



Krankenhaus
Gesellschaft
Nordrhein-Westfalen

Anhörung des Haushalts- und Finanzausschusses des Landtags Nordrhein-Westfalen

„Gesetz über die Feststellung des Haushaltsplans des Landes Nordrhein-Westfalen für das Haushaltsjahr 2007 (Haushaltsgesetz 2007)“

„Gesetz zur Änderung haushaltswirksamer Landesgesetze und zur Bereinigung des Haushaltsrechts (Haushaltsstrukturgesetz 2007)“

Vorläufige Stellungnahme der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW)

Düsseldorf, 10. Oktober 2006

Inhaltsverzeichnis

- I. Kernaussagen**
- II. Vorbemerkung**
- III. Ansatz für Neubewilligungen im Rahmen des Krankenhausinvestitionsprogramms 2007**
 - 1. Einzelförderung nach § 21 KHG NRW**
 - 2. Pauschalfinanzierung nach § 25 KHG NRW**
- IV. Kriterien für das Investitionsprogramm 2007**
 - 1. Bedeutung des Krankenhauses für die Region**
 - 1.1 Standort**
 - 1.2 Leistungsangebot**
 - 1.3 Management**
 - 2. Förderung und Begleitung von Strukturbereinigungsmaßnahmen**
 - 2.2 Abstimmung der Strukturen**
 - 2.3 Krankenhausschließung, Teilschließung, Verlagerung von Leistungsangeboten**
 - 2.4 Optimierung von Funktionsbereichen**
 - 2.5 Unterbringungsbedingungen**
 - 2.5 Betriebsnotwendigkeit und Effizienzsteigerung**
 - 3. Kooperationen**
 - 3.1 Kooperationen, Partnerschaften, Fusionen**
 - 3.2 Integrierte Versorgung**
 - 3.3 Notfallversorgung**
 - 4. Finanzielles Engagement**
 - 4.1 Eigenmitteleinsatz**
 - 4.2 Neue Finanzierungsmodelle**
 - 5. Auflagen**

Anlagen (3)

Stellungnahme zu Punkt 24 des Fragenkataloges der öffentlichen Anhörung des Haushalts- und Finanzausschusses am 19. Oktober 2006:

„Wie bewerten Sie den Ansatz für Neubewilligungen im Rahmen des Krankenhausinvestitionsprogramms 2007? Wie bewerten Sie die geplanten Veränderungen bei der Pauschalfinanzierung sowie die geplante, gezielte Förderung einzelner Krankenhäuser? Wie bewerten Sie das Sofortprogramm „Krankenhausportal NRW“?“

I. Kernaussagen

- Zu den Fragen 2 und 3 des Punktes 24 des Fragenkatalogs wurde keine Stellung bezogen, da der KGNW hierzu keine Informationen vorliegen. Die Stellungnahme bezieht sich somit nur auf die 1. Frage des Punktes 24 des Fragenkataloges.
- Die Krankenhäuser haben nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) einen Rechtsanspruch auf die Bereitstellung von Investitionsmitteln durch das Land. Die Landesregierung ist gesetzlich verpflichtet, jährlich ein Investitionsprogramm in ausreichendem Umfang aufzustellen.
- Die KGNW begrüßt ausdrücklich, dass mit dem Haushalt für 2007 der Bewilligungsstopp für Neuinvestitionen teilweise aufgehoben wird. Aufgrund des nach wie vor beträchtlichen Investitionsstaus, den Dr. Ernst Bruckenberg (Hannover) für NRW-Kliniken im Jahr 2005 auf die Höhe von 14,6 Mrd. € beziffert, können diese wieder bereitgestellten Mittel für Neubewilligungen aber nur der Beginn von ausreichenden, und schließlich auch den gesetzlich verbrieften Verpflichtungen der Länder folgenden, Fördermaßnahmen sein.
- Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) hat im Rahmen des Haushaltsbegleitgesetzes 2006 die rechtlich verpflichtende Anpassung der pauschalen Fördermittel für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter sowie die Durchführung kleiner Baumaßnahmen geändert. Die Anpassung erfolgt statt in einem zweijährigen künftig in einem vierjährigen Abstand. Die KGNW bekräftigt den Anspruch der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser gegenüber dem MAGS im Jahr 2008 in jedem Fall eine Anpassung der pauschalen Fördermittel in Höhe der kumulierten Kostenentwicklung der Jahre 2005 bis 2008 durchzuführen.
- Die Absicht des MAGS, ein transparentes und nachvollziehbares Verfahren bei der Investitionsförderung zu entwickeln, ist zu begrüßen. Die vorliegenden „Kriterien für das Investitionsprogramm 2007“, an deren Ausarbeitung die KGNW als an der Kran-

kenhausversorgung Beteiligte hätte mitwirken müssen, sind aber in weiten Teilen nicht sachgerecht und nicht tauglich, ein solch transparentes und nachvollziehbares Verfahren zu gewährleisten. Auch wurden durch die im Katalog enthaltenen Kriterien die bestehenden Grundsätze der Mittelvergabe verändert und somit grundsätzliche Themenbereiche für die weiteren Beratungen in der Arbeitsgruppe zur Novellierung des Krankenhausgesetzes Nordrhein-Westfalen (KHG NRW) präjudiziert.

- Des Weiteren sind im Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) und im Krankenhausgesetz NRW (KHG NRW) bereits eine Vielzahl der Kriterien der Förderung des Krankenhausbaus durch die Länder sowie die Ziele der Krankenhausplanung, die die Voraussetzung für die Aufnahme in das Investitionsprogramm 2007 der Landesregierung sein sollen, geregelt.
- Im KHG NRW sind z. B. die Wohnortnähe und das Kriterium der Leistungsfähigkeit als Ziele der Krankenhausplanung enthalten. Ein Krankenhaus wäre damit gar nicht im Krankenhausplan, wäre es nicht leistungsfähig. Grundsätzlich erfüllen alle im Plan befindlichen Krankenhäuser die Vorgaben des Krankenhausplanes. Geschieht dies nicht, kann schon heute eine Herausnahme aus dem Krankenhausplan erfolgen.
- Beispielsweise wäre es nicht gesetzeskonform, stets die für die Krankenhausversorgung vermeintlich bedeutsameren Krankenhäuser vorzuziehen, das kleinere Haus dagegen leer ausgehen zu lassen, weil bei ihm der Beitrag zur leistungsfähigen Krankenversorgung oder zum sozial tragbaren Pflegesatz geringer ist (vgl. Dietz/Bofinger, KHG § 8, S. 67). Nach den gesetzlichen Vorgaben müssen alle bedarfsgerechten Krankenhäuser nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften gefördert werden.
- Auch hinsichtlich der komplexen Anforderungen an das Management eines Krankenhauses enthält der Katalog unklare und willkürliche Kriterien. Nicht nur an diesem Beispiel zeigt sich, dass der vom MAGS entwickelte „Dreier-Maßstab“ „in vollem Umfang, teilweise, nicht erfüllt“ wenig zielführend und insgesamt höchst zweifelhaft ist.
- Der neue Kriterienkatalog darf bei der Vergabe von Fördermitteln im Rahmen des Investitionsprogramms 2007 nicht zu Grunde gelegt werden. Die Umsetzung innerhalb der Bezirksregierungen ist zu stoppen und kurzfristig eine Sitzung des Landesausschusses für Krankenhausplanung einzuberufen.

II. Vorbemerkung

Vorab ist darauf hinzuweisen, dass es der KGNW nicht möglich ist, zu den Fragen 2 und 3 des Punktes 24 des Fragenkatalogs Stellung zu beziehen, da diesseits keine Informationen über die geplanten Veränderungen bei der Pauschalfinanzierung sowie die geplante, gezielte Förderung einzelner Krankenhäuser vorliegen. Ferner hat die KGNW keine Kenntnis darüber, welchen Hintergrund das Sofortprogramm „Krankenhausportal NRW“ hat und nach welchen Kriterien die Fördergelder vergeben werden sollen.

Die KGNW hat diesbezüglich den Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Herrn Minister Karl-Josef Laumann, um Aufklärung zu o. g. Punkten gebeten.

Sobald nähere Informationen vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) vorliegen, sind wir gerne bereit, Stellung zu nehmen.

Unsere vorläufige Stellungnahme bezieht sich somit nur auf die 1. Frage des Punktes 24 des Fragenkataloges.

III. Ansatz für Neubewilligungen im Rahmen des Krankenhausinvestitionsprogramms 2007

Die KGNW hat sich bereits bei den öffentlichen Anhörungen zum Haushaltsentwurf 2006 im Landtag am 22./23. März 2006 vor dem Landtagsausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales und dem Haushalts- und Finanzausschuss dafür eingesetzt, dass die Landesregierung bei dem von der KGNW massiv kritisierten Bewilligungsstopp für Investitionsvorhaben der Krankenhäuser gegensteuert und ihrer Verantwortung und der gesetzlichen Verpflichtung, jährlich ein Investitionsprogramm in ausreichendem Umfang aufzustellen, nachkommt.

In den §§ 6 und 8 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) und für das Land Nordrhein-Westfalen in § 20 KHG NRW ist die Förderung des Krankenhausbaus durch die Länder geregelt. Die Krankenhausförderung kommt auf dieser Grundlage dem in § 1 des KHG NRW definierten Grundsatz, eine patienten- und bedarfsgerechte gestufte wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung durch Krankenhäuser sicherzustellen, nach.

Nach § 9 Abs. 5 KHG sind die Fördermittel so zu bemessen, dass sie die förderungsfähigen und unter Beachtung betriebswirtschaftlicher Grundsätze notwendigen Investitionskosten de-

cken. Auf dieser Grundlage sieht die KGNW die Letztverantwortung für eine flächendeckende stationäre Versorgung – auch in Bezug auf die die stationären Versorgung flankierenden Tätigkeiten wie ambulante Operationen, Teilnahme an der integrierten Versorgung – und die Erfüllung des Sicherstellungsauftrages bei der Landesregierung.

Einzelförderung nach § 21 KHG NRW

Für das Jahr 2007 sollen insgesamt 170 Mio. € als in diesem Jahr auszahlende „Barmittel“ für die Weiterfinanzierung bereits bewilligter Baumaßnahmen nach § 21 Abs. 1 KHG NRW (bis einschließlich 2005) zur Verfügung gestellt werden. Weitere 40 Mio. € sind für das Sonderfinanzierungsprogramm „Krankenhausportal NRW“ angesetzt. Somit summiert sich der Ansatz der Mittel für die Einzelförderung für das Jahr 2007 auf 210 Mio. €.

Die KGNW begrüßt ausdrücklich, dass mit dem Haushalt für 2007 der Bewilligungsstopp für Neuinvestitionen teilweise aufgehoben werden soll.

Die veranschlagten Verpflichtungsermächtigungen bedienen mit 90 Mio. € Neubewilligungen des Investitionsprogramms, mit 10 Mio. € Förderrahmenerhöhungen (Mehrkostenbewilligungen für Baumaßnahmen der Investitionsprogramme bis einschließlich 2005) und mit 20 Mio. € die Bewilligungen im Rahmen des – bisher nicht näher definierten – Sonderprogramms „Krankenhausportal NRW“.

In Anbetracht des aber nach wie vor beträchtlichen Investitionsstaus, den Dr. Ernst Bruckenberg (Hannover) für NRW im Jahr 2005 auf die Höhe von 14,6 Mrd. € beziffert, können diese wieder bereitgestellten Mittel für Neubewilligungen aber nur der Beginn von ausreichenden, und schließlich auch den gesetzlich verbrieften Verpflichtungen der Länder folgenden, Fördermaßnahmen sein.

Nordrhein-Westfalen bildet bei der Krankenhausförderung von 1972 – 2005 mit 136 064,-- Euro pro Bett nach wie vor das Schlusslicht aller Bundesländer und in der Einzel- und Pauschalförderung zusammen werden nur noch rund 26 Euro pro Kopf der Bevölkerung aufgewandt – damit bleibt NRW im Vergleich der 16 Bundesländer ebenfalls Schlusslicht.

In diesem Zusammenhang ist auch auf die viel zu geringe Investitionsquote bei den Krankenhäusern zu verweisen. So lag die volkswirtschaftliche Investitionsquote im Jahr 2003 bei 17,8 Prozent und übertraf damit (nach Prof. Neubauer) die Investitionsquote für den Krankenhaussektor mit nur 5,1 Prozent um mehr als das Dreifache.

Die Krankenhäuser haben nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz einen Rechtsanspruch auf die Bereitstellung von Investitionsmitteln durch die Bundesländer, so dass eine unzureichende Investitionsförderung durch die nordrhein-westfälische Landesregierung im dualistischen Finanzierungssystem einen Eingriff in die Eigentumsgarantie des Artikels 14 Grundgesetz darstellt.

Dieser Rechtsanspruch wird durch eine gutachterliche Stellungnahme untermauert, die die KGNW bei der Rechtsanwaltskanzlei Redeker/Sellner/Dahs & Widmeier – nach der Entscheidung des nordrhein-westfälischen Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales trotz § 20 Krankenhausgesetz NRW kein Investitionsprogramm für das Jahr 2006 aufzustellen – in Auftrag gegeben hat (**Anlage 1**).

Pauschalfinanzierung nach § 25 KHG NRW

Das Finanzvolumen der pauschalen Förderung bleibt im Jahr 2007 auf dem Vorjahreswert von 300 Mio. €.

Das bestehende System der Pauschalförderung der Krankenhäuser in NRW soll nach den Plänen des MAGS im Zuge der Novellierung des KHG NRW auf eine andere Bemessungsgrundlage umgestellt werden, welche den Werteverzehr der kurz- und mittelfristigen Anlagegüter im Krankenhaus besser abbildet. Dieser Ansatz ist zu begrüßen. Das Ministerium hat jedoch seine ersten Überlegungen noch nicht konkretisiert (welche Bemessungsgrundlage, mögliche Abstufungen etc.). Ohne diese grundlegenden Überlegungen kann von Seiten der KGNW keine Stellungnahme abgegeben werden.

Die KGNW hat im Rahmen ihrer Mitarbeit in der Arbeitsgruppe zur Novellierung des KHG NRW vorgeschlagen, die Pauschalfördermittel für jedes einzelne Krankenhaus für einen Übergangszeitraum (bis zum Ende der DRG-Konvergenzphase) auf den jetzigen Stand „einzufrieren“. Die Häuser hätten damit Planungssicherheit und könnten notwendige strukturelle Entscheidungen (z.B. den vom MAGS gewünschten Bettenabbau) treffen, ohne finanzielle Auswirkungen (Kürzung der Pauschale bei Bettenabbau) fürchten zu müssen.

Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) hat im Rahmen des Haushaltsbegleitgesetzes 2006 den § 25 Abs. 14 KHG NRW geändert. Die rechtlich verpflichtende Anpassung der pauschalen Fördermittel für die Wieder-

beschaffung kurzfristiger Anlagegüter sowie die Durchführung kleiner Baumaßnahmen erfolgt statt in einem zweijährigen künftig in einem vierjährigen Abstand.

Vor diesem Hintergrund bekräftigt die KGNW den Anspruch der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser gegenüber dem MAGS im Jahr 2008 in jedem Fall eine Anpassung der pauschalen Fördermittel in Höhe der kumulierten Kostenentwicklung der Jahre 2005 bis 2008 durchzuführen.

Die KGNW möchte nochmals darauf hinweisen, dass es in den anderen Bundesländern keine vergleichbar langen Anpassungszeiträume gibt; meist erfolgen die Anpassungen an die Kostensteigerungen im Zwei-Jahres-Turnus oder früher. Das Land NRW nimmt damit im Ländervergleich eine weitere Schlusslichtposition ein. Darüber hinaus ist und bleibt unklar, nach welchen Kriterien und auf welcher statistischen Basis das Land die Anpassung an die Kostenentwicklung vornimmt.

Um Erhaltungs- und Wiederbeschaffungsmaßnahmen realisieren zu können, sind die marktüblichen Preise zu bezahlen. Die Preisindices, z. B. in den Bereichen Bauleistungen und gewerbliche Güter, weisen über die Jahre deutliche Steigerungsraten auf. Den Krankenhäusern wird mit der um zwei Jahre verschobenen Anpassung der Fördermittel - gemessen an den Steigerungsraten der letzten vier Jahre - mehr als 3 Millionen Euro pro Jahr entzogen, wobei wegen fehlender klarer Regelungen bezüglich der Anpassungskriterien und Indices unklar ist, ob es sich dabei um einen temporären oder dauerhaften Liquiditätsverlust handelt. Dies wird dazu führen, dass Erhaltungs- und Wiederherstellungsinvestitionen nicht im vorgesehenen Umfang durchgeführt werden können, was in der Folge auch negative Auswirkungen auf die wirtschaftliche Entwicklung in der Umgebung der Krankenhäuser haben dürfte.

Bei allem Verständnis für die Notwendigkeit einer Haushaltskonsolidierung und die damit verbundenen Schwierigkeiten brauchen die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen Planungssicherheit. Die Eingriffe in die Investitionsförderung sowie die geringe Investitionsquote verschärfen die finanzielle Situation der Krankenhäuser in NRW noch weiter und sind gerade in der jetzigen, höchst sensiblen Umstellungsphase auf das DRG-Fallpauschalensystem mit nicht kalkulierbaren Risiken verbunden. Den Krankenhäusern fehlt das notwendige Geld, um sich auf weitere Herausforderungen der Zukunft, wie z. B. ambulante Öffnung der Krankenhäuser, integrierte Versorgungsformen, Telematik-Infrastruktur, einzustellen und um damit eine wirtschaftliche, zweckmäßige, wohnortnahe und qualitativ auf hohem Niveau stehende Patientenversorgung in NRW weiterhin sicherstellen zu können.

Wegen des ausgesprochen hohen Bedarfs können die Mittel der Krankenhausförderung 2007 lediglich als Teilerfolg angesehen werden, der bei weitem nicht den notwendigen Bedarf deckt.

IV. Kriterien für das Investitionsprogramm 2007

Seitens des MAGS wurde die KGNW darauf hingewiesen, dass mit Schreiben vom 08. September 2006 in Form eines Erlasses ein Kriterienkatalog für das Investitionsprogramm 2007 seitens des MAGS an die Bezirksregierungen übersandt worden sei. Dieser Kriterienkatalog ist in der **Anlage 2** beigelegt.

Nach Durchsicht des Kriterienkataloges sind wir der Ansicht, dass die KGNW bei der Ausarbeitung des Kriterienkataloges als an der Krankenhausversorgung Beteiligte gemäß § 7 KHG, § 17 KHG NRW hätte beteiligt werden müssen.

Auch wurden durch die im Katalog enthaltenen Kriterien die bestehenden Grundsätze der Mittelvergabe verändert und somit grundsätzliche Themenbereiche für die weiteren Beratungen in der Arbeitsgruppe zur Novellierung des Krankenhausgesetzes Nordrhein-Westfalen (KHG NRW) präjudiziert.

In einem Brief an den Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Herrn Minister Karl-Josef Laumann, vom 26. September 2006, haben wir unsere Rechtsauffassung mitgeteilt und gefordert, den neuen Kriterienkatalog bei der Vergabe von Fördermitteln im Rahmen des Investitionsprogramms 2007 nicht zu Grunde zu legen, die Umsetzung innerhalb der Bezirksregierungen zu stoppen und kurzfristig eine Sitzung des Landesausschusses für Krankenhausplanung einzuberufen.

Grundsätzlich sind alle im Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser förderungsfähig. Ein Anspruch auf Feststellung der Aufnahme in das Investitionsprogramm besteht gem. § 8 Abs. 2 Satz 1 KHG allerdings nicht. Nach Satz 2 entscheidet die zuständige Landesbehörde unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen und der Vielfalt der Krankenhausträger nach pflichtgemäßem Ermessen, welches Krankenhaus den Zielen der Krankenhausplanung des Landes am besten gerecht wird.

In Nordrhein-Westfalen kommt diese Aufgabe den Bezirksregierungen zu (§ 1 der Verordnung zur Regelung von Zuständigkeiten auf dem Gebiet des Krankenhauswesens (KHZV)).

Die Bezirksregierungen schlagen zunächst eine Prioritätenliste vor. Das abschließende Investitionsprogramm wird vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen – nach Erörterung des Programmentwurfs mit den Bezirksregierungen und Beteiligung des Landesausschusses für Krankenhausplanung gemäß § 17 KHG NRW (Beteiligte an der Krankenhausversorgung) – aufgestellt.

Sodann wird das Investitionsprogramm im Ministerialblatt NRW veröffentlicht. Auf dessen Grundlage erstellen die Bezirksregierungen die Bewilligungsbescheide gemäß § 20 Satz 4 KHG NRW.

Klar umrissene Kriterien zur Auswahl der zu fördernden Krankenhäuser, welche die gesetzlichen Fördertatbestände der §§ 8, 9 KHG und §§ 19 ff. KHG NRW konkretisieren, existieren nach Kenntnis der KGNW bei den Bezirksregierungen nicht (vgl. bspw. Sitzungsvorlage 58/2006 der Bez Reg. Münster zum Investitionsprogramm 2007 – **Anlage 3**).

Die Entscheidung über die Aufnahme in das Investitionsprogramm ist nach ständiger Rechtsprechung gerichtlich nicht vollständig überprüfbar. Die Rechtsprechung orientiert sich hierbei an den Grundsätzen, welche sie für die Aufnahme von Krankenhäusern in den Krankenhausplan entwickelt hat.

Bei der Auswahlentscheidung zwischen mehreren notwendigen und dringenden Vorhaben steht der Behörde ein nur eingeschränkt richterlich überprüfbarer Beurteilungsspielraum zu (vgl. OVG NRW, Urt. v. 5.12.1996 – 13 A 72/95; OVG NRW, Urt. v. 25.4.1996 – 13 A 6049/94).

Unter den notwendigen Vorhaben sind demnach diejenigen auszuwählen, die den krankenhauplanerischen Zielsetzungen des Gesetzes am besten gerecht werden. Diese Ziele, die meist auch öffentliche Belange darstellen, sind mit den Interessen des einzelnen Krankenhauses abzuwägen.

Die gerichtliche Kontrolle muss sich auf die Nachprüfung beschränken, ob die Behörde von einem zutreffenden und vollständig ermittelten Sachverhalt ausgegangen ist, ob sie einen sachgerechten Beurteilungsmaßstab angewandt hat, der mit dem Gesetz in Einklang steht und ob sie sich nicht von sachfremden Erwägungen hat leiten lassen. In diesem Fall besteht lediglich ein Anspruch auf fehlerfreie Auswahl unter den Konkurrenzkrankenhäusern (vgl. OVG NRW, Urt. v. 5.12.1996 – 13 A 72/95; OVG NRW, Urt. v. 25.4.1996 – 13 A 6049/94).

So wäre es beispielsweise nicht gesetzeskonform, stets die für die Krankenhausversorgung bedeutsameren Krankenhäuser vorzuziehen, das kleinere Haus dagegen leer ausgehen zu lassen, weil bei ihm der Beitrag zur leistungsfähigen Krankenversorgung oder zum sozial tragbaren Pflegesatz geringer ist (vgl. Dietz/Bofinger, KHG § 8, S. 67). Das Gesetz fordert in § 8 Abs. 1 Satz 1 KHG, dass alle bedarfsgerechten Krankenhäuser nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften gefördert werden müssen.

Vor diesem Hintergrund ist das Vorhaben des MAGS, ein transparentes und nachvollziehbares Verfahren bei der Investitionsförderung zu entwickeln, zu begrüßen. Die vorliegenden „Kriterien für das Investitionsprogramm 2007“ sind allerdings in weiten Teilen nicht tauglich ein solch transparentes und nachvollziehbares Verfahren zu gewährleisten.

Insbesondere die Gewichtung der einzelnen Kriterien mit den Urteilen „in vollem Umfang, teilweise, nicht erfüllt“ ist bei Kriterien, die nur mit „erfüllt“ oder „nicht erfüllt“ festgestellt werden können, wenig zielführend.

Des Weiteren ist im Katalog eine große Anzahl von Kriterien aufgeführt, die schon von § 1 KHG/KHG NRW als Ziele der Krankenhausplanung ausgegeben sind. Falls ein Krankenhaus somit diese Kriterien gar nicht erfüllt, wäre es niemals in den Krankenhausplan aufgenommen und damit als grds. förderungsfähig erachtet worden. Das Prädikat „nicht erfüllt“ ist für diese Kriterien mithin schlichtweg untauglich.

Im Folgenden nimmt die KGNW zu den einzelnen Kriterien des Investitionsprogramms 2007 (*hervorgehoben*) Stellung:

Vorbemerkung:

Die Krankenhausförderung muss zielgerichtet und zukunftsorientiert sein. Sie muss die wechselnden Belange des Krankenhausmarktes berücksichtigen und flexibel sein. Daher sind die Kriterien für eine Förderung klar, transparent und nachvollziehbar offen zu legen. Sie sind laufend dem Bedarf anzupassen. Insofern ist es zwingend, sie für jedes Investitionsprogramm zu prüfen und ggf. neu festzulegen.

Im Investitionsprogramm 2007 können unter dem Vorbehalt des Haushalts Krankenhäuser gefördert werden, die die nachfolgend genannten Kriterien möglichst vollständig und auf möglichst hohem Niveau erfüllen. Eine Gewichtung der Kriterien („in vollem Umfang, teilweise, nicht erfüllt“) wird vorgenommen werden.

1. **Bedeutung des Krankenhauses für die Region**

1.1 Standort

- *Der Standort ist für die Sicherstellung der wohnortnahen Versorgung wichtig. Wohnortnah ist grundsätzlich, wenn das Angebot für die Bevölkerung in zumutbarer Entfernung erreichbar ist.*

Wohnortnähe ist schon in § 1 Abs. 1 KHG NRW als Ziel der Krankenhausplanung beschrieben und fließt deshalb in den Krankenhausplan gemäß § 13 KHG NRW ein. Daraus folgt, dass alle Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen, die in den Krankenhausplan aufgenommen wurden, eine ortsnahe/wohnortnahe Versorgung gewährleisten müssen. O. g. Kriterium ist daher ein untaugliches Kriterium, wenn es um die Auswahlentscheidung zwischen zwei Plankrankenhäusern und damit grundsätzlich förderungsfähigen Krankenhäusern geht.

Klärungsbedürftig erscheint im Weiteren, was unter „zumutbarer Entfernung“ zu verstehen ist. Falls der bisher geltende Maßstab des 20 km-Umkreises fallen gelassen werde und durch das vorliegende, weichere Kriterium ersetzt werden soll, dient dies nach Ansicht der KGNW nicht der Schaffung von mehr Transparenz und Nachvollziehbarkeit in der Investitionsförderung.

Ferner heißt es in der amtlichen Begründung zu § 1 Abs. 1 KHG NRW:

„Eine wohnortnahe Versorgung ist nach den Bedürfnissen der Bevölkerung auszurichten und von der Planungsbehörde zusammen mit den Beteiligten der Krankenhausplanung zeitgemäß anzupassen ...“

Die KGNW ist gemäß § 17 KHG NRW Beteiligte an der Krankenhausversorgung und hätte gemäß § 15 Abs. 3 Nr. 1 KHG NRW angehört werden müssen, soweit es um das Kriterium der wohnortnahen Versorgung als Teil des Krankenhausplanes geht.

- *Das leistungsfähigere und umfangreichere Leistungsangebot hat grundsätzlich Vorrang.*

Das Kriterium der Leistungsfähigkeit ist ebenfalls schon in § 1 Abs. 1 KHG NRW niedergelegt. Ein Krankenhaus wäre damit gar nicht im Krankenhausplan, wäre es nicht leistungsfähig.

Zudem spielen viele Faktoren in die Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses hinein. So ist beispielsweise nicht alleine das Krankenhaus mit dem breitesten Leistungsspektrum leistungsfähig, sondern es spielt auch der Spezialisierungsgrad und die Patientenstruktur für die Leistungsfähigkeit eine Rolle.

So führt das Bundesverwaltungsgericht in seinem Urteil vom 18.12.1986 (3 C 67.85) aus:

„Es dürfen aber nicht nur pauschal die am besten eingerichteten Krankenhäuser als leistungsfähig angesehen werden. Bei Fachkrankenhäusern kommt es auf das Verhältnis der Fachärzte/Fachkräfte zur Bettenzahl an und ob eine nach medizinischen Erkenntnissen erforderliche personelle, räumliche und medizinisch-technische Ausstattung vorhanden ist.“

Aus Sicht der KGNW erweist sich dieses Kriterium damit auch als untauglich.

1.2 Leistungsangebot

- *Das Leistungsangebot ist nicht nur kurzfristig unverzichtbar.*

Der Krankenhausplan gemäß § 13 KHG NRW und die darin enthaltenen Festsetzungen orientieren sich bereits am medizinischen Bedarf auf längere Sicht. § 13 KHG NRW sieht diesbezüglich auch eine ständige Überprüfung und Fortschreibung des Krankenhausplans vor. Demzufolge sind alle Krankenhäuser, die sich zurzeit im Plan befinden, nicht nur kurzfristig unverzichtbar.

O. g. Kriterium ist daher ebenfalls bei der Auswahlentscheidung zwischen mehreren notwendigen und dringenden Vorhaben der grundsätzlich förderungsfähigen Krankenhäuser untauglich. Ferner ist nicht ersichtlich, wie die nicht nur kurzfristige Unverzichtbarkeit des Leistungsangebotes anhand des vom MAGS entwickelten Maßstabs „in vollem Umfang, teilweise, nicht erfüllt“ zu gewichten ist. Aus Sicht der KGNW ist ein Leistungsangebot entweder verzichtbar oder nicht verzichtbar – eine teilweise Verzichtbarkeit gibt es nicht.

- *Das Krankenhaus erfüllt die Vorgaben des Krankenhausplanes, arbeitet wirtschaftlich und ist ausgelastet. Wirtschaftlich arbeitet ein Krankenhaus, wenn es hochwertige (CMI) Leistungen zu günstigen individuellen Basisfallwerten erbringt. Eine gute Auslastung ist gegeben, wenn die Vorgaben des Krankenhausrahmenplanes regelmäßig erreicht werden.*

Grundsätzlich erfüllen alle im Plan befindlichen Krankenhäuser die Vorgaben des Krankenhausplanes. Geschieht dies nicht, kann eine Herausnahme aus dem Krankenhausplan erfolgen.

Die Aussage: „*Wirtschaftlich arbeitet ein Krankenhaus, wenn es hochwertige (CMI) Leistungen zu günstigen individuellen Basisfallwerten erbringt*“ blendet aus, dass die Krankenhäuser nach der derzeitigen Gesetzeslage sukzessive mittels der Konvergenzschritte jedes Jahr näher an den landesweiten Basisfallwert des jeweiligen Bundeslandes herankonvergieren.

Unter der Messung des Grades der Wirtschaftlichkeit kann die Betrachtung von Ertrag durch Aufwand verstanden werden. Zieht man diese Betrachtung heran, so müsste gewährleistet sein, dass der Leistungserbringer (Krankenhaus) seine Preise selbst kalkulieren kann und in der Lage ist, für den jeweils zu erbringenden Aufwand selbst den Preis zu kalkulieren. Seit 1993 sind die Budgets der Krankenhäuser gedeckelt. Der Übergang der gedeckelten Budgets in das DRG-System hat den jeweiligen finanziellen Stand des einzelnen Krankenhauses fortgeschrieben. Die Abbildung im DRG-System wird jedes Jahr durch das InEK weiter verbessert, indem anhand der von den Krankenhäusern gelieferten Daten ermittelt wird, welcher tatsächliche Aufwand im Durchschnitt für die jeweilige Leistung in den Krankenhäusern anfällt. Dieses „lernende System“ wird jedes Jahr fortentwickelt, da es nach wie vor noch Leistungen gibt, bei denen das Relativgewicht der DRG noch nicht abschließend den dahinter stehenden durchschnittlichen Aufwand eines Krankenhauses abbildet. Es ist sogar damit zu rechnen, dass ein erheblicher Teil der medizinischen Leistungen im Krankenhaus nicht sachgerecht im DRG-System abgebildet werden kann.

Das DRG System bringt nur Relativgewichte hervor und kein Kriterium der Wirtschaftlichkeit. Innerhalb dieses noch lernenden DRG-Systems sich historisch ergebende individuelle Basisfallwerte der Krankenhäuser in Verbindung mit hochwertigen Leistungen als Indikator für die Wirtschaftlichkeit heranzuziehen, geht an der Sache vorbei.

Neben den inzwischen über 1.000 DRG's wird das Leistungsspektrum der Krankenhäuser mit inzwischen über 100 Zusatzentgelten abgebildet. Hinzu kommt, dass neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) in jedem Jahr neu vom InEK bewertet und entsprechend ebenfalls als Leistung der Krankenhäuser akzeptiert werden. Somit wird deutlich, dass die von einem Haus erbrachten DRG's und der sich hieraus ergebe-

ne Casemix Index (CMI) keine abschließende Aussage darüber treffen, ob ein Krankenhaus hochwertige Leistungen wirtschaftlich erbringt.

Unabhängig davon würde dieses Kriterium - vor dem Hintergrund der vom Gesetzgeber vorgesehenen Konvergenzphase - mit dem Abschluss eines einheitlichen Basisfallwertes für alle Krankenhäuser im jeweiligen Bundesland ohnehin entfallen. Die aktuellen Veränderungen im DRG-System 2007 beweisen, dass der CMI keinesfalls geeignet ist, einen Surrogatparameter für die Wirtschaftlichkeit eines Krankenhauses darzustellen.

Letztlich ist das zur Wirtschaftlichkeitserwägung herangezogene Beispiel von Krankenhäusern mit einem hohen CMI willkürlich und nicht sachgerecht, da das Leistungsspektrum der Krankenhäuser unterschiedlich ist. Das Beispiel ist daher gerade für Krankenhäuser die eine Vielzahl von Leistungen mit geringen Bewertungsrelationen erbringen (Beispiel: vaginale Entbindungen ohne komplizierte Diagnose (O60D) = 0,554) und daher einen geringen CMI haben, nicht geeignet.

Aus Sicht der KGNW erscheint eine Bewertung der Krankenhäuser anhand des Kriteriums der Auslastung nach Einführung des DRG-Systems als fachlich nicht sinnvoll. Deshalb wird im Zuge der Novellierung des KHG NRW auch diskutiert, den § 14 Abs. 3 KHG NRW, der die Auslastung als Parameter für die Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses heranzieht, ersatzlos zu streichen.

1.3 *Management*

- *Das Krankenhaus wird mit einer straffen zielgerichteten Strategie geführt.*

Der Begriff „Strategie“ impliziert lediglich die Vorstellung von zielgerichtetem Handeln. Betrachtet man die moderne Literatur zu den verschiedenen Ansätzen des strategischen Handelns, so bleiben die Design-, die Planning-, die Positioning-, die Entrepreneurial-, die Cognitive-, die Learning-, die Power-, die Cultural- und die Environmental School als Grundkonstrukte bestehen. Die zehnte Perspektive ist die Configurational School, die versucht, alle zuvor dargestellten Perspektiven in sich zu vereinigen, indem konsistente Unternehmensgebilde bzw. Idealtypen aus Strategie, Kontext und Struktur abgeleitet werden. Vor diesem komplexen Hintergrund bleibt völlig unklar, wie eine Bewertung der verschiedenen Ansätze durch die jeweilige Bezirksregierung sachgerecht erfolgen soll.

Es handelt sich wiederum um ein untaugliches, nicht griffiges Kriterium. Es ist nicht ersichtlich, wie an dieses Kriterium der vom MAGS entwickelte Maßstab „in vollem Um-

fang, teilweise, nicht erfüllt“ anzulegen ist. Allein der Versuch, strategische Planung mit einer abgestuften Dreier-Skala zu bewerten, lässt dieses Kriterium zweifelhaft erscheinen.

- *Seine Organisation ist patientengerecht.*

Der Begriff „patientengerechte Organisation“ ist ebenfalls nicht klar zu definieren. Um dieses Kriterium zu bewerten, müsste zunächst ein verbindlicher Konsens über die Ansprüche von Patienten und Bürgern an die Krankenhäuser hergestellt werden. Dazu würde sicherlich eine angemessene finanzielle Ausstattung der Kliniken gehören. Die Organisationstheorie kennt viele Ansätze und Methoden um Organisationen zu beschreiben. Es ist unklar, ob hier der betriebswirtschaftliche, der verhaltensorientierte oder der systemtheoretische Ansatz verfolgt wird. Aus Sicht der KGNW lässt sich der vom MAGS entwickelte Maßstab zur Bewertung hier ebenfalls nicht heranziehen, da dieser rein willkürlich wäre. Zunächst muss hier eine Konkretisierung erfolgen.

- *Die Krankenhäuser lassen sich hinsichtlich ihrer Ergebnisqualität bspw. durch Zertifizierung bewerten und haben intern ein Qualitätsmanagement eingeführt.*

Aus Sicht der KGNW ist die Qualitätssicherung und -steigerung in den einzelnen Krankenhäusern bzw. deren Überprüfung grundsätzlich zu begrüßen. Es existiert eine gesetzliche Norm durch den § 135a SGB V, die Krankenhäuser verpflichtet, einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. Nach Kenntnis der KGNW existieren keine Kliniken, die diese Vorgaben nicht umgesetzt haben. Ausweislich der Ergebnisauswertung für 2005 der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung beteiligen sich alle Krankenhäuser in NRW an der externen Qualitätssicherung. Damit ist dieses Kriterium obsolet. Zusätzlich kann dieses Kriterium bei der Auswahl zwischen förderungsfähigen Krankenhäusern nicht herangezogen werden, da es im KHG/KHG NRW nicht als Ziel der Krankenhausplanung ausgegeben ist. Die Investitionsförderung nach dem KHG/KHG NRW hat sich an den Zielen der Krankenhausplanung wie sie im KHG/KHG NRW niedergelegt sind, zu orientieren.

2. Förderung und Begleitung von Strukturbereinigungsmaßnahmen

2.1 Abstimmung der Strukturen

- *Die anstehende Investitionsmaßnahme ist Folge einer abgestimmten und im Einvernehmen mit der Planungsbehörde vorgenommenen Strukturbereinigung.*

Hierbei handelt es sich aus Sicht der KGNW um ein sinnvolles Abwägungskriterium vor dem Hintergrund der Ziele der Krankenhausplanung im Sinne des KHG/KHG NRW. Es handelt sich hierbei aber nicht um ein neues Kriterium, da in den vergangenen Jahren schon eine enge Abstimmung zwischen den einzelnen Krankenhäusern und den Bezirksregierungen stattgefunden hat.

2.2 Krankenhausschließung, Teilschließung, Verlagerung von Leistungsangeboten

- *Betriebsteile werden zusammengelegt oder Abteilungen konzentriert.*

Dieses Kriterium ist differenziert zu betrachten. In § 9 Abs. 2 Nr. 2 KHG bzw. § 9 Abs. 2 Nr. 6 KHG ist geregelt, dass die o. g. Maßnahmen – neben anderen – förderungsfähig sind. Grundsätzlich ist dieses Kriterium somit sinnvoll; aber auch nicht neu. Es darf jedoch den Zielen der Krankenhausplanung nicht widersprechen, da die Investitionsförderung des KHG/KHG NRW auch die wirtschaftliche Überlebensfähigkeit der kleinen (bedarfsgerechten) Krankenhäuser sicherstellen soll (vgl. Dietz/Bofinger, KHG § 8, Seite 67). Ein reines „Ausbluten lassen“ der kleinen Krankenhäuser wäre vor diesem Hintergrund verfehlt.

- *Krankenhausschließungen oder Teilschließungen in der Nachbarschaft erfordern die Investitionsmaßnahme (z. B. Aufstockung von Kapazitäten, Organisationsänderung).*

Dieses Abwägungskriterium ist vor dem Hintergrund der Ziele der Krankenhausplanung (bedarfsgerecht) sinnvoll und zu begrüßen.

2.3 Optimierung von Funktionsbereichen

- *Die Optimierung von Funktionsbereichen hat für die Region und den Versorgungsauftrag des Krankenhauses große Bedeutung. Dies ist insbesondere der Fall, wenn das Leistungsangebot im Versorgungsgebiet einmalig ist oder landesweite bzw. länderweite Bedeutung hat.*

Auch diesem Abwägungskriterium stehen vor dem Hintergrund der Ziele der Krankenhausplanung (bedarfsgerecht) keine Bedenken entgegen. Es bleibt aber unklar, wie die von der jeweils zuständigen Bezirksregierung vorgenommene Abwägung ggf. einer Überprüfung zugänglich ist.

2.4 Unterbringungsbedingungen

- *Die Verbesserungsnotwendigkeit von Unterbringungsbedingungen darf nicht durch den Träger verschuldet sein.*

Das fehlende Verschulden des Krankenhausträgers ist schon als Voraussetzung der Förderung in § 19 Abs. 2 Satz 2 KHG NRW niedergelegt und darf somit in eine Abwägung für eine Auswahlentscheidung nicht einfließen, da die Förderung eines Trägers, dem ein Verschulden zur Last gelegt werden kann, schlichtweg rechtswidrig wäre. Ein solcher Träger kommt für eine Förderung von vornherein nicht in Frage. O. g. Kriterium ist damit obsolet.

- *Der Träger weist finanzierte Erhaltungsmaßnahmen nach.*

Da im Krankenhausplan befindliche Krankenhäuser grundsätzlich förderungsfähig sind und auch einen gesetzlichen Anspruch auf Förderung gemäß §§ 8, 9 KHG – abhängig von der Höhe des jeweiligen Investitionsprogramms – haben (vgl. Gutachten der Rechtsanwälte Redeker, Sellner, Dahs & Widmaier – **Anlage 1**), ist eine generelle Verknüpfung der Förderung mit dem Aufbringen von Eigenmitteln durch den Träger sachwidrig. Die Förderung ist einzig und allein an den Zielen der Krankenhausplanung auszurichten und nicht mit sachfernen Erwägungen zu vermischen.

Soweit das Kriterium dahingehend auszulegen ist, dass der Krankenhausträger die vom Land geförderten Investitionsgüter ordnungsgemäß in Stand hält bzw. wartet, ist das Kriterium sachgerecht. So verstanden, korrespondiert es mit dem fehlenden Verschulden des Krankenhausträgers als Voraussetzung für eine Förderung gem. § 19 Abs. 2 Satz 2 KHG NRW.

2.5 Betriebsnotwendigkeit und Effizienzsteigerung

- *Der Krankenhausträger belegt, dass die Investitionsmaßnahme zum Erhalt der Wettbewerbsfähigkeit betriebsnotwendig ist.*

Aus Sicht der KGNW ist dieses Kriterium grundsätzlich sinnvoll; es dürfte jedoch feststehen, dass bereits in früheren Investitionsprogrammen eine Förderung der Krankenhäuser „ins Blaue“ hinein nicht stattgefunden hat. Bei jeder Förderung war die Notwendigkeit der Investitionsmaßnahme durch den Krankenhausträger gegenüber den Bezirksregierungen zu belegen.

- *Zur Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit und Effizienz legt er eine mittelfristige Erfolgsplanung und Wirtschaftlichkeitsberechnung der angestrebten Investition vor.*

Grundsätzlich ist es sinnvoll, eine Investition anhand verschiedener Parameter auf ihre Wirtschaftlichkeit und Effizienz hin zu überprüfen. Die Wirtschaftlichkeit ist allerdings nicht das alleinige Ziel der Krankenhausplanung. Als alleiniges Kriterium ist sie daher untauglich. Es bleibt zudem unklar, wie die von der jeweils zuständigen Bezirksregierung vorgenommene Abwägung ggf. einer Überprüfung zugänglich ist.

- *Zur Darstellung der Qualitätssteigerung erstellt er eine Kosten-Nutzen-Analyse*

Die im Kriterium geforderte Kosten-Nutzen-Analyse zur Darstellung der Qualitätssteigerung erscheint hinsichtlich ihrer Voraussetzungen unklar. Es wird nicht deutlich, ob hiermit die medizinische Behandlungsqualität, die Verbesserung von Prozessen (Abläufe) oder z. B. die Erhöhung des Patientenkomforts gemeint ist. Darüber hinaus existieren nach Kenntnis der KGNW bisher keine validierten Tools zur Feststellung einer Kosten-Nutzen-Analyse im Hinblick auf das Qualitätsmanagement, die hierfür in nachvollziehbarer Weise für die prüfende Bezirksregierung als Abwägungskriterium herangezogen werden könnte. Eine Kosten-Nutzen-Analyse wäre daher wissenschaftlich nicht abgesichert und somit weder transparent noch nachvollziehbar. Vor diesem Hintergrund erscheint dieses Kriterium somit unbestimmt und nicht praxisgerecht.

3. Kooperationen

3.1 Kooperationen, Partnerschaften, Fusionen

- *Der Krankenhausträger arbeitet aktiv, kooperativ und arbeitsteilig mit den Gesundheits- und anderen sozialen Einrichtungen der Region zusammen.*

Die alleinige Zusammenarbeit mit den Gesundheits- und anderen sozialen Einrichtungen der Region ist noch kein Indikator für bedarfsgerechtes, wirtschaftliches und leistungsfähiges Arbeiten. Dieses Kriterium ist somit inhaltsleer; im Einzelfall müsste überprüft werden, ob eine derartige Kooperation auch wirklich im Sinne der Ziele der Krankenhausplanung funktioniert.

- *Dazu sind Partner nachzuweisen, ggf. Verträge vorzulegen, bzw. das tatsächliche Funktionieren (z. B. bei der Organspende) zu belegen.*

O. g. Kriterium ist nicht zielführend, da das Krankenhaus keinen absoluten Einfluss auf den Abschluss von Verträgen hat. Verträge sind naturgemäß immer zweiseitige Rechtsgeschäfte. Sperrt sich ein potentieller Vertragspartner, kann das Krankenhaus keinen Vertragsabschluss verlangen. Das „*tatsächliche Funktionieren (z. B. bei der Organspende) zu belegen*“ ist aus Sicht der KGNW ein sachfremdes Kriterium. Ein Krankenhaus hat rechtlich keine Möglichkeit einen Patienten zu einer Organspende zu veranlassen.

3.2 Integrierte Versorgung

- *Das Krankenhaus beteiligt sich an der integrierten Versorgung. Dabei werden z. B. stationäre, ambulante und rehabilitative Leistungen erbracht.*

Der Abschluss eines Vertrages zur integrierten Versorgung ist ebenfalls kein taugliches Auswahlkriterium, da die Krankenhäuser keinen Einfluss auf Entscheidungen ihrer potentiellen Vertragspartner haben. In der Praxis ist es so, dass sich die potentiellen Vertragspartner oftmals gegen den Abschluss eines Vertrages zur integrierten Versorgung gemäß §§ 140 a ff. SGB V sperren.

3.3 Notfallversorgung

- *Die Notfallversorgung im ambulanten und stationären Bereich wird abgestimmt erbracht.*

Vor dem Hintergrund der Ziele der Krankenhausplanung (bedarfsgerecht) ist dieses Abwägungskriterium zunächst grundsätzlich sinnvoll, aber nicht allein abhängig vom Krankenhaus. Neben dem Krankenhausträger sind bezüglich der Abstimmung vor allem die Rettungsdienste (im stationären Sektor) und die Kassenärztlichen Vereinigungen (im ambulanten Sektor, Sicherstellungsauftrag liegt bei den KVen) an der Notfallversorgung beteiligt. Vor diesem Hintergrund gestaltet sich eine Abstimmung in der Praxis häufig schwierig.

4. **Finanzielles Engagement**

4.1 Eigenmitteleinsatz

- *Der Krankenhausträger hat mit Eigenmitteln notwendige Investitionen durchgeführt.*

In der Praxis dürfte es kaum Krankenhäuser geben, die in der Vergangenheit aufgrund der fehlenden Investitionskostenförderung nicht gezwungen waren, mit Fremdmitteln absolut notwendige Investitionen zur Aufrechterhaltung des Betriebes durchzuführen.

Aus Sicht der KGNW werden allerdings durch dieses Kriterium die ohnehin finanzstarken Krankenhäuser über Gebühr bevorzugt, was zu einem systematischen „Ausbluten lassen“ der finanzschwächeren Krankenhäuser führt. Dies ist mit dem Ziel der Krankenhausplanung, eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen, nicht vereinbar.

4.2 Neue Finanzierungsmodelle

- *Neue Finanzierungsmodelle können grundsätzlich gefördert werden, müssen aber im Einzelnen dargelegt und auf ihre Förderfähigkeit hin überprüft werden.*

Zunächst kann dieses Kriterium dahingehend missverstanden werden, dass die neuen Finanzierungsmodelle selber gefördert werden sollen. Dies kann aber nicht gemeint sein, da es sich insoweit um eine sachfremde Erwägung handeln würde, weil die förderunfähigen Investitionen im Gesetz einzeln aufgelistet werden (vgl. § 9 KHG). Darüber hinausgehende Fördertatbestände, die einen gänzlich anderen Bereich der Förderung betreffen, sind nicht förderungsfähig.

Voraussichtlich zutreffend verstanden, beruht dieses Kriterium ebenfalls auf sachfremden Erwägungen, da eine Investitionsförderung sich immer nur an den Zielen der Krankenhausplanung gemäß § 1 KHG/KHG NRW zu orientieren hat. Neue Finanzierungsmodelle sind zwar grundsätzlich zu begrüßen, können jedoch nicht Maßstab bzw. Abwägungskriterium für eine Auswahlentscheidung sein.

Des Weiteren bleibt unklar, ob das MAGS Finanzierungsmodelle im Blick hat, an denen das Land weiterhin finanziell beteiligt bleibt und welche Kriterien hierfür ggf. herangezogen werden sollen.

Ist hiermit jedoch dagegen der Ausstieg des Landes aus der Investitionsförderung hin zu privaten Finanzierungsformen beabsichtigt, ist darauf hinzuweisen, dass neue Finanzierungsmodelle nicht mit der Erschließung neuer Geldquellen gleichgesetzt werden können.

- *Es ist ein Finanzierungsplan zu erstellen.*

Dieses Kriterium wird von der KGNW grundsätzlich als sinnvoll erachtet. Allerdings stellt sich die Frage, inwieweit den Bezirksregierungen schon heute detaillierte Finanzierungspläne vorgelegt werden, da seitens der Bezirksregierung keine Förderung „ins Blaue“ hinein vorgenommen wird.

- *Der Träger verbessert mit einem erheblichen Eigenanteil seine Aussichten auf Förderung.*

Hierbei handelt es sich um eine sachfremde Erwägung, da das Investitionsprogramm die Ziele der Krankenhausplanung flankieren und nicht Anreize für die Verwendung von Eigenmitteln schaffen soll. Notfalls soll durch die Investition gerade das wirtschaftliche Überleben eines Krankenhauses, welches den Zielen der Krankenhausplanung entspricht, gesichert werden. Die Ziele der Krankenhausplanung im Sinne des § 1 KHG/KHG NRW sind der alleinige Maßstab für die Auswahlentscheidung.

5. Auflagen

Der Träger erklärt sich grundsätzlich bereit, Auflagen zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen zu akzeptieren.

Gem. § 24 Abs. 5 KHG NRW kann die Bewilligung als Verwaltungsakt formalrechtlich grundsätzlich auf Basis der verwaltungsrechtlichen Vorgaben mit Nebenbestimmungen bzw. Auflagen versehen werden, die zur Verwirklichung des Gesetzeszwecks, insbesondere der Grundsätze von Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit und zur Erreichung der Ziele des Krankenhausplans, erforderlich sind. Dazu bedarf es jedoch keiner Bereitschaft der Krankenhäuser, diese – vor allem in Unkenntnis der Inhalte – im Vorhinein zu akzeptieren.

Ist mit diesem Kriterium jedoch ein Rechtsmittelverzicht der Krankenhausträger in Bezug auf die noch unbekannten Nebenbestimmungen vorgesehen, hat die KGNW rechtliche Bedenken. Ein vom Ministerium durch Erlass den Krankenhäusern auferlegter Rechtsmittelverzicht würde gegen die Rechtsweggarantie der Krankenhausträger gem. Art. 19 Abs. 3, 4 GG verstoßen.

Anlagen (3)