

Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe e.V. | Geschäftsstelle Düsseldorf
Lenaustraße 41 | 40470 Düsseldorf

Präsidentin des Landtages Nordrhein-Westfalen
Frau Carina Gödecke
Platz des Landtags 1
40221 Düsseldorf

per E-Mail

Düsseldorf, 13. August 2014

Geschäftsbereich Kranken-
haus/Rehabilitation

Elke Grothe-Kühn
Geschäftsbereichsleitung

Telefon: 0211 6398-421
Telefax: 0211 6398-299
e.grothe-kuehn@diakonie-
rwl.de

LANDTAG
NORDRHEIN-WESTFALEN
16. WAHLPERIODE

**STELLUNGNAHME
16/1952**

A01, A11, A10

**Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des Krankenhausge-
staltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen in der Fassung
vom 25.03.2014 (LT-Drs. 16/5412)
Hier: Stellungnahme des Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe e.V.**

Diakonie Rheinland-
Westfalen-Lippe e.V.
Geschäftsstelle Düsseldorf
Lenaustraße 41
40470 Düsseldorf

Telefon 0211 6398-0
Telefax 0211 6398-299
info@diakonie-rwl.de
www.diakonie-rwl.de

Sehr geehrte Frau Landtagspräsidentin,

mit Schreiben vom 7. Juli 2014 haben Sie uns die obige Landtagsdrucksache übermittelt und zur öffentlichen Anhörung in den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 27. August 2014 eingeladen.

Wir bedanken uns für die Möglichkeit der Stellungnahme, die auch im Namen des Evangelischen Büros Nordrhein-Westfalen ergeht.

Ihrem Haus liegt mittlerweile die Stellungnahme der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen vom 21.07.2014 zum überarbeiteten Gesetzesentwurf vor. Diese Stellungnahme ist inhaltlich mit dem Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe e.V. abgestimmt.

Wir beschränken daher unsere nachfolgenden Ausführungen auf diejenigen Punkte, die für unsere Mitgliedseinrichtungen und uns von besonderer Bedeutung sind.

Grundsätzliches

Der Gesetzesentwurf verfolgt u.a. das Ziel, die landesseitige Prüfung des Umgangs mit Fördermitteln zu optimieren. Viel dringlicher wäre eine Aufstockung der Fördermittel. Der Investitionsstau in den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern ist seit vielen Jahren ein bekanntes Problem. Er führt zu einem erheblichen Substanzverzehr der Kliniken.

Bankverbindung
Bank für Kirche und
Diakonie eG – KD-Bank
Konto 1014155020
BLZ 350 601 90

IBAN DE
79 3506 0190 1014 1550 20
GENODED1DKD

Sitz des Vereins
Lenaustraße 41
40470 Düsseldorf

Vorstand
Pfr. Prof. Dr. Uwe Becker
Pfr. Christian Heine-Göttelmann
Thomas Oelkers

Verwaltungsrat
Pfr. Jürgen Diltrich
(Vorsitzender)
Pfr. Karl-Horst Junge
(Stellvertreter)

Amtsgericht Düsseldorf
Vereinsregister Nr. 10025

FA Düsseldorf-Nord
Steuer Nr. 105/5888/1930

Umsatzsteuer-IdNr.
DE261050567

Dennoch nimmt er weiter zu, woran sich auch durch die Umstellung auf die Baupauschale im Jahre 2008 nichts geändert hat. Das im Landeshaushalt zur Verfügung gestellte Volumen der Baupauschale ist seit ihrer Einführung noch nicht ein einziges Mal erhöht worden. Im Zeitraum von 2008 bis 2013 ist der Baupreisindex für Nichtwohngebäude um rund 10 Prozent angestiegen. Die steigenden Baupreise hätten eine Erhöhung auf ca. 209 Mio. Euro in 2013 nötig gemacht, allein um den Wertverlust auszugleichen.

Die Verantwortlichen sind gezwungen, notwendige Investitionen aus dem laufenden Betrieb und damit über die sozialgesetzbuchlich finanzierten Vergütungen zu erwirtschaften. Damit werden der direkten Patientenversorgung Mittel entzogen. Es bedarf daher eines gemeinsamen Kraftaktes, den bestehenden Investitionsstau an baulichen Maßnahmen und technischen Geräten zu beseitigen.

Abschnitt I – Allgemeine Bestimmungen

§ 5 Patientenbeschwerdestellen, Sozialer Dienst, Patientenberatung, Patientenseelsorge

Das Versorgungsmanagement ist einer der wesentlichen Bausteine für eine an den Bedürfnissen der Patienten orientierte sektorenübergreifende gesundheitliche Versorgung. Mit ihm werden entscheidende Weichen für eine Überleitung in nachgelagerte Versorgungsbereiche gestellt. Die Kliniken stehen vor der Herausforderung, einen nahtlosen und reibungslosen Übergang aus der Krankenhausbehandlung in das häusliche Umfeld, die stationäre Pflege oder auch eine Rehabilitationsmaßnahme oder in weiter nachgelagerte Versorgungsbereiche zu gewährleisten.

Aufgrund des gesetzlich vorgesehenen Leistungsanspruchs der Versicherten auf ein Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 SGB V kommt der Entlassung bzw. Überleitung aus der stationären Versorgung eine bedeutsame Funktion zu. Entscheidend ist aus unserer Sicht, dass ein Versorgungsmanagement im Sinne der Patientinnen und Patienten organisiert ist. Die Ausgestaltung und die Entscheidung, welche Personengruppen damit beauftragt werden, müssen allerdings dem einzelnen Krankenhausträger überlassen bleiben.

§ 7 Transparenz und Qualitätssicherung Absätze 1 bis 3

Wir halten Qualitätsmerkmale und -indikatoren im Krankenhausbereich prinzipiell für sehr wichtig. Allerdings stellt sich für uns die Frage, ob ein nordrhein-westfälisches Krankenhausgestaltungsgesetz den geeigneten Rechtsrahmen für solche Bestimmungen bildet. Man könnte die Auffassung vertreten, dass solche Anforderungen auf Bundesebene, mithin für alle Krankenhäuser gleich getroffen werden sollten. Mit den §§ 137 ff. SGB V liegt bereits ein umfassendes Regelwerk zur verpflichtenden Qualitätssicherung vor. Darüber hinausgehende Regelungen sind daher nicht erforderlich. Sie führen im Zweifelsfall in den 16 Bundesländern zu 16 verschiedenen Qualitätsausprägungen und -anforderungen.

Im Rahmen der Positionierungen zum Entwurf des Krankenhausplans 2015 haben wir in unserer Stellungnahme vom 26. Februar 2013 (Stellungnahme 16/554, Seite 3 – Qualitätsvorgaben und flächendeckende Versorgung) wie auch andere Verbände auf die Problemlagen hingewiesen. Explizit verwiesen sei an dieser Stelle auf die Stellungnahme der KGNW (Stellungnahme 16/531 vom 22.02.2013 – Punkt 5 Krankenhausplanerische Strukturvorgaben) zur Landtagsanhörung.

Die Ermächtigung des Ministeriums in Absatz 2, durch Rechtsverordnung Qualitätsmerkmale und -indikatoren zu bestimmen, soweit sich die Selbstverwaltung nicht bis zum 30. Juni 2015 auf Vereinbarungen nach Absatz 1 verständigt hat, lehnen wir ab. Dadurch wird ein unnötiger Druck erzeugt, der der gemeinsamen Zielsetzung nicht dienlich ist.

Der Ansatz, verpflichtende Qualitätsanforderungen auf der Grundlage von Leitlinien, Stellungnahmen und Empfehlungen einzelner medizinischer Fachgesellschaften aufzustellen, ist schon in den Stellungnahmen zum Krankenhausplan NRW 2015 zu Recht kritisiert worden. erinnert sei nur an die „Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen“ der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), deren willkürlich wirkende Aufnahme in den Krankenhausplan hohe Wellen geschlagen hat und nach wie vor Einschnitte für die wohnortnahe Versorgung mit Intensivkapazitäten befürchten lässt.

Es ist eine starke Tendenz festzustellen, den Krankenhausträgern immer neue Verpflichtungen aufzuerlegen, die – außerhalb ihres originären Versorgungsauftrages – Kapazitäten binden und Kosten verursachen, ohne dass die Refinanzierung in den Blick genommen wird. Solche Tendenzen sind auch im vorliegenden Gesetzentwurf erkennbar. Dies wird auch im Absatz 3 deutlich. Jedes Krankenhaus muss bereits alljährlich einen strukturierten Qualitätsbericht veröffentlichen. Statt immer neue Informationsverpflichtungen zu konstruieren, sollte u.E. besser kontinuierlich das anerkannte Medium des Qualitätsberichtes anwendergerecht weiterentwickelt werden.

§ 8 Patientenorientierte Zusammenarbeit

Absatz 1

Der Begriff der „patientenorientierten regionalen Abstimmung der Leistungsstrukturen“ ist genauer zu definieren. Nach der Begründung hat die Neufassung zum Ziel, die Zusammenarbeit von Krankenhäusern mit anderen Beteiligten der Gesundheitsversorgung zu stärken und verbindliche Kooperationen herbeizuführen. Die Krankenhäuser haben aber z.B. keinen Einfluss auf die ambulante Versorgungssituation. Die geforderte Zusammenarbeit wird in der Praxis in den Fällen scheitern, in denen keine übereinstimmenden Willenserklärungen abgegeben werden. Wir erinnern daran, dass wir in unserer Stellungnahme zum Krankenhausplan NRW 2015 in Verbindung mit dem Konzept zur gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen bereits kritische Anmerkungen eingebracht haben. Wir bewerten die flächendeckende Umsetzung des angestrebten Ziels einer patientenorientierten regionalen Abstimmung der Leistungsstrukturen derzeit als unrealistisch. Es ist ein Wettbewerbsnachteil für diejenigen, die trotz guter Absicht andere Leistungserbringer nicht zu einer Kooperation bewegen können, zu befürchten.

Für den Fall, dass das Ministerium weiter an dieser vorgesehenen Änderung festhalten sollte, fordern wir, dass auch für andere Leistungserbringer (z.B. Arztpraxen, MVZ, Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen) entsprechende verpflichtende Gesetzesregelungen zur Zusammenarbeit gelten (müssen). Einseitige Verpflichtungen der Krankenhäuser lehnen wir ab.

Abschnitt III – Krankenhausförderung

Die evangelischen Krankenhäuser erwarten von der eingesetzten Bund-Länder-Arbeitsgruppe einen gemeinsamen Kraftakt zur Beseitigung der chronischen Unterfinanzierung bei den Investitionsmitteln. Der Investitionsmittelbedarf beträgt für die nordrhein-westfälischen Kliniken mindestens 1,2 Mrd. Euro jährlich - der nordrhein-westfälische Haushaltsansatz für die Investitionsfinanzierung lag in den letzten Jahren jeweils bei 493 Mio. Euro. Die Kliniken verlieren durch die unzureichende Investitionsfinanzierung zunehmend an Substanz. Eine angemessene Investitionsfinanzierung muss daher höchste Priorität haben.

Wir erwarten, dass Nordrhein-Westfalen seinen Einfluss in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe geltend macht. Dabei unterstützen wir den Vorschlag der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen: eine im Landeskrankenhausgesetz festgeschriebene Investitionsquote von 10 %, die jeweils hälftig aus Bundes- und Landesmitteln aufgebracht werden soll. Die Finanzierungsregelungen der Länder bleiben dabei unangetastet, d.h. es erfolgen keine bundesrechtlichen Vorgaben, die die Bundesländer möglicherweise direkt binden würden.

§ 21 Verwendung der Pauschalmittel Neuer Absatz 5

Die geplante Regelung des § 21 Abs. 5 KHGG NRW-E bewerten wir sehr kritisch.

Kredite für Investitionsmaßnahmen, die vor dem 29.12.2007 begonnen wurden, sollten mit Pauschalmitteln zurückgezahlt werden können. Auch die Investitionsfinanzierung vor dem 29.12.2007 war weder auskömmlich noch gerecht verteilt. Aus diesem Grunde waren viele Krankenhausträger auf die Finanzierung von notwendigen Maßnahmen mit Hilfe von Krediten angewiesen. In der Gesetzesbegründung ist nachzulesen, dass der Einsatz der Pauschalmittel zur Ausfinanzierung in einer Übergangszeit beabsichtigt war.

Wenn jetzt nachträglich eine Grenze für die Finanzierung von Investitionsmaßnahmen gesetzt wird („nur für Maßnahmen, die nach dem 29.12.2007 begonnen wurden“), wird der gleiche Sachverhalt rechtlich unterschiedlich behandelt.

§ 22 Ausgliederung, Vermietung Absatz 2

Die im § 22 Abs. 2 KHGG NRW-E vorgesehene Erlaubnispflicht lehnen wir ab.

Mit der Erlaubnispflicht werden die betriebswirtschaftlichen Handlungsspielräume von Krankenhäusern unnötigerweise beschnitten. Kein Krankenhausträger wird sein „Kerngeschäft“ vernachlässigen gegenüber der Erzielung von Mieteinnahmen. Vor allem die Tatsache, dass etwas zu prüfen ist, was im Interesse des Krankenhausträgers selbst liegt (dass nämlich keine Beeinträchtigung des Krankenhausbetriebs vorliegt), führt zu unnötiger Bürokratie, wie auch die vorgesehene Prüfung des ortsüblichen Mietzinses.

§ 23 Besondere Beträge

Wir weisen darauf hin, dass in der Vergangenheit „Besondere Beträge“ gemäß § 23 KHGG NRW nur in absolut unzureichender Höhe bereit gestellt wurden. Der Gesetzestext nimmt als neue Anspruchsgrundlage u. a. die Umsetzung krankenhauplanerischer Vorgaben auf. Im Investitionsprogramm des Landes Nordrhein-Westfalen sind daher zukünftig deutlich höhere Ansätze an Ausgabemitteln gem. § 23 KHGG NRW auszuweisen.

Abschnitt IV – Krankenhausstruktur

§ 31 Betriebsleitung, Ärztlicher Dienst und psychotherapeutischer Dienst Absatz 2 Satz 1

Die Ergänzung bezüglich der „Einschränkung der medizinischen Entscheidungsfindung durch anderweitige vertragliche Anreize“ in Absatz 2 ist verzichtbar. Diese ergänzende Neuerung ist in § 136 a SGB V nicht nur bereits gesetzlich verankert, sondern aufgrund der umgesetzten Bundesempfehlung auch bereits konkretisiert. Danach haben sich die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Bundesärztekammer auf eine Empfehlung zu leistungsbezogenen Zielvereinbarungen mit Datum vom 24.04.2013 verständigt.

Wir freuen uns, wenn Sie unsere Anregungen und Bedenken bei den weiteren Beratungsprozessen berücksichtigen und stehen für Rückfragen und Diskussionen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Thomas Oelkers
Vorstand



Elke Grothe-Kühn
Geschäftsbereichsleitung