



**Caritas in
NRW**

Diözesan-Caritasverbände Aachen,
Essen, Köln, Münster und Paderborn

Stellungnahme

Stellungnahme der Caritas NRW zum Entwurf des Krankenhausgestaltungsgesetzes NRW (KHGG NRW) -

Gesetzesentwurf der Landesregierung - Drucks. 14/3958

Das Krankenhauswesen ist im Laufe der letzten Jahre insbesondere vom Bundesgesetzgeber Reformen unterzogen worden, die vielfach nicht zum Vorteil der Krankenhäuser waren.

Der nunmehr vorgelegte Entwurf des Krankenhausgesetzes NRW, jetzt neu "Krankenhausgestaltungsgesetz - KHGG" geht in eine andere Richtung, er ist vom Grundsatz her ausdrücklich zu begrüßen.

Nachdem den Spitzenverbänden der Krankenhausträger am 16.10.2006 die grundsätzlichen Überlegungen zur Gesetzesnovelle von Minister Laumann persönlich vorgestellt worden waren, wurde auch das übrige Verfahren, das zum nunmehr vorgelegten Entwurf führte, sehr transparent und unter Beteiligung der Verbände durchgeführt.

Der Entwurf zum Krankenhausgestaltungsgesetz stellt aus Sicht der Caritas ein wichtiges Instrument dar, auch in Zukunft die Trägerpluralität und die wohnortnahe Versorgung gerade im ländlichen Raum zu sichern. Häufig sind Menschen aufgrund ihres Alters, ihrer finanziellen und sozialen Stellung oder einer Behinderung nicht in der Lage, weite Anfahrtswege zu bewältigen. Vor allem die kleineren Krankenhäuser, die vielfach in katholischer Trägerschaft sind, leisten daher einen wichtigen Beitrag für die wohnort- und gemeindenahere Versorgung der Menschen. Gerade die katholischen Träger fühlen sich den Personen im gemeindenahen Umfeld besonders verbunden.

In diesem Zusammenhang wird auch der bereits seit einiger Zeit gewachsene Stellenwert der palliativmedizinischen Versorgung und die in weiten Teilen gute Versorgung des Landes mit geriatrischen Betten ausdrücklich begrüßt. Es bleibt zu hoffen, dass die Sicherung dieser Angebote auch in den Rahmenvorgaben, die nach Inkrafttreten des Gesetzes erneut erarbeitet werden müssen, ihren Niederschlag finden.

Aus Sicht der Caritas NW ist der Gesetzesentwurf grundsätzlich zu begrüßen. Als besonders positiv werden hervorgehoben:

- Größerer Gestaltungsspielraum für die Krankenhausträger
- Abbau bürokratischer Hemmnisse
- Umstellung der Krankenhausförderung vom ‚Bett‘ als Bemessensgrundlage hin zum „Case-Mix (CM)“
- Sicherung der orts- und gemeindenahen Versorgung der Bevölkerung
- Weiterhin getragene Planungsverantwortung durch die Landesregierung

Allerdings besteht aus Sicht der Caritas noch Nachbesserungsbedarf bei:

- den vorgesehenen Regelungen zum Krankenhausplanungsverfahren,
- der Finanzierung der Schließungskosten von Einrichtungen,
- der Frage der Einstufung von Organspenden als Krankenhausleistung
- der Frage nach der Vertretung katholischer Einrichtungen im Landesausschuss für Krankenhausplanung

Stellungnahme zu einigen ausgewählten Einzelaspekten des Gesetzesentwurfs:

Der Gesetzesentwurf enthält bereits einige wichtige Änderungen, die von den Spitzenverbänden der Caritas in der Rolle als Interessenvertreter der Dienste und Einrichtungen im Hinblick auf eine größere Entscheidungsfreiheit der Krankenhäuser und im Sinne des Bürokratieabbaues gefordert worden waren. So ist insbesondere der Abschnitt IV, Krankenhausstruktur, deutlich schlanker geworden.

I. Im Einzelnen ist aus Sicht der Caritas NW zu begrüßen:

1. Entfall der Hinwirkungsverpflichtung auf Angebote nach § 13 Abs. 2 Schwangerschaftskonfliktgesetz

Hier ist die Streichung des § 2 Abs. 4 KHG NW aus Sicht der Caritas ausdrücklich zu begrüßen.

2. Wegfall des in § 33 Abs. 2 KHG NRW (jetzt § 27 KHGG) normierten Verbotes der Parallelvorhaltung von Abteilungen bei mehreren Betriebsstätten eines Krankenhauses

Dies erleichtert insbesondere Fusionsbestrebungen und ist von entscheidender Bedeutung auch und gerade für die wirtschaftliche Zukunftsfähigkeit kleinerer katholischer Krankenhäuser.

3. Streichung der gesetzlichen Regelungen §§ 35, 36 Abs. 2 KHG NRW (jetzt § 29 KHGG) zu Leitung, Organisation und ärztlichem Dienst

Dadurch erhalten die Krankenhäuser deutlich mehr organisatorischen Freiraum. Die personelle Zusammensetzung der Betriebsleitung obliegt nunmehr allein dem Krankenhaus. Zudem können nun auch niedergelassene Ärzte im Rahmen des Versorgungsauftrages des Krankenhauses tätig werden (vgl. hierzu auch die entsprechenden Vorschriften im Vertragsarztrechtsänderungsgesetz). Dies war bisher nur rein konsiliarisch, d.h. eingeschränkt bei ergänzenden Untersuchungen und Behandlungen, möglich.

4. Entschlackung des Krankenhausgestaltungsgesetzes NRW von Vorschriften, die bereits spezialgesetzlich geregelt sind durch Streichung von Vorschriften z.B. §§ 7 (Qualitätssicherung), 8 Abs. 2 Nr. 2 (Hygienekommission) und 9 (Arzneimittelkommission) KHG NRW

II. Trotz dieser positiven Veränderungen im Gesetzentwurf im Vergleich zum bisherigen Gesetzeswortlaut sieht die Caritas insbesondere in ordnungspolitischen Fragen der Krankenhausplanung und als Anwalt von Patientinnen und Patienten noch einen Korrektur- und Überarbeitungsbedarf des Entwurfes.

Im Einzelnen:

1. Organspende (§§ 2 Abs. 1 Satz 4, 7 Abs. 1 S. 4 KHGG NRW-E)

Eine gesetzliche Verpflichtung der Mitwirkung der Krankenhäuser bei der Gemeinschaftsaufgabe Organspende war auch bereits bislang in den Regelungen im Transplantationsgesetz verankert (§ 11 Abs. 1 TPG). Gleichwohl begrüßen wir eine klarstellende Aufnahme sowie eine Ausgestaltung der aktiven Mitwirkungspflicht im KHGG NRW. Eine Förderung der Organspende in NRW ist angesichts der statistischen Zahlen zwingend erforderlich. Sie wurde und wird auch von den Caritasverbänden NW insbesondere unter dem Gesichtspunkt der christlichen Nächstenliebe vorbehaltlos unterstützt.

Wir geben allerdings zu bedenken, dass die Einstufung der Organspende als originäre Krankenhausleistung in § 2 KHGG NRW-E systemwidrig erscheint. Unter Krankenhausleistungen versteht der (Bundes-)Gesetzgeber im allgemeinen die ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln sowie Unterkunft und Verpflegung. Im Gegensatz zur Organempfängnis ist die Organspende/-entnahme mithin keine Krankenhausleistung im Sinne des SGB V und des KHEntG.

Um begriffliche Überschneidungen zu vermeiden, schlagen wir daher vor, die Regelungen zur Organspende einheitlich in § 7 KHGG NRW-E - Zusammenarbeit der Krankenhäuser - und zugunsten einer deutlichen Hervorhebung in einem eigenen Absatz aufzunehmen. Der neue Absatz 2 des § 7 KHGG NRW könnte wie folgt lauten:

„Die Krankenhäuser sind zu einer aktiven Mitwirkung bei der Organspende verpflichtet. Krankenhäuser mit Intensiv- und Beatmungsbetten treffen mit der Koordinierungsstelle gemäß § 11 Transplantationsgesetz vom 5. November 1997 (BGBl. I. S. 2631) in der jeweils gültigen Fassung eine verbindliche Vereinbarung über Art und Umfang der Zusammenarbeit bei der Organentnahme.“

2. Pflege und Betreuung / Nichtraucherchutz (§ 3 KHGG NRW-E)

Die Beachtung der Würde des sterbenden Menschen und die entsprechende Begleitung des Sterbeprozesses ist gerade für katholische Krankenhäuser eine besondere Verpflichtung. An Stelle des alten Absatz 2 ist hier jetzt der Nichtraucherchutz durch Festlegung eines grundsätzlichen Rauchverbots normiert. Dadurch gerät der neue Absatz 3 in den Hintergrund, der die Beachtung der Würde besonders sterbender Patientinnen und Patienten fordert. Der Absatz 3 sollte daher, dem Stellenwert entsprechend, als 1. Absatz formuliert werden, als Absatz 2 könnte dann der bisherige Absatz 1, der die Beachtung der Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten regelt, folgen. Als spezielles gesundheitliches Bedürfnis sollte dann der Nichtraucherchutz in Absatz 3 geregelt werden, der im Gesetzentwurf in Absatz 1 zum Ausdruck kommt.

3. Regionale Planungskonzepte (§ 12 KHGG NRW-E)

Das Land will weiterhin zu seiner Verantwortung im Bereich der Krankenhausplanung stehen. Allerdings wird auf die Festlegung von Schwerpunkten (bisher § 15 KHG NRW) und wohl auch auf die Ausweisung von Teilgebieten in Zukunft verzichtet. Insbesondere ein möglicher Verzicht auf die Teilgebietsausweisung darf jedoch nicht zu einem Wildwuchs führen und ist zu beobachten. Dadurch wird das Regionale Planungskonzept nach § 12 KHGG NRW-E (bisher § 16 KHG NW) zum Hauptplanungsinstrument.

Zwar ist eine Verkürzung der Pflicht zur Aufnahme der Verhandlungen von drei auf einen Monat und eine grundsätzliche Reduzierung der Verhandlungsdauer von sechs auf drei Monate zu begrüßen. In § 12 KHGG NRW muss jedoch dringend eine verbindliche Frist zur Verhandlungsdauer sowie eine eindeutige

Datum: 11.08.2007

Thema: Stellungnahme Krankenhausgesetz

Seite: 3

Regelungen zur Bestimmung des Fristbeginnes aufgenommen werden, um den zeitlichen Rahmen der regionalen Planungskonzepte für alle Beteiligten sinnvoll zu begrenzen. Die Vergangenheit hat gezeigt, dass regelmäßig die Fristen weit überschritten wurden und eine zeitnahe Umsetzung von neuen Strukturen nicht möglich war. Aus Sicht der Caritas fordern wir daher eine verbindliche Fristenregelung für die zuständigen Behörden (BZR/MAGS), innerhalb derer eine Entscheidung durch Bescheid nach Vorlage der Unterlagen zu erfolgen hat, für zwingend notwendig.

4. Zusammensetzung des Landesausschusses für Krankenhausplanung (§ 13 Abs. 1 Nr. 5 KHGG NRW-E)

Es ist zu konstatieren, dass die Kirchen, die über 50 v. Hd. der Krankenhäuser in ihrer Trägerschaft verzeichnen, lediglich mit zwei Sitzen im Landesausschuss vertreten sind. Zwar darf in diesem Zusammenhang nicht außer Acht gelassen werden, dass zwei kirchliche Vertreter über die Krankenhausgesellschaft Nordrhein Westfalen einen Sitz im Landesausschuss haben. Gleichwohl entspricht diese Sitzverteilung in keiner Weise der Bedeutung der Kirchen - und vor allem der katholischen Kirche - als Krankenhausträger, insbesondere nicht im Vergleich zu den drei resp. fünf kommunalen Mandaten. Hier ist unbedingt eine Nachbesserung erforderlich.

Die Einbindung der Ärztekammern als an der Krankenhausplanung unmittelbar Beteiligte sollte einer Überprüfung unterzogen werden. Die Ärztekammern sind weder Träger von Krankenhäusern noch beteiligen sie sich finanziell an den laufenden Kosten der stationären Versorgung. Sie stehen weder in „unternehmerischer“ noch in „kostenträgerischer“ Verantwortung. Die durchaus notwendige Einbeziehung des ärztlichen Sachverständes sollte daher wie bisher über eine Zusammenarbeit als mittelbar Beteiligte erfolgen. Dies hat sich auch in der Vergangenheit bewährt.

5. Pauschale Förderung der Krankenhäuser (§ 21 KHGG NRW-E i.V.m. PauschKHFVO)

Zunächst ist zu bemängeln, dass die pauschale Förderung nur noch vom Grundsatz her im Gesetz geregelt ist. Die Ausgestaltung der Förderung, wie z.B. die konkreten Fördersummen werden auf Basis der in § 21 KHGG NRW-E normierten Verordnungsermächtigung im Verordnungswege festgelegt. Wie lange die Zusage der Landesregierung, dass sich an der derzeitigen Fördersumme von rd. 300 Mio. € zumindest nichts negativ ändern wird, durch das Ministerium eingehalten wird, bleibt offen. Die Rechtsverordnung steht unter dem Haushaltsvorbehalt und bietet erheblich weniger Rechtssicherheit als eine klare gesetzliche Regelung.

Der Umstieg in der pauschalen Förderung "weg vom Bett" ist jedoch grundsätzlich zu begrüßen. Das bisherige System mit seiner Kombination aus Bettenzahlen und Fachabteilungen stellt keine gerechte Grundlage für die Finanzierung des Investitionsbedarfes für kurzfristige Anlagegüter dar. Das neue System, das sich an der Summe der Bewertungsrelationen (Case-Mix-Punkte), bzw. bei Psychiatrien am Budget orientiert, ist eher an der Leistung orientiert und damit tendenziell sachgerechter. Dabei ist allerdings zu konstatieren, dass vor allem größere Häuser im Vergleich zur bisherigen Förderhöhe Mittel verlieren. Auch unter katholischen Häusern gibt es Verlierer.

Erfreulich ist in diesem Zusammenhang, dass die in der Umstiegsphase zu erwartenden Verluste durch eine dreijährige Übergangszeit abgedeckt werden, um eine gewisse Planungssicherheit bei den Krankenhäusern zu erhalten. § 6 der PauschKHFVO-E enthält allerdings eine Übergangsbestimmung, die erst bei einem Verlust von über 50.000,- € greift. Insbesondere kleinere Krankenhäuser werden jedoch keine Verluste über 50.000,- € zu erwarten haben, gleichwohl müssen sie unter Umständen hohe prozentuale Reduzierungen bei den pauschalen Fördermitteln hinnehmen. Eine prozentual hinzunehmende Verlustgrenze statt einer starren Eurogrenze ist folglich sachgerechter. Dabei sollte die prozentuale Kappungsgrenze so gewählt werden, dass der Fördertopf für die Ausgleichsbeträge nicht zu Lasten der Höhe der Fallwertpauschale anwächst, also im Ergebnis vom Volumen dem jetzigen Rechnungsmodell - Kappungsgrenze 50.000,- € - entspricht.

Ferner sollte der Haushaltsansatz von 300 Mio.€ in der PauschkHFVO benannt werden, um das gesamte Fördervolumen im Bereich der Pauschalen zu sichern.

Dies erscheint insbesondere auch vor dem Hintergrund, dass nunmehr Besondere Beträge und Ausgleichsleistungen in einem Paragraphen aufgeführt sind, sinnvoll. Bisher waren Ausgleichsleistungen nicht in den 300 Mio. enthalten, sondern über einen gesonderten Haushaltstitel abgedeckt.

6. Ausgleichsleistungen (§ 22 Abs. 3 KHGG NRW-E)

Nicht hingenommen werden kann allerdings die vorgesehene und in keiner Weise im Vorfeld mit den Beteiligten in der Arbeitsgruppe des Ministeriums abgestimmte Änderung des § 30 KHG NRW – jetzt § 22 Abs. 3 KHGG NRW-E – Ausgleichsleistungen bei Einstellung oder Einengung des Krankenhausbetriebes.

Auf die Gewährung von Ausgleichsleistungen besteht dem Grunde nach ein Rechtsanspruch. Dementsprechend wurden bislang Krankenhaus- bzw. Abteilungsschließungen und die damit für den Krankenhausträger verbundenen finanziellen Härten durch die Zahlung eines (pauschalen) Ausgleiches in Abhängigkeit der zu reduzierenden Anzahl der Betten abgedeckt. Darüber hinaus sah die alte Norm vor, bei unzumutbaren Härten, im Einzelfall und auf Antrag und Nachweis des Krankenhauses auch eine höhere Ausgleichszahlung als die Pauschale zu gewähren.

Die jetzt in § 22 Abs. 3 KHGG NRW-E vorgesehene „Kann-Bestimmung“ genügt den bundesgesetzlichen Vorgaben nicht. § 9 Abs. 2 Nr. 5 KHG – Fördermittel zur Schließung von Krankenhäusern – ist unmittelbar geltendes Recht und somit bindende Vorgabe für das Landesrecht und die Landesförderung. Zur Erleichterung der Schließung ist eine Förderung zu gewähren. Der Förderanspruch muss dabei, um die Schließungserleichterung zu bewirken, von einigem Gewicht sein. Voraussetzungen und Inhalt des Förderanspruches sind landesrechtlich zu bestimmen. Dabei reicht es nicht aus, den Maßstab für die Berechnung von Ausgleichsleistungen durch Verwaltungspraxis und/oder durch Verwaltungsvorschriften festzulegen.

Im Hinblick auf die stetig wachsenden finanziellen Belastungen von Krankenhäusern und unter Berücksichtigung der damit verbundenen greifbaren Gefahr von Krankenhausschließungen, welche von der Politik nicht nur in Kauf genommen werden, sondern dem Grunde nach sogar gewollt erscheinen, muss ein Ausgleich bzw. eine Milderung der wirtschaftlichen Nachteile für die betroffenen Krankenhausträger auch künftig als Rechtsanspruch im KHGG NRW gesichert sein. Sollte eine Strukturbereinigung in der stationären Versorgung erfolgen, ist es für Träger unabdingbar, einen spürbaren monetären und verlässlichen Ausgleich für entstandene Schließungskosten zu bekommen.

7. Ärztlicher Dienst (§ 29 Abs. 1 KHGG NRW-E)

Die angekündigte Streichung der Normen zum Ärztlichen Abteilungsdienst (bisher § 36 Abs. 1 KHG NRW) ist nicht erfolgt. Im Zuge der neuen Kooperationsformen und der Möglichkeiten einer sektoralen Vernetzung, sowie im systemischen Zusammenhang mit der Streichung des Absatzes 2 der Norm, erscheint es sachgerecht, dass das Krankenhaus auch die Strukturen im ärztlichen Abteilungsdienst innerhalb der haftungsrechtlichen Grenzen selbst bestimmen kann.