

Caritasverband für das Bistum Aachen e.V. Postfach 100552 52005 Aachen

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und
Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen
Herrn LMR Dr. Frank Stollmann
Fürstenwall 25
40213 Düsseldorf

LANDTAG
NORDRHEIN-WESTFALEN
17. WAHLPERIODE

STELLUNGNAHME
17/234

A01

Diözesancaritasdirektor

Postfach 100552, 52005 Aachen
Kapitelstr. 3, 52066 Aachen
Telefon-Zentrale +49 241 431-0

Telefon-Durchwahl +49 241 431-300
Telefax +49 241 431-2983
direktor@caritas-ac.de
www.caritas-ac.de

Datum 26.09.2017

Entwurf eines Gesetzes zum Abbau unnötiger und belastender Vorschriften im Land Nordrhein-Westfalen (Entfesselungspaket 1) **hier: Artikel 14**

Sehr geehrter Herr Dr. Stollmann,

wir bedanken uns für die Möglichkeit zur Stellungnahme zum Gesetzentwurf „Entfesselungspaket I“. An dieser Stelle gestatten Sie uns einige Anmerkungen zum Artikel 14 – Änderungen des KHGG NRW.

Das Bemühen, das Krankenhausgestaltungsgesetz von bürokratischen Vorschriften zu entschlacken, wird von uns sehr begrüßt und wird von uns auch als notwendig gesehen. Zu den vorgeschlagenen Regelungen ist im Einzelnen wie folgt auszuführen:

Zu Punkt 3. zu § 2, Abs. 1, Satz 4 neu

§ 2 Nach Absatz 1 Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:

„Ausnahmen **von der psychiatrischen Pflichtversorgung** bestimmt das zuständige Ministerium auf Antrag des Krankenhausträgers.“

Die von uns vorgeschlagene Ergänzung stellt klar, dass sich Ausnahmen nicht auf den Krankenhausplan im Allgemeinen, sondern nur auf den Pflichtversorgungsbereich erstrecken. Wir weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die aufgetretenen Unsicherheiten allein auf der Gleichstellung der Psychosomatik mit der Psychiatrie beruhen.

Zu § 3 Absatz 2

Der besonderen Verantwortung gegenüber Patientinnen und Patienten mit Behinderung, Menschen mit Demenz und hochbetagten Menschen stellen sich die katholischen Krankenhäuser bereits seit langem und entwickeln ihre Handlungskonzepte kontinuierlich weiter. Es fällt aber auf, dass die derzeitige Regelfinanzierung sowohl bei den Investitionen, als auch bei den laufenden Kosten diesen Ansprüchen nicht gerecht wird. In diesem Zusammenhang erwarten wir ein deutliches Engagement auf Landes- und Bundesebene.

Bankverbindungen:

Pax-Bank eG Aachen IBAN: DE96370601931030025098 • BIC: GENODED1PAX
Sparkasse Aachen IBAN: DE72390500000000000646 • BIC: AACSD33XXX

Spendenkonten:

Pax-Bank eG Aachen IBAN: DE92370601930001310100 • BIC: GENODED1PAX
Sparkasse Aachen IBAN: DE703905000000000023671 • BIC: AACSD33XXX

zu 6a. Änderungen § 12 Abs. 2

In Absatz 2 Satz 1 werden nach dem Wort „leistungsfähige“ ein Komma und die Wörter „qualitativ hochwertige“ eingefügt.

Die Einfügung des Begriffes „qualitativ hochwertige Leistungen“ ist irreführend. Das SGB V spricht nämlich in § 70 ausdrücklich von einer „zweckmäßigen, notwendigen und ausreichenden“ Versorgung, die Grundlage der Finanzierung ist. Die Einfügung eines solchen unbestimmten Rechtsbegriffes führt dazu, dass bei den Patientinnen und Patienten eine Erwartungshaltung geweckt wird, die dazu führen könnte, dass das Krankenhaus nach dem KHGG NRW verpflichtet ist, mehr Leistungen zu erbringen, als nach dem SGB V vergütet werden. Wir gehen gleichwohl davon aus, dass unsere Krankenhäuser immer Leistungen in bestmöglicher Qualität zu erbringen versuchen.

Zu 6b. Zu § 12 Abs. 4

Eingefügt wird ein neuer Abs. 4.

Zunächst ist anzumerken, dass dieser Absatz zwei Regelungsinhalte, zum einen die Notfallversorgung, zum anderen Kooperation über kommunale und Sektorengrenzen hinweg, hat, die nach unserer Ansicht zu trennen sind.

Zu Satz 1 im Einzelnen

Es fällt auf, dass Maximalversorger bevorteilt werden, weil sie über den Begriff „umfassend“ immer „mehr“ anbieten können. So könnte jeder Maximalversorger in jedem Planungskonzept kleinere und mittlere Krankenhäuser „ausstechen“, weil er immer auf ein größeres Leistungsspektrum verweisen könnte.

Dies könnte aber die regionale Versorgung, gerade auch im Notfallbereich, ausdünnen und zu einer Situation der Unterversorgung führen. Zielsetzung der Notfallversorgung ist es, in schneller Erreichbarkeit und nicht allzu großer Entfernung mit einer regionalen Abdeckung eine schnelle Diagnostik und Intervention mit dem notwendigen stationären Equipment zu ermöglichen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass gerade in der Notfallversorgung häufig der Behandlungsbedarf im Vorfeld unklar ist. Dieses Argument würde natürlich dafür sprechen, hier immer auf „Maximalversorger“ zu setzen, aber damit wäre die Versorgung in der Fläche, insbesondere auch im ländlichen Raum, nicht mehr sichergestellt. Wichtig ist ein diagnostischer Mindeststandard, der aber in den meisten Notfall-Krankenhäusern gewährleistet ist.

Der Begriff „umfassend“ sollte gestrichen werden und allenfalls durch eine Alternative ersetzt werden, die auf einen bestimmten Standard für die Notfallversorgung hinweist. Mindeststandards könnten beispielsweise über eine Vorabstudie erarbeitet werden. Allerdings entspricht der verbleibende Regelungsgehalt dem aktuellen Standard, weshalb eine Neuregelung entbehrlich ist.

Der 2. Teil des neuen Absatzes 4, würde dementsprechend kein „Mehr“ an Regelungsgehalt gegenüber der aktuellen Praxis enthalten, er wäre daher auch entbehrlich.

Zu 7. , § 13

Ergänzt wird:

„Zur Erbringung besonderer Leistungen wird das zuständige Ministerium ermächtigt, Mindestfallzahlen im Krankenhausplan festzulegen“.

Bei der Definition von Mindestmengen ist darauf hinzuweisen, dass diese nur einen Hilfsparameter für Qualität darstellen können. Dennoch ist nicht von der Hand zu weisen, dass eine gewisse Übung in der medizinischen und pflegerischen Leistungserbringung tendenziell zu besseren Ergebnissen führt. Bei Festlegung ist darauf zu achten, dass eine nachgewiesene Evidenz belegt ist. Gleichzeitig sollte eine Mindestmenge nicht auf eine Fachabteilung abzielen, sondern auf das jeweilige therapeutische Team.

Für den hier gewählten Begriff der „besonderen Leistung“ findet sich keine gesetzliche Definition, was Auseinandersetzungen insbesondere mit Kostenträgern Tür und Tor öffnet. Es drängt sich der Eindruck einer verdeckten Teilgebieteplanung auf. Wenn „besondere Leistungen“ über Mindestmengen definiert werden, führt das zu der Problematik, auf die die Diözesan-Caritasverbände bereits seit Jahren hinweisen. Die Definition von Mindestmengen und deren Nichterreichung, insbesondere bei nachgewiesener hoher Qualität unterhalb der Mindestfallzahl, führt dazu, dass insbesondere elektive Leistungen aus den Einrichtungen abgezogen werden und hierdurch das Finanzierungsgefüge erheblich gestört wird. Dies führt letztlich zu einer Standortgefährdung und damit zu einer Gefährdung der Notfallversorgung. Das derzeitige DRG-System unterscheidet nicht ausreichend zwischen einer teuren Notfallversorgung und einer günstigeren elektiven Versorgung. Wir stellen uns gegen landesrechtliche Vorgaben, wenn die Krankenhausfinanzierung auf Bundesebene nicht durch die von uns schon lange geforderte korrespondierende Regelung - insbesondere einer Sockelfinanzierung für den Fixkostenbereich eines Krankenhauses - ergänzt wird.

Im Übrigen verweisen wir auf die Ausführungen der KGNW zu den Diskussionen im GBA.

Zusammenfassend besteht nach unserer Einschätzung kein Regelungsbedarf.

Zu Nr. 8, § 14

Buchstabe a)

In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „und Gesamtbehandlungsplatzkapazitäten“ durch die Wörter „oder vergleichbare quantitativ oder qualitativ bestimmte Behandlungskapazitäten“ ersetzt.

Die geplante Änderung führt nach unserer Ansicht nicht zu mehr Klarheit oder einer unbürokratischeren Handhabbarkeit der Norm.

Die Diskussion „weg vom Bett“ ist nicht neu. Wir weisen in diesem Zusammenhang auf unser Positionspapier aus 2011 hin:

„Kleinere und mittlere Krankenhäuser, die für eine flächendeckende Krankenhausversorgung unverzichtbar sind, benötigen eine Festschreibung eines quantitativen Rahmens auf Gebietsebene.“

Diese Festschreibung ist notwendig, damit die Krankenhäuser langfristig planen und die lokale Notfallversorgung sicherstellen und die geforderten Qualitätsstandards einhalten können. Die einfachste Beschreibung dieses Rahmens erfolgt zurzeit noch durch die Benennung von Bettenkapazitäten.

Wir weisen darauf hin, dass das Bett auch in den Budgetverhandlungen immer noch insoweit eine Rolle spielt, als hierüber der quantitative Leistungsrahmen beschrieben wird. Wir haben seinerzeit schon eine Bandbreitenregelung (vgl. oben) gefordert, die einen Gestaltungsspielraum ohne die unmittelbare Auslösung eines Planungsverfahrens ermöglicht.

9. Zu § 16 Abs. 3 „Feststellungen im Krankenhausplan“

Mit dem Entfesselungspaket wird versucht durch Verkürzung von Fristen eine Verfahrensbeschleunigung zu erreichen. Die Verkürzung der Umsetzungsfrist für Soll-Vorgaben geht aber deutlich fehl. Wir hatten hierzu bereits im Jahr 2014 die Frist von 24 Monaten als nicht praxismäßig kritisiert. Erst Recht ist die jetzt gesetzte Frist von nunmehr nur noch 12 Monaten in keiner Weise ausreichend, wenn krankenhausplanerische 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 auch deswegen zu, weil das Land die erforderlichen Investitionsmittel nicht zur Verfügung stellt.

Bereits in 2007 haben wir bei der damaligen KHG-Novellierung zum KHGG angemerkt:

„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 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.“

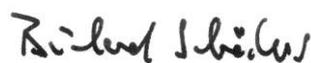
Zu 10. § 21a Einzelförderung

Wir nehmen auf die Ausführungen zu § 21a KHGG (neu) der KGNW vollinhaltlich Bezug.

Im Übrigen sehen wir noch erheblich mehr Änderungs- resp. Entbürokratisierungsbedarf und verweisen in diesem Zusammenhang auf die Stellungnahme des Katholischen Büros vom 11.08.2014 zur Novellierung des KHGG (vgl. Glp. 6, 12 und 18), die wir dieser Stellungnahme nochmals beifügen.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr



Burkard Schröders

Anlage

- Stellungnahme des Katholischen Büros in NRW von August 2014

Caritasverband
für das Bistum Aachen e.V.

Elke Held
Tel.: 0241/431111

Caritasverband
für das Bistum Essen e.V.

Tapio Knüvener
Tel.: 0201/81028132

Diözesan-Caritasverband
für das Erzbistum Köln e.V.

Peter Brüssel
Tel.: 0221/2010244

Caritasverband
für die Diözese Münster e.V.

Marcus Proff
Tel.: 0251/8901202

Caritasverband
für das Erzbistum Paderborn e.V.

Oliver Lohr
Tel.: 05251/209243

Düsseldorf, den 11. August 2014

Aktenzeichen bitte bei Antwort angeben.
7.2.1.4 – 83/14

**Stellungnahme des Katholischen Büros in NRW zum Gesetzentwurf der Landesregierung
"Zweites Gesetz zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nord-
rhein-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.

Wir haben uns bisher als Partner auf Augenhöhe mit der Politik verstanden und sind auch weiterhin an einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit interessiert. Der vorliegende Gesetzentwurf ist unseres Erachtens in weiten Teilen von einer erheblichen Überregulierung geprägt. Wir fragen uns, ob die gewählten Mittel geeignet sind, die bisher auf Vertrauen basierende Zusammenarbeit zu festigen. Wir sehen eine Gefährdung dieser vertrauensvollen Zusammenarbeit vor allem darin, dass den Krankenhäusern weitere bürokratische Lasten (Nr. 6, 12) und 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, sind unverantwortlich und destabilisieren die Krankenhäuser in unserem Land. In diesem Zusammenhang ist insbesondere ein Umdenken des Landes in Bezug auf die Bereitstellung von Investitionsmitteln dringend notwendig.

Wir nehmen 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. 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 Gesundung 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 Gesundung 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 KHHG 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 unserer 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 Mitgliedskrankenhäuser.

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

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 Fördermittlerückforderung 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 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 „Haftpflichtversicherung“ – § 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 Haftpflichtversicherung, 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.
