

EVANGELISCHE KRANKENHÄUSER IN NORDRHEIN-WESTFALEN



GEMEINSAME GESCHÄFTSSTELLE DER KRANKENHAUSVERBÄNDE DER DIAKONISCHEN WERKE DER
EVANGELISCHEN KIRCHE IM RHEINLAND, VON WESTFALEN UND DER LIPPISCHEN LANDESKIRCHE

AG-EKV Kaiserswerther Straße 282-284, 40474 Düsseldorf

Kaiserswerther Straße 282
40474 Düsseldorf
Fon (02 11) 0 5 16 02 60-0
Durchwahl 12
Fax (02 11) 5 16 02 60-20
26.08.98

An den
Landtag Nordrhein-Westfalen
Ausschußsekretariat des Ausschusses
für Arbeit, Gesundheit und Angelegenheiten
der Vertriebenen und Flüchtlinge
Herrn Schlichting
Postfach 10 11 43

40002 Düsseldorf

Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen
Gesetzentwurf der Landesregierung – Drucksache 12/3073 -
Ihr Zeichen: II.1.D.2 – Ihr Schreiben vom 29.06.1998

LANDTAG
NORDRHEIN-WESTFALEN
12. WAHLPERIODE

ZUSCHRIFT
12/ 2125

Arbeit + AOC

Sehr geehrter Herr Schlichting, sehr geehrte Damen und Herren,

im Namen der Arbeitsgemeinschaft der Evangelischen Krankenhausverbände in
Nordrhein-Westfalen übermitteln wir Ihnen die Stellungnahme der evangelischen
Krankenhäuser zum Gesetzentwurf der Landesregierung. Dies geschieht im Namen
der Diakonischen Werke Rheinland, Westfalen und Lippe als Spitzenverbände.

Für uns wird im Rahmen der Anhörung am 16. September 1998

Herr Gerd F. Wengeler
Geschäftsführer des Ev. Krankenhauses
Bethesda zu Duisburg gGmbH
Heerstraße 219
47053 Duisburg

vortragen.

Mit dem vorgelegten Regierungsentwurf soll eine tragfähige Grundlage für die weite-
re Krankenhausarbeit in Nordrhein-Westfalen geschaffen werden. Damit diese si-
chergestellt werden kann, bedarf es nach unserer Überzeugung einer Überarbeitung
insbesondere der Themen, zu denen wir mit diesem Schreiben Stellung beziehen.

Wir behalten uns vor, im Rahmen der Anhörung weitere Argumente vorzutragen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Michael Conrads
Dr. Michael Conrads
Anlagen

Elke Grothe-Kühn
Elke Grothe-Kühn

Arbeitsgemeinschaft
der Evangelischen
Krankenhausverbände

Gerd F. Wengeler
für
die Arbeitsgemeinschaft Evangelischer Krankenhausver-
bände in Nordrhein-Westfalen

**Stellungnahme zum Regierungsentwurf (*RegE*) des
KHG NW
Landtagsdrucksache Nr. 12/3073 vom 18.05.1998**

Wir begrüßen grundsätzlich die Initiative der Landesregierung, das Krankenhausrecht in Nordrhein-Westfalen (NRW) an die geänderten Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens anzupassen.

Mit dem nunmehr vorgelegten Regierungsentwurf des Krankenhausgesetzes NRW (KHG NW) werden die Weichen für die Weiterentwicklung des Krankenhauswesens im Land gestellt. Schwerpunkte bilden dabei die Neuregelungen zum Planungsverfahren sowie die Ermittlung und Verteilung der Pauschalfördermittel, deren Loslösung vom Planbett als alleinigem Bewertungsmaßstab seit langem gefordert wird.

Die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) hat in einer ausführlichen Stellungnahme nicht nur zu Grundsatzfragen der Krankenhausgesetzgebung in Nordrhein-Westfalen Position bezogen. Dabei wurden die Einhaltung verfassungsmäßiger Grundsätze, der Abbau von Überregulierungen und die Stärkung der Eigenverantwortung der Krankenhäuser bewertet. Darüber hinaus hat die KGNW die Schaffung klarer und eindeutiger Handlungsbedingungen sowie die Schaffung von Planungs- und Finanzierungssicherheit eingefordert.

Der von der KGNW vorgelegten Stellungnahme schließen wir uns an und konzentrieren uns bei den folgenden Betrachtungen auf die Inhalte des Gesetzentwurfes, die aus der Sicht eines kirchlich freigemeinnützigen Spitzenverbandes einer grundsätzlichen Bewertung bedürfen.

1. Krankenhausplanung

Wir nehmen zustimmend zur Kenntnis, daß sich das Land Nordrhein-Westfalen nunmehr unmißverständlich zu der ihm durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) aufgetragenen unteilbaren Verantwortung für die Krankenhausplanung bekennt. Allerdings haben wir Zweifel, ob das angedachte Planungsverfahren praxisgerecht umsetzbar ist.

Zwar ist unser damaliger Hauptkritikpunkt an den Referentenentwürfen, nämlich die zwischen dem Krankenhausträger und den Verbänden der Krankenkassen abzuschließenden Planverträge, weggefallen. An mehreren Stellen unklar bleibt jedoch das Nebeneinander von Rahmenvorgaben, Schwerpunktfestlegungen und sonstigen Festlegungen, und dies sowohl inhaltlich als auch vom Ablauf des Verfahrens her.

1.1 Rahmenvorgaben, Schwerpunkt- und sonstige Festlegungen

Das zukünftige Planungsverfahren sieht auf der Grundlage der Rahmenvorgaben zwei völlig unterschiedliche Fortschreibungsverfahren vor. Die Schwerpunktfestlegungen sollen nach § 15 KHG NW in den Rahmenvorgaben benannt werden und sind dem Land vorbehalten. Auf Antrag oder von Amts wegen kann die Fortschreibung des Krankenhausplanes durch Schwerpunktfestlegungen erfolgen.

Andererseits sollen die sonstigen Festlegungen auf der Grundlage eines zwischen den Krankenhausträgern, den Verbänden der Krankenkassen und den betroffenen Kreisen oder kreisfreien Städten erarbeiteten und abgestimmten Konzeptes fortgeschrieben werden.

Das vorgesehene Verfahren nach § 16 harmoniert nicht mit den übrigen Regelungen zur Fortschreibung der Krankenhausplanung. Wir verweisen hier auf die Stellungnahme der KGNW zum Planungsverfahren.

Die Sinnhaftigkeit der Regelung des § 16 Abs. 1 Satz 2 wird von uns in Frage gestellt, wenn es dort heißt, die Krankenhausträger und die Verbände der Krankenkassen hätten ein Konzept zur Fortschreibung des Krankenhausplans gemeinsam und gleichberechtigt mit den betroffenen Kreisen und kreisfreien Städten zu erarbeiten und vorzulegen. Abgesehen davon, daß die Entscheidung zum Mitwirken den Kreisen und kreisfreien Städten offenbar selbst überlassen wird (vgl. § 16 Abs. 3 Satz 1), stellt sich die Frage, warum mit deren Beteiligung an der Konzepterarbeitung aus dem Kreis der mittelbar Beteiligten nach § 17 Abs. 2 des RegE eine Gruppe mit herausgehobenen Kompetenzen ausgestattet werden soll. Mit gleichem Recht müßten dies auch die Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege beanspruchen, was aber ernsthaft niemand fordert.

1.2 Interessenkollision kommunaler Gebietskörperschaften

Als Träger von Krankenhäusern kommt den Kreisen und kreisfreien Städten im vorgesehenen Planungsverfahren besondere Bedeutung zu. Schon unter Verweis auf § 1 Abs. 2 KHG (Beachtung der Vielfalt der Krankenhausträger; Gewährleistung der wirtschaftlichen Sicherung insbesondere freigemeinnütziger und privater Krankenhäuser) und um Interessenkollisionen zu vermeiden, ist die Stärkung der Kompetenzen einer einzelnen Trägerart abzulehnen! Des weiteren ist fraglich, ob durch Hinzuziehung der Kreise und kreisfreien Städte die Objektivität bei der Bedarfsfeststellung erhöht würde.

In der Praxis werden Bedarfsfragen zumeist über die Grenzen von Gebietskörperschaften hinausgehend von Bedeutung sein. In dieser Situation erschweren lokale Egoismen Planungsprozesse eher als sie zu begünstigen. Wir sprechen uns daher gegen die vorgesehene Sonderrolle der Kreise und kreisfreien Städte und für deren gleichberechtigten Verbleib im Kreis der mittelbar Beteiligten gem. § 17 Abs. 2 RegE aus!

Wir sehen uns in dieser Einschätzung bestärkt durch die Diskussion auf der Landesgesundheitskonferenz am 13. August 1998 zum Thema der Zusammensetzung des Landesausschusses für Krankenhausplanung gemäß § 17 Abs. 1 RegE. Denn dort wurden von Seiten des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit (MFJFG) die vorgesehenen drei Vertreter der kommunalen Spitzenverbände eindeutig der Bank der Krankenhausträger zugeordnet!

1.3 Durchführung des Anhörungsverfahrens

Wir begrüßen sehr, daß sich das Land Nordrhein-Westfalen unmißverständlich zu der ihm durch § 6 Abs. 1 KHG aufgetragenen unteilbaren Verantwortung für die Krankenhausplanung bekennt und gem. § 16 Abs. 1 Satz 1 RegE nunmehr die zuständige Behörde insbesondere Leistungsstrukturen, Planbettenzahlen und Behandlungsplätze abschließend festlegt. Warum allerdings die Durchführung des Anhörungsverfahrens der mittelbar Beteiligten nach § 16 Abs. 3 Satz 2 und 3 RegE von der für die Krankenhausplanung verantwortlichen Landesbehörde auf einen von den betroffenen Häusern benannten Verband bzw. die KGNW verlagert werden soll, bleibt unklar.

Sowohl die Verantwortung für die Krankenhausplanung selbst als auch die damit verbundenen rechtlichen Verfahrensabläufe liegen direkt in der Zuständigkeit des Landes und können daher nicht auf andere Institutionen übertragen werden. Die zuständige Landesbehörde ist es schließlich auch, die das der Anhörung zugrunde liegende Konzept rechtlich wie inhaltlich zu prüfen und die Dokumentation des Verhandlungsablaufs zu bewerten hat. Auch im Interesse von Klarheit und Eindeutigkeit fordern wir, daß weiterhin das Land für die Durchführung des Anhörungsverfahrens verantwortlich zeichnet! Auch hierzu hat sich die KGNW als Interessenvertretung aller Krankenhausträger in Nordrhein-Westfalen eindeutig positioniert.

Die neugefaßten Passagen zur Krankenhausplanung lassen im Ergebnis befürchten, daß das vorgesehene uneinheitliche und unklare Procedere im Ablauf sehr aufwendig sein wird und damit die Planungsverfahren eher erschwert und zeitlich verzögert werden.

1.4 Regionale Krankenhauskonferenzen

Schon vor Jahresfrist bei der Diskussion über den ersten Referentenentwurf hatten wir uns – ganz im Sinne von § 14 Abs. 3 des derzeit gültigen KHG NW – für die Einrichtung paritätisch besetzter Krankenhausplanungskonferenzen auf der Ebene der Bezirksregierungen ausgesprochen. Nach wie vor spricht u.E. einiges für diesen Vorschlag. Zum einen könnte die Überschaubarkeit der Planungsprozesse verbessert werden, indem die Anträge und Konzepte zur Fortschreibung des Krankenhausplans hier gebündelt und koordiniert werden. Zum anderen käme so der Aspekt der Regionalisierung der Planung zu angemessener Geltung, allerdings auf übersichtlicherer und neutralerer Ebene als auf der der Kreise und kreisfreien Städte.

2. Pauschale Förderung

Mit der Neufassung der Vorschriften zur Pauschalförderung sollen Anreize zur Vorhaltung nicht mehr bedarfsnotwendiger Bettenkapazitäten beseitigt werden. Wir unterstützen die von der Landesregierung im § 25 Abs. 7 des RegE vorgeschlagene Verknüpfung einer Leistungspauschale mit einem planbetten- und behandlungsplatzabhängigen Zuschlag.

2.1 Leistungspauschale und Zuschlag

Diese Regelung muß jedoch durchgängig zum tragenden Grundsatz bei der Bemessung der Fördermittel werden, und zwar unabhängig davon, ob es sich um ein bestehendes, neu in den Plan aufgenommenes oder durch Fusion entstandenes Krankenhaus handelt.

Um dem gewünschten und sinnvollen Vorhalteeffekt in stärkerem Maße gerecht zu werden und unbeabsichtigte Nachteile für Krankenhäuser zu vermeiden, sprechen wir uns für eine **Relation von 90:10 zwischen Leistungspauschale und Zuschlag** aus. Auch empfehlen wir im Sinne von Verständlichkeit und Klarheit in § 25 Abs. 8 Sätze 1 bis 2 eine Formulierung, die die in der Begründung zu § 25 Abs. 14 RegE enthaltene Aussage deutlich macht, daß die Anpassung der Förderbeträge nach Abs. 5 auch die Leistungspauschale erhöht. Wir schlagen folgenden Wortlaut vor:

Gesetzentwurf der Landesregierung zum § 25 Abs. 8 S. 1	Vorschlag zur Neuformulierung
Die Leistungspauschale beträgt 75 % der zum 31.12.1996 gewährten pauschalen Fördermittel bezogen auf die Planbetten- und Behandlungsplatzzahlen des jeweiligen Krankenhauses.	Die Leistungspauschale beträgt 90 % der nach den Absätzen 2 bis 6 ermittelten Fördermittel. Diese Regelung gilt rückwirkend ab dem 20.11.1995. Maßgebend ist der jeweils bestandskräftige Feststellungsbescheid zum Stichtag.

Der Stichtag 20.11.1995 ist anzusetzen, da an diesem Tage im Landesausschuß für Krankenhausplanung die entscheidende Weichenstellung für forcierte Einzelfortschreibungen erfolgte. Blicke es beim 31.12.1996, würden gerade jene Krankenhäuser benachteiligt, die schon frühzeitig nach Ingangsetzen der forcierten Einzelfortschreibung freiwillig Planbetten abgebaut haben.

Mit den vorgenannten Änderungen könnte ausgeschlossen werden, daß Krankenhäuser bei Änderungen der Planbettenzahlen nach Addition von Leistungspauschale und Zuschlag schlechter gestellt werden, als bei Berechnung nach den Absätzen 2 bis 6.

2.2 Kleine Investitionen

Im Vergleich mit anderen Bundesländern liegen die Wertgrenzen des kleinen Baubedarfes in Nordrhein-Westfalen vergleichsweise niedrig. Beispielsweise liegen diese Grenzen in Bayern zwischen 95.000 und 380.000 DM, in Berlin bei 100.000 bis 400.000 DM und in Sachsen zwischen 120.000 bis 250.000 DM.

Damit den Krankenhäusern mehr Flexibilität in der Planung und Durchführung von Baumaßnahmen eingeräumt wird, schlagen wir vor, die in § 25 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 des RegE genannten Wertgrenzen für kleine Investitionen weiter zu erhöhen.

2.3 Planbetten-Punktwert für Hals-Nasen-Ohren-Krankheiten

Auf der Grundlage von Punktwerten für die einzelnen Fachdisziplinen werden die Anforderungsstufen zur Bemessung der Fördermittel errechnet. Der RegE sieht für HNO-Abteilungen nach § 25 Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 einen Punktwert von 2,5 vor, nachdem im ersten Referententwurf eine Absenkung von derzeit 3,3 auf 1,9 vorgesehen war.

Mit der jetzt vorliegenden Korrektur wurde teilweise unseren seinerzeitigen Argumenten gefolgt. Allerdings geben wir zu bedenken, daß diese Anpassung nicht auf einer gesicherten Grundlage erarbeitet wurde, anhand derer das Maß der Absenkung herleitbar wäre. Wir empfehlen daher nach wie vor die Erstellung eines wissenschaftlichen Gutachtens zu dieser Frage.

3. Hinwirkung des Krankenhauses auf ein Angebot zum Schwangerschaftsabbruch nach § 13 Abs. 2 SchKG

Der RegE zum KHG NW will die Krankenhäuser durch § 2 Abs. 4 verpflichten, zukünftig auf ein Angebot nach § 13 Abs. 2 Schwangerschaftskonfliktgesetz hinzuwirken. Zwar wird die Anwendung dieser Regelung durch § 38 Abs. 1 für konfessionelle Krankenhäuser aufgehoben. Es besteht aber nach § 38 Abs. 1 Satz 3 die Verpflichtung der Religionsgemeinschaften, in eigener Zuständigkeit Regelungen zu treffen, die den Zielen dieser Vorschrift entsprechen.

Das in Artikel 140 Grundgesetz in Verbindung mit Artikel 137 Weimarer Reichsverfassung normierte Selbstbestimmungsrecht der Kirche wird hier insofern verletzt, als von kirchlichen Einrichtungen nicht verlangt werden kann, sie müßten auf ein Angebot gemäß § 13 Abs. 2 SchKG hinwirken. Das Problem des Schwangerschaftsabbruchs berührt die Kirche in ihrem Wesensgehalt. Eine gesetzliche Verpflichtung in diesem Bereich wird daher entschieden abgelehnt.

Im übrigen ist es systemwidrig, in einem Gesetz ein einzelnes Behandlungsangebot besonders zu erwähnen. Die Vorhaltung einzelner Angebote bleibt dem Feststellungsbescheid vorbehalten.

§ 2 Absatz 4 ist daher zu streichen. Äußerst hilfsweise wäre § 38 Abs.1 um folgende Formulierung zu ergänzen:

Gesetzentwurf der Landesregierung zum § 38 Abs. 1	Vorschlag zur Neuformulierung
<p>Die Rechtsverordnung aufgrund von § 8 Abs. 2 sowie die Regelungen des § 2 Abs. 4, § 9 und des § 35 Abs. 1 gelten nicht für Krankenhäuser, die von Religionsgemeinschaften oder diesen gleichgestellten oder ihnen zuzuordnenden Einrichtungen betrieben werden. Satz 1 gilt unabhängig von der Rechtsform der Einrichtung. Die Religionsgemeinschaften treffen für diese Krankenhäuser in eigener Zuständigkeit Regelungen, die den Zielen dieser Vorschrift entsprechen.</p>	<p>Die Rechtsverordnung aufgrund von § 8 Abs. 2 sowie die Regelungen des § 2 Abs. 4, § 9 und des § 35 Abs. 1 gelten nicht für Krankenhäuser, die von Religionsgemeinschaften oder diesen gleichgestellten oder ihnen zuzuordnenden Einrichtungen betrieben werden. Satz 1 gilt unabhängig von der Rechtsform der Einrichtung. Die Religionsgemeinschaften treffen für diese Krankenhäuser in eigener Zuständigkeit Regelungen, die den Zielen dieser Vorschrift entsprechen. Satz 3 gilt nicht für § 2 Abs. 4.</p>

4. Überregulierungen

In den Vorbemerkungen der Landesregierung zum Gesetzentwurf ist die Rede davon, vorhandene Spielräume weiter als bisher auszuschöpfen und den Krankenhäusern die Möglichkeit zu einer unternehmensorientierten Handlungsweise zu bieten. Nicht allein die Regelung zur Schwangerschaftskonfliktberatung nach § 2 Absatz 4 RegE ist jedoch ein Beispiel dafür, daß die Regelungsdichte im Vergleich zum bestehenden KHG NW eher noch zunimmt und die in den Vorbemerkungen formulierten Ziele konterkariert werden. Als weitere Beispiele sind zu nennen, die

- in § 3 enthaltenen Selbstverständlichkeiten im Zusammenhang mit der Pflege und Betreuung der Patienten,
- in § 6 definierten erweiterten Aufgaben des Sozialen Dienstes,
- verzichtbaren Aufzählungen in § 10 Abs. 2 zur Zusammenarbeit der Krankenhäuser,
- Androhung von Repressalien bei Abweichungen von den Feststellungen des Krankenhausplans oder „planwidrigen Versorgungsangeboten“ nach § 16 Abs. 3 Satz 2 und 3 RegE,
- notwendige Erlaubnis der zuständigen Behörde nach § 21 Abs. 5 Satz 1 bei Ausgliederung von Teilen eines Krankenhauses.