

Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände
Nordrhein-Westfalen

AG der kommunalen Spitzenverbände NW 5000 Köln 51 Postfach 51 06 20

An den Ausschuß für
Arbeit, Gesundheit und Soziales
und Angelegenheiten der Vertrie-
benen und Flüchtlinge des Landes NW
Postfach 11 43
4000 Düsseldorf

Lindenallee 13-17 28.4.1987 ku
5000 Köln 51 (Marienburg)

Aktenzeichen. 5/54-03
A 2928

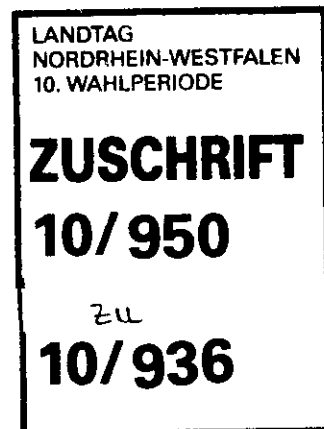
Telefon (0221) 37711 Durchwahl 3771 - 2 96
Fernschreiber 8882617

nachrichtlich an :
Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales NW
Horionplatz 1
4000 Düsseldorf

Innenministerium NW
Haroldstraße 5
4000 Düsseldorf

Finanzministerium NW
Jägerhofstraße 6
4000 Düsseldorf

Staatskanzlei
Mannesmannufer 1 a
4000 Düsseldorf



Stellungnahme zum Regierungsentwurf eines Krankenhausgesetzes
des Landes Nordrhein-Westfalen - KHG NW -
Drs. 10/1799

Schreiben vom 26.3.1987 - I.1.C
unser Schreiben vom 22.4.1987

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir danken Ihnen für die Einladung zu einer öffentlichen An-
hörung zu dem Regierungsentwurf eines Krankenhausgesetzes für
das Land Nordrhein-Westfalen am 29.4.1987, zu der wir Ihnen mit
Schreiben vom 22.4.1987 unsere erste Kurzstellungnahme über-
mittelt haben. Wie angekündigt, äußern wir uns nachstehend auch
zu den einzelnen Vorschriften des Entwurfs.

A. Wir haben bereits zum Referentenentwurf eines neuen KHG NW mit Schreiben vom 18.3.1986 Stellung genommen. Wir erkennen an, daß ein Teil unserer Änderungsvorschläge in dem Entwurf der Landesregierung berücksichtigt worden ist. Dies gilt insbesondere für die Abschnitte II "Planung" und IV "Krankenhausstruktur" sowie für einzelne Bestimmungen aus dem allgemeinen Teil in Abschnitt I. Dagegen müssen wir mit Bedauern feststellen, daß unsere Vorstellungen zur Krankenhausförderung (Abschnitt III) in wesentlichen Punkten nicht aufgegriffen worden sind. Wir können dem Gesetzentwurf nur zustimmen, wenn in diesem für die Krankenhäuser existentiellen Bereich Änderungen vorgenommen werden, die der Zielsetzung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes des Bundes gerecht werden, eine zügige und umfassende Finanzierung der notwendigen Investitionen durch die Bundesländer zu gewährleisten und mehr Freiräume für die Krankenhausträger zu schaffen, indem ihre Eigenverantwortung für wirtschaftliches Handeln gestärkt wird.

1. Nach den detaillierten Vorschriften zur Krankenhausförderung werden die Vergabe und Verwendung der Fördermittel durch restriktive Vorgaben unerträglich reglementiert und bürokratisiert. Der Rechtsanspruch der Krankenhausträger auf ausreichende Förderung der notwendigen Krankenhausinvestitionen wird in unzulässiger Weise eingeschränkt, so daß die Krankenhausträger erheblichen Unsicherheiten ausgesetzt sind, ob und wann sie mit einer Förderung rechnen können oder sogar eine Rückforderung befürchten müssen. Darüber hinaus wird der Entscheidungsspielraum dadurch immer stärker eingeengt, daß die Verwendung der Förderpauschalen zu weitgehend geregelt wird.

Die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser - Zweck des Krankenhausfinanzierungsgesetzes - ist im Falle der Beibehaltung der Vorschriften des Abschnitts III nicht gewährleistet. Die ausschließliche Bindung der Fördermittel an die zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel sowie die Nachweispflichten der Dringlichkeit und Notwendigkeit selbst bei der Wiederbeschaffung

von Anlagegütern in den §§ 17 - 19, um eine Einzelförderung zu erhalten, belasten den Krankenhausträger mit dem vollen Risiko, ob, wann und in welcher Höhe eine Investitionsmaßnahme anerkannt und finanziert wird. Der Krankenhausträger befindet sich somit bei den Planungsentscheidungen in voller Abhängigkeit vom Land.

Die Einschränkungen bei den Nachbewilligungen von Fördermitteln bei unabweisbaren Mehrkosten auf nachträglich unabweisbare behördliche Anordnungen sowie die Möglichkeit bei unvorhergesehenen außergewöhnlichen Kostensteigerungen die Bewilligung nachträglich einzuschränken (§ 20 Abs.2 Satz3 und Abs.3 Satz 3) bedeuten eine unerträgliche Erhöhung des Trägerrisikos.

2. Auch die pauschale Förderung mit dem neu vorgesehenen Punktwertsystem birgt insbesondere für die großen Krankenhäuser die Gefahr von Kostenunterdeckungen in sich, zumal die bisherige vierte Anforderungsstufe fallen gelassen worden ist. Da seit 1984 die Pauschalen nicht mehr der Kostenentwicklung angepaßt worden sind, reicht die Anhebung der Pauschalbeträge von 8,93 % im Durchschnitt aller Krankenhäuser nicht aus. Für die großen Krankenhäuser sind die Pauschalbeträge nur knapp um 2 % angehoben worden. Gerade bei diesen Krankenhäusern fällt der Ergänzungs- und Erneuerungsbedarf im Rahmen der Fortentwicklung der Medizintechnik besonders stark an. Der Städtetag und der Landkreistag Nordrhein-Westfalen halten es daher für notwendig, eine vierte Anforderungsstufe mit einer entsprechenden finanziellen Ausstattung beizubehalten. Entsprechend wird in den meisten anderen Bundesländern verfahren.

Das neue System der Pauschalförderung ist zudem noch nicht ausgewogen und kann in seinen Auswirkungen noch nicht voll überblickt werden. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat zur Investitionsförderung durch Pauschalen ein Gutachten vergeben und beabsichtigt, auf dieser Grundlage einen eigenen Vorschlag vorzulegen, der die Förderung weniger an der Bettenzahl als vielmehr an der Struktur der Krankenhäuser ausrichtet. Die besonders schwierige Materie erfordert einen höheren Zeitauf-

wand, so daß mit Ergebnissen nicht kurzfristig gerechnet werden kann. Es wird daher vorgeschlagen, zunächst mit einer Übergangsregelung zu arbeiten und nach Abschluß der Untersuchungen eine endgültige Regelung im Rahmen einer dafür vorzusehenden Rechtsverordnung zu treffen.

3. Die in § 22 vorgesehene Vorschrift über medizinisch-technische Großgeräte widerspricht dem Prinzip der dualen Finanzierung und schafft damit einen Präzedenzfall, der leicht auf weitere Förderbereiche ausgedehnt werden könnte. Hier wird der Versuch unternommen, das Land bei der Beschaffung und Wiederbeschaffung der medizinisch-technischen Großgeräte finanziell zu entlasten. Der vorgeschlagene Weg ist ungeeignet. Die bisherigen Pauschalen nach § 10 KHG a.F. reichen nicht aus, um daraus die Wiederbeschaffung medizinisch-technischer Großgeräte zu finanzieren. Hierfür sind eine Anhebung der Pauschale oder eine besondere Pauschale vorzusehen.
4. Nach § 32 sind Zusammenschlüsse mehrerer planungsrechtlich selbständiger Krankenhäuser zu einer leistungsfähigen organisatorischen Einheit gesetzlich nicht mehr möglich. Die Begründung, ein effektiver Einsatz der Mittel lasse sich nur dadurch gewährleisten, daß jedes planungsrechtlich selbständige Krankenhaus eine eigene organisatorisch und wirtschaftlich selbständige Einheit sein müsse, vermag nicht zu überzeugen. Beispiele aus der Praxis beweisen, daß die Zusammenfassung ansonsten an jedem Krankenhaus notwendiger Infrastruktur zu leistungsfähigen zentralen Einrichtungen nicht nur auf der Kostenseite, sondern auch in der Leistungsfähigkeit erhebliche Verbesserungen mit sich bringt. Dies gilt z.B. für die zentrale Verwaltung, Zentralwäscherei, zentrale Lagerhaltung, zentrale Fahrbereitschaft, zentrale Apotheke und ganz allgemein für die größere Flexibilität im Personaleinsatz. Es ist eine bisher nicht bewiesene Behauptung, die mehrfache parallele Vorhaltung all dieser Einrichtungen mit selbständigen Betriebsleitungen, die Bildung eines jeweils separaten Sondervermögens etc. seien effektiver und kostengünstiger.

Die jetzt vorgesehene Fassung wäre ein unzulässiger Eingriff in das gemeindliche Selbstverwaltungsrecht. Es ist zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben zur Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausbetten nicht erforderlich und auch nicht zulässig, der Gemeinde im einzelnen vorzuschreiben, welche Organisationsform bei der Erfüllung dieser ihr übertragenen Aufgaben sie wählt. Zusammenschlüsse von Krankenhäusern innerhalb eines Kreises oder einer kreisfreien Stadt müssen zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit weiterhin zulässig bleiben.

5. Wir gehen davon aus, daß auch ohne die neuen Regelungen in dem Gesetzentwurf der Humanität im Krankenhaus ein hoher Stellenwert zugeordnet wird. Bei den neu aufgenommenen Regelungen gehen wir davon aus, daß dadurch verursachte Kosten zu der allgemeinen Krankenhausleistung gehören und in die Pflegesätze eingehen (z.B. §§ 3, 4, 6, 7, 8). Dies ergibt sich aus der Begründung. Es gilt auch für die aus den §§ 6, 7 und 8 entstehenden Mehrkosten.
6. Der Regierungsentwurf enthält keine Vorschriften zur Finanzierung des theoretischen Teils der Ausbildung für die mit den Krankenhäusern verbundenen Ausbildungsstätten Da die Übergangsregelung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz zum 31.12.1988 ausläuft und sowohl die Schulträger als auch die Schüler und Schülerinnen bereits heute über die Finanzierung der jetzt begonnenen Ausbildungen im Unklaren gelassen werden, ist dringend die Aufnahme einer eindeutigen Finanzierungsregelung ab 1.1.1989 erforderlich.
7. Ab Herbst 1988 sind Ausbildungsplätze für Ärzte im Praktikum zu schaffen. Die kommunalen Krankenhausträger haben

ihre Bereitschaft erklärt, dabei mitzuwirken. Da die geforderte pflegesatzneutrale Umwandlung von Assistenzarztstellen in Praktikantenstellen nicht ausreichen wird, um der Nachfrage gerecht zu werden, muß das Land für die Schaffung der zusätzlich notwendigen Plätze entsprechende Mittel zur Verfügung stellen.

B. Zu den einzelnen Vorschriften des Entwurfs

I. Allgemeine Bestimmungen

Zu § 1 - Grundsatz

Abs. 2 des geltenden KHG NW sollte in der im Referentenentwurf vorgesehenen Fassung beibehalten werden:

"Das Gesetz regelt ferner die Ausführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes - KHG - vom 29.6.1972 (BGBl I, S. 1009, zuletzt geändert durch Gesetz vom 20.12.1984 (BGBl I, S. 1716))":

Abs. 3 Der Halbsatz "kreisangehörige Gemeinden jedoch nur, wenn sie die erforderliche Finanzkraft besitzen" sollte gestrichen werden.

Begründung:

Die Einschränkung, daß kreisangehörige Gemeinden zur Errichtung und zum Betrieb von Krankenhäusern nur verpflichtet sind, wenn sie die erforderliche Finanzkraft besitzen, wird für entbehrlich gehalten, zumal die Investitions- und Betriebskosten vom Land bzw. den Krankenkassen voll übernommen werden müssen und bei der in Betracht kommenden Übernahme eines Krankenhauses Grunderwerbs- und Erschließungskosten nicht anfallen. Diese Einschränkung widerspricht auch der klaren Systematik von Pflichtaufgaben einerseits und freiwilligen Aufgaben andererseits. Im übrigen konkurriert die Verpflichtung einer kreisangehörigen Stadt oder Gemeinde stets mit der Verpflichtung des Kreises zur Errichtung und zum Betrieb eines Krankenhauses. Innerhalb dieser Pflichtenkonkurrenz können sinnvolle Lösungen gefunden werden.

Der Landkreistag NW sieht demgegenüber in der Bestimmung einen Schutz für die kreisangehörigen Gemeinden, wenn sie nicht über die erforderliche Finanzkraft verfügen, ein Krankenhaus zu betreiben. Er spricht sich deshalb für die Beibehaltung der Vorschrift aus.

Zu § 2 - Krankenhausleistungen

In Abs. 1 sollte Satz 3 des geltenden § 3 KHG NW angefügt werden: "Die für die Akutversorgung von Notfallpatienten erforderlichen Einrichtungen sind vorzuhalten."

Begründung:

Die Anfügung dient der Klarstellung, daß die für die Akutversorgung von Notfallpatienten erforderlichen Einrichtungen zu den förderungsfähigen und pflegesatzwirksamen Kosten gehören und von allen Krankenhäusern entsprechend ihrer Aufgabensstellung vorgehalten werden müssen.

Zu § 3 - Pflege und Betreuung der Patienten

Diese Vorschrift ist entbehrlich, da sie Regelungen enthält, deren Umsetzung die Krankenhäuser auch ohne gesetzliche Vorschrift vornehmen.

Zu § 5 - Patientenfürsprecher

Die Einführung eines Patientenfürsprechers sollte nicht zwingend vorgeschrieben werden. Es sollte vielmehr in das Ermessen eines jeden Krankenhausträgers gestellt werden, ob und wie er diese Institution schaffen will. Der Patientenfürsprecher sollte ggf. ehrenamtlich tätig werden.

Die Patienten können auch heute durchaus ohne eine solche Institution ihre Rechte geltend machen (Bürgerantrag nach § 6c GO, über den Verwaltungsdirektor, die Ärzte, die Sozialdienste, das Gesundheitsamt etc.). Die Krankenhauspraxis beweist, daß Beschwerden und Anregungen der Patienten sowohl die Krankenhausleitung als auch den Krankenhausträger erreichen und ihnen die gebotene Beachtung geschenkt wird. Insofern wird die Versor-

gung der Patienten durch die Tätigkeit des Patientenfürsprechers nicht verbessert. Vielmehr kann die offizielle Einführung dieser Institution je nach der Ausübung des Amtes und einem Übermaß an Nutzung den Krankenhausfrieden stören.

Zu § 8 - Krankenhaushygiene

Diese Vorschrift sollte gestrichen werden.

Sollte sich das Land dennoch entschließen, eine entsprechende Vorschrift aufzunehmen, sind in Abs. 2 die Ziffern 2 und 3 zu streichen.

Begründung:

Für eine gesetzliche Vorschrift besteht keine Notwendigkeit, da die Sicherung der Hygiene in einem Krankenhaus als selbstverständlich anzusehen ist. Die Richtlinien des Bundesgesundheitsamtes für die Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen mit den Erläuterungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 8.3.1981 sind ausreichend und werden in den Krankenhäusern sorgfältig beachtet. Die Ermächtigung zum Erlass einer Rechtsverordnung sollte sich nur auf Abs. 2 Ziff. 1 beschränken, "Maßnahmen zur Erfassung von Krankenhausinfektionen" im einzelnen zu regeln.

In jedem Fall ist es zu weitgehend, durch Rechtsverordnung Aufgaben, Bildung und Zusammensetzung einer Hygienekommission und zu Beschäftigung und Tätigkeitsfeld von Hygienefachkräften vorzuschreiben. Damit wird in unzulässiger Weise in die Eigenverantwortung des Krankenhausträgers eingegriffen. Der Krankenhausträger muß selbst die organisatorischen und personellen Voraussetzungen zur Sicherung der Krankenhaushygiene treffen können.

Zu § 9 - Arzneimittelkommission

Diese Vorschrift sollte gestrichen werden.

Begründung:

Für eine gesetzliche Regelung sehen wir keinen sachlichen Grund, da die Krankenhäuser bereits in eigener Verantwortung

entweder Arzneimittelkommissionen gebildet oder diese Aufgabe in anderer Form gelöst haben. Mit der Regelung würde in die Organisationshoheit des Krankenhausträgers eingegriffen. Es muß dem Krankenhausträger und der Betriebsleitung überlassen bleiben, durch welche geeignet erscheinenden Maßnahmen sie die mit der Regelung verfolgten Ziele erreichen.

Zu § 10 - Zusammenarbeit der Krankenhäuser

Zu Abs. 2 Wir halten die bisherige Fassung des § 6 Abs.2 für ausreichend, da es sich nur um eine beispielhafte Aufzählung der Gebiete handelt, in denen eine Zusammenarbeit in Betracht kommt. Wir sehen insbesondere die Ziffern 8 - 10 als zu weitgehende Regelung an, da die gemeinsame Nutzung über eine Zusammenarbeit hinausgeht und nicht allen Krankenhäusern vorgeschrieben werden kann.

Zu Abs. 3 Satz 2 von Abs. 3 ist entsprechend unseren Ausführungen zu Abs. 2 zu streichen.

In diesem Zusammenhang ist anzumerken, daß bei einer gemeinsamen Nutzung medizinisch-technischer Großgeräte oder medizinischer oder wirtschaftlicher Einrichtungen die Kosten für die in Anspruch genommenen Leistungen wie bei anderen Pflichtleistungen pflegesatzwirksam sein müssen, so daß eine Regelung über die Beteiligung an den Kosten für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter aus den pauschalen Fördermitteln aller beteiligten Krankenhäuser nicht notwendig ist.

Abs. 4 sollte wie folgt gefaßt werden:

"Die Krankenhäuser sind außerdem zur personellen und sächlichen Mitwirkung im Rettungsdienst verpflichtet. Die Finanzierung der Kosten ist sicherzustellen. Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte, öffentlicher Gesundheitsdienst, Katastrophenschutzbehörden, Krankenkassen und sonstige Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens sind zur Zusammenarbeit verpflichtet".

Begründung:

Die Mitwirkung im Rettungsdienst erfordert eine Kostenregelung. Es ist klarzustellen, daß nicht nur die Krankenhäuser mit den genannten Organisationen und Einrichtungen zusammenzuarbeiten haben, sondern alle an der gesundheitlichen Versorgung Beteiligten zur Zusammenarbeit verpflichtet sind.

II. Planung

Zu § 13 - Krankenhausplan

Abs. 5 sollte wie folgt gefaßt werden:

"Dem Krankenhaus können mit Zustimmung des Krankenhausträgers auch Aufgaben der Ausbildung zugewiesen werden, wenn die Finanzierung der damit verbundenen Kosten über die Pflegesätze oder durch das Land gewährleistet ist."

Begründung:

Nach Angaben des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales NW werden spätestens zum 1.1.1989 ca. 1.300, ab 1.7.1989 ca. 2.600, ab 1.1.1990 ca. 3.900 und ab 1.1.1995 ca. 5.200 Stellen für Ärzte im Praktikum benötigt, die in Krankenhäusern, ärztlichen Praxen etc. geschaffen werden müssen. Die Ausbildungsplätze in Krankenhäusern sollen insbesondere dadurch eingerichtet werden, daß jährlich frei werdende Arztstellen in Stellen für Ärzte im Praktikum umgewandelt werden. Da nicht davon auszugehen ist, daß alle notwendig werdenden AiP-Plätze kostenneutral durch Umwandlung von Assistenzarztstellen geschaffen werden können, sollte das Land die finanzielle Voraussetzung dafür schaffen, um ggf. weitere AiP-Plätze zu finanzieren. Die Krankenhausträger sind nicht in der Lage, zusätzliche Belastungen zu tragen.

Auch bei der Zuweisung von Aufgaben der Ausbildung ist eine Zustimmung des Krankenhausträgers erforderlich.

Zu § 14 - Verfahren bei der Aufstellung des Krankenhausplans
Zu Abs. 4 Ziff. 3

Während der Nordrhein-Westfälische Städte- und Gemeindebund sowie der Städtetag Nordrhein-Westfalen eine Beteiligung aller kommunaler Gebietskörperschaften fordern, spricht sich der Landkreistag Nordrhein-Westfalen nur für eine Beteiligung der Kreise und kreisfreien Städte aus. Der Städtetag NW gibt zu bedenken, zumindest die großen kreisangehörigen Städte zu beteiligen.

Begründung:

Die Krankenhausversorgung ist für die kreisangehörigen Städte von so elementarer Bedeutung, daß sie beteiligt werden sollten. Die Beteiligung korrespondiert mit der Verpflichtung in § 2 Abs. 3. Der Landkreistag NW befürchtet, daß das Beteiligungsverfahren dadurch zu kompliziert wird.

Zu Abs. 6 Die in Abs. 6 vorgesehene Anhörung der Beteiligten und der betroffenen Krankenhäuser ist zu schwach, um die gebotene enge Zusammenarbeit zu gewährleisten. Die Mitwirkung sollte insofern verstärkt werden, als einvernehmliche Regelungen anzustreben sind.

Zu Ab. 4 Satz 3 Mit dem hier vorgeschlagenen Verfahren wird es angesichts des großen Kreises der Beteiligten kaum möglich sein, für jeweils ein Versorgungsgebiet einen gemeinsamen Vorschlag zur Verteilung des durch die Rahmenplanung vorgegebenen Bedarfs an Krankenhausbetten auf die Krankenhäuser zu unterbreiten. Wir halten es eher für sinnvoll, hierfür auf regionaler Ebene - wie z.B. der Versorgungsgebiete - dem Landesausschuß entsprechende Zusammenschlüsse zu schaffen. Darin sollten die öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Krankenhausträger entsprechend dem Anteil ihrer Planbetten in der jeweiligen Region vertreten sein. Dabei müßten die kommunalen Gebietskörperschaften unabhängig davon, ob sie Krankenhausträger sind, mit mindestens je einem Sitz mitberücksichtigt werden.

Zu § 15 - Aufnahme in den Krankenhausplan

Zu Abs. 3 Es sollte bei dem bisherigen Text des § 14 Abs. 4 verbleiben:

"Unterschreitet die durchschnittliche Ausnutzung der Krankenhausplanbetten nicht nur vorübergehend 75 %, hat das Krankenhaus dies anzuzeigen."

Darüber hinaus sollte der Halbsatz "und einen Vorschlag zur bedarfsgerechten Reduzierung der Bettenzahl oder Umstrukturierung des Krankenhauses zu unterbreiten" gestrichen werden.

Begründung:

Es kann allenfalls auf die Belegung des gesamten Krankenhauses abgestellt werden, nicht aber auf die der einzelnen Fachrichtungen und Abteilungen. Eine flexible Nutzung von Betten anderer Abteilungen muß möglich sein, wenn die betreffenden Abteilungen voll belegt sind. Eine wirtschaftliche Führung des Krankenhauses wird sonst erheblich erschwert.

Für den letzten Halbsatz in Absatz 3 besteht kein gesetzlicher Regelungsbedarf. Hier ist die enge Zusammenarbeit von Land und Krankenhausträger gefordert.

III. Krankenhausförderung

Zu § 16 - Förderungsgrundsätze, Art der Förderung

In Abs. 2 sollten die Worte "in Form von Zuschüssen" gestrichen werden.

Begründung:

Eine Festlegung auf die Form der Förderung im Gesetz wird nicht für zweckmäßig gehalten. Eine Darlehnsförderung sollte durch das Gesetz nicht ausgeschlossen werden. Die Formulierung kann auch insofern mißverstanden werden, als darunter eine nicht kostendeckende Finanzierung verstanden werden kann. Die Krankenhäuser haben aber nach § 4 und § 9 Abs.5 KHG einen Anspruch auf wirtschaftliche Sicherung, indem die Investitionskosten kostendeckend im Wege öffentlicher Förderung übernommen werden.

Zu § 17 - Investitionsprogramm

Abs. 1: In Satz 1 sollte nach "auf der Grundlage des Krankenhausplans" eingefügt werden:

"Fünfjährige Krankenhausprogramme sowie auf deren Grundlage".

Begründung:

Mit der Neuordnung der Krankenhausfinanzierung ist das Bedürfnis nach mehrjähriger Finanzplanung für die Förderung des Krankenhausbaus keineswegs entfallen. Für die Krankenhäuser ist eine über das Jahreskrankenhausbauprogramm hinausgehende mehrjährige Finanzplanung insofern von Bedeutung, als dadurch eine längerfristige Investitionsplanung für das einzelne Krankenhaus möglich wird. Für die Aufnahme in die Investitionsprogramme sollte ein Kriterienkatalog mit den Beteiligten erstellt werden, der die Anträge Dringlichkeitsstufen zuordnet. Das jetzige Verfahren ist völlig unbefriedigend, da die Krankenhäuser häufig ohne jeden Zwischenbescheid jahrelang warten müssen, bevor sie in das Jahreskrankenhausbauprogramm aufgenommen werden. Damit könnte auch verhindert werden, daß - wie in den letzten Jahren häufig geschehen - Ausgabenreste in den Bauprogrammen verbleiben, weil die Mittel nicht rechtzeitig abgerufen werden können.

Satz 2 ist wie folgt zu fassen:

"Darin ist der voraussichtliche Bedarf an Fördermitteln für Maßnahmen nach § 18 Abs. 1 anzugeben."

Begründung:

Die mehrjährigen Investitionsprogramme und auch das Jahreskrankenhausbauprogramm müssen sich an dem Investitionsbedarf der Krankenhäuser orientieren. Insofern muß der alleinige Bezug auf die zur Verfügung stehenden Fördermittel abgelehnt werden (vgl. auch Stellungnahme zu § 18). Die Ausweisung der Fördermittel für Maßnahmen nach § 18 Abs. 1 Nr. 2 und 3 im Investitionsprogramm ist entsprechend heutiger Praxis zweckmäßig.

Zu § 18 - Einzelförderung

In Abs. 1 sind die Worte "im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel" zu streichen.

Begründung:

Das KHG sowie das geltende KHG NW stellen nicht auf die "im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel" des Landes ab. Soweit dies haushaltstechnisch notwendig ist, ist es eine Selbstverständlichkeit und muß daher im Landeskrankenhausgesetz nicht besonders erwähnt werden. In diesem Zusammenhang ist anzumerken, daß die Krankenhäuser nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz einen Rechtsanspruch auf Förderung gegenüber dem Land unabhängig von dem jeweiligen Landeshaushaltsplan haben. Das Land muß seinen Verpflichtungen nach § 4 sowie § 9 Abs. 5 KHG nachkommen. Die Fördermittel sind ein notwendiger Ausgleich für die durch das KHG den geförderten Krankenhäusern abgeschnittene Möglichkeit, Investitionskosten über die Pflegesätze zu finanzieren.

Zu Abs. 3

Absatz 3 sollte gestrichen werden.

Begründung:

Es ist denkbar, daß ein in den Krankenhausbedarfsplan aufgenommenes Krankenhaus vom Träger aufgegeben und wegen der Bedarfsnotwendigkeit von einem anderen Träger weitergeführt werden muß. Wenn die Ausstattung des Krankenhauses aufgrund unzureichender Landesförderung nicht den Ansprüchen an eine Krankenhausversorgung genügt, muß eine Förderung der notwendigen Ausstattung möglich sein.

Zu § 19 - Umfang der Einzelförderung

Abs. 3 ist wie folgt zu ändern:

"Die förderungsfähigen Kosten vermindern sich, soweit darin die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter enthalten ist, um die entsprechenden pauschalen Fördermittel, die dem Kranken-

haus bis zum Baubeginn ausgezahlt, aber noch nicht anteilig zweckentsprechend verwendet worden sind oder nachweislich für andere Vorhaben benötigt werden.

Begründung:

Die Änderung dient der Klarstellung. Eine Anrechnung der pauschalen Fördermittel kann nur in dem Teil in Betracht kommen, der auf die entsprechende Investition entfällt. Es könnte nicht akzeptiert werden, daß angesammelte Fördermittel aus den Pauschalen, soweit sie noch nicht zweckentsprechend verwendet worden sind, generell für Investitionen nach § 18 in Anspruch zu nehmen sind. Es würden dann die Krankenhäuser bestraft, die Mittel angespart haben, um ggf. eine größere Investition zu finanzieren.

Zu § 20 - Bewilligung der Einzelförderung, Zuschußformen

Zu Abs. 2 Anstelle von Satz 5 "Fördermittel werden nur nachbewilligt, . . ." sollte folgender Text treten:

"Fördermittel werden nur nachbewilligt, soweit Mehrkosten im Rahmen nachgewiesener Vorhaben unabweisbar sind und der Krankenhausträger die zuständige Behörde unverzüglich unterrichtet hat. Mehrkosten aufgrund von Planänderungen, in die die zuständige Behörde nicht eingewilligt hat, sind von der Förderung ausgeschlossen. Soweit Planänderungen unabweisbar sind, hat die zuständige Behörde diese zu genehmigen und auch die Mehrkosten zu fördern. Werden Fördermittel nachbewilligt, findet Satz 3 keine Anwendung."

Begründung:

Die Einschränkung der Nachbewilligung von Fördermitteln allein für Mehrkosten, die aufgrund nachträglicher unabweisbarer behördlicher Anordnungen entstehen, reicht nicht aus. Eine Erweiterung aus den vorgenannten Gründen ist notwendig, um das Risiko des Trägers in Grenzen zu halten.

Zu Abs. 3 Satz 3 sollte gestrichen werden.

Begründung:

Bei dem Bewilligungsbescheid handelt es sich um einen begünstigenden Verwaltungsakt, der nicht allein aufgrund unvorhergesehener und außerordentlicher Kostensteigerungen zurückgenommen werden kann. Eine solche Einschränkung ist auch aus Gründen des Vertrauensschutzes notwendig (siehe § 49 Verwaltungsverfahrensgesetz).

Zu § 21 - pauschale Förderung

Es ist grundsätzlich zu begrüßen, daß sich die Höhe der pauschalen Förderung und die Zuordnung der Anforderungsstufen nicht mehr ausschließlich nach der Bettenzahl richten, sondern weitere Kriterien berücksichtigt werden sollen. Es ist jedoch auch nach der Begründung nicht nachvollziehbar, nach welchen Gesichtspunkten die Bettenpunktzahlgrenzen in Abs. 4 ermittelt worden sind. Die Heranziehung des Gutachtens von Prof. Thiemer kann die sich in diesem Zusammenhang stellenden Fragen nicht befriedigend klären. So sind z.B. nur einige Fachabteilungen mit hohen Punktwerten in Abs. 4 übernommen worden. Funktionsbereiche, wie z.B. Radiologie, Computertomographie etc. bleiben völlig unberücksichtigt, obwohl sie für die Aufgabengestaltung des Krankenhauses von wesentlicher Bedeutung sind.

Wir halten es daher für notwendig, das System der Bettenpunktzahl mit der vorgeschlagenen Abgrenzung der Anforderungsstufen sowie den vorgeschlagenen Punktwerten für die Planbetten für bestimmte Fachrichtungen eingehend zu überprüfen.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft erarbeitet z.Zt. unter Einschaltung eines wissenschaftlichen Instituts einen eigenen Vorschlag zur Investitionsförderung durch Pauschalen. Es hat sich herausgestellt, daß es in der Kürze der Zeit nicht möglich war, ein unter den Trägerverbänden abgestimmtes, ausgewogenes und im einzelnen begründetes System vorzulegen, das in das Landeskrankenhausgesetz übernommen werden kann.

Es wird daher vorgeschlagen, bis zum Abschluß der Arbeiten die vorgesehene Neufassung zunächst als Übergangsregelung in

eine Rechtsverordnung zu übernehmen und sie zu gegebener Zeit durch ein endgültiges Konzept abzulösen.

Der Städtetag und der Landkreistag Nordrhein-Westfalen bitten, wie bereits eingangs ausgeführt, die vorgesehene Neufassung in den Absätzen 3 und 5 entsprechend der bisherigen Pauschalförderung nach § 10 KHG um eine vierte Anforderungsstufe zu ergänzen und die Einteilung entsprechend zu korrigieren. Als Konsequenz sollte in Abs. 5 für die vierte Anforderungsstufe ein höherer Pauschalbetrag vorgesehen werden, wie dies in den meisten anderen Bundesländern üblich ist. Wie eingangs dargelegt, wird die Einteilung in drei Versorgungsstufen den besonderen Aufgaben der Großkrankenhäuser mit entsprechendem Wiederbeschaffungsaufwand nicht gerecht.

Im einzelnen:

Zu Abs. 1

Einer Anhebung der Wertgrenze nach Ziff. 2 kann nur unter der Bedingung zugestimmt werden, daß dies in einer entsprechenden weiteren Anhebung der Pauschalen berücksichtigt wird. Die Differenzierung der Wertgrenzen nach Anforderungsstufen wird gegenüber dem Referentenentwurf als bessere Lösung angesehen. Sollten die Pauschalen nicht erhöht werden, sollte es bei der bisherigen Pauschale bleiben. Die Finanzierung kleinerer Baumaßnahmen darf nicht auf Kosten der Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter gehen.

Zu Abs. 3

Wie vorstehend ausgeführt bitten der Städtetag und der Landkreistag NW, eine vierte Anforderungsstufe für die Krankenhäuser der Zentralversorgung einzufügen. Die Mehrzahl der Länder hat in ihren Gesetzen bzw. Gesetzentwürfen eine vierteilige Stufung vorgenommen. Anderenfalls würden gerade die großen Krankenhäuser mit besonderen Schwerpunktaufgaben und entsprechendem investivem und apparativem Aufwand benachteiligt. Dies erfordert eine Korrektur der vorgesehenen Einteilung.

Zu Abs. 5

Entsprechend dem Antrag des Städtetages und Landkreistages NW zu Abs. 3 wird gebeten, eine vierte Anforderungsstufe mit einer entsprechend höheren Pauschale aufzunehmen. Die Gesetze bzw. Gestzentwürfe vieler Länder sehen in der vierten Anforderungsstufe weitaus höhere Pauschalen (Schleswig-Holstein 5.232 DM, Hamburg, Niedersachsen und Hessen mit 4.395 DM, Berlin 4.416 DM) vor. Da die derzeitigen Bettenpauschalen nach § 10 KHG a.F. seit dem 1.1.1984 gelten und nach altem Recht zum 1.1.1986 der Kostenentwicklung hätten angepaßt werden müssen, ist der in der dritten Anforderungsstufe vorgesehene Betrag von 4.100 DM für die großen Krankenhäuser nicht ausreichend, da er nur eine weit hinter der Kostenentwicklung liegende Anpassung vorsieht. Dies bedeutet eine nicht gerechtfertigte Benachteiligung gegenüber kleineren Krankenhäusern, für die eine weitaus höhere Anpassung in den Pauschalwerten an die Kostenentwicklung vorgenommen worden ist. Zudem wird die Förderung für viele kleinere Häuser noch dadurch verbessert, daß die Neuregelungen zu den Bettenpunktwerten in Abs. 3 und 4 das Hineinwachsen in eine höhere Anforderungsstufe erleichtern, während die großen Krankenhäuser tendenziell zurückgestuft worden sind. Die z.Zt. geltende Pauschale wird den Finanzierungserfordernissen der Krankenhäuser der Maximalversorgung nicht gerecht. Gerade auf diese Krankenhäuser kommt am stärksten der Ergänzungs- und Erneuerungsbedarf im Rahmen der Fortentwicklung der Medizintechnik zu. Es wird für diese Häuser immer schwerer, diesen berechtigten Anforderungen nachzukommen. Durch das neue KHG NW sollen die Förderungsbeträge ab 1988 für zwei weitere Jahre festgeschrieben werden. Das bedeutet für die Krankenhäuser der bisherigen Stufe IV, daß die Förderung bis 1989 gegenüber dem 1.1.1984 um nur knapp 2 % erhöht wird. Es ist daher dringend notwendig, auch für die Krankenhäuser der Maximalversorgung eine Anpassung der Förderung an die Preisentwicklung vorzunehmen.

Zunehmend problematischer wirkt sich aus, daß aus den pauschalen Fördermitteln auch die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter im Rahmen bestimmter Errichtungsmaßnahmen (insbes.

Erweiterung, Umbau) finanziert werden muß. Insofern hat sich das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 28.2.1985 finanziell nachteilig für die Krankenhäuser ausgewirkt, da die pauschalen Fördermittel nach § 10 KHG a.F. seit Inkrafttreten des Gesetzes im Jahre 1972 nicht mit diesen Erstinvestitionen belastet waren. Es zeichnet sich schon heute ab, daß von Krankenhäusern Fördermittel für Baumaßnahmen nicht abgerufen werden können, weil die Finanzierung der damit verbundenen kurzfristigen Anlagegüter nicht möglich ist. Wenn schon vor der Einbindung dieser Beschaffungen in die pauschalen Fördermittel aus Rechtsgründen nicht abgegangen werden kann, muß erwartet werden, daß dann die Fördermittel angemessen erhöht werden.

Zu Abs. 8

Nach Abs. 8 sollte ein weiterer Absatz angefügt werden, der die Möglichkeit eröffnet, bei Verminderung der Zahl der Planbetten die pauschalen Fördermittel für eine Übergangszeit in bisheriger Höhe weiterzuzahlen. Damit würde ein wesentliches Hemmnis beseitigt, das den Krankenhäusern heute die Anpassung des Bettenangebots an die Bedarfsentwicklung erschwert. Im übrigen ist diese auch sachlich gerechtfertigt, weil durch die bloße Aufgabe von Betten bei grundsätzlicher Beibehaltung der betriebenen Fachabteilungen kaum eine Reduzierung des Finanzbedarfs für kurzfristige Anlagegüter eintritt.

Zu § 22 - Medizinisch-technische Großgeräte

Diese Vorschrift sollte ersatzlos gestrichen werden.

Begründung:

Die Vorschrift ist gegenüber dem Referentenentwurf noch verschärft worden, indem insbesondere nicht nur die Förderung der "Wiederbeschaffung", sondern darüber hinaus der "Beschaffung" geregelt wird.

Die Krankenhausträger sind nicht in der Lage, aus den pauschalen Fördermitteln die Erstbeschaffung kostenaufwendiger medizinisch-technischer Großgeräte zu finanzieren, selbst die Wiederbeschaffungskosten können daraus nicht gedeckt werden. Hierfür

ist ggf. eine Anhebung der Pauschale oder eine besondere Pauschale vorzusehen. Die in dieser Vorschrift vorgesehene Regelung widerspricht dem Prinzip der dualen Finanzierung und schafft einen Präzedenzfall, der leicht auf weitere Förderbereiche ausgedehnt werden könnte. Hier wird der Versuch unternommen, das Land bei der Wiederbeschaffung medizinisch-technischer Großgeräte finanziell zu entlasten. Es ist zwingend notwendig, die Finanzierung der Wiederbeschaffung medizinisch-technischer Großgeräte im Landeskrankenhausgesetz sicherzustellen.

Gegen die vorgesehene Regelung des § 22 ist auch einzuwenden, daß das KHG in den §§ 8 ff. nicht zwischen der Investitionsförderung für den stationären und nichtstationären Teil des Krankenhauses unterscheidet und die Förderung auch nicht an Art und Umfang der Einnahmen des Krankenhauses geknüpft ist. Insofern halten wir die Regelung für unzulässig. Keinesfalls darf die Förderung an fiktive Einnahmen gebunden werden, die dann anzurechnen sind. Die Regelung in Ziff. 3 wirkte zudem tendenziell gegen eine sparsame Mittelverwendung, da das Ansparen von Fördermitteln "bestraft" wird.

Insgesamt wird der hier geforderte Nachweis mangelnder Deckung der Kosten als Voraussetzung für die Förderung der Wiederbeschaffung medizinisch-technischer Großgeräte grundsätzlich abgelehnt.

Zu § 24 - Anlauf- und Umstellungskosten

Zu Abs. 2 Es wird vorgeschlagen, Satz 1 wie folgt zu ändern: "Eine Betriebsgefährdung i.S. von Abs.1 ist nur dann gegeben, wenn die Finanzlage des Krankenhausbetriebs eine Abgeltung aus eigener Kraft als nicht zumutbar erscheinen läßt."

Begründung:

Die Förderung kann nicht von der Finanzlage des Krankenhausträgers und seiner Gesellschafter abhängig gemacht werden. Dies stünde auch nicht im Einklang mit § 4 KHG. Entscheidend kann allein die wirtschaftliche Situation des Krankenhauses sein.

Zu § 27 - Ausgleichsleistungen bei Einstellung des
Krankenhausbetriebs

Abs. 4 sollte wie folgt gefaßt werden:

"Die Ausgleichszahlungen sind zurückzuzahlen, wenn der Krankenhausbetrieb aus einem von dem Krankenhaus zu vertretenden Grund nicht innerhalb der vorgesehenen Frist eingestellt oder auf andere Aufgaben umgestellt ist."

Begründung:

Bei einer unverschuldeten Fristüberschreitung ist eine Rückerstattung der Ausgleichszahlungen nicht gerechtfertigt.

Zu § 28 - Sicherungs- und Instandhaltungspflicht

Abs. 2 sollte ersatzlos gestrichen werden.

Begründung:

Zu einer wirtschaftlichen Betriebsführung gehören auch die regelmäßige Wartung und Instandhaltung der Anlagegüter der Krankenhäuser, so daß diese Vorschrift überflüssig ist.

Zu § 29 - Zweckbindung

Abs. 1 ist wie folgt zu ändern:

"Die Bewilligung der Fördermittel kann mit Bedingungen und Auflagen nur verbunden werden, soweit sie für die Einhaltung der Ziele des Krankenhausplans erforderlich sind.

Begründung:

Die vorgesehene Vorschrift geht weit über § 14 KHG a.F. hinaus und ist daher abzulehnen. Sie führt in dieser Form zu einer erheblichen Verunsicherung der Krankenhausträger und schränkt den Förderanspruch unzumutbar ein. Es sollte daher die alte Fassung des § 14 KHG übernommen werden. Die Notwendigkeit dieser Äußerung ergibt sich auch aus § 1 Abs. 2 Satz 3 KHG. Danach darf die Gewährung von Fördermitteln nicht mit Auflagen verbunden werden, durch die die Selbständigkeit und Unabhängigkeit von Krankenhäusern über die Erfordernisse der Krankenhausplanung und der wirtschaftlichen Betriebsführung hinaus beeinträchtigt werden.

Abs. 4 Satz 1 sollte ersatzlos gestrichen werden.

Begründung:

Es sollte weiterhin i.S. einer sparsamen Wirtschaftsführung möglich sein, die pauschalen Fördermittel zur Überbrückung von Liquiditätsengpässen einzusetzen. Eine Abkehr von dieser Übung würde die Inanspruchnahme von Kapitalmarktmitteln mit entsprechend hohen Kreditzinsen verlangen, während andererseits aufgrund eines sparsamen Mitteleinsatzes vorhandene Rücklagen aus Pauschalen nicht genutzt werden dürfen. Die zusätzliche Belastung der Selbstkosten mit Kreditzinsen ist nicht im Sinne der Versichertengemeinschaft. Darüber hinaus widerspricht diese Vorschrift der Regelung in § 9 Abs. 3 KHG, wonach die Länder die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter sowie kleiner baulicher Maßnahmen durch feste jährliche Pauschalbeträge zu fördern haben, "mit denen das Krankenhaus im Rahmen der Zweckbindung der Fördermittel frei wirtschaften kann".

Zu § 30 - Rückforderung von Fördermitteln

Die Absätze 1 - 3 sollten ersatzlos gestrichen werden.

Begründung:

Eine Konkretisierung von einzelnen Vorschriften des Verwaltungsverfahrensgesetzes wird nicht für notwendig gehalten. Zudem sind Vorgriffe auf beabsichtigte Änderungen des Verwaltungsverfahrensgesetzes entschieden abzulehnen, da hierfür eine Notwendigkeit nicht anerkannt wird.

Einfügung eines neuen § 31 a - Förderung des theoretischen Teils der Ausbildung

Es wird gebeten, folgende Vorschrift in das Landeskrankenhausgesetz aufzunehmen:

"Für den theoretischen Teil der Ausbildung in mit dem Krankenhaus notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten, die nach den Vorschriften des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und dieses Gesetzes gefördert werden, sind Fördermittel zu gewähren, soweit diese Kosten nicht aufgrund anderer Vorschriften

gedeckt werden. Die Fördermittel können mit Zustimmung des Trägers auch auf Grund pauschaler Kostenwerte festgesetzt werden."

Begründung:

Da die Kosten des theoretischen Teils der Ausbildung nach § 17 Abs. 4 a Satz 2 KHG nur noch bis zum 31.12.1988 über den Pflegesatz finanziert werden, muß die Anschlußfinanzierung durch das Land sichergestellt werden. Es ist den Krankenhausträgern sowie den Schülern und Schülerinnen nicht zuzumuten, daß die Finanzierung weiter offen bleibt, zumal bei den dreijährigen Ausbildungen schon heute die letzten beiden Jahre nicht mehr geregelt sind. Entsprechend ist in § 41 des Gesetzes das Inkrafttreten ab 1.1.1989 aufzunehmen.

IV. Krankenhausstruktur

Zu § 32 - Wirtschaftliche Betriebsführung

In Abs. 1 ist folgender Satz 2 anzufügen:

"Zusammenschlüsse von Krankenhäusern innerhalb eines Kreises oder einer kreisfreien Stadt sind zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit zulässig."

Abs. 2 kann dann gestrichen werden. Anderenfalls ist der letzte Halbsatz "in denen insbesondere Abteilungen nicht parallel vorgehalten werden" zu streichen.

Begründung:

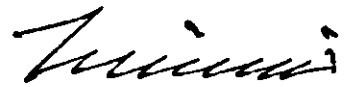
Das hier vorgesehene Verbot ist sachlich nicht gerechtfertigt. Dadurch wird die Fusion von Krankenhäusern aus nicht anzuerkennenden Gründen erschwert. Offenbar soll verhindert werden, daß das Krankenhaus durch einen Zusammenschluß in eine höhere Versorgungsstufe kommt und damit höhere Fördermittel erhält. Wenn künftig die Pauschalförderung nicht mehr ausschließlich an der Bettenzahl orientiert wäre, würde dieser Gesichtspunkt in Zukunft keine Bedeutung mehr haben. Insbesondere unter den Gesichtspunkten der Kostendämpfung und einer wirtschaft-

lichen Betriebsführung sollte die Fusion mehrerer Krankenhäuser zu einem Krankenhaus nicht in dieser Form erschwert werden. Auf unsere einleitenden Ausführungen (S.4 Ziff. 4) wird verwiesen.

Mit vorzüglicher Hochachtung



Hans Joachim Schäfer
Beigeordneter
Städtetag Nordrhein-Westfalen



Adalbert Leidinger
Geschäftsf. Vorstandsmitglied
Landkreistag
Nordrhein-Westfalen



Dr. Peter Michael Mombaur
Geschäftsf. Präsidialmitglied
Nordrhein-Westfälischer
Städte- und Gemeindebund