschlag -

2.17. Zu Artikel 1 Nummer 18 - (§ 34 a „Ordnungswidrigkeiten“ und § 34 b „Haftpflichtversicherung“ - § 34 a und b KHGG NRW neu)

Seite 40 von 50

Beabsichtigte Neuregelung

Einfügen eines § 34a:

§ 34a

Ordnungswidrigkeiten

Ordnungswidrig handelt, wer

1. vorsätzlich oder fahrlässig einer Vorschrift der auf Grund des § 34 Satz 2 erlassenen Rechtsverordnung oder auf Grund dieser Rechtsverordnung ergangenen Anordnung zuwiderhandelt, soweit die Rechtsverordnung für einen bestimmten Tatbestand auf diese Bußgeldvorschrift verweist, oder

2. vorsätzlich oder fahrlässig der Verpflichtung gemäß § 21 Absatz 7 zuwiderhandelt.

Die Ordnungswidrigkeit kann im Fall des Satz 1 Nummer 1 mit einer Geldbuße bis zu 10 000 Euro und im Fall des Satz 1 Nummer 2 mit einer Geldbuße bis zu 50 000 Euro geahndet werden.

Stellungnahme

Aus unserer Sicht bedarf es keines Ordnungswidrigkeitentatbestandes.

Eine Rechtsverordnung zu den unter die Auskunftspflicht fallenden Daten und das Verfahren im Einzelnen nach § 34 Absatz 2 KHGG NRW ist seit Inkrafttreten des KHGG NRW Ende 2007 nicht erlassen worden. Offensichtlich bestand hierzu bisher keine Notwendigkeit und demzufolge auch keine Eile. Es sollte deshalb zunächst eine Rechtsverordnung nach § 34 Absatz 2 KHGG NRW erlassen werden, soweit dies notwendig ist. Sodann sollte beobachtet werden, wie sich die Rechtsverordnung in der Umsetzungspraxis bewährt. Erst wenn sich dabei Probleme zeigen, sollte über einen - dann nach den Regelungen der Rechtsverordnung differenzierenden - Ordnungswidrigkeitentatbestand nachgedacht werden.

Die Begründung im Hinblick auf den Ordnungswidrigkeitentatbestand zur Verpflichtung gemäß § 21 Absatz 7 liefert keine Anhaltspunkte, dass Krankenhäuser bisher die Pauschalmittel nicht bis zur zweckentsprechenden Verwendung auf jeweils einem besonderen Bankkonto für Fördermittel nach § 18 Abs. 1 Nrn. 1 und 2 zinsgünstig angelegt haben. Soweit keine Anhaltspunkte hierfür bestehen, bedarf es auch keines entsprechenden Tatbestandes.

§ 34a sollte ersatzlos gestrichen werden.

Beabsichtigte Neuregelung

Einfügen eines § 34b:

§ 34b

Haftpflichtversicherung

(1) Der Krankenhausträger bedarf einer Haftpflichtversicherung, einer Garantie oder einer ähnlichen Regelung, die im Hinblick auf ihren Zweck gleichwertig oder im Wesentlichen vergleichbar und nach Art und Umfang dem Risiko angemessen ist. Das Bestehen einer solchen Regelung ist der zuständigen Behörde auf Verlangen nachzuweisen.

(2) Zur Erfüllung der Verpflichtung in Absatz 1 ist nur derjenige Krankenhausträger, der die Behandlung gemäß § 630a Absatz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuches zusagt, verpflichtet.

Stellungnahme

Nach Artikel 4 Absatz 2 Buchstabe d) der Richtlinie 2011/24/EU (Patientenmobilitätsrichtlinie) sollen Gesundheitsdienstleister über eine Haftpflichtversicherung oder ähnliche Sicherungsinstrumente verfügen. Für die Heilberufe sind bereits Regelungen im Heilberufsgesetz und den jeweiligen Berufsordnungen enthalten. Für Krankenhäuser als Gesundheitsdienstleister im Sinne der Patientenmobilitätsrichtlinie bedarf es einer entsprechenden Umsetzung, insoweit bestehen keine grundsätzlichen Bedenken gegen die Aufnahme einer Regelung.

Neben einer bestehenden Haftpflichtversicherung sind auch andere Systeme der Absicherung zulässig. Damit sind beispielsweise die Mitgliedschaft des Krankenhausträgers im kommunalen Schadenausgleich, die Bildung von Rücklagen, die im Haftungsfalle zur Befriedigung der geltend gemachten Ansprüche eingesetzt werden können oder die Vereinbarung eines Selbstbehaltes im Rahmen einer Haftpflichtversicherung mit umfasst, was von uns im Rahmen der Umsetzung der Patientenmobilitätsrichtlinie für zwingend notwendig erachtet wird.

Im Hinblick auf die Haftpflichtversicherung weisen wir explizit auf die dramatisch gestiegenen und steigenden Prämien im Krankenhausbereich hin, die über die Leistungsvergütungen in keiner Weise sachgerecht refinanziert sind. Der Bundesgesetzgeber hat hier zwingend noch nachzubessern.

In Anbetracht dessen und da sich der Auftrag aus der Patientenmobilitätsrichtlinie an den Behandlungsmitgliedstaat - also die Bundesrepublik Deutschland - richtet („Der Behandlungsmitgliedstaat stellt Folgendes sicher“), sollte der verpflichtende Charakter des § 34a Absatz 1 entfallen. Da die Krankenhäuser keinen Einfluss auf die Höhe ihrer Leistungsvergütungen und damit auf die Refinanzierbarkeit der dramatisch gestiegenen und steigenden Prämien haben (der Einfluss liegt beim Bundesgesetzgeber), sollte § 34a Absatz 1 zumindest in eine „Soll-Regelung“ überführt werden.

Zudem halten wir es für dringend notwendig, dass sich das Land Nordrhein-Westfalen der Thematik der dramatisch gestiegenen und steigenden Prämien im Krankenhausbereich annimmt und seinen Einfluss auf der Bundesebene, insbesondere im Rahmen der anstehenden Bund-Länder-Arbeitsgruppe, geltend macht. Aus Nordrhein-Westfalen heraus sollten hierzu folgende Forderungen erhoben werden:

- Absenkung der Höhe der Versicherungssteuer (zurzeit 19 Prozent),
- Abschaffung der Sozialversicherungsregresse (diese bilden zurzeit 25 Prozent des Schadensaufwands),
- Sicherstellung einer Refinanzierung zu Gunsten der Krankenhausträger im geburts-hilflichen Bereich in Höhe von zunächst mindestens 350 Euro Risikokosten pro Geburt.

Änderungsvorschlag

§ 34b Absatz 1 sollte wie folgt gefasst werden:

(1) Der Krankenhausträger soll über eine Haftpflichtversicherung, eine Garantie oder eine ähnlichen Regelung, die im Hinblick auf ihren Zweck gleichwertig oder im Wesentlichen vergleichbar und nach Art und Umfang dem Risiko angemessen ist, verfügen. Das Bestehen einer solchen Regelung soll der zuständigen Behörde auf Verlangen nachgewiesen werden.

2.18. Zu Artikel 1 Nummer 19 - (§ 36 „Ausbildungsstätten, nicht öffentlich geförderte Krankenhäuser, Universitätskliniken“ - § 36 KHGG NRW neu)

Seite 43 von 50

Beabsichtigte Neuregelung

Änderung der Absätze 1 und 2:

(1) Auf die Ausbildungsstätten nach § 2 ~~Nummer-~~ 1 a KHG sind die Vorschriften des ~~Ab-~~schnitts ~~II und III~~ und ~~des § 35 mit Ausnahme des § 18 Abs. 2 Nr. 2~~ entsprechend anzuwenden.

(2) Auf nicht öffentlich geförderte Krankenhäuser finden nur § 2 Abs. 1 Satz 2, § 6 einschließlich der auf § 6 Abs. 2 gestützten Rechtsverordnung, § 8 Abs. 1 hinsichtlich der Mitwirkung im Rettungsdienst, § 10 Abs. 1, ~~und~~ § 11 und § 31a Anwendung.

Stellungnahme

Gegen die Änderungen bestehen keine Einwände.

Änderungsvorschlag

- kein Änderungsvorschlag -

2.19. Zu Artikel 1 Nummer 20 - (§ 37 „Übergangsvorschrift“ - § 37 KHGG NRW neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Anfügen eines Absatzes 3:

(3) Abweichend von Absatz 2 gilt dieses Gesetz für eingesparte Fördermittel aus Festbetragsförderungen gemäß § 24 Absatz 2 KHG NRW, soweit sie dem Konto der Baupauschale als gesonderte Position zugeführt werden.

Stellungnahme

Die Ergänzung wird begrüßt.

Änderungsvorschlag

- kein Änderungsvorschlag -

2.20. Zu Artikel 1 Nummer 21 - (§ 38 „Inkrafttreten“ - § 38 KHGG NRW neu)

Seite 44 von 50

Beabsichtigte Neuregelung

Änderung des § 38:

§ 38

Inkrafttreten, ~~Berichtspflicht~~

Dieses Gesetz tritt am Tage nach der Verkündung in Kraft. Gleichzeitig tritt das Krankenhausgesetz Nordrhein-Westfalen - KHG NRW - vom 16. Dezember 1998 (GV. NRW. S. 696), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 21. Dezember 2006 (GV. NRW. S. 631), außer Kraft. ~~Die Landesregierung berichtet dem Landtag bis zum 31. Dezember 2012 über die Erfahrungen mit diesem Gesetz.~~

Stellungnahme

Gegen die Änderungen bestehen keine Einwände.

Änderungsvorschlag

- kein Änderungsvorschlag -

3. Zusätzliche Änderungsvorschläge

3.1. Zu § 17 KHGG NRW (Förderungsgrundsätze)

Aktuelle Regelung

Investitionskosten von Krankenhäusern werden nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und den Vorschriften dieses Abschnitts auf Antrag im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel durch Zuschüsse und Zuweisungen gefördert. Fördermittel dürfen nur für die in § 9 Abs. 1 und 2 KHG genannten Zwecke nach Maßgabe des Bewilligungsbescheides verwendet werden. [...]

Stellungnahme

Nach § 4 Nr. 1 KHG werden die Krankenhäuser unter anderem dadurch wirtschaftlich gesichert, dass ihre Investitionskosten im Wege öffentlicher Förderung übernommen werden. Damit wird eine Verpflichtung der Länder begründet, Haushaltsmittel zur Verfügung zu stellen, die es ermöglichen, diese Pflicht zur Übernahme der Investitionskosten zu erfüllen. Eine Eigenbeteiligung des Krankenhauses an den notwendigen Investitionskosten ist bundesrechtlich nicht vorgesehen.

Das KHG geht von einer Vollförderung der notwendigen und den Grundsätzen der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit entsprechenden Investitionskosten aus. Gemäß § 9 Absatz 5 KHG sind die Fördermittel nach Maßgabe des KHG und des Landesrechts so zu bemessen, dass sie die förderungsfähigen und unter Beachtung betriebswirtschaftlicher Grundsätze notwendigen Investitionskosten decken.

Bei der Krankenhausinvestitionsförderung handelt es sich nicht um freiwillige Leistungen, deren Vergabe im Ermessen des Landes liegt und nach der jeweiligen Haushaltslage des Landes bemessen werden kann. Die staatliche Förderung der Investitionskosten ist als Folge des Verbots, Investitionskosten durch die Pflegesätze und Vergütungen zu refinanzieren, verfassungsrechtlich dem Grunde nach zwingend. Die Grundrechtsbeeinträchtigung durch die duale Finanzierung (Artikel 12 Absatz 1 GG, Artikel 14 Absatz 1 Satz 1 GG) ist nur grundrechtskonform, wenn den Krankenhausträgern ein Ausgleichsanspruch zusteht. Insofern handelt es sich bei der Krankenhausinvestitionsförderung um eine Ausgleichszahlung mit Entschädigungscharakter für die vom Gesetzgeber im Rahmen der dualen Finanzierung seit 1972 ausgeschlossene Refinanzierung der Investitionskosten über die Pflegesätze und Vergütungen.

Vor diesem Hintergrund schlägt die KGNW die Streichung des Haushaltsvorbehaltes vor.

§ 17 sollte wie folgt geändert werden:

Investitionskosten von Krankenhäusern werden nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und den Vorschriften dieses Abschnitts auf Antrag ~~im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel~~ durch Zuschüsse und Zuweisungen gefördert. Fördermittel dürfen nur für die in § 9 Abs. 1 und 2 KHG genannten Zwecke nach Maßgabe des Bewilligungsbescheides verwendet werden. [...]

3.2. Einfügen eines neuen § 17a KHGG NRW (Bürgschaft)

Stellungnahme

Um notwendige Investitionsvorhaben - die auch aufgrund planerischer Entscheidungen, wie in der Neufassung des KHGG NRW vorgesehen, innerhalb einer definierten Frist umzusetzen sind - zeitnah realisieren zu können, müssen die nordrhein-westfälischen Krankenhäuser zunehmend auf Kredite zurückgreifen. Die Krankenhäuser treten dabei unter großen Anstrengungen in „Vorleistung“. Durch die Umstellung der alten Einzelförderung auf die Baupauschale hat sich aus finanzwirtschaftlicher Sicht der Zahlungsstrom umgekehrt. Die Fördermittel bezahlen nicht mehr direkt die Investition, sondern - im Idealfall einer auskömmlichen Investitionsfinanzierung des Landes - den Gegenwert für die Nutzung in den Folgeperioden.

Spätestens die Umstellung der alten Einzelförderung auf die Baupauschale hat insoweit dazu geführt, dass Krankenhäuser - wie jedes mittelständische Unternehmen auch - am Kapitalmarkt als Kreditnehmer teilnehmen müssen. Krankenhäuser sind somit spätestens seit Einführung der Baupauschale dem Mittelstand gleichzusetzen.

Bei kreditfinanzierten Investitionen setzt eine nicht unerhebliche Nettoverringering der investierbaren Fördermittel ein, da der Kapitaldienst für Investitionskredite aus den Pauschalmitteln zu bedienen ist. Zudem ist zu berücksichtigen, dass die Baupauschale aufgrund der haushaltsrechtlichen Vorgaben - und der damit einhergehenden fehlenden Planungssicherheit - zurzeit keine ausreichende Sicherheit bietet. Banken treffen derzeit letztlich unabhängig von der Baupauschale, nach internem und externem Rating ihre Entscheidungen über die Kreditfähigkeit der Krankenhäuser sowie die Darlehenskonditionen und damit über die Mittelvergabe. Die Realisierung von Investitionen in den Kliniken ist somit abseits eines zugrunde liegenden Investitionsbedarfs auch durch planerische Feststellungen und der damit festgestellten Bedarfsnotwendigkeit für die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen abhängig von Drittinteressen möglicher Kreditgeber. Begründet durch die

marktabhängige Kreditzinshöhe können sich die Zinsaufwendungen leicht auf ein Vielfaches summieren.

Seite 47 von 50

Derzeit ist nicht ersichtlich, dass Finanzierungskosten bei der Bemessung der Pauschfö-
dermittel berücksichtigt sind, obwohl dies aus finanzwirtschaftlicher Sicht sachgerecht wä-
re. Der investive Nutzen der bereitgestellten Fördermittel darf nicht durch Finanzierungs-
kosten abgeschmolzen werden.

Um sicherzustellen, dass möglichst jeder vom Land aus Steuermitteln für Krankenhausin-
vestitionen zur Verfügung gestellte Euro auch tatsächlich in den nordrhein-westfälischen
Krankenhäusern investiert werden kann, sollten die nordrhein-westfälischen Krankenhäu-
ser die Möglichkeit erhalten, an den derzeit bestehenden Förder- und Bürgschaftspro-
grammen des Landes, die unter Federführung des Wirtschaftsministeriums aufgelegt und
betrieben werden, teilnehmen zu können.

Ergänzend könnte ein eigenes Bürgschaftsprogramm des Gesundheitsministeriums mit
eigenem Bürgschaftsrahmen und eigenen Bürgschaftsrichtlinien Abhilfe schaffen. Hierzu
hat das MGEPA bereits im Rahmen seines Evaluierungsberichtes zum KHGG NRW vom
20.12.2012 ausgeführt, prüfen zu wollen, ob die Möglichkeit besteht, für Krankenhäuser -
unabhängig von der Trägerschaft und eventueller weiterer Einschränkungen - ein eigenes
Bürgschaftsprogramm unter Federführung des MGEPA, was eine Ermächtigung im Haus-
haltsgesetz und einen Haushaltsansatz beinhaltet, aufzulegen. Diese Prüfung sollte nun
zeitnah abgeschlossen werden.

Änderungsvorschlag

§ 17a sollte wie folgt eingefügt werden:

§ 17a

Bürgschaft

Krankenhäuser können eine Bürgschaft des Landes beantragen. Hierüber wird unter Berück-
sichtigung des jeweiligen Bürgschaftsrahmens entschieden.

3.3. Zu § 18 KHGG NRW (Pauschalförderung)

Aktuelle Regelung

(1) Das zuständige Ministerium fördert

1. die Errichtung von Krankenhäusern (Neubau, Umbau, Erweiterungsbau) einschließlich der Erstausrüstung den für den Krankenhausbetrieb notwendigen Anlagegütern sowie die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 15 Jahren (Baupauschale) und

2. die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als drei Jahren bis zu 15 Jahren (kurzfristige Anlagegüter)

durch jährliche Pauschalbeträge, mit denen das Krankenhaus im Rahmen der Zweckbindung der Fördermittel wirtschaften kann.

Stellungnahme

Eine Pauschalförderung ist ihrem Wesen nach von den im Einzelfall notwendigen Investitionskosten losgelöst. Sie soll im Durchschnitt der Jahre die einer wirtschaftlichen Betriebsführung entsprechenden Investitionskosten eines Krankenhauses decken. Das Landesrecht muss insoweit trotz der Besonderheiten einer Pauschalförderung dem Investitionsbedarf eines wirtschaftlich geführten Krankenhauses Rechnung tragen. Eine Pauschalförderung hat daher darauf abzielen, das „richtige“, nämlich bedarfsnotwendige Investitionsvolumen - mithin einen sozialrechtlich normierten „Normbedarf“ - abzudecken. Allerdings ist hier die Möglichkeit einer Ausnahme im Einzelfall, wie im nordrhein-westfälischen Landesrecht in § 23 Absatz 1 KHGG NRW (Besondere Beträge) vorgesehen (vgl. insoweit auch BVerwG, Urteil vom 30.08.2012, Az.: 3 C 17.11 sowie Urteil vom 22.10.1981, Az.:3 C 49.80), zu schaffen.

Nach allen verfügbaren Expertenberechnungen beträgt die strukturelle Investitionsunterfinanzierung in Nordrhein-Westfalen bei einem Haushaltsansatz von gerade einmal 493 Mio. Euro zurzeit mindestens 700 Mio. Euro. Notwendig wären jährlich insoweit mindestens 1,2 Mrd. Euro.

Der Haushalt 2014 des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (Einzelplan 15) sieht in Kapitel 15070 „Krankenhausförderung“ u. a. einen Haushaltsansatz von 190 Mio. EUR für die Baupauschale, 293 Mio. EUR für die pauschale Förderung kurzfristiger Anlagegüter sowie 7 Mio. EUR für besondere Beträge nach § 23 KHGG NRW vor (LT-Drs. 16/3800, Gesetzentwurf der Landesregierung „Gesetz über die Feststellung des Haushaltsplans des Landes Nordrhein-Westfalen für das Haushaltsjahr 2014 (Haushaltsgesetz 2014)“, dort: Einzelplan 15). Der Haushaltsansatz ist damit

im Vergleich zu den Vorjahren auf offensichtlich deutlich zu niedrigem Niveau konstant geblieben. Ein Einstieg in den Ausstieg der strukturellen Investitionsunterfinanzierung ist bisher nicht gelungen. Vor dem Hintergrund der allgemeinen Kostenentwicklung bedeutet die jährliche Fortschreibung des gleichen Haushaltsansatzes insoweit einen schleichenden Verlust der Investitionskraft verbunden mit einem Substanzverzehr in den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern.

Anhand von Orientierungszahlen wird der Kaufkraftverlust deutlich. In den Jahren 2008 bis 2013 - also nach Einführung der neuen Fördersystematik im Jahr 2008 - ist nach den Daten des IT.NRW der Verbraucherpreisindex um 9,8 Prozentpunkte gestiegen. Der Baupreisindex für gewerbliche Betriebsgebäude ist im gleichen Zeitraum um 15,0 Prozentpunkte gestiegen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es sich bei den vorgenannten Indizes um solche handelt, die den Warenkorb der Krankenhausinvestitionen nicht exakt abbilden. Die Preisentwicklung in diesem Bereich liegt erfahrungsgemäß oberhalb der vorgenannten Entwicklungen.

Beispielhaft orientiert an diesen Größenordnungen, hätte die pauschale Förderung für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter i.H.v. 293 Mio. EUR im Jahr 2014 allein aufgrund der Preisentwicklung um rund 29 Mio. EUR höher ausfallen müssen (orientiert am Verbraucherpreisindex). Die Baupauschale i.H.v. 190 Mio. EUR hätte im Jahr 2014 um rund 28 Mio. EUR höher ausfallen müssen (orientiert am Baupreisindex für gewerbliche Betriebsgebäude). Insgesamt hätte die pauschale Investitionsförderung im Jahr 2014 um rund 57 Mio. EUR höher ausfallen müssen, um die Kaufkraft des Jahres 2008 zu erhalten. Der aufsummierte Kaufkraftverlust der einzelnen Jahre seit Einführung der neuen Fördersystematik beläuft sich auf insgesamt ca. 199 Mio. EUR (kurzfristige Pauschale: ca. 98 Mio. EUR, Baupauschale: ca. 101 Mio. EUR).

Die Regelung des § 9 Absatz 3 KHG, die eine Anpassung der pauschalen Förderung kurzfristiger Anlagegüter an die Kostenentwicklung in regelmäßigen Abständen vorsieht, hat sich in der Vergangenheit entgegen der klaren gesetzlichen Verpflichtung im nordrhein-westfälischen Haushalt nicht niedergeschlagen.

Die KGNW schlägt vor diesem Hintergrund vor, eine jährliche Anpassung der Pauschalbeträge an die durchschnittliche Kostenentwicklung im KHGG NRW zu verankern. Die oben genannten Indizes können dabei unseres Erachtens Anhaltspunkte bieten.

Änderungsvorschläge

Seite 50 von 50

§ 18 sollte wie folgt geändert werden:

(1) Das zuständige Ministerium fördert

1. die Errichtung von Krankenhäusern (Neubau, Umbau, Erweiterungsbau) einschließlich der Erstausrüstung den für den Krankenhausbetrieb notwendigen Anlagegütern sowie die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 15 Jahren (Baupauschale) und

2. die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als drei Jahren bis zu 15 Jahren (kurzfristige Anlagegüter)

durch jährliche Pauschalbeträge, mit denen das Krankenhaus im Rahmen der Zweckbindung der Fördermittel wirtschaften kann. Die Pauschalbeträge werden jährlich an die durchschnittliche Kostenentwicklung angepasst.

Anlage

Reform der Investitionsfinanzierung

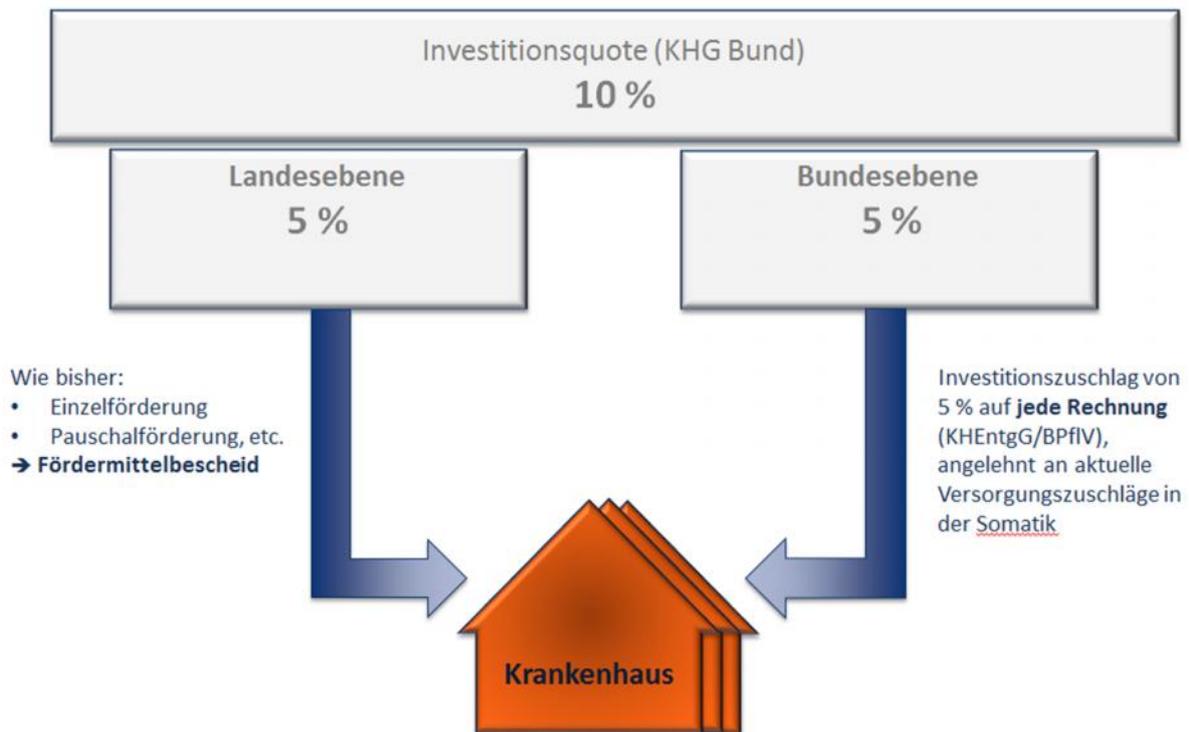
Rahmenbedingungen und Eckpunkte für eine Reform der Investitionsfinanzierung

Nachfolgend werden konkrete Grundzüge eines Vorschlags zur künftigen Ausgestaltung der Investitionsfinanzierung skizziert (vgl. **Schaubild auf Seite 2**).

Der Vorschlag berücksichtigt dabei insbesondere folgende Punkte:

- Die grundsätzliche Finanzierungsverantwortung liegt als direkte Folge der Sicherstellungs- und Gewährleistungsverantwortung für eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung als Teil der Daseinsvorsorge weiterhin bei den Bundesländern. Diese haben das Letztentscheidungsrecht in der Krankenhausplanung. Es bedarf insoweit keiner Neuordnung der Investitionsfinanzierung im Sinne einer Finanzierungsmonistik oder -teilmonistik.
- Um bestehende Finanzierungslücken schließen zu können, werden die Bundesländer durch die Einbindung weiterer Finanzierungsquellen (Beteiligung vom Bund und/oder von den Kostenträgern) unterstützt. Der Lückenschluss kann über eine im KHG Bund gesetzlich verankerte Investitionsquote gelingen. Eine Investitionsquote ist politisch zu konsentieren und muss dem jährlichen Investitionsbedarf der förderfähigen Krankenhäuser ausreichend Rechnung tragen.
- Die Beteiligung vom Bund und/oder von den Kostenträgern neben den Bundesländern soll in Form einer pauschalen Finanzierung direkt und unbürokratisch an die Krankenhäuser fließen (Investitionszuschläge angelehnt an die aktuellen Versorgungszuschläge in der Somatik).
- Den Bundesländern soll es für die von ihnen bereitgestellten Haushaltsmittel weiterhin frei stehen, über den Verteilungsmechanismus (Einzelförderung, Pauschförderung, etc.) zu entscheiden. Die Finanzierungsregeln der Bundesländer bleiben unangetastet. D. h., es erfolgen keine bundesrechtlichen Vorgaben, die die Bundesländer möglicherweise direkt binden würden.

Möglicher Vorschlag zur künftigen Ausgestaltung der Investitionsfinanzierung



Mögliche Gesetzesänderungen zur Umsetzung des Vorschlags

Investitionsquote

Änderung KHG: § 9 Abs. 5 KHG (neu)

(5) Die Fördermittel sind nach Maßgabe dieses Gesetzes und des Landesrechts so zu bemessen, dass sie die förderungsfähigen und unter Beachtung betriebswirtschaftlicher Grundsätze notwendigen Investitionskosten decken. Die förderfähigen und unter Beachtung betriebswirtschaftlicher Grundsätze notwendigen Investitionskosten betragen jährlich 10 Prozent der Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen (Investitionsquote). Davon werden 5 Prozent nach Maßgabe des § 8 Abs. 11 KHEntgG und des § 8 Abs. 7 BPflV durch einen Investitionszuschlag gedeckt.

Umsetzung der Beteiligung vom Bund und/oder von den Kostenträgern

Änderung KHEntgG: § 8 Abs. 11 KHEntgG (neu)

(11) Bei Patientinnen oder Patienten, die zur voll- oder teilstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden und für die Entgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummern 1 bis 3, 5 und 6 berechnet werden, ist für Aufnahmen ab dem 1. Januar 2015 ein Investitionszuschlag in Höhe von 5 Prozent der entsprechenden Entgelte vorzunehmen und gesondert in der Rechnung

auszuweisen. Der Investitionszuschlag wird bei der Ermittlung der Erlösausgleiche nicht berücksichtigt.

Änderung BPfIV: § 8 Abs. 7 BPfIV (neu)

(7) Bei Patientinnen oder Patienten, die zur voll- oder teilstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden und für die Entgelte nach § 7 Satz 1 Nummern 1, 2, 4 und 5 berechnet werden, ist für Aufnahmen ab dem 1. Januar 2015 ein Investitionszuschlag in Höhe von 5 Prozent der entsprechenden Entgelte vorzunehmen und gesondert in der Rechnung auszuweisen. Der Investitionszuschlag wird bei der Ermittlung der Erlösausgleiche nicht berücksichtigt.

Gegebenenfalls Änderung SGB V (soweit Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds einbezogen werden soll): § 221 SGB V (Beteiligung des Bundes an Aufwendungen)

(1) Der Bund leistet zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen 11,5 Milliarden Euro für das Jahr 2013 und ab dem Jahr 2014 jährlich 14 Milliarden Euro in monatlich zum ersten Bankarbeitstag zu überweisenden Teilbeträgen an den Gesundheitsfonds. Ab dem Jahr 2015 erhöhen sich die jährlichen Leistungen des Bundes nach Satz 2 um die Investitionszuschläge nach § 8 Abs. 11 KHEntgG und § 8 Abs. 7 BPfIV.

(unter Haushaltsgesichtspunkten praktikabler: Erhöhung des hinterlegten Betrages)

Anmerkungen

Die Beteiligung vom Bund und/oder von den Kostenträgern ist variabel ausgestaltbar:

- Soweit keine Änderungen beim Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds erfolgen, werden die Investitionszuschläge der jeweiligen Gesetzlichen Krankenkasse (Beitragszahler) - die wiederum ihre Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds erhält - sowie den Selbstzahlern (PKV) und ggf. sonstigen Kostenträgern in Rechnung gestellt.
- Durch eine entsprechende Erhöhung des Bundeszuschusses an den Gesundheitsfonds könnten die Beitragszahler entweder voll (Komplettübernahme durch Bund über dynamischen Bundeszuschuss) oder teilweise (Teilübernahme durch Bund über festen Bundeszuschuss) entlastet werden und stattdessen die Steuerzahler in entsprechendem Maße beteiligt werden.
- Eine Mischfinanzierung (Bund und GKV) ist insofern variabel ausgestaltbar.