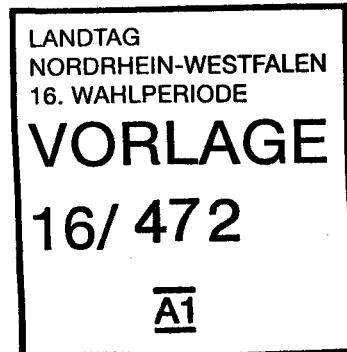




Die Ministerin

MGEPA Nordrhein-Westfalen • 40190 Düsseldorf

An die  
Präsidentin des Landtags  
Frau Carina Gödecke MdL  
Platz des Landtags 1  
40221 Düsseldorf



20. Dezember 2012

## Evaluationsberichte zum Krankenhausrecht NRW

Sehr geehrte Frau Landtagspräsidentin,

als Anlagen übersende ich die Berichte zur Evaluierung des Krankenhausgestaltungsgesetzes (KHGG NRW) vom 11. Dezember 2007 und zur Verordnung zur Regelung von Zuständigkeiten und Verfahren auf dem Gebiet des Krankenhauswesens (KHZVV) vom 21. Oktober 2008.

Den Evaluationsbericht zur Verordnung über die pauschale Krankenhausförderung (PauschKHFVO) vom 18. März 2008 habe ich der Vollständigkeit halber ebenfalls beigelegt.

Mit freundlichen Grüßen

Barbara Steffens

Horionplatz 1  
40213 Düsseldorf  
[www.mgepa.nrw.de](http://www.mgepa.nrw.de)

Telefon +49 211 8618-4300  
Telefax +49 211 8618-4550  
[barbara.steffens@mgepa.nrw.de](mailto:barbara.steffens@mgepa.nrw.de)

Öffentliche Verkehrsmittel:  
Rheinbahn Linien 704, 709  
und 719 bis Haltestelle  
Landtag/Kniebrücke



Stand: 6.12.2012

**Evaluierung  
des Krankenhausgestaltungsgesetzes  
des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW)  
vom 11.12.2007**

**Bericht an den Landtag**

Dezember 2012

Ministerium für  
Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter  
des Landes Nordrhein-Westfalen

## **Evaluierung des Krankenhausgestaltungsgesetzes (KHGG NRW)**

### **A. Einleitung**

### **B. Schwerpunkte des Krankenhausgestaltungsgesetzes (KHGG NRW)**

- I. Krankenhausplanung
- II. Krankenhausförderung
- III. Weitere Regelungsschwerpunkte

### **C. Bewertung der beteiligten Behörden und Institutionen**

- I. Abschnitt I: Allgemeine Bestimmungen
- II. Abschnitt II: Planung
- III. Abschnitt III: Krankenhausförderung
- IV. Abschnitt IV: Krankenhausstruktur

### **D. Schlussbemerkungen**

## **A. Einleitung**

Aufgrund der Berichtspflicht in § 38 Satz 3 des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW) vom 5. Dezember 2007 (GV. NRW. S. 702, ber. 2008, S. 157) ist dem Landtag bis zum 31.12.2012 über die Erfahrungen mit dem Gesetz zu berichten. Dieser Verpflichtung wird mit diesem folgenden Bericht nachgekommen.

Die mit der Umsetzung des KHGG NRW befassten öffentlichen Stellen und die Beteiligten im Krankenhauswesen wurden um Stellungnahme gebeten. Daraufhin haben sich die Caritas in NRW, die Krankenhausgesellschaft NW, der Landschaftsverband Rheinland, die Verbände der Kostenträger, die Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände, die Ärztekammern Rheinland und Westfalen-Lippe, ver.di (Landesbezirk NRW), das Institut der Wirtschaftsprüfer sowie die Bezirksregierungen geäußert.

Sämtliche Äußerungen zusammengenommen führen zu der Schlussfolgerung, dass die Beteiligten zwar keinen grundsätzlichen Änderungsbedarf am KHGG NRW sehen, aber durchaus die Notwendigkeit zu einzelnen Anpassungen. Nach einer internen Zusammenfassung der Rückmeldungen und der daraus entstandenen Voten wird der Evaluierungsbericht vorgelegt. Der Bericht folgt dabei im Grundsatz der Unterteilung des Gesetzes in die einzelnen Abschnitte.

## **B. Schwerpunkte des Krankenhausgestaltungsgesetzes (KHGG NRW)**

### **I. Krankenhausplanung**

Durch das KHGG NRW wurde die Krankenhausplanung mit ihrem dreistufigen Aufbau aus Rahmenplanung, Schwerpunktplanung und regionalen Planungskonzepten gestrafft. Die Schwerpunktplanung wurde aufgegeben und die Gestaltungsfreiheit der Krankenhausträger durch flexiblere Regelungen ausgeweitet sowie auf Detailregelungen verzichtet. Im Einzelnen:

Während das alte nordrhein-westfälische Recht insoweit noch recht engmaschige Vorgaben enthielt, hat sich das Land mit den Regelungen des KHGG NRW weitgehend aus der Detailplanung zurückgezogen, ohne dabei die planerische Letztverantwortung aufzugeben. Verzichtet wurde insbesondere auf das Instrument der Schwerpunktfestlegungen für besondere und überregionale Aufgaben, das noch in §

15 KHG NRW 1998 enthalten war; die nunmehr nur noch zweiteilige Krankenhausplanung beschränkt sich auf die Rahmenvorgaben und die regionalen Planungskonzepte.

Unter Rahmenvorgaben versteht der Gesetzgeber gemäß § 13 Abs. 1<sup>1</sup> die Planungsgrundsätze und Vorgaben für die „notwendigen aufeinander abzustimmenden Versorgungsangebote nach ihrer regionalen Verteilung, Art, Zahl und Qualität“. Nach § 13 Abs. 2 muss bei der Neuaufstellung und Fortschreibung der Rahmenvorgaben der zuständige Landtagsausschuss gehört werden. Zudem ist das Ministerium verpflichtet, den Landesausschuss zu beteiligen. Dieser hat nach § 15 Abs. 3 Empfehlungen zur Neuaufstellung, Fortschreibung und Umsetzung der Rahmenvorgaben zu erarbeiten. Mit einem Teil der Mitglieder des Landesausschusses – den „unmittelbar Beteiligten“ i.S. des § 15 Abs. 1 – muss Einvernehmen über die Erarbeitung der Rahmenvorgaben angestrebt werden; die abschließende Entscheidung ist jedoch dem Ministerium vorbehalten (§ 15 Abs. 3 Satz 4).

Auf der Grundlage der Rahmenvorgaben legt das Ministerium gemäß § 14 Abs. 1 Satz 1 abschließend „insbesondere Gebiete, Gesamtplanbettenzahlen und Gesamtbehandlungsplatzkapazitäten“ fest. Auf dieser Stufe der Krankenhausplanung werden die regionalen Planungskonzepte relevant, die „gemeinsam und gleichberechtigt“ von den Krankenhausträgern und den Verbänden der Krankenkassen erarbeitet werden (§ 14 Abs. 1 Satz 2). Die Verhandlungen über derartige Konzepte sind durch die Regelungen des KHGG NRW zeitlich gestrafft worden: Nach Aufforderung entweder durch die Krankenhausträger, die Verbände der Krankenkassen oder durch die zuständige Behörde müssen die Verhandlungen über ein regionales Planungskonzept innerhalb eines Monats eingeleitet und spätestens nach weiteren drei Monaten abgeschlossen werden (§ 14 Abs. 2); die entsprechenden Fristen nach der alten Rechtslage betragen drei bzw. sechs Monate. Die im Landesausschuss nach § 15 vertretenen unmittelbar und mittelbar Beteiligten an der Krankenhausversorgung sind zu den Konzepten anzuhören; dies gilt grundsätzlich nur dann nicht, wenn im Einvernehmen mit dem Krankenhausträger nicht bettenführende Angebote aufgegeben oder Gesamtbettenreduzierungen vorgenommen werden (§ 14 Abs. 4 Satz 1 u. 2). Das Ministerium kann sich nach einer rechtlichen und inhaltlichen Prüfung des Planungskonzepts über die Vorschläge der Verhandlungspartner hinwegsetzen, muss

---

<sup>1</sup> Bei §§ ohne nähere Bezeichnung handelt es sich um solche nach dem KHGG NRW.

ihnen dann aber noch einmal Gelegenheit zur Stellungnahme geben (§ 14 Abs. 3 Satz 3 u. 4).

## II. Krankenhausförderung

Mit dem KHGG NRW hat das Land vor allem auch die Krankenhausinvestitionsförderung neu geregelt. § 17 (Förderungsgrundsätze) sieht in allgemeiner und an den bisherigen Förderungsgrundsätzen orientierter Form vor, dass die Investitionskosten von Krankenhäusern nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und den Vorschriften des Abschnitts III des KHGG NRW auf Antrag im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel durch Zuschüsse und Zuweisungen gefördert werden (§ 17 Satz 1). Bereits in den §§ 18, 19 ist aber die grundlegende Umstellung der Krankenhausförderung auf eine Pauschalförderung sowohl der Investitionskosten nach § 2 Nr. 2a<sup>2</sup> als auch nach § 2 Nr. 2b KHG<sup>3</sup> geregelt.

Demnach wird gemäß § 18 Abs. 1 Nr. 1 die Errichtung von Krankenhäusern (Neubau, Umbau, Erweiterungsbau) einschließlich der Erstausrüstung mit den für den Krankenhausbetrieb notwendigen Anlagegütern sowie die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 15 Jahren (Baupauschale) und gemäß § 18 Abs. 1 Nr. 2 die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als drei Jahren bis zu 15 Jahren (kurzfristige Anlagegüter)<sup>4</sup> durch jährliche Pauschalbeträge, mit denen das Krankenhaus im Rahmen der Zweckbindung der Fördermittel wirtschaften kann, gefördert. Zugleich wird das zuständige Ministerium ermächtigt, durch Rechtsverordnung die Bemessungsgrundlagen, die Zahlungsmodalitäten, die Höhe der Pauschalbeträge nach Absatz 1 sowie für einen Übergangszeitraum die Reihenfolge der Berechtigten zu bestimmen (vgl. § 18 Abs. 2 Nr. 1)<sup>5</sup>. Davon ausgehend bestimmt § 19 Abs. 1, dass das zuständige Ministerium auf der Grundlage des Krankenhausplans

---

<sup>2</sup> Investitionskosten nach § 2 Nr. 2a KHG sind die Kosten der Errichtung (Neubau, Umbau, Erweiterungsbau) von Krankenhäusern und der Anschaffung der zum Krankenhaus gehörenden Wirtschaftsgüter, ausgenommen der zum Verbrauch bestimmten Güter (Verbrauchsgüter).

<sup>3</sup> Investitionskosten nach § 2 Nr. 2b KHG sind die Kosten der Wiederbeschaffung der Güter des zum Krankenhaus gehörenden Anlagevermögens (Anlagegüter).

<sup>4</sup> Dabei erfolgte die Förderung der kurzfristigen Anlagegüter auch bislang schon nach einem System pauschaler Förderung, allerdings im Wesentlichen orientiert an den Planbetten und Behandlungsplätzen der Krankenhäuser (§ 25 KHG NRW 1998); zu den Gründen für die DRG-orientierte Umstellung vgl. LT-Drs. 14/3958, S. 48.

<sup>5</sup> Zu der auf dieser Rechtsgrundlage erlassenen Verordnung über die pauschale Krankenhausförderung (PauschKHFVO) vom 18. März 2008 vgl. GV.NRW, S. 347.

und der Vorschriften dieses Gesetzes sowie der Rechtsverordnung nach § 18 Abs. 2 Investitionsprogramme gemäß §§ 6, 8 KHG aufstellt.

Dem negativen Anreiz zur Beibehaltung von Bettenkapazitäten, die nicht mehr benötigt werden, soll durch diese geänderte pauschale Förderung begegnet und leistungsbezogene Anreize sollen gefördert werden. Damit hat das Land einen grundlegenden Systemwechsel vollzogen: das Leistungsgeschehen eines Krankenhauses wird zur unmittelbaren Grundlage der Pauschalenbemessung, Krankenhäuser mit einem hohen Behandlungskontingent erhalten höhere, solche mit weniger Leistungen entsprechend niedrigere Pauschalsätze. Die Höhe der Förderung richtet sich in Anknüpfung an das leistungsorientierte und pauschalierende Vergütungssystem im Entgeltrecht (DRG-System) nach Zahl und Schwere der behandelten Krankenhausfälle, die zwei Jahre vor dem Jahr der Förderung liegen, konkretisiert durch Berechnungsverfahren, die die Verordnung über die pauschale Krankenhausförderung (PauschKHFVO) ausweist. Auf der Basis des jeweiligen Haushaltsansatzes pro Jahr findet eine Verteilung der Mittel auf die voll- und teilstationären Behandlungstage, Zusatzentgelte, die Ausbildungsplätze sowie Bewertungsrelationen statt. Daraus werden feststehende Sätze ermittelt, die durch die Bewertungsrelationen geteilt zu einer Fallpauschale umgerechnet werden. Über einen Zeitraum von drei Jahren (2008 - 2010) werden Verluste von mehr als 50.000 € gegenüber dem Anspruch nach dem letzten bestandskräftigen Pauschalmittelbescheid über die Förderung kurzfristiger Anlagegüter teilweise ausgeglichen.

Nach dem dargestellten Ansatz wird seit 2008 auch für die Errichtung von Krankenhäusern für jedes einzelne Krankenhaus eine sogenannte Baupauschale errechnet. Dabei werden die Krankenhäuser schrittweise in das Investitionsprogramm aufgenommen. Die Aufnahme erfolgt nach einer durch eine Förderkennziffer bestimmten Rangfolge (vgl. § 9 Abs. 2 PauschKHFVO). Sie errechnet sich aus den bilanzierten und testierten Sonderposten und Verbindlichkeiten für Investitionen nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 KHG dividiert durch den künftigen Anspruch auf Pauschale. Mit der niedrigsten Förderkennziffer beginnend werden entsprechend der Förderkennziffer in jedem Jahr so viele Krankenhäuser neu in die Förderung durch die Baupauschale aufgenommen, bis der Haushaltsansatz für die pauschale Förderung zur Errichtung von Krankenhäusern gemäß § 18 Abs. 1 Nr. 1 ausgeschöpft ist (vgl. § 9 Abs. 4 PauschKHFVO). Erstmals im Jahr 2012 erhalten alle Krankenhäuser eine Förderung, die einen Antrag gemäß § 17 KHGG NRW gestellt hatten.



Im Weiteren bewegt sich das nordrhein-westfälische Landesrecht in dem bisherigen Rahmen der Krankenhausförderung, wenn es etwa in § 21 Abs. 1 Satz 1 bestimmt, dass förderungsfähig nur die Kosten sind, die für eine ausreichende und medizinisch zweckmäßige Versorgung nach den Grundsätzen von Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit erforderlich sind. Die Folgekosten, insbesondere die Auswirkungen auf die Pflegesätze und Entgelte, sind gemäß § 21 Abs. 1 Satz 2 zu berücksichtigen. Zudem sind nach § 21 Abs. 2 Satz 1 von der Förderung solche Investitionen ausgenommen, die nicht der stationären Krankenhausbehandlung dienen. Dazu zählen auch Kostenanteile, die auf Bereiche für Forschung und Lehre (vgl. § 5 Abs. 1 Nr. 1 KHG) entfallen (§ 21 Abs. 2 Satz 2). Weiterhin ist es dabei geblieben, dass die Bewilligung die vorherige Aufstellung eines Investitionsprogramms voraussetzt (§ 19; vormals § 21 Abs. 2 Satz 1 KHG NRW 1998). Der Rechtsanspruch auf Förderung entsteht ebenfalls erst mit Bekanntgabe des schriftlichen Bewilligungsbescheides (§ 19 Abs. 2 Satz 1; vormals § 20 Satz 4 KHG NRW 1998).

Im Vergleich zum alten Krankenhausförderrecht wurden die Handlungsspielräume der Krankenhäuser erweitert, wenn etwa § 21 Abs. 4 bestimmt, dass nicht verbrauchte Pauschalmittel in den Folgejahren entsprechend dem jeweiligen Förderzweck verwendet werden können. Zudem können die Pauschalmittel insbesondere zur Finanzierung von Krediten für Krankenhausinvestitionsmaßnahmen genutzt werden (vgl. § 21 Abs. 5). Von der Grundregel, dass die Pauschalmittel nur für die ihnen jeweils zugewiesene Zweckbestimmung verwendet werden dürfen, räumt das Gesetz abweichend die Möglichkeit ein, die für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter gewährte Pauschale bis zu 30 vom Hundert der Jahrespauschale für Zwecke nach § 18 Abs. 1 Nr. 1 einzusetzen (vgl. § 21 Abs. 9).

Schließlich dürfen Krankenhäuser ihren Anspruch auf Mittel der Baupauschale und entsprechende Anwartschaften mit Zustimmung der zuständigen Behörde an andere förderungsberechtigte Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen zur Finanzierung von Investitionen nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 KHG abtreten (vgl. § 20). Das bedeutet insbesondere für Krankenhausverbände, dass sie die öffentliche Förderung „poolen“ und Prioritäten innerhalb ihres Verbundes setzen können. Zwar steht dies unter einem entsprechenden Prüfvorbehalt zugunsten des Landes; die beabsichtigte Abtretung ist der zuständigen Behörde durch das abtretende Krankenhaus anzuzeigen. Die Zustimmung gilt als erteilt, wenn die zuständige Behörde nicht innerhalb von zwei Monaten nach Eingang der Abtretungsanzeige schriftlich widerspricht. Eine Ablehnung

darf nur erfolgen, wenn als Folge der Abtretung die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern insbesondere dadurch gefährdet wäre, dass keine ausreichende Vorsorge für absehbar notwendige Investitionen getroffen ist oder Vorgaben des Krankenhausplans nicht eingehalten würden. Dadurch soll dem Land die Möglichkeit gegeben bleiben, krankenhauserplanerisch unhaltbaren Zuständen bzw. Entwicklungen Einhalt zu gebieten. Der Letztverantwortung des Landes ist damit Rechnung getragen worden.

### **III. Weitere Regelungsschwerpunkte**

Über die Veränderungen im Krankenhausplanungs- und Krankenhausfinanzierungsrecht hinaus hat es weitere Änderungen im Landeskrankenhausrecht gegeben. Unter Berücksichtigung der Organisationshoheit der Krankenhausträger sind Vorgaben des KHG NRW 1998 reduziert oder sogar gänzlich aufgegeben worden. Viele der bisherigen Regelungen wurden gestrafft und auf den wesentlichen Regelungsinhalt zurückgeführt, etwa im Rahmen der Krankenhaushygiene (§ 8 KHG NRW 1998/jetzt § 6), der betrieblichen Abschlussprüfung (§ 34 KHG NRW 1998/jetzt § 28), der Krankenhausbetriebsleitung (§ 35 KHG NRW 1998/jetzt § 31 Abs. 1) sowie des ärztlichen Dienstes (§ 36 KHG NRW 1998/jetzt § 31 Abs. 2).

Weitergehende Änderungen hat es zudem in den folgenden Bereichen gegeben: Zu den Krankenhausleistungen zählt nach neuem Recht auch die aktive Mitwirkung bei der Organspende (§ 2 Abs. 1 Satz 3). § 9 verpflichtet die Krankenhäuser überdies zur Bestellung einer / eines Transplantationsbeauftragten nach § 3 des Gesetzes zur Ausführung des Transplantationsgesetzes (AG-TPG). Gemäß § 3 Abs. 1 AG-TPG bestellen Krankenhäuser mit Intensivkapazitäten mindestens eine Ärztin oder einen Arzt in Leitungsfunktion zur oder zum Transplantationsbeauftragten. Die Aufgaben der Transplantationsbeauftragten werden in § 3 Abs. 1 Satz 2, Abs. 2 AG-TPG näher beschrieben. Rechte und Pflichten sowohl der Transplantationsbeauftragten als auch der Krankenhäuser werden in § 3 Abs. 3 AG-TPG konkret dargelegt.

Ein weiteres Anliegen des Landesgesetzgebers war die Qualitätssicherung in den Krankenhäusern. § 7 sieht zu diesem Zweck vor, dass der Landesausschuss für Krankenhausplanung (§ 15) bei Bedarf über die bundesrechtlichen Bestimmungen hinaus Qualitätsmerkmale und -indikatoren vorschlägt, über die ein Krankenhaus die Öffentlichkeit so zu unterrichten hat, dass Patientinnen und Patienten ein direkter Vergleich zwischen verschiedenen Krankenhäusern möglich wird. Der Ausschuss

kann Vorschläge über Verfahren und Form derartiger Veröffentlichungen unterbreiten, die durch dreiseitige Vereinbarungen der Krankenhausgesellschaft Nordrhein Westfalen, der Krankenkassen und der Ärztekammern umgesetzt werden können.

Eine wesentliche Änderung hat sich im Bereich der Organisationsvorgaben ergeben. § 33 Abs. 2 KHG NRW 1998 enthielt das sog. Verbot von Parallelvorhaltungen. Dies bedeutete, dass in den einzelnen Betriebsstellen insbesondere Abteilungen nicht parallel vorgehalten werden durften. Sinn und Zweck der Regelung war es, beim Zusammenschluss benachbarter Krankenhäuser zu einem Krankenhaus die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit des neu gebildeten Gesamtkrankenhauses zu erhöhen und zwischen den einzelnen Betriebsstellen Konkurrenzsituationen zu vermeiden. Lediglich für die bisherigen Teilgebiete wurden Ausnahmen anerkannt, so dass es als zulässig angesehen wurde, zum Beispiel in der Fachrichtung Innere Medizin in einer Betriebsstelle Allgemeine Innere Medizin und Gastroenterologie und in der anderen Betriebsstelle Kardiologie vorzuhalten. Gleichwohl stellte sich die Regelung in vielen Fällen faktisch als Fusionshindernis dar. Durch die nunmehrige Fassung des § 29 Abs. 2 hat der Landesgesetzgeber von dem Verbot der Parallelvorhaltungen Abstand genommen. Vor dem Hintergrund der vom Gesetzgeber vorgesehenen Änderung der Planungstiefe hat der Gesetzgeber mit der Aufhebung des Verbots der Parallelvorhaltungen Organisationsspielräume für Krankenhausträger eingeräumt.

## **C. Bewertung der beteiligten Behörden und Institutionen**

### **I. Abschnitt I: Allgemeine Bestimmungen**

Im Hinblick auf den ersten Abschnitt des KHGG NRW wurden zwar keine grundlegenden Bedenken geltend gemacht, indes gab es von den Beteiligten im Verfahren Anregungen zu nahezu allen Vorschriften dieses Abschnitts. Im Einzelnen wurden folgende Hinweise gegeben:

#### **1. Zu § 1 (Grundsatz)**

a) Zu der Grundsatzregelung des § 1 hat *ver.di* den Wunsch geäußert, Regelungen zu Gunsten der kommunalen Verantwortung im Gesundheitswesen und in regionalen Planungsgrundsätzen aufzunehmen. Um eine ausgleichende öffentliche Einflussnahme auf allen Ebenen des Krankenhausrechts zu schaffen, seien Regelungen zu Gunsten der kommunalen Verantwortung zwingend notwendig.

Der Vorschlag wird nicht befürwortet. Das geltende Gesetz enthält z.B. in § 1 Abs. 2 Satz 2, Abs. 3 Satz 2, aber etwa auch in § 14 Abs. 3 Satz 1 und 5 kommunale Mitwirkungsrechte, die kommunalen Spitzenverbände sind zudem unmittelbar Beteiligte im Landesausschuss nach § 15. Diese Regelungen werden noch flankiert von Bestimmungen über kommunale Beteiligungsmöglichkeiten z.B. im Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (etwa § 24 ÖGDG). Diese Möglichkeiten müssen von den Betroffenen im jeweiligen Verfahren aktiv genutzt werden, weitergehender gesetzlicher Änderungsbedarf besteht insoweit nicht.

b) Im Hinblick auf die Grundsatzregelung in § 1 Abs. 1 i.V. mit § 8 (Zusammenarbeit der Krankenhäuser) wurde von *ver.di* vorgebracht, dass die Zusammenarbeit der Krankenhäuser in der Realität nicht gelebt werde. Eine Kooperation im Gesundheitswesen bedürfe eines institutionellen Rahmens.

Die Zusammenarbeit von Krankenhäusern wird landesseitig grundsätzlich begrüßt; flankierend wurde die Regelung des § 8 eingeführt. Ein institutioneller Rahmen steht damit grundsätzlich zur Verfügung, auch mit einer Gesetzesänderung könnte die Zusammenarbeit aber nicht erzwungen werden.

## 2. Zu § 2 (Krankenhausleistungen)

a) Seitens der *Caritas in NRW* wird eingewandt, dass mit der Übernahme der Verpflichtung stationärer Einrichtungen, an der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung teilzunehmen, auch eine Versorgungsberechtigung einhergehe. Es wird daher folgende Ergänzung des **§ 2 Abs. 1 Satz 1** vorgeschlagen:

"Das Krankenhaus ist *berechtigt* und verpflichtet, entsprechend seiner Aufgabenstellung ..."

Die Ergänzung wird nicht für notwendig erachtet. Die Berechtigung ergibt sich bereits aus dem Versorgungsauftrag zur Erbringung stationärer Leistungen, den das jeweilige Krankenhaus nach den bundesrechtlichen Vorschriften kraft des Feststellungsbescheides des Landes erhält.

b) Im Rahmen des **§ 2** sieht *ver.di* die Problematik der bevorzugten Behandlung privatversicherter Patientinnen und Patienten zu Lasten der GKV-Patientinnen und -Patienten. *Ver.di* plädiert in diesem Zusammenhang für die (Wieder-)Aufnahme des **§ 2 Abs. 3 KHG NRW 1998** ("Privatstationen werden weder eingerichtet noch betrieben.").

Dem Vorschlag soll nicht gefolgt werden. Das von *ver.di* genannte Ziel wurde auch mit der außer Kraft getretenen Vorschrift nicht erreicht. Krankenhäuser haben als Reaktion auf die seinerzeitige gesetzliche Vorgabe z.B. einzelne Stationen rechtlich und faktisch ausgegliedert. Der Änderungsvorschlag ist daher nicht zielführend.

c) Aus Sicht der *Kassenverbände* sollte die Vorhaltung von Zweibettzimmern als Regelleistung festgelegt werden, um den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten auf Schonung und Ruhe Rechnung zu tragen.

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt, da dies nicht im Rahmen der Krankenhausplanung geregelt werden kann.

## 3. Zu § 3 (Pflege und Betreuung der Patientinnen und Patienten)

a) Bezogen auf **§ 3** schlagen die *Bezirksregierung Münster* wie auch - weitestgehend identisch - die *Caritas in NRW* folgende Ergänzung vor, um der frühzeitigen Mobilisierung und Aktivierung der Patientinnen und Patienten zu entsprechen:

*"Pflege, Betreuung und Behandlung ... sind den Bedürfnissen nach Schonung, Ruhe und einer der Rekonvaleszenz dienlichen Kommunikation und Atmosphäre anzupassen ..."*

Der Vorschlag wird im Grundsatz unterstützt, die konkrete Formulierung ist noch zu erarbeiten.

b) Die *Ärztckammern* schlagen in Bezug auf **§ 3 Abs. 2 Satz 1 und 2** eine Erweiterung und Umformulierung vor:

*"Die Würde der Patientinnen und Patienten ist zu beachten. Sie ist bei sterbenden Patientinnen und Patienten über den Tod hinaus zu wahren."*

Auch diesem Vorschlag wird zugestimmt, um die Regelungsabsichten des Landesgesetzgebers deutlicher zum Ausdruck zu bringen.

#### **4. Zu § 4 (Kind im Krankenhaus)**

Im Hinblick auf **§ 4 Abs. 2** weist die *Caritas in NRW* darauf hin, dass die Bereitstellung geeigneter Lehrkräfte für schulpflichtige Kinder im Krankenhaus nicht immer sichergestellt ist. Es wird um Überprüfung dieses Bereichs gebeten.

Der Vorschlag soll aufgegriffen und gemeinsam mit dem Schulministerium analysiert und diskutiert werden, um ggfls. untergesetzlich Lösungsmöglichkeiten zu entwickeln.

#### **5. Zu § 5 (Patientenbeschwerdestellen, Sozialer Dienst, Patientenberatung, Patientenseelsorge)**

Zu **§ 5 Abs. 2 Satz 2** schlägt *ver.di* folgende Neufassung vor: "Der soziale Dienst hat die Aufgabe, die Patientinnen und Patienten zu beraten, das Versorgungsmanagement nach **§ 11 Abs. 4 SGB V** durchzuführen und Hilfe nach den Sozialgesetzbüchern zu vermitteln. (Der soziale Dienst ist so auszustatten, dass er seine Aufgabe umfassend und qualifiziert erfüllen kann)". Die Verpflichtung des sozialen Dienstes, die Ergebnisse der Gesundheitskonferenz zu berücksichtigen, ist in **§ 5 Abs. 1** wieder einzusetzen.

Der Vorschlag wird ohne den Klammerzusatz befürwortet. Der Klammerzusatz hingegen stellt aus Sicht des Landes einen zu weit reichenden Eingriff in die Organisationshoheit der Krankenhausträger dar.

#### 6. Zu § 7 (Qualitätssicherung)

a) Bezogen auf § 7 schlägt die *Bezirksregierung Münster* in Satz 1 folgende Ergänzung vor:

*"Der Landesausschuss ... schlägt ... Qualitätsmerkmale und -indikatoren vor, über die ein Krankenhaus die (Fach-)Öffentlichkeit so zu unterrichten hat, dass Patientinnen und Patienten eine Abschätzung des krankenhausspezifischen Qualitätsniveaus sowie ein direkter Vergleich zwischen verschiedenen Krankenhäusern möglich werden."*

Der Vorschlag wird unterstützt, weil auf diese Weise mehr Transparenz und Bürgernähe erzeugt werden können.

b) Im Falle des § 7 Satz 3 sind die *Ärztetammern* für eine verbindlichere Fassung, um im Bedarfsfall auf Landesebene zielgerichtete qualitätsfördernde Akzente zu setzen. Daher soll "können" durch "sollen" ersetzt werden.

Es bestehen keine Bedenken, dem Vorschlag zu entsprechen.

#### 7. Zu § 8 (Zusammenarbeit der Krankenhäuser)

In § 8 sollte nach Auffassung der *Ärztetammern* die Zielrichtung der Zusammenarbeit und deren Inhalt klarer zum Ausdruck gebracht werden. Zielführend könnte insoweit die Umbenennung der Überschrift in "Patientenorientierte Zusammenarbeit" sein. Zudem sollte nach § 8 Abs. 1 Satz 1 folgende Konkretisierung eingefügt werden: "Dazu zählt insbesondere eine patientenorientierte, regionale Abstimmung der Leistungsstrukturen".

Grundsätzlich bestehen keine Bedenken, dem Vorschlag zu entsprechen; die Umbenennung wird nicht als zwingend erforderlich angesehen.

## 8. Zu § 10 (Zentraler Bettennachweis, Großschadensereignisse)

*Caritas in NRW* plädiert im Kontext des § 10 für eine gezielte Investitionskostenförderung, um es den Krankenhäusern zu ermöglichen, den ihnen auferlegten besonderen Verpflichtungen nachzukommen.

Der Vorschlag wird nicht befürwortet, da in der gesetzlichen Systematik die §§ 17ff. und hier insbesondere § 23 das geeignete Instrumentarium für eine zweckentsprechende Investitionskostenfinanzierung darstellen.

## 9. Zu § 11 (Rechtsaufsicht)

Zu § 11 schlägt die *Bezirksregierung Arnsberg* vor, eine Ahndung von "geringeren" Verstößen (z.B. permanente Nichtbeachtung von Hygienevorschriften, Nichteinhaltung von Bauvorschriften) aus krankenhausaufsichtlicher Sicht durch Bußgelder oder Ordnungswidrigkeitenverfahren zu ermöglichen. Als Alternative könnten diese Einrichtungen für einen zeitlich begrenzten Rahmen von bestimmten Fördermöglichkeiten ausgeschlossen werden.

Aus Sicht des Ministeriums handelt es sich um eine sinnvolle Ergänzung, um mittels der Krankenhausaufsicht stärkeren Einfluss nehmen zu können. Der Vorschlag wird grundsätzlich befürwortet.

## II. Abschnitt II: Krankenhausplanung

Von den Beteiligten wurde zu einzelnen Regelungsmaterien des zweiten Abschnitts durchaus eine Rückkehr zu dem Rechtszustand des KHG NRW 1998 befürwortet. Daneben stand vor allem die Regelung des § 14 im Zentrum der Verbesserungsvorschläge. Im Einzelnen:

### 10. Zu § 12 (Krankenhausplan)

a) Bezogen auf § 12 regt *ver.di* an, die Intervalle zur Überprüfung des Krankenhausplans zeitlich konkret festzuschreiben. Die Initiative solle vom Land oder den Beteiligten der regionalen Planung ausgehen dürfen.

Der Vorschlag wird nicht befürwortet, weil die derzeitigen flexiblen Reaktionsmöglichkeiten sinnvoller sind als feste Terminfestschreibungen.



b) Ebenfalls bezogen auf die Regelung des § 12 sieht *Caritas in NRW* grundlegenden Verbesserungsbedarf bezogen auf die Veröffentlichung des Krankenhausplans. Änderungen ließen sich nur mit erheblichem Aufwand feststellen, den Bedürfnissen nach Publizität und Transparenz sei nicht ausreichend Rechnung getragen. Im Einzelnen werden

- die Aufnahme des Datums des Feststellungs-Bescheides in die Einzeldarstellung des Krankenhauses,
- die Aufnahme der Krankenpflegeschulen in den Krankenhausplan,
- die regelmäßige Veröffentlichung einer Druckversion (z.B. im download-Bereich) sowie
- die Veröffentlichung von regelmäßigen Änderungsmitteilungen

gefordert.

Der Einschätzung wird gefolgt, es besteht grundlegender Verbesserungsbedarf.

#### 11. Zu § 13 (Rahmenvorgaben)

a) Nach Auffassung der *Ärzttekammern* sollte § 13 Abs. 1 Satz 1 wie folgt ergänzt werden:

*"Die Vorgaben zur Qualität können dabei insbesondere Festlegungen zur Notfallversorgung und zur Qualifikation, Zahl und zeitlichen Verfügbarkeit des Fachpersonals umfassen."*

Dem Vorschlag soll nicht gefolgt werden. Die Ergänzung hat rein deklaratorischen Charakter und führt insgesamt betrachtet zu keiner Verbesserung.

b) *ver.di* schlägt vor, dass übergreifende Aufgaben und Planungen vom Land definiert werden sollen. *ver.di* empfiehlt daher, die Schwerpunktplanung in Anlehnung an § 15 KHG NRW wiederaufzunehmen. Konkret wird vorgeschlagen, die Regelung wie folgt zu fassen:

#### *"Schwerpunktfestlegungen:*

*(1) Besondere und überregionale Aufgaben sind den Schwerpunktfestlegungen des Landes vorbehalten. Sie werden in den Rahmenvorgaben benannt.*

*(2) Die Fortschreibung des KH Planes durch Schwerpunktfestlegungen kann sowohl auf Antrag eines Krankenhausträgers als auch auf Anregung der Verbände der Krankenkassen sowie von Amts wegen erfolgen.*

(3) Wird der Krankenhausplan nach Abs. 2 fortgeschrieben, ist wie folgt zu verfahren:

1. Die Beteiligten nach § ... und das betroffene Krankenhaus werden von der zuständigen Behörde gehört.
2. Der Landesausschuss erörtert den Antrag.
3. Die Änderung des Krankenhausplans erfolgt durch Bescheid der zuständigen Behörde.
4. Soweit einem Krankenhaus besondere Aufgaben zugeordnet werden, handelt es sich um allgemeine Krankenhausleistungen dieses Krankenhauses. Bei Aufgaben der Ausbildung muss die Finanzierung gewährleistet sein."

Dem Vorschlag soll nicht gefolgt werden. Die Letztentscheidungskompetenz für die Krankenhausplanung liegt beim Land. Für notwendig erachtete Schwerpunkte können auch im Kontext der Rahmenplanung festgelegt werden. Ein Bedürfnis für die Wiedereinführung des § 15 a.F. besteht daher nicht.

## 12. Zu § 14 (Regionale Planungskonzepte)

Mannigfaltiger Änderungsbedarf wurde von allen Beteiligten im Hinblick auf § 14 angemeldet. Die *Kassenverbände* weisen darauf hin, dass die in § 14 genannten Fristen nicht praktikabel seien. Bei Verhandlungen mit mehreren Krankenhäusern bestehe ein deutlich höherer Zeitbedarf. Im Vordergrund sollten konsensfähige Ergebnisse stehen anstatt Verfahren allein zum Ziel der Fristwahrung im Dissens zu beenden. Im Einzelnen:

### a) § 14 allgemein

Nach Auffassung der *Kassenverbände* sollten Qualitätskriterien als Grundlage der regionalen Planungskonzepte festgelegt werden.

Die Änderung wird nicht als zwingend notwendig erachtet. Entsprechende Qualitätsvorgaben können nach § 13 Abs. 1 Satz 1 zum Bestandteil des Rahmenplans gemacht werden und sind dann Grundlage für die Festlegungen in den regionalen Planungskonzepten (vgl. § 13 Abs. 1 Satz 2). Der nochmaligen (deklaratorischen) Ausführung in § 14 bedarf es daher nicht.

### b) § 14 Abs. 1 Satz 1

Die *Ärztokammern* sind für Klarstellungen der Festlegungen unterhalb der Gebiets-ebene und plädieren für folgende Ergänzung:

*"Im Bedarfsfall insbesondere zur Gewährleistung einer medizinisch abgestimmten Versorgungsstruktur, können vom zuständigen Ministerium Festlegungen auch unterhalb der Gebietsebene getroffen werden."*

Dem Vorschlag soll nicht gefolgt werden. Die Neuregelung ist entbehrlich, da eine entsprechende Handhabung auch derzeit grundsätzlich möglich ist.

c) **§ 14 Abs. 2**

Die *Ärzttekammern* geben zu bedenken, dass die Einbindung von Beteiligten nach § 15 bisher zu spät erfolge, daher plädieren sie für eine gesetzliche Ergänzung in § 14 Abs. 2:

*"Die Beteiligten nach § 15 sind vom zuständigen Ministerium über die Aufnahme der Verhandlungen in Kenntnis zu setzen."*

Die Einfügung wird als sinnvoll erachtet, allerdings sollte die Verfahrenshoheit bei der zuständigen Bezirksregierung belassen und die Vorschrift wie folgt formuliert werden:

*"Die Beteiligten nach § 15 sind von der zuständigen Bezirksregierung über die Aufnahme der Verhandlungen in Kenntnis zu setzen."*

d) **§ 14 Abs. 2 Satz 4**

Laut der *Krankenhausgesellschaft NW (KG NW)* wurde bisher durch die bestehenden gesetzlichen Regelungen keine zeitliche Straffung erreicht; die *KG NW* spricht sich aus diesem Grund für eine verbindlichere zeitliche Straffung des Verfahrens aus, insbesondere für eine verbindliche Bescheidungsfrist nach Abschluss der Verhandlungen. Der entsprechende Feststellungsbescheid solle spätestens ein Jahr nach Antragstellung erlassen werden. Auch die *Caritas in NRW* hat sich in diesem Kontext für die Einführung einer verbindlichen Frist für eine abschließende Entscheidung des Landes ausgesprochen.

Aus Sicht des Landes wären derartige Vorgaben bei der Komplexität der Verfahren und der oftmals komplexen Wettbewerbssituation weitgehend unrealistisch. Es kommt hinzu, dass mit § 75 VwGO (Untätigkeitsklage) und der dort vorgesehenen Drei-Monats-Frist bereits ein entsprechendes Druckmittel zur Verfügung steht, um die zuständigen Behörden zum Tätigwerden zu verpflichten. Eine zusätzliche Regelung würde hier nur zur Rechtsunsicherheit beitragen. Der Vorschlag wird daher abgelehnt.

e) § 14 Abs. 3, 4

Die *Bezirksregierung Arnsberg* merkt an, dass die Beteiligung der unteren Gesundheitsbehörden auf die Anhörung nach Absatz 4 beschränkt werden sollte, da das Interesse - mit Ausnahme bei Schließungen von Kliniken - sehr gering sei. Demgegenüber hält *ver.di* das Verfahren für die Betroffenen für intransparent. Besser sei ein beteiligungsorientiertes kommunales/regionales Verfahren unter Genehmigungsvorbehalt des Landes. Im Verfahren solle die Kommune eine moderierende Stellung und Schiedsfunktion erhalten.

Den Vorschlägen wird nicht zugestimmt, die Beteiligung sollte im bisherigen Umfang erhalten bleiben. Die bestehenden Möglichkeiten müssen von den Betroffenen im jeweiligen Verfahren aktiv genutzt werden, weitergehender gesetzlicher Änderungsbedarf besteht insoweit nicht.

f) § 14 Abs. 5

Die *Bezirksregierung Arnsberg* votiert für eine Bekanntgabe des Feststellungsbescheides sowohl gegenüber dem Adressaten als auch gegenüber Drittbetroffenen und schlägt eine öffentliche Bekanntgabe vor.

Der Vorschlag wird nicht befürwortet. Gegen eine entsprechende Regelung im Landeskrankenhausrecht sprechen verfassungsrechtliche Bedenken. Für die Zulassung der öffentlichen Bekanntgabe durch eine Rechtsvorschrift müssen nach dem Rechtsstaatsprinzip triftige Gründe vorliegen, etwa die Vielzahl oder die Schwierigkeit der Ermittlung der Betroffenen oder die besondere Eilbedürftigkeit einer Anordnung<sup>6</sup>. Allein Vereinfachungs- oder Praktikabilitätsabwägungen reichen nicht aus, Grund der Zulassung muss immer die Bewältigung erheblicher Schwierigkeiten sein, die bei einer Einzelbekanntgabe auftreten würden. Derart schwerwiegende Aspekte sind im Falle der Krankenhausplanung mit einer relativ überschaubaren Anzahl betroffener Krankenhausträger nicht zu erkennen, auch sind die potenziell betroffenen Rechtsträger unschwer zu ermitteln.

---

<sup>6</sup> Vgl. BVerfG NJW 1985, S. 729; BVerwG NJW 1984, S. 188.

### 13. Zu § 15 (Beteiligte an der Krankenhausversorgung)

Die *Caritas in NRW* hält die Verteilung der Mandate im Landesausschuss für unausgewogen. Die Katholische Kirche sei mit nur zwei Sitzen unterrepräsentiert. Die Einbindung der Ärztekammern sollte nur als mittelbar Beteiligte erfolgen, da keine unternehmerische und kostenträgerische Verantwortung bestehe.

Nach Auffassung des Landes ist die katholische Kirche ausreichend vertreten. Zudem werden keine Entscheidungen durch bloße Mehrheiten getroffen. Der ärztliche Sachverstand ist - ungeachtet der fehlenden Strukturverantwortung - in fachlicher Hinsicht sinnvoll. Der Vorschlag wird abgelehnt.

### 14. Zu § 16 (Festlegungen im Krankenhausplan)

a) Im Hinblick auf § 16 Abs. 1 schlägt die *Bezirksregierung Arnsberg* vor, den Katalog der Ausweisungen um eine betriebsscharfe Ausweisung zu erweitern. Zur Begründung wird auf die zunehmenden Fusionen verwiesen.

Der Vorschlag wird unterstützt, da es sich um eine sinnvolle Ergänzung handelt.

b) Die *Bezirksregierung Münster* schlägt im Hinblick auf § 16 Abs. 1 Nr. 7 folgende Formulierung vor, um eine Flexibilisierung des quantitativen Versorgungsauftrages zu erreichen: "...die Art der Abteilungen mit ihrer Planbettenzahl und ihren Behandlungsplätzen...".

Der Vorschlag wird abgelehnt, da aus Sicht des Ministeriums dann die Bedarfseinschätzungen zu unscharf werden.

c) Von der *Bezirksregierung Detmold* wird vorgeschlagen, einen neuen Absatz zwischen die bisherigen Absätze 1 und 2 aufzunehmen. In die gleiche Richtung gehen auch die Vorstellungen der *Bezirksregierung Arnsberg* nach der Vorgabe einer zeitlichen Frist zur Umsetzung der Sollvorgabe im Feststellungsbescheid. Beide Bezirksregierungen weisen darauf hin, dass ohne entsprechende Reaktionsmöglichkeiten des Landes das krankenhauserische Ziel einer bedarfsdeckenden Versorgung der Bevölkerung mit eben den ausgewiesenen Angeboten nicht erreicht werden kann. Die Regelung könnte in etwa lauten wie folgt:

*"Die planerischen Sollvorgaben gemäß Abs. 1 Nr. 6 sind binnen 18 Monaten in das Ist zu überführen. Geschieht dies nicht, ist die zuständige Behörde berechtigt, die planerische Sollausweisung, mit der Kapazitätserweiterungen festgelegt wurden, zurückzunehmen bzw. das Betten-Ist dem Soll anzupassen, wenn das Soll zuvor reduziert wurde. In begründeten Ausnahmefällen kann die zuständige Behörde auf Antrag des Krankenhausträgers diese Frist verlängern."*

Dem Vorschlag wird zugestimmt, die umfassende und schlüssige Begründung wird mitgetragen.

d) Die *Bezirksregierung Köln* regt an, in § 16 eine Anzeigepflicht bei der Änderung von Mehrheitsverhältnissen an der im Feststellungsbescheid eines Krankenhauses aufgeführten Eigentümer- und/oder Trägergesellschaft vorzusehen.

Aus Sicht des Ministeriums handelt es sich um eine sinnvolle Ergänzung. Der Vorschlag wird grundsätzlich befürwortet und soll im Gesetzgebungsverfahren aufgegriffen werden.

e) Die *Caritas in NRW* setzt sich im Rahmen des § 16 für (1.) die Zulassung krankenhausesübergreifender Versorgungsaufträge, ggf. bezogen auf einzelne Leistungsgebiete, ein. Zudem soll (2.) die Zuordnung von Gebieten und Teilgebieten zu einzelnen Betriebsstätten eines Verbundes aufgegeben werden, ohne die Sicherstellung einer flächendeckenden und ortsnahen Notfall- und intensivmedizinischen Versorgung aufzugeben.

Der Vorschlag (1.) wird nicht unterstützt, da rein trägerbezogene Ausweisungen ein höheres Maß an Rechtssicherheit garantieren; zudem wäre bei krankenhausesübergreifenden Versorgungsaufträgen - zumal bei häufigen Trägerwechseln - die Übersichtlichkeit der Versorgungslandschaft gefährdet. Vorschlag (2.) hingegen wird grundsätzlich befürwortet.

#### **15. § 16a neu (Feststellung im Krankenhausplan für Ausbildungsstätten)**

Die *Caritas in NRW* plädiert für die Aufnahme eines neuen Paragraphen in das Landesrecht, um künftige innovative Ausbildungsangebote zu etablieren und kurzfristige Kapazitätsausweitungen zu ermöglichen.

Der Vorschlag wird nicht befürwortet. Das entsprechende Instrumentarium für Kapazitätsanpassungen besteht bereits nach derzeitigem Rechtszustand, die Etablierung innovativer Ausbildungsangebote kann nicht mit den Mitteln des Krankenhausplanungsrechts erreicht werden.

### **III. Abschnitt III: Krankenhausförderung**

In Anbetracht der durch das KHGG NRW umfassend reformierten Landesförderung haben sich zahlreiche Hinweise mit dem dritten Abschnitt des Gesetzes befasst.

Die Einführung der Pauschalförderung als Verteilungsinstrument wird von der *KGNW*, dem *LVR*, den *Ärzttekammern*, der *Caritas in NRW* und den *Kommunalen Spitzenverbänden* grundsätzlich positiv bewertet. Bemängelt wird indes, dass Mengensteigerungen zu niedrigeren Fallwerten und damit zu niedrigeren Baupauschalen führen würden. Dem könne nur durch Anhebung der Haushaltsmittel entgegengewirkt werden. Die Haushaltsmittel seien im Übrigen zu gering, um der Investitionsverpflichtung Nordrhein-Westfalens nach § 4 Nr. 1, § 8 Abs. 5 KHG nachzukommen.

Aus Sicht des Landes besteht nach derzeitigem Erkenntnisstand keine Notwendigkeit, von der Pauschalfinanzierung abzurücken. Sie hat sich als Verteilungsinstrument bewährt. Ob allerdings die weiteren damit verfolgten Ziele (wie vor allem die Generierung eines höheren Investitionsvolumens durch Bankkredite) damit erreicht wurde, müsste in den nächsten Jahren geprüft werden. Da - weil erst ab 2012 alle Krankenhäuser in die Baupauschalen-Förderung einbezogen wurden - ein vollständiger und belastbarer Überblick erst ab 2013 gewonnen werden kann, muss diese Überprüfung der nächsten Evaluation vorbehalten bleiben. Die angesprochenen Feinsteuerungen - etwa der Ausgleich des Verhältnisses zwischen Psychiatrie und Somatik - sind anlässlich der Änderung der Fallpauschalenverordnung vorzunehmen. Eine Erhöhung der Haushaltsmittel kommt allein schon wegen des unvermindert fortbestehenden Konsolidierungsbedarfes im Landeshaushalt nicht in Betracht.

#### **16. Zu § 17 (Förderungsgrundsätze)**

Im Hinblick auf die Regelung des § 17 Satz 3 sprechen sich die *Kommunalen Spitzenverbände* für eine Verringerung der kommunalen Beteiligung an der Investitionsförderung nach § 9 Abs. 1 KHG aus.

Austauschseite vom 10.12.2012 zur Seite 22 des Berichts zur Evaluierung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW) vom 11.12.2007 (Anlage zur Kabinettsvorlage vom 07.12.2012 "Berichte an den Landtag und die Landesregierung über die Evaluierung von Gesetzen und Verordnungen aus dem Geschäftsbereich des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen")

Der Vorschlag ist fachlich nicht begründet. Die Beteiligungsrate der Kommunen ist angemessen. Die Gemeinden ziehen aus der Versorgung mit Krankenhausleistungen einen Nutzen für die Gemeindebevölkerung und erzielen positive Auswirkungen auf die Infrastruktur der Gemeinde (Arbeitsplätze im Krankenhaus und Ansiedlung von Zuliefererbetrieben).

#### 17. § 17a neu (Bürgerschaftsprogramm für Krankenhäuser)

Von einigen Beteiligten (KGNW, Caritas in NRW, Kommunale Spitzenverbände) wurde die Einfügung eines neuen § 17a vorgeschlagen. Dieser solle folgenden Wortlaut haben: *"Krankenhäuser können eine Bürgerschaft des Landes beantragen. Dies ist eine zusätzliche freiwillige Leistung des Landes. Hierüber wird unter Berücksichtigung des jeweiligen Bürgerschaftsrahmens entschieden."*

Die vorgeschlagene gesetzliche Regelung ist nicht erforderlich. Für privatwirtschaftlich organisierte Krankenhäuser als gewerbliche Unternehmen (d.h. insbesondere nicht in kirchlicher bzw. kommunaler Trägerschaft stehende) besteht - sofern sie nicht bereits eine Finanzierung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz erhalten - bereits grundsätzlich ein Zugang zu Bürgerschaften des Landes nach den Bürgerschaftsrichtlinien des Finanzministeriums vom 11. August 1988 (SMBl. NRW 651) - § 18 Abs. 2 Haushaltsgesetz; dabei ist insbesondere der Subsidiaritätsgrundsatz zu beachten.

Es wird jedoch vom MGEPA geprüft, ob die Möglichkeit besteht, für Krankenhäuser - unabhängig von der Trägerschaft und eventueller weiterer Einschränkungen - ein eigenes "Bürgerschaftsprogramm" unter Federführung des MGEPA, was eine Ermächtigung im Haushaltsgesetz und einen Haushaltsansatz beinhaltet, aufzulegen.

#### 18. Zu § 18 (Pauschalförderung)

a) *Ver.di* ist für die Einführung einer vom Haushaltsansatz unabhängigen Einzelförderung und "eines Topfes für Krankenhausgeräte". Zur Begründung wird darauf verwiesen, dass die Investitionsförderung keine freiwillige Leistung im Ermessen der Landesregierung sei. Durch Einzelförderung könne eine Steuerung der Investitionsmaßnahmen nach medizinischen bzw. gesundheitspolitischen Gesichtspunkten erreicht werden.

Hinsichtlich der grundsätzlichen Bewertung der Pauschalförderung wird auf die vorstehenden Ausführungen verwiesen, insbesondere in den Abschnitten B II. und C III. Die Stellungnahme verkennt des Weiteren, dass die zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel auch bei der Einzelförderung begrenzt sind. Wenn eine Förderung ohne Begrenzung durch den Haushalt erfolgen würde, wäre im Übrigen - bei grundsätzlicher Bejahung der Förderfähigkeit einer Maßnahme - die Betätigung des Auswahl-



ermessens mit entsprechender Schwerpunktsetzung durch das Land nicht mehr möglich.

b) Die KGNW, die Caritas in NRW sowie ver.di sind für eine Anpassung der Pauschalmittel an die jährliche Kostenentwicklung und die KGNW setzt sich zudem für einen Forschungsauftrag zur Ermittlung des Förderbedarfs ein. Demzufolge sollte

1. an § 18 Abs. 1 Nr. 2 als Satz 2 angefügt werden:

*" ... Die Pauschalmittel werden jährlich an die durchschnittliche Kostenentwicklung angepasst."*

2. nach § 18 Abs. 2 folgender Absatz 3 angefügt werden:

*"Das zuständige Ministerium vergibt im Benehmen mit dem Landesausschuss nach § 15 im Jahr 2012 einen Forschungsauftrag mit dem Ziel, den jährlichen Fördermittelbedarf der förderungsfähigen nordrhein-westfälischen Krankenhäuser zu analysieren. Die Analyse soll eine Darstellung und Bewertung bereits bestehender Modelle zur Ermittlung des Fördermittelbedarfs bezogen auf Nordrhein-Westfalen beinhalten. Das Wesen der Pauschalförderung ist in der Analyse zu berücksichtigen."*

Beide Vorschläge finden nur begrenzt fachliche Zustimmung.

Der Vorschlag zu 1. übernimmt mit der Verschärfung "jährlich" die Vorgabe des § 9 Abs. 3 KHG. Eine Anpassung der Pauschalmittel an die durchschnittliche Kostenentwicklung muss in regelmäßigen Abständen geprüft werden und ist auch ohne ausdrückliche Erwähnung im Landesrecht zu beachten. Einer Änderung des KHGG NRW bedarf es daher nicht..

Die Einholung eines Gutachtens ist auch ohne gesetzlichen Auftrag möglich. Aber auch ein Gutachten kann keinen verbindlichen Investitionsbedarf feststellen. Zudem könnten Streitigkeiten darüber entstehen, welche Folgerungen aus einem solchen Gutachten zu ziehen sind. Insgesamt wird daher die vorgeschlagene Gesetzesänderung und die Einholung eines Gutachtens abgelehnt.

**19. Zu § 20 (Abtretung von Förderansprüchen und -anwartschaften)**

Das *Institut der Wirtschaftsprüfer Deutschland e.V. (IDW)* regt eine redaktionelle Änderung an, die klarstellt, dass Krankenhäuser nicht nur ihren Anspruch und entsprechende Anwartschaften auf Baupauschale abtreten dürfen, sondern auch die ausgezahlten Mittel selber.

Dem Vorschlag wird zugestimmt, weil auch nach Auffassung des Landes eine Klarstellung erforderlich ist. Es sollte daher in § 20 eine Regelung angefügt werden, wonach eine Weitergabe der ausgezahlten Baupauschalennittel unter den in Satz 1 bis 4 genannten Voraussetzungen entsprechend zulässig ist.

**20. Zu § 21 (Verwendung der Pauschalmittel)**

a) *IDW* regt eine redaktionelle Änderung des § 21 Abs. 6 an, die klarstellt, dass Fördermittel auch zur Finanzierung von Abschreibungen eingesetzt werden dürfen. Der Formulierungsvorschlag lautet:

*"Die Pauschalmittel können auch zur Finanzierung von Entgelten für die Nutzung von Anlagegütern und zur Finanzierung von Abschreibungen eingesetzt werden..."*

Der Vorschlag wird abgelehnt. Abschreibungen, die mit Pauschalmitteln angeschafft werden, sind aufwandsneutral zu bilanzieren, d. h., die vom IDW geforderte Verwendung der Pauschalmittel für Abschreibungen, kann sich nur auf mit Eigenmitteln finanzierte Anlagegüter beziehen. Daher könnte die Zweckbestimmung der Fördermittel umgangen werden.

b) Im Hinblick auf § 21 Abs. 8 ist der *IDW* für eine redaktionelle Änderung, die klarstellt, dass Testate bis zum Ende des auf den Prüfungszeitraum folgenden Kalenderjahres vorgelegt werden müssen. Zur Begründung wird darauf verwiesen, dass eine Vorlage der Testate wegen der Terminierung der Jahresabschlussprüfungen vorher nicht möglich sei. Ein ähnlicher Vorschlag wurde auch von der *Bezirksregierung Düsseldorf* eingereicht.

Dem Vorschlag wird zugestimmt. Die Prüfungspraxis der Wirtschaftsprüfer sollte berücksichtigt werden; zudem beeinträchtigt eine Vorlage des Testats bis zum Ende des auf den Prüfungszeitraum folgenden Kalenderjahres nicht die Kontrollrechte der Behörde. § 21 Abs. 8 sollte wie folgt geändert werden:

*"Die Krankenhäuser haben durch gesonderte Testate eines Wirtschaftsprüfers nachzuweisen, dass die Fördermittel zum Stichtag 31.12. eines jeden Jahres für förderungsfähige Maßnahmen gem. § 18 Abs. 1 verwendet worden sind. Diese Testate sind der zuständigen Behörde jeweils bis zum Ende des auf den Prüfungszeitraum folgenden Kalenderjahres vorzulegen."*

- c) Bezogen auf **§ 21 Abs. 8** ist die *Bezirksregierung Amsberg* für eine Erweiterung des Testats um Aussagen (1) zur Einhaltung der Vergaberichtlinien, (2) Benennung der mit der Baupauschale errichteten Bauten (3) sowie Benennung der wiederbeschafften kurzfristigen Anlagegüter.

Aus Sicht des Ministeriums sind Informationen zu (2) für die Landesbehörden sinnvoll, um einen Überblick über die Verwendung der Fördermittel und die Bautätigkeit im Land zu behalten. Da die Informationen zu (1) und (3) sehr umfangreich sind, würde eine allgemeine Informationspflicht zu einem unverhältnismäßig hohen Aufwand für die Wirtschaftsprüfer führen. Zu klären ist überdies, ob eine solche Testierung mit den Regeln der Wirtschaftsprüfer im Einklang steht. Alternativ könnte eine Informationspflicht über die Verwendung der Baupauschale durch den Krankenhausträger ins Gesetz aufgenommen werden. Vor diesem Hintergrund bedarf es noch weiterer Prüfungen.

- d) Ebenfalls in Bezug auf **§ 21 Abs. 8** hat die *Bezirksregierung Düsseldorf* vorgeschlagen, (1.) die Anlagen zu den Testaten der Wirtschaftsprüfer mittels einer Musteranlage zu vereinheitlichen und (2.) ein anlassbezogenes Prüfungsrecht der Testate in das Gesetz aufzunehmen. Dies sollte dahingehend formuliert werden, dass die zuständige Behörde in begründeten Einzelfällen berechtigt wird, die in den Testaten gemachten Angaben zu überprüfen.

Beide Vorschläge werden grundsätzlich für sinnvoll erachtet. Allerdings muss in diesem Zusammenhang die Unabhängigkeit und Weisungsfreiheit der Wirtschaftsprüfer berücksichtigt werden. Konkrete Gesetzesänderungen sind daher sorgfältig zu prüfen und mit dem IDW zu diskutieren.

- e) Weitgehender Änderungsbedarf ist auch in Bezug auf **§ 21 Abs. 9** geltend gemacht worden. Die *KG NW* und das *IDW* regen eine Verwendung der Pauschalmitel für alle Zwecke des § 18 Abs. 1 ohne Differenzierung zwischen der Zweckbindung nach Nr. 1 (Bauinvestitionen) und Nr. 2 (Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter) an. Zur Begründung verweisen sie darauf, dass die Krankenhäuser selbst am

Besten wüssten, wofür die Fördermittel prioritär eingesetzt werden müssen. Bei den aufgrund von § 10 KHG zu kalkulierenden Investitionsbewertungsrelationen werde nicht zwischen den Zwecken des § 9 Abs. 1 Nr. 1 und Nr. 2 KHG unterschieden. Daraus leiten sie folgenden Formulierungsvorschlag für § 21 Abs. 9 ab:

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

*Alternativvorschlag:*

*"Die Pauschalmittel dürfen nur für die ihnen jeweils zugewiesene Zweckbestimmung nach § 18 Abs. 1 verwendet werden. Davon abweichend dürfen die Krankenhäuser die Pauschalmittel jeweils bis zu 50 vom Hundert der Jahrespauschale für Zwecke der jeweils anderen Zweckbestimmung nach § 18 Abs. 1 einsetzen. Das zuständige Ministerium kann generell oder auf Antrag eines Krankenhauses eine Erhöhung des in Satz 2 genannten Vom - Hundert - Satzes genehmigen."*

Die Vorschläge werden abgelehnt. Die Loslösung der Pauschalmittel von der jeweiligen Zweckbindung beschränkt die Einwirkungsmöglichkeiten des Landes, seiner Pflicht zur Gewährleistung der Krankenhausversorgung nachzukommen. Das Vorhandensein von Mitteln zur Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter (medizinische Geräte), die zur Aufrechterhaltung eines leistungsfähigen Krankenhausbetriebs notwendig sind, könnte nicht mehr garantiert werden. Fehlentscheidungen des Krankenhauses hinsichtlich der Beschaffung kurzfristiger Anlagegüter würden die Versorgungssicherheit gefährden. Die einheitliche Kalkulation der Investitionsbewertungsrelationen hat überdies keinen Einfluss auf den Einsatz der Pauschalmittel.

## **21. Zu § 22 (Ausgliederung, Vermietung)**

Die *Bezirksregierung Arnsberg* schlägt vor, klarzustellen, ob die Vermietung einer Genehmigung bedarf. Zumindest plädiert sie für eine Anzeigepflicht bei nicht geförderten Räumen, um landesseitig den Überblick zu behalten, ob die Vermietung den Krankenhausbetrieb beeinträchtigt.

Die Klarstellung wird auch aus Sicht des Ministeriums für sinnvoll erachtet. Nur wenn die Vermietung einer Genehmigung bedarf, kann geprüft werden, ob der Krankenhausbetrieb durch die Vermietung beeinträchtigt wird. Zudem kann nur so kontrolliert werden, ob Einnahmen aus der Vermietung geförderter Räume auf das Pauschalkonto fließen. Eine Klarstellung, dass ein ortsüblicher Mietzins erhoben werden muss, wäre ebenfalls sinnvoll. Daraus resultiert folgende Änderungsanregung des § 22 Abs. 2:

*"Vermietungen von Räumen und Ausstattungen eines Krankenhauses sind mit Erlaubnis der zuständigen Aufsichtsbehörde zulässig. Die Erlaubnis ist zu erteilen, wenn der Krankenhausbetrieb durch die Vermietung nicht beeinträchtigt wird. Für die Vermietung geförderter Räume ist ein ortsüblicher Mietzins zu erheben und dem Pauschalkonto gem. § 21 Abs. 7 Satz 2 zuzuführen."*

## 22. Zu § 23 (Besondere Beträge)

a) Der LVR und die Caritas in NRW empfehlen eine Aufstockung der besonderen Beträge und Änderung der Voraussetzungen des § 23 dergestalt, dass besondere Beträge gezielt für bauliche Maßnahmen, die aufgrund der Krankenhausplanung (z.B. Bau von psychiatrischen Kliniken) notwendig werden, eingesetzt werden können.

Dem Vorschlag wird grundsätzlich zugestimmt, soweit er sich auf die Veränderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen bezieht. § 23 sollte überarbeitet werden, um die Verwirklichung der von der Planung vorgegebenen Strukturen zu erzielen (bessere Steuerungsfunktion des Landes). Für eine damit einhergehende Erhöhung der Haushaltsmittel für die besonderen Beträge wird kein Anlass gesehen.

b) Die Ärztekammern plädieren ebenfalls für eine Erweiterung der Verwendungsmöglichkeiten des besonderen Betrages und unterbreiten den Vorschlag, nach § 23 Abs. 1 Satz 1 folgenden Satz 2 anzufügen:

*"Ein besonderer Betrag kann auch für Zwecke des § 8 Abs. 1 festgesetzt werden, soweit durch die Zusammenarbeit die Leistungsfähigkeit der regionalen Versorgungsstrukturen unter Berücksichtigung der im Krankenhausplan bestimmten Aufgaben gefördert wird."*

Aus Sicht des Ministeriums ist der vorgenannte Vorschlag des *LVR* und der *Caritas* weitergehend. Es sollte eine Formulierung gesucht werden, die Förderungen i. S. der Krankenhausplanung ermöglicht, aber Kooperationen keine herausgehobene Stellung einräumt.

c) Der *IDW* ist für eine Definition des Begriffes "Medizinprodukt" i.S. des **§ 23 Abs. 2 Satz 2**.

Eine solche Anregung ist nur dann sinnvoll, wenn § 23 Abs. 2 unverändert bestehen bleibt. Die Anregung sollte daher - in Abhängigkeit von dieser Frage - im Gesetzgebungsverfahren mit bedacht werden.

### **23. Zu § 24 (Ausgleichsleistungen)**

*Caritas NRW* bemängelt die Ausgleichsleistung von 1% des Budgets bei Schließung eines Krankenhauses als zu gering, insbesondere soweit Abfindungszahlungen notwendig würden. Es werden insoweit differenzierte Regelungen für die Schließung von Krankenhäusern, Betriebsstätten und Abteilungen gefordert.

Der Vorschlag wird abgelehnt. Bisher sind dem Land keine Fälle bekannt geworden, in denen der Betrag zu gering war und zu unabwendbaren Nachteilen für den Krankenhausträger führte. Im Übrigen sollen Ausgleichsleistungen nicht die Insolvenzrisiken der Krankenhausträger auffangen.

#### **IV. Abschnitte IV und V: Krankenhausstruktur, Übergangs- und Schlussbestimmungen**

Vereinzelt gab es auch Hinweise und Anregungen zu den Bestimmungen in den Abschnitten IV und V. Im Einzelnen:

##### **24. Zu § 30 (Abschlussprüfung)**

Bezogen auf die Regelung in § 30 regt der *IDW* an klar zu stellen, ob § 30 Abs. 2 Satz 2 und 3 sich auf die Jahresabschlussprüfung insgesamt oder auf die Prüfung der zweckentsprechenden, sparsamen und wirtschaftlichen Verwendung der Fördermittel nach § 18 Abs.1 beziehen.

Eine entsprechende redaktionelle Klarstellung wäre aus Sicht des Landes sinnvoll.

##### **25. Zu § 31 (Betriebsleitung, Ärztlicher und psychotherapeutischer Dienst)**

a) Im Hinblick auf § 31 Abs. 2 Satz 1 schlagen die *Ärzttekammern* vor, korrespondierend zu den berufsrechtlichen Regelungen folgenden Passus anzufügen: *"... und auch nicht durch anderweitige vertragliche Anreize in der Unabhängigkeit seiner medizinischen Entscheidungen beeinträchtigt wird"*.

Grundsätzlich bestehen landesseitig keine Bedenken gegen die Ergänzung. Allerdings ist fraglich, ob dies vor dem Hintergrund der bestehenden berufsrechtlichen Regelungen tatsächlich notwendig ist.

b) Bezogen auf § 31 Abs. 2 Satz 2 regen die *Ärzttekammern* folgende Ergänzung an: *"... und muss über eine abgeschlossene Weiterbildung in der für die Abteilung ausschlaggebenden Disziplin (Gebiet bzw. Schwerpunkt) verfügen. Dies gilt auch für den Stellvertreter/die Stellvertreterin"*.

Die Ergänzung ist aus Sicht des Landes überflüssig, da dies bereits Voraussetzung für die Tätigkeit als Abteilungsärztin/Abteilungsarzt ist.

c) Hinsichtlich der Regelungen in § 31 Abs. 2 gibt *ver.di* zu bedenken, dass die Definition der Abteilung so nicht mehr sinnvoll sei, da durch die Entwicklung hin zu Subdisziplinen diese keine Abteilungen mehr seien. Die Weisungsungebundenheit sollte sich auf den medizinisch zugeordneten Bereich beziehen. Die Gleichstellung von Belegärzten hält *ver.di* für problematisch, zumal gegenüber den alten Regelun-

gen die Beschränkung auf die krankenhausplanerische Belegabteilung weggefallen sei.

Dem Vorschlag kann nicht gefolgt werden, da die wesentlichen Impulse in diesem Punkt von den bundesrechtlichen Vorgaben ausgehen. Das Landesrecht vermag hier nicht gegenzusteuern.

#### **26. Zu § 31a (Unerlaubte Zuweisungen gegen Entgelt)**

Anlässlich der Berichtsvorlage einer Bezirksregierung wurde offenbar, dass § 31a mit Blick auf § 36 Abs. 2 für nicht öffentlich geförderte Krankenhäuser nicht gilt; zumindest aber besteht ein gehöriges Maß an Rechtsunsicherheit.

Aus Sicht des Ministeriums sollte diese Regelungslücke geschlossen und der Anwendungsbereich des § 31 a - vorbehaltlich der noch zu prüfenden Gesetzgebungsmöglichkeiten des Landes - auch auf nicht öffentlich geförderte Krankenhäuser erstreckt werden.

#### **27. Zu § 33 (Kirchliche Krankenhäuser)**

Bezogen auf § 33 gibt die *Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände* zu bedenken, dass die Nichtgeltung limitierender Bestimmungen und Vorgaben (bezogen auf Hygiene und Betriebsleitung) auch auf kommunale Krankenhäuser ausgedehnt werden sollte.

Der Vorschlag wird seitens des Landes nicht befürwortet. § 33 Satz 3 bestimmt ausdrücklich, dass auch die derzeit privilegierten konfessionellen Krankenhäuser in eigener Zuständigkeit Regelungen treffen, die den Zielen der genannten Vorschriften entsprechen. Gleiches müsste auch bei einer Erweiterung des Adressatenkreises gelten.

#### **28. Zu § 34 (Statistik)**

Die *Bezirksregierung Arnsberg* regt an, dass eine Rechtsverordnung zur Regelung der Mitteilung von statistischen Daten im Einzelfall sinnvoll wäre. Die *Bezirksregierung Münster* merkt ergänzend an, dass es noch Krankenhäuser gäbe, die ihrer Verpflichtung zur Lieferung von Daten nicht nachkämen. Unter diesem Aspekt wird vor-



geschlagen, die Ermächtigung zum Erlass einer Rechtsverordnung zu nutzen oder die Verweigerung der Datenlieferung unter die Tatbestände des § 16 Abs. 2 (Sanktionsmöglichkeiten bei Abweichungen vom Krankenhausplan) oder des § 28 (Widerruf der Bewilligung, Rückforderung von Fördermitteln) zu subsumieren

Es ist beabsichtigt, den Anregungen nachzukommen und möglichst in 2013 eine Rechtsverordnung betreffend die Krankenhausstatistik zu erlassen.

#### 29. Zu § 37 (Übergangsvorschrift)

Im Hinblick auf die Übergangsvorschrift des § 37 empfiehlt die *Bezirksregierung Köln* eine Beschleunigung der Einzelförderverfahren nach altem Recht (KHG NRW) durch die Verknüpfung von altem und neuem Recht. Sie unterbreitet in diesem Zusammenhang folgenden Formulierungsvorschlag für **§ 37 Abs. 2**:

*"Eingesparte Fördermittel aus Einzelfördermaßnahmen nach altem Recht (Festbetragsförderung gem. § 24 Abs.2 KHG NRW) dürfen dem Konto der Baupauschale als gesonderte Position zugeführt werden. Eine Abtretung an andere Krankenhäuser (z.B. des gleichen Trägers) dieser Fördermittel ist ausgeschlossen. Mit dem nach § 21 Abs. 8 KHGG NRW vorzulegendem Testat eines Wirtschaftsprüfers haben die Krankenhäuser nachzuweisen, dass die eingesparten Fördermittel für förderungsfähige Maßnahmen gem. § 18 Abs.1 an dem jeweiligen Krankenhaus verwendet worden sind."*

Die Anregung ist dem Grunde nach sinnvoll. Jedoch sollte der Verweis auf altes Recht erhalten bleiben und der Vorschlag als Ausnahmeregelung formuliert werden. **§ 37 Abs. 2** sollte daher wie folgt ergänzt werden:

*" .... Abweichend davon dürfen eingesparte Fördermittel aus Festbetragsförderungen gem. § 24 Abs. 2 KHG NRW dem Konto der Baupauschale als gesonderte Position zugeführt werden. Es gelten für diese Fördermittel die Bestimmungen des KHGG NRW für Mittel nach § 18 Abs.1 Nr.1 KHGG NRW."*

### **30. Einfügung einer Regelung zu Erlösen aus Privatliquidation**

Die *Ärztetkammern* regen an, die Beteiligung ärztlicher und ggf. psychotherapeutischer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an den Erlösen aus Privatliquidation auch im KHGG NRW zu verankern.

Aus Sicht des Landes wird der Bedarf für eine derartige Regelung gegenwärtig nicht gesehen. Zudem liegt eine mögliche Problematik schwerpunktmäßig im zivilrechtlichen Bereich begründet, auf die sich die Regelungskompetenz des Landes nicht erstreckt.

### **D. Schlussbemerkungen**

Das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen wird einen Änderungsentwurf zum KHGG NRW vorlegen.

**Evaluierung**  
**der Verordnung zur Regelung von Zuständigkeiten**  
**und Verfahren auf dem Gebiet des**  
**Krankenhauswesens (KHZVV)**  
vom 21. Oktober 2008

**Bericht an den Landtag**

Dezember 2012

Ministerium für  
Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter  
des Landes Nordrhein-Westfalen

## Evaluierung der Verordnung zur Regelung von Zuständigkeiten und Verfahren auf dem Gebiet des Krankenhauswesens (KHZVV)

Aufgrund des Krankenhausgestaltungsgesetzes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW) vom 11.12.2007 wurde am 21.10.2008 eine Verordnung zur Regelung von Zuständigkeiten und Verfahren auf dem Gebiet des Krankenhauswesens (KHZVV) erlassen (GV.NRW. S. 642). In dieser werden u.a. die Zuständigkeiten auf dem Gebiet des Krankenhauswesens und das Verfahren der Schiedsstelle gesetzlich geregelt. Laut § 14 KHZVV besteht eine Berichtspflicht gegenüber dem Landtag bis zum 31.12.2012.

Die mit der Umsetzung der KHZVV befassten öffentlichen Stellen und die von der Verordnung Betroffenen wurden im Rahmen der Evaluierung um Stellungnahme gebeten. Es sind keinerlei Hinweise bzw. Anregungen eingegangen. Mit Wirkung zum 1. Januar 2013 sind jedoch § 23 Abs. 1 und 2 Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) ersatzlos gestrichen worden. Da damit keine Pflicht mehr zur Bestellung und Berufung der Mitglieder des Landespflegesatzausschusses sowie dessen Geschäftsführung besteht, sollte § 2 Nr. 5 KHZVV ebenfalls gestrichen werden. Im Übrigen wird die Beibehaltung der jetzigen Fassung befürwortet.

**Evaluierung  
der Verordnung über die pauschale Krankenhausförderung  
(PauschKHFVO)  
vom 18.03.2008**

**Bericht an das Kabinett**

Dezember 2012

Ministerium für  
Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter  
des Landes Nordrhein-Westfalen

**Evaluierung der Verordnung über die pauschale Krankenhausförderung  
(PauschKHFVO)**

**A. Einleitung**

**B. Vorgehensweise**

**C. Bewertung der beteiligten Behörden und Institutionen**

**D. Schlussbemerkungen**

## **A. Einleitung**

Aufgrund des Krankenhausgestaltungsgesetzes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW) vom 11.12.2007 wurde am 18.03.2008 eine Verordnung über die pauschale Krankenhausförderung (PauschKHFVO) erlassen (GV.NRW. S. 347, geändert durch Verordnung vom 12.05.2009, GV.NRW. S. 323). In dieser werden u.a. Fallwert-, Tageswert-, Budget- und Ausbildungsbeträge, ebenso Bemessungszeiträume und Zahlungsmodalitäten geregelt. Laut § 11 PauschKHFVO besteht eine Berichtspflicht gegenüber der Landesregierung bis zum 31.12.2012.

## **B. Vorgehensweise**

Die mit der Umsetzung der PauschKHFVO NRW befassten öffentlichen Stellen und die von der Verordnung Betroffenen wurden aufgrund der Evaluierung entsprechend um Stellungnahme gebeten. Nach Auswertung der eingegangenen Änderungsvorschläge und Anmerkungen berichtet das MGEPA wie folgt:

## **C. Bewertung der beteiligten Behörden und Institutionen**

Es wurden folgende Änderungen bzw. Ergänzungen aufgenommen und wie folgt zusammengefasst und bewertet:

### **1. Allgemein und § 2 (Fallwertbeträge)**

a) Die *Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KG NW)* und die *Kommunalen Spitzenverbände* sprechen sich für eine Umstellung der PauschKHFVO auf Investitionsbewertungsrelationen i.S. des § 10 KHG aus, sobald diese Einführung möglich ist (voraussichtlich 2014). Zur Begründung wird darauf verwiesen, dass die bisher der PauschKHFVO zugrunde gelegten Bewertungsrelationen bei somatischen Krankenhäusern (Fallwertbeträge) den investiven Bedarf nicht richtig abbilden, weil ihrer Kalkulation vor allem Personalkosten zugrunde liegen.

Der Vorschlag ist fachlich begründet. Sobald Investitionsbewertungsrelationen i.S. des § 10 KHG vorliegen, sollte eine entsprechende Anpassung der PauschKHFVO

geprüft werden, weil Investitionsbewertungsrelationen das Leistungsgeschehen in Bezug auf den Investitionsbedarf genauer abbilden.

b) *Ver.di* ist für eine Einführung neuer Bemessungsgrundlagen für die Pauschalbeträge aufgrund eines gemixten Werts, der leistungsbezogene und planerische Aspekte enthält, auf die Vorhaltung von Einrichtungen abstellt und nicht einem Haushaltsvorbehalt unterliegt.

Der Vorschlag ist fachlich nicht begründet. Zum einen ist er zu unbestimmt. Zum anderen ist nicht erkennbar, wie eine Umsetzung in eine Verordnungsregelung erfolgen kann.

## **2. § 3 Tageswertbeträge**

a) Der *Landschaftsverband Rheinland (LVR)* regt eine Einführung neuer Messgrößen für psychiatrische und psychosomatische Kliniken an, die an Modellvorhaben gem. § 64b SGB V teilnehmen (Teilnehmer von Modellvorhaben müssen Kennzahlen für Pauschalberechnung im Vertrag über das Modellvorhaben vereinbaren).

Der Vorschlag ist fachlich begründet. Die Investitionsförderung von Kliniken, die an Modellvorhaben teilnehmen, muss bis Ende 2014 sachgerecht abgebildet werden. Welche Kennzahlen hierfür zugrunde gelegt werden, ist zu prüfen.

b) MGEPA regt überdies an, spätestens im Rahmen der Anpassung der Verordnung an das neue Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen die Bemessungsgrundlagen für die Tageswertbeträge neu zu kalkulieren. Insbesondere unter Berücksichtigung, dass aufgrund des in der Verordnung verankerten Systems der Parameterberechnung die Tageswertbeträge direkten Einfluss auf die Höhe des Parameter für die Bewertungsrelationen haben.

## **3. § 5 Ausbildungsbeträge**

Die *Caritas in NRW* plädiert für eine Aufstockung der Ausbildungsbeträge, um so Schulerweiterungen zu ermöglichen.

Der Vorschlag ist fachlich begründet. MGEPA prüft eine Umsetzung im Rahmen der nächsten Änderung der Verordnung.



#### **4. § 6 Bemessungszeitraum**

Das *MGEPA* schlägt eine Änderung des Bemessungszeitraums für erstmalig in den Krankenhausplan aufgenommene Krankenhäuser vor.

#### **D. Schlussbemerkungen**

Das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen wird einen Änderungsentwurf vorlegen.

Stand: 6.12.2012