

**Landtag Nordrhein-Westfalen**  
**Referat I.1 / A 01**  
**Elisa Fuchs**  
**Platz des Landtags 1**  
**40221 Düsseldorf**

LANDTAG  
NORDRHEIN-WESTFALEN  
16. WAHLPERIODE

**STELLUNGNAHME**  
**16/1947**

A01, A11, A10

Diözesancaritasdirektor

Kardinal-von-Galen-Ring 45  
48149 Münster  
Telefon 0251 8901-0  
Internet: [www.caritas-muenster.de](http://www.caritas-muenster.de)

Ansprechpartner:  
Herr Klaus Schoch

Telefon: 0251 8901-202  
Telefax: 0251 8901-4205  
E-Mail: [Schoch@caritas-muenster.de](mailto:Schoch@caritas-muenster.de)

Datum: 12.08.2014

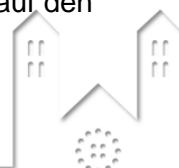
**Stellungnahme des Caritasverbandes für die Diözese Münster zum Gesetzentwurf der Landesregierung "Zweites Gesetz zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen" (LT-Drs. 16/5412)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir danken Ihnen für die Möglichkeit zum Gesetzentwurf der Landesregierung "Zweites Gesetz zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen" Stellung zu nehmen.

Der Gesetzentwurf scheint von einer bürokratischen Regelungswut getragen zu sein. Insgesamt müssen wir feststellen, dass die Krankenhäuser unter Generalverdacht gestellt werden, sich grundsätzlich missbräuchlich zu verhalten. Wir machen es daran fest, dass den Krankenhäusern weitere **bürokratische Lasten** (Nr. 6, 12), **Kontrollen** (Nr.18) bis hin zu **Eingriffen in Eigentumsrechte** (Nr. 13) auferlegt werden sollen.

In diesem Zusammenhang weisen wir darauf hin, dass insbesondere Eingriffe die Mindestanforderungen an Strukturqualität definieren i.d.R. Investitions- und Personalentscheidungen nach sich ziehen. Hohe strukturelle Anforderungen an Ausrüstung und Personal die das Land NRW beispielsweise durch den Krankenhausplan an die Krankenhäuser stellt, ohne auch nur annähernd für die Finanzierung zu sorgen, ist unverantwortlich und destabilisiert die Krankenhäuser in unserem Land zunehmend. In einer Situation die geprägt ist von äußerst knappen Budgets und Fachkräftemangel erwarten wir von der Landesregierung Unterstützung und nicht zusätzliche Belastungen. In diesem Zusammenhang ist insbesondere ein Umdenken des Landes in Bezug auf die Bereitstellung von Investitionsmitteln dringend notwendig. Wir verweisen auf den Vorschlag der KGNW.





Wir nehmen als Caritasverband für die Diözese Münster im Einzelnen wie folgt Stellung.

**1. Zu Artikel 1 Nummer 3: (§ 2 Abs. 3 KHGG NRW neu)**

Die im Jahre 2005 gestrichene Regelung zum Schwangerschaftskonfliktgesetz soll wieder eingeführt werden. Die Formulierung „soweit möglich“ trägt der Regelung des § 12 Absatz 1 SchKG zwar Rechnung, die Begründung zur Ergänzung des § 2 KHGG NRW ist demgegenüber allerdings irreführend, da sie lediglich einen allgemeinen Bezug auf die Vorgaben des SchKG enthält. Inwieweit die Notwendigkeit einer „Klarstellung“ überhaupt gegeben ist, ist nicht nachvollziehbar. Aus unserem christlichen Selbstverständnis lehnen wir die Beteiligung an Schwangerschaftsabbrüchen ab. Einer Wiederaufnahme des § 2 Abs. 3 wird daher nachdrücklich widersprochen.

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

Absatz 1:

Die Verdeutlichung der Regelungsabsichten des Landesgesetzgebers durch Erweiterung des § 3 Abs. 1 Satz 1 zur frühzeitigen geistigen und körperlichen Betätigung der Patientinnen und Patienten ist zu begrüßen. Es stellt sich allerdings die Frage nach der gesetzlichen Regelungsnotwendigkeit. Eine aktivierende Gesundheit in Verbindung mit dem Versorgungsmanagement (§5 Absatz 2 Satz 2) ist auch von nachgelagerten Versorgungssystemen abhängig. Wir möchten an dieser Stelle auf die prekäre Lage der Rehabilitationskliniken hinweisen, die aufgrund einer strukturellen Unterfinanzierung von Schließung bedroht sind. Ebenso ist es den katholischen Krankenhäusern ein Anliegen, die weltanschaulichen, soziokulturellen und religiösen Unterschiede sowie die verschiedenen Bedürfnisse von Männern und Frauen zu berücksichtigen. Gleichwohl ist vorrangige Aufgabe der Krankenhäuser die Gesundheit der Patientinnen und Patienten zu fördern und sicherzustellen. Insbesondere in Notfallsituationen kann es geboten sein, die vorgenannten Bedürfnisse hinter die Kernaufgaben eines Krankenhauses zurücktreten zu lassen. Deshalb ist eine absolute Formulierung – wie sie vorgesehen ist – nicht sachgerecht und zu relativieren.

Vorschlag:

Wir schlagen daher vor, den § 3 Abs. 1 Satz 2 KHGG NRW als „Soll“-Regelung auszugestalten.

Absatz 2:

Der besonderen Verantwortung gegenüber Patientinnen und Patienten mit Behinderung, Menschen mit Demenz und hochbetagten Menschen stellen sich die katholischen Krankenhäuser bereits und entwickeln ihre Handlungskonzepte kontinuierlich weiter.

**3. Zu Artikel 1 Nummer 5: (§ 5 Patientenbeschwerdestellen, Sozialer Dienst, Patientenberatung, Patientenseelsorge - § 5 Abs. 2 Satz 2 KHGG NRW neu)**

Der Gesetzgeber möchte die Aufgaben des Sozialen Dienstes über das bisherige Maß hinaus stärken, insbesondere dem Sozialen Dienst der Krankenhäuser das Versorgungsmanagement auferlegen.

Das Versorgungsmanagement ist aber bereits ausreichend in § 11 Abs. 4 SGB V geregelt. Im Übrigen wäre die Neuregelung ein unzulässiger Eingriff in die Organisationsfreiheit des Krankenausträgers. Demnach ist eine Zuordnung an eine bestimmte Berufsgruppe abzulehnen.

Insoweit bedarf es aus unserer Sicht keiner besonderen Regelung im KHGG NRW.

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

Wir begrüßen den Ansatz nach Transparenz- und Qualitätssteigerung zum Wohle der Patientenversorgung. Wir geben allerdings zu bedenken, dass ein Abgleich zwischen Bundesregelungen und bestehenden Landesregelungen stattfinden muss, damit Redundanzen vermieden werden. Nach Möglichkeit sollte auf schon vorhandene Datensätze zurückgegriffen werden.

Die Vergangenheit zeigt jedoch, dass häufig eine Einigung zwischen den Beteiligten in vielen Bereichen nur schwer herzustellen ist.

Es wäre wünschenswert, wenn – soweit es nicht zu einer Einigung der Beteiligten nach Abs. 1 kommt – durch Rechtsverordnung eine Objektivierung der Qualitätsdebatte möglich würde. Sollte es bei einer Ausweitung der Informationspflichten zu zusätzlichen Kosten für die Krankenhäuser kommen, sind diese entsprechend zu refinanzieren.

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

Durch die Gesetzesänderung soll der Kreis der unmittelbar Beteiligten an der Krankenhausversorgung erweitert werden. Im Hinblick auf die Einbeziehung der Psychotherapeutenkammer verweisen wir auf unsere Stellungnahme zum KHGG NRW 2007 und dem nach unserer Einschätzung gleich gelagerten Fall der Ärztekammern:

*„Die Einbindung der Ärztekammern als an der Krankenhausplanung unmittelbar Beteiligte sollte einer Überprüfung unterzogen werden. Die Ärztekammern sind weder Träger von Krankenhäusern noch beteiligen sie sich finanziell an den laufenden Kosten der stationären Versorgung. Sie stehen weder in „unternehmerischer“ noch in „kostenträgerischer“ Verantwortung. Die durchaus notwendige Einbeziehung des ärztlichen Sachverständes sollte daher wie bisher über eine Zusammenarbeit als mittelbar Beteiligte erfolgen. Dies hat sich auch in der Vergangenheit bewährt.“*

Leider finden wir keine Aufnahme unserer Anregungen zur Evaluation des KHGG NRW betreffend der Arbeitsweise des Landesausschusses für Krankenhausplanung. Wir dürfen daher unsere damaligen Bedenken erneut vortragen:

*„Beunruhigend für uns sind der aktuelle Umgang und die Wirkweise des Landesausschusses für Krankenhausplanung. Soweit uns bekannt ist, hat dieses Gremium seit langer Zeit nicht mehr getagt. Vielmehr sind wesentliche Entscheidungsprozesse in nachgeordnete Arbeitskreise ausgelagert worden, die ohne Einflussmöglichkeit wesentlicher Beteiligter offensichtlich abschließende Entscheidungen treffen können.*

*Zudem ist weder Inhalt noch Anzahl dieser Arbeitskreise bekannt. Nach unserer Einschätzung ist es unabdingbar, dass derartige Arbeitskreise ihre Legitimation über den Landesausschuss für Krankenhausplanung erhalten, diesem regelmäßig Bericht erstatten und kontinuierlich eine Auswertung in eben diesem Gremium stattfindet.*

*Eine Mindestforderung unsererseits lautet daher, dass für dieses Gremium ein Mindestsitzungszyklus von beispielsweise einer Sitzung im Jahr eingeführt wird und eine kontinuierliche Berichterstattung zwingend vorgegeben wird.“*

Die Aufnahme des Beauftragten der Landesregierung NRW für Patientinnen und Patienten in den Kreis der unmittelbar Beteiligten der Krankenhausplanung begrüßen wir.

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

Absatz 3:

Eine grundsätzliche Meldefrist von 24 Monaten nach Bekanntgabe des Bescheides über die Gesamtzahl der im Soll anerkannten Planbetten kann der Realität dann nicht entsprechen, wenn krankenhauplanerische Entscheidungen größere bauliche Investitionen nach sich ziehen. In der Regel benötigen Planung und Realisierung derartiger Baumaßnahmen einen deutlich längeren Zeitraum als 24 Monate. Dies trifft insbesondere deswegen zu, weil das Land die erforderlichen Investitionsmittel nicht zur Verfügung stellt.

Ferner bedauern wir, dass unsere Anregungen zur Einführung von verbindlichen Verfahrensfristen nicht aufgenommen worden sind. Wir dürfen insoweit auf unsere Stellungnahme zum KHGG NRW aus dem Jahre 2007 verweisen:

*„Das Land will weiterhin zu seiner Verantwortung im Bereich der Krankenhausplanung stehen. Allerdings wird auf die Festlegung von Schwerpunkten (bisher § 15 KHG NRW) und wohl auch auf die Ausweisung von Teilgebieten in Zukunft verzichtet. Insbesondere ein möglicher Verzicht auf die Teilgebietsausweisung darf jedoch nicht zu einem Wildwuchs führen und ist zu beobachten. Dadurch wird das Regionale Planungskonzept nach § 12 KHGG NRW-E (bisher § 16 KHG NW) zum Hauptplanungsinstrument. Zwar ist eine Verkürzung der Pflicht zur Aufnahme der Verhandlungen von drei auf einen Monat und eine grundsätzliche Reduzierung der Verhandlungsdauer von sechs auf drei Monate zu begrüßen. In § 12 KHGG NRW muss jedoch dringend eine verbindliche Frist zur Verhandlungsdauer sowie eine eindeutige Regelungen zur Bestimmung des Fristbeginnes aufgenommen werden, um den zeitlichen Rahmen der regionalen Planungskonzepte für alle Beteiligten sinnvoll zu begrenzen. Die*

*Vergangenheit hat gezeigt, dass regelmäßig die Fristen weit überschritten wurden und eine zeitnahe Umsetzung von neuen Strukturen nicht möglich war. Aus Sicht der Caritas fordern wir daher eine verbindliche Fristenregelung für die zuständigen Behörden (BZR/MAGS), innerhalb derer eine Entscheidung durch Bescheid nach Vorlage der Unterlagen zu erfolgen hat, für zwingend notwendig.“*

Absatz 4:

Gegen die Aufnahme der Regelung bestehen keine Bedenken.

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

Absatz 5:

Der Gesetzgeber schränkt die Verwendung von Pauschalmitteln ein. Pauschalmittel sollen nur noch für Maßnahmen verwandt werden, die nach dem 29.12.2007 begonnen worden sind. Diese Einschränkung kann aus spitzenverbandlicher Sicht in keiner Weise befürwortet werden.

Gerade die katholischen Träger sind mit der Finanzierung von Baumaßnahmen durch Eigenmittel in Vorleistung gegangen, um eine qualitativ hochstehende medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten sicherzustellen. Diese Infrastruktursicherung, für die eigentlich das Land NRW zuständig wäre, sollte honoriert und nicht durch Einschränkungen der Mittelverwendung sanktioniert werden. Den Krankenhäusern muss – gerade aufgrund der unzureichenden Investitionsmittelfinanzierung durch das Land NRW – der größtmögliche Spielraum bei der Nutzung der Pauschalmittel belassen bleiben. Es ist im ureigenen Interesse eines jeden Krankenhauses, auch neue Baumaßnahmen zu realisieren, um eine bestmögliche Versorgungsqualität zu gewährleisten. Insofern ist davon auszugehen, dass die Krankenhäuser die bereitgestellten Mittel auch nutzen werden, um zukünftige neue Maßnahmen zu realisieren. Den Krankenhäusern müssen mindestens die derzeitigen Möglichkeiten der Mittelnutzung belassen bleiben.

Absatz 8:

Warum eine Abkehr vom bisherigen Prüfverfahren erfolgen soll, erschließt sich uns nicht. Bereits jetzt werden Testate in umfangreicher und ausreichender Form erstellt, die nach unserer Einschätzung die zweckgebundene Mittelverwendung hinreichend wiedergeben.

Für die Änderungen des Absatzes 8 sehen wir daher keine Notwendigkeit und eine unverhältnismäßige Steigerung von Bürokratiekosten.

Absatz 9:

Die Änderung des Absatzes 9 wird begrüßt, da sie die Flexibilität der Krankenhäuser mit dem Umgang der Landesmittel erhöht. Aus unserer Sicht sollte der Gesetzgeber eine 100 prozentige Deckungsfähigkeit zwischen der Baupauschale und der Pauschale für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter einführen.

Absatz 10:

Auch diese Klarstellung ist zu begrüßen, da sie den Spielraum der Krankenhäuser nicht einschränkt.

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

Absatz 2:

Die Neuregelung in Absatz 2 schränkt die Krankenhäuser in ihren verfassungsmäßig garantierten Eigentumsrechten ein, ist aus unserer Sicht verfassungswidrig und daher strikt abzulehnen.

Die Neuregelung differenziert nicht mehr nach förderfähig und nicht-förderfähig und auch nicht nach tatsächlich geförderten und eigenfinanzierten Investitionsmaßnahmen. Es ist Tatsache, dass viele Investitionsmaßnahmen, insbesondere der katholischen Krankenhäuser durch Eigenmittel, wie z.B. Grund und Boden, Barvermögen, Einlagen durch Träger aber auch Darlehen (einschließlich der notwendigen Besicherung), finanziert werden.

Bei einer Durchsetzung der Gesetzänderung des Absatzes 2 befürchten wir eine hohe Klagebereitschaft der uns angeschlossenen Mitgliedskrankenhäuser.

Die Vermietung des Eigentums der Krankenhäuser einem Genehmigungsvorbehalt zu unterwerfen halten wir für unerträglich.

Absatz 3:

Offensichtlich gibt es Sonderkonstellationen, die eine derartige Vorgehensweise – über die pauschale Förderung hinauszugehen – rechtfertigen. Leider sind uns Details dieser Fälle nicht bekannt. Es erscheint daher angemessen, hier zunächst eine Transparenz herzustellen. Ohne entsprechende Klarstellungen – z.B. in der Gesetzesbegründung – können wir die Änderung nicht mittragen.

Die Begründung zeigt, dass die Baupauschale offensichtlich so niedrig bemessen ist, dass selbst Mieten für die Räumlichkeiten für eine Tagesklinik nicht bestritten werden können. Dies dürfte im Übrigen auch für vollstationäre Einrichtungen gelten. Vor diesem Hintergrund ist nicht das Gesetz, sondern die entsprechende Rechtsverordnung dahingehend zu ändern, dass man die Baupauschalen auf das erforderliche Maß erhöht.

**9. Zu Artikel 1 Nummer 14: (§ 23 „Besondere Beträge“ - § 23 KHGG NRW neu)**

Absatz 1:

Die alte Formulierung genügt nach unserer Einschätzung den Vorgaben der bundesverwaltungsgerichtlichen Rechtsprechung. Weshalb hier nunmehr weitere Restriktionen eingeführt werden sollen, erscheint nicht nachvollziehbar. Insbesondere der Verweis auf eine Vorfinanzierbarkeit verlagert die Finanzierung auf die Eigenmittelbereiche, wie bereits zu § 21 gezeigt worden ist.

Die Ausführung in Absatz 1 Nr. 2 Satz 2 halten wir für sachfremd. Wenn es die Zielsetzung des § 23 ist, dem Sicherstellungsauftrag nachzukommen, dann gilt dies für den dort genannten Fall in besonderem Maße.

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

Gegen die Neufassung von Absatz 1 und 2 bestehen keine Bedenken.

Absatz 3:

Die Regelung in Absatz 3 sollte von der beabsichtigten „Soll“-Regelung in eine „Kann“-Regelung umformuliert werden.

Aktuell ist es weiterhin landesseitig gewollt, Krankenhäuser und Abteilungen zu schließen. Für derartige Einrichtungen bietet es sich an, weiterhin im sozialen Bereich tätig zu sein. Dies gilt sowohl für die Gebäude als auch für die Mitarbeiter. Bietet sich die Möglichkeit einer Umnutzung, wäre der Vorbehalt einer Fördermittelrückforderung hinderlich für die weitere Entwicklung und damit auch für die Arbeitsplätze. Dieser Effekt kann dadurch abgemildert werden, dass der Rückforderungsautomatismus nicht eingeführt wird.

**11. Zu Artikel 1 Nummer 16: (§ 31 „Betriebsleitung, ärztlicher und psychotherapeutischer Dienst“ - § 31 KHGG NRW neu)**

Absatz 1:

Für kirchliche Krankenhäuser gilt nach wie vor § 33 KHGG NRW, so dass der Regelungsinhalt des § 31 Absatz 1 KHGG NRW für katholische Krankenhäuser keine Anwendung findet.

Absatz 2:

Die Ergänzung in Absatz 2 ist nicht nur bereits in § 136 a Satz 2 SGB V verankert, sondern aufgrund der umgesetzten Bundesempfehlung konkretisiert, so dass ist die Ergänzung entbehrlich ist.

Absatz 3:

Nach unserer Ansicht ist die Vorgabe zu unbestimmt und greift in die Organisationsfreiheit des Trägers ein. Im Übrigen ist nicht erkennbar, wie eine KHGG-gerechte Struktur aussehen soll. Ferner wird der Eingriff in der Gesetzesbegründung nicht sachlich aufgezeigt. Insofern ist die Änderung des Absatzes 3 abzulehnen.

Absatz 4:

Die Regelung entspricht der durch den Bundesgerichtshof festgestellten Organisationsverantwortung des Krankenhauses. Diese ist in den durch Versorgungsauftrag festgestellten Pflichten gemäß § 2 Abs. 1 KHGG NRW enthalten, so dass die Regelung entbehrlich ist.



**12. Zu Artikel 1 Nummer 18: (§ 34 a „Ordnungswidrigkeiten“ und § 34 b „Haftpflchtversicherung“ - § 34 a und b KHGG NRW neu)**

§ 34 a KHGG NRW

Eines Ordnungswidrigkeiten-Tatbestandes bedarf es zunächst nicht. Etwaigen Verletzungen von Auskunftspflichten kann auch mit einer Rechtsverordnung entgegengetreten werden. Es sollte daher zunächst eine entsprechende Rechtsverordnung erlassen werden. § 34 a KHGG NRW ist daher ersatzlos zu streichen.

§ 34 b KHGG NRW:

Nach der neuen Formulierung bedürfen die Krankenhäuser einer Haftpflchtversicherung, Garantie oder ähnlichen Regelung.

Für Krankenhäuser als Gesundheitsdienstleister im Sinne der Patientenmobilitätsrichtlinie bedarf es einer entsprechenden Umsetzung, so dass grundsätzlich gegen die Änderung keine Bedenken bestehen.

Es muss jedoch angemerkt werden, dass sich immer mehr Versicherer aus dem Versicherungssektor „Gesundheitswesen“ zurückziehen. Hinzu kommen immens steigende Versicherungsprämien, die über die Betriebskosten nicht refinanziert werden. Der Gesetzgeber muss insoweit dafür Sorge tragen, dass Krankenhäuser eine bezahlbare Versicherung abschließen können. Gegebenenfalls muss der Gesetzgeber sicherstellen, dass die erforderlichen Versicherungsprämien finanziert werden können.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen selbstverständlich gerne zur Verfügung und bedanken uns noch einmal sehr für die Möglichkeit der Stellungnahme.

Mit freundlichem Gruß

gez.

Klaus Schoch  
(Abteilungsleiter  
Gesundheitshilfe)

