



71. JAHRGANG • MÄRZ

03
2017

STÄDTE- UND GEMEINDERAT

HERAUSGEBER STÄDTE- UND GEMEINDEBUND NORDRHEIN-WESTFALEN

online
Mit den
mitteilungen



Krankenhäuser

Kommunale Wirtschaft



STÄDTE- UND GEMEINDERAT

Die Fachzeitschrift für Kommunal- und Landespolitik in Nordrhein-Westfalen

STÄDTE- UND GEMEINDERAT ist die einzige unabhängige und ebenso die meistgelesene Fachzeitschrift für Kommunal- und Landespolitik in Nordrhein-Westfalen. Sie führt kommunale Wissenschaft und Praxis, Kommunalrecht und Kommunalpolitik zusammen. Die Zeitschrift hat sich als Diskussionsforum für neue Entwicklungen in der kommunalen Welt einen Namen gemacht.

Die 1946 erstmals verlegte Fachzeitschrift **STÄDTE- UND GEMEINDERAT** ist das offizielle Organ des Städte- und Gemeindebundes Nordrhein-Westfalen. Als Spitzenverband kreisangehöriger Städte und Gemeinden repräsentiert dieser rund 9 Mio. Bürger und Bürgerinnen sowie 86 Prozent der Ratsmitglieder in Nordrhein-Westfalen.

STÄDTE- UND GEMEINDERAT enthält monatlich aktuelle Informationen aus den zentralen Interessengebieten der Kommunalpolitiker und Verwaltungsbeamten:

- Finanzen, Wirtschaft, Soziales, Schule und Kultur
- Verwaltungsfragen und Neue Steuerung
- Kommunalrecht
- Kommunale Wirtschaftsunternehmen
- Tourismus und Freizeit

Darüber hinaus enthält **STÄDTE- UND GEMEINDERAT** Sonderseiten, die überregional über Produkte und Neuheiten für den kommunalen Markt informieren. Der Leser erhält somit einen Überblick über Aktuelles aus den Bereichen:

- Bürokommunikation
- Umweltschutz
- Nutzfahrzeuge im öffentlichen Dienst
- Müll- und Abfallbeseitigung
- Verkehrswesen
- Landschaftspflege
- Wohnungswesen, Städtebau
- Freizeitanlagen, öffentliche Schwimmbäder
- Kommunale Energieversorgung
- Kreditwesen
- Raumplanung
- Krankenhausbedarf

Mit **STÄDTE- UND GEMEINDERAT** sind Sie abonniert auf Branchen-Information.

Schicken Sie den ausgefüllten Antwortcoupon an Frau Becker, Städte- und Gemeindebund NRW, Kaiserswerther Straße 199-201, 40474 Düsseldorf

Wenn es schneller gehen soll, faxen Sie uns den unterschriebenen Coupon:

FAX: 02 11/45 87-292



70. JAHRGANG • DEZEMBER 12
2016

STÄDTE- UND GEMEINDERAT

HERAUSGEBER STÄDTE- UND GEMEINDEBUND NORDRHEIN-WESTFALEN

online
mitteilungen



Stadtarchäologie
Gesundheit
Ausbildung



71. JAHRGANG • JANUAR - FEBRUAR 1-2
2017

STÄDTE- UND GEMEINDERAT

HERAUSGEBER STÄDTE- UND GEMEINDEBUND NORDRHEIN-WESTFALEN

online
mitteilungen



Öffentliche Sicherheit
Ausblick 2017
Contracting
Jahresinhalt 2016 (Einleger)

☐ Ja, ich möchte **STÄDTE- UND GEMEINDERAT** kennenlernen! Bitte senden Sie mir die nächsten drei Ausgaben zum **Vorzugspreis von nur € 10,25** (inkl. MwSt. und Versand). Die Lieferung endet mit Zustellung des dritten Heftes und geht **nicht** automatisch in ein Jahresabonnement über.

Ja, ich kenne **STÄDTE- UND GEMEINDERAT** bereits und möchte die Zeitschrift (10 Ausgaben) **im günstigen Jahresabonnement** bestellen.

☐ gedruckt (€ 78,- inkl. MwSt. und Versand)

☐ elektronisch als Lese-PDF (€ 49,- inkl. MwSt. und Versand)

Name/ Vorname/Firma

Straße

Postleitzahl/Ort

Telefon/Fax

E-Mail

Ich bezahle

☐ per Bankabbuchung

☐ gegen Rechnung

IBAN

BIC

Kreditinstitut

Datum/Unterschrift

Vertrauens-Garantie: Das Abo können Sie innerhalb von 10 Tagen nach Absendung des Bestellcoupons schriftlich bei Frau Becker, Städte- und Gemeindebund NRW, Kaiserswerther Straße 199-201, 40474 Düsseldorf, widerrufen. Rechtzeitige Absendung genügt!


STÄDTE- UND GEMEINDERAT

 Die Fachzeitschrift für Kommunal- und
Landespolitik in Nordrhein-Westfalen

Aufgeschoben nicht aufgehoben

Der 10. Januar 2017 war kein guter Tag für die Kinder und Jugendlichen mit Behinderungen. Auch nicht für deren Eltern, die Städte und Gemeinden als Schulträger sowie das Land. An diesem Tag hat der Verfassungsgerichtshof abgelehnt, eine Klage von 52 NRW-Kommunen zur Finanzierung der schulischen Inklusion zu behandeln. Die juristischen Gründe waren nicht zwingend. Vor allem wurde die Chance vertan, endlich einmal festzulegen, wie gute schulische Inklusion aussieht, wie viel Geld dafür erforderlich ist und wer die Mittel dafür aufzubringen hat.

Schulische Inklusion erfordert einen Kraftakt. Das pädagogische Ziel, Kinder mit und ohne Behinderungen gemeinsam zu unterrichten - und zwar so, dass alle davon profitieren - ist anspruchsvoll. Viele Lehrer und Lehrerinnen beklagen Überforderung, viele Schulen können längst nicht die räumlichen Voraussetzungen bieten, die für entspanntes Lernen notwendig wären.

Gleichzeitig drängen neue, starke Jahrgänge an die Schulen. Grund ist die Tatsache, dass junge Familien wieder mehr Kinder bekommen und dass in den zurückliegenden Jahren tausende Familien mit schulpflichtigen Kindern zugewandert sind. Städte und Gemeinden unternehmen alles Mögliche,



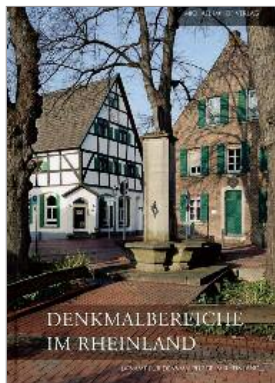
um ihre Schulen zu erweitern oder neue zu bauen. Aber das braucht Zeit - vor allem, wenn man nachhaltig planen will. Das Programm „Gute Schule 2020“ des Landes bietet hierbei willkommene Unterstützung. Doch langfristig müssen auch höhere Betriebskosten finanziert werden, insbesondere beim inklusiven Unterricht.

Bei der Klage vor dem Verfassungsgerichtshof ging es um Konnexität - ein sperriger Begriff. Vereinfacht gesagt heißt dies: Wer neue Aufgaben schafft und diese auf andere überträgt, muss auch die erforderlichen Mittel zur Verfügung stellen. Seit Aufnahme der Konnexitätsregel in die NRW-Landesverfassung im Jahre 2004 hat es ständig Auseinandersetzungen gegeben, welche Aufgaben als neu anzusehen sind und wie hoch die daraus entstehenden Mehrkosten sein werden.

Immer wieder mussten die Städte und Gemeinden ihr Recht auf Kostenausgleich vor dem Verfassungsgerichtshof NRW erstreiten. Zuletzt gelang dies 2010 bei den Kosten des Ausbaus der Betreuung unter Dreijähriger. Jede künftige Landesregierung wäre gut beraten, den Konnexitätsgedanken ernst zu nehmen und nicht ständig nach Mitteln zu suchen, diesen zu unterlaufen. Sonst landet der nächste Streitfall unweigerlich wieder vor dem Verfassungsgerichtshof.

Dr. Bernd Jürgen Schneider
Hauptgeschäftsführer StGB NRW

Denkmalbereiche im Rheinland



Hrsg. v. LVR-Amt für Denkmalpflege im Rheinland, Arbeitsheft der rheinischen Denkmalpflege 83, 21,7 x 30,2 cm, 352 S., 39,95 Euro, Imhof Verlag, ISBN 3-7319-0314-7

In NRW schützen Denkmalbereiche städtebauliche, dörfliche, kulturlandschaftliche Zusammenhänge mit historischer Bedeutung durch das Denkmalschutzgesetz. 20 Jahre nach Erscheinen des ersten Arbeitsheftes liegt eine aktualisierte Fassung zu diesem Thema vor. Neben einer Übersicht über die seit 1994 neu unter Schutz gestellten 70

Denkmalbereiche liefert der Band eine Aufstellung der 80 geschützten Bereiche aus dem ersten Arbeitsheft von 1996. Abgerundet wird das Werk durch eine Liste der Denkmalbereiche, deren Wert bereits anerkannt ist, die aber noch nicht durch Satzung geschützt sind.

Kommunale Pressearbeit

v. Dr. Dr. Gerd Treffer, 12,8 x 19,4 cm, 220 S., 29,80 Euro, 2. Auflage 2017, Kommunal- und Schul-Verlag, ISBN 3-8293-1312-4

Mit den sozialen Netzwerken hat sich der Dialog zwischen den Kommunen und ihren Bürger(inne)n gewandelt. Der Kontakt ist direkter geworden. Der Autor, selbst bis vor kurzem Pressesprecher der Stadt Ingolstadt, zeigt auf, wie kommunale Medien- und Öffentlichkeitsarbeit sowie Bürgerbeteiligung unter modernen Bedingungen aussehen können und welche Instrumente dafür zur Verfügung stehen. Das Buch ist Arbeits- und Orientierungshilfe für Leiter/innen und Mitarbeiter/innen kommunaler Pressestellen, Bürgermeister/innen sowie Landräte und Landrätinnen, Ratsmitglieder und alle übrigen kommunal Interessierten.

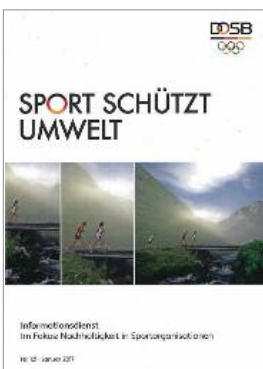


Sport schützt Umwelt

Im Fokus: Nachhaltigkeit in Sportorganisationen, hrsg. v. Deutschen Olympischen Sportbund (DOSB), Informationsdienst Nr. 121, Januar 2017, A 4, 24 S., zu best. beim DOSB, Ressort Breitensport/Sporträume, Inge Egli, Otto-Fleck-Schneise 12, 60528 Frankfurt am Main, E-Mail: egli@dosb.de oder im Internet herunterzuladen unter www.dosb.de

Der Deutsche Olympische Sportbund gibt viermal im Jahr den Informationsdienst „Sport schützt Umwelt“ heraus. Die aktuelle

Ausgabe widmet sich dem Thema „Nachhaltigkeit in Sportorganisationen“. Dabei wird das Thema aus unterschiedlichen Blickwinkeln beleuchtet - etwa die Einbindung des Sports in die Nachhaltigkeitsstrategie der Bundesregierung, das Zusammenwirken von Sportbasis und -spitze beim Thema Nachhaltigkeit sowie die Bedeutung von Sportvereinen für die nachhaltige Entwicklung der Kommunen.



INHALT 71. Jahrgang März 2017

Kommunale Position zur Krankenhausfinanzierung in NRW von Horst-Heinrich Gerbrand und Matthias Menzel

6



Krankenhausfinanzierung und -betrieb aus Krankenkassensicht von Michael Süllwold

15

Spezialisierung als Mittel zur Investitionsoptimierung von Michael Wermker

20



Notfallambulanzen und ärztliche Versorgung im ländlichen Raum von Jochen Brink

25

Bücher 29

Europa-News 31

Titelfoto: Rainer Sturm / pixelio.de

Thema **Krankenhäuser**

Krankenhaus-Investitionsfinanzierung aus Sicht der NRW-Landesregierung von *Barbara Steffens*

10

Investitionsstau aus Sicht der NRW-Krankenhäuser von *Sandra Fösken*

12



Ökonomische Ansätze bei Finanzierung und Management von Krankenhäusern von *Markus Längen und Lisa Seinen*

18

Hygiene in Krankenhäusern als Daueraufgabe von *Lothar Kratz*

22



EuGH-Urteil zur Übertragung kommunaler Aufgaben auf einen Zweckverband von *Norbert Portz*

27

Gericht in Kürze 32

Sorpetalsperre in die Denkmalliste aufgenommen

Die Sorpetalsperre bei der Stadt **Sundern** ist mit ihren wichtigsten Betriebseinrichtungen zum Baudenkmal erklärt worden. In der Begründung wird die mehr als 80 Jahre alte Talsperre als „Dokument der industriellen Entwicklung des Ruhrgebietes“ gewürdigt, das den sprunghaft gestiegenen Wasserbedarf der „zum Zentrum der deutschen Schwerindustrie“ gewordenen Region zwischen Ruhr und Emischer bezeugt. Ausschlag gebend für die Aufnahme in die NRW-Denkmalliste war auch die Technikgeschichte der Talsperre. So wurde zwischen 1926 und 1935 auf der damals größten Baustelle Europas mehr als drei Mio. Kubikmeter Material zusammengetragen. Es entstand ein Erddamm von 70 Metern Höhe. Damit war das Bauwerk bei seiner Eröffnung die höchste Talsperre in Deutschland.

Neuer Rekord beim Ausbau der Windenergie

Nordrhein-Westfalen hat 2016 einen Rekord bei der Installation neuer Windenergieanlagen aufgestellt. Insgesamt wurden 208 Anlagen mit einer Gesamtleistung von 550 Megawatt errichtet. Damit wurde das bisherige Rekordjahr 2002, in dem Anlagen mit 435 Megawatt Leistung installiert wurden, weit übertroffen. Gegenüber dem Tiefstand von 2010 mit 90 Megawatt installierter Leistung konnte der Zubau sogar um das Fünffache gesteigert werden. NRW liegt nun im Vergleich der Bundesländer an erster Stelle bei den Binnenlandstandorten und bundesweit an dritter Stelle knapp hinter den Küstenländern Schleswig-Holstein und Niedersachsen.

Golddorf aus Nordrhein-Westfalen bei „Unser Dorf hat Zukunft“

Hoetmar ist bei der Preisverleihung des Bundeswettbewerbs „Unser Dorf Zukunft“ Ende Januar 2017 in Berlin als einziges Dorf aus NRW mit einer Goldmedaille ausgezeichnet worden. Das Bundeslandwirtschaftsministerium würdigte den Ortsteil der Stadt **Warendorf** für seine Tatkraft und den Ideenreichtum für eine lebenswerte Zukunft auf dem Land. Besonders angetan war die Jury von einem Projekt der Dorfgemeinschaft zur Renaturierung des Wiener Baches. Seit 2016 wird das Gewässer aufgewertet, wovon insbesondere Kinder einer Betreuungsstätte und einer nahe gelegenen Schule profitieren.

Verkehrsgesellschaft bei Ideenwettbewerb vorn

Die Kommunale Verkehrsgesellschaft Lippe aus der Stadt **Detmold** hat beim Ideenwettbewerb der NRW-Bank den ersten Platz belegt. Die Gesellschaft möchte mit dem so genannten Richtungsbandbetrieb - eine Mischung aus Linienverkehr und Bedarfsverkehr - sowie dem Dorfauto den öffentlichen Personennahverkehr zukunftssicher machen und beide Verkehrsformen dauerhaft im Kreis Lippe etablieren. Der zweite Platz ging an die Bochumer Bürgerinitiative „Angekommen e. V.“ für ihr Online-Magazin „here“, produziert von Flüchtlingen für Flüchtlinge. Über den dritten Preis konnte sich die bürgerschaftliche Genossenschaft „VierViertel für Mettmann eG“ freuen. Sie renoviert verlassene Hinterhöfe und heruntergekommene stadtbildprägende Häuser.

zu wenig Neues



▲ Mehr als 350 Krankenhäuser stellen in Nordrhein-Westfalen die stationäre medizinische Versorgung der Bevölkerung sicher

Investitionsstau bei NRW-Krankenhäusern

Damit die Träger ihre Krankenhäuser auf einen modernen Stand bringen können, müsste das Land seinen Investitionszuschuss - unter Absenkung des kommunalen Anteils - deutlich aufstocken

Im internationalen Vergleich verfügt Deutschland über eine gute medizinische Versorgung. Mit Gesundheitsausgaben von gut elf Prozent der Wirtschaftsleistung liegt Deutschland im Spitzenfeld. Im Regelfall hat die Bevölkerung einen sehr guten Zugang zu gesundheitlichen Leistungen. Zunehmend wird allerdings das Angebot sowohl von Arztpraxen als auch von Krankenhäusern insbesondere in ländlichen Gebieten reduziert. War diese Entwicklung in den zurückliegenden Jahren auf die dünner besiedelten Bundesländer begrenzt, wird nun auch in Nordrhein-Westfalen trotz seiner hohen Einwohnerdichte deutlich, dass ortsnahe ambulante medizinische Leistungen wie auch schnell erreichbare Krankenhäuser keine Selbstverständlichkeit mehr sind.

Seit vielen Jahren ist auf Bundes- und Landesebene ein deutlicher Abbau des Bestandes an Krankenhausbetten zu verzeichnen, verbunden mit der Schließung von Krankenhäusern. So gab es in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2005 noch 444 Krankenhäuser. Innerhalb von zehn Jahren sank deren

Anzahl auf 352. Somit wurden 92 Krankenhäuser geschlossen.

Vergütung nach Leistung Angesichts begrenzter finanzieller Ressourcen auch im Gesundheitswesen sind unterschiedliche Initiativen des Bundesgesetzgebers und die Betonung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung grundsätzlich richtig und nachvollziehbar. Hierzu gehört insbesondere die Einführung eines leistungsorientierten Vergütungssystems auf der Grundlage so genannter diagnosebezogener Fallgruppen (Diagnosis Related Groups - DRG), was die Leistungserbringung in den Krankenhäusern deutlich transparenter darstellt.

Bis 2003/2004 erfolgte die Abrechnung der Krankenhausleistungen über Pflegesätze, die unabhängig von Art und Schwere der Erkrankung für jeden Patienten und jede Patientin in gleicher Höhe gezahlt wurden. Dies bot Krankenhäusern den Anreiz, die Verweildauer über das medizinisch notwendige hinaus auszudehnen.



DIE AUTOREN

Horst-Heinrich Gerbrand ist Geschäftsführer beim Städte- und Gemeindebund NRW



Dr. Matthias Menzel ist Hauptreferent für Soziales beim Städte- und Gemeindebund NRW

Finanzierung geteilt Seit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972 (KHG) teilen sich die Bundesländer und die gesetzlichen Krankenkassen die Krankenhausfinanzierung. Die wirtschaftliche Ausstattung der Plankrankenhäuser erfolgt durch zwei unabhängige Entscheidungsträger. Nach dem Prinzip der „Dualen Finanzierung“ tragen die Bundesländer grundsätzlich die Investitionskosten, wobei die Kommunen - je nach Bundesland unterschiedlich - einen Eigenanteil einbringen. Dagegen werden die laufenden Betriebskosten der Krankenhäuser im Rahmen der Krankenhausvergütung von den Krankenkassen getragen. Dies betrifft alle Kosten, die für die Behandlung von Patient(inn)en entstehen - zum Beispiel die Gehälter der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen.

Anspruch auf Förderung Das Krankenhaus hat nach KHG einen Rechtsanspruch auf staatliche Förderung für Investitionen, wenn es in den Krankenhausplan des jeweiligen Bundeslandes aufgenommen worden ist. Die Planung von Krankenhäusern steht in der Verantwortung der Bundesländer. Sie stellen auf der Grundlage des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der landeseigenen

nen Krankenhausgesetze Krankenhauspläne auf.

Diese weisen Standorte sowie Entwicklungsbedarf aus und müssen eine landesweit abgestufte Krankenhausversorgung gewährleisten. Ziel der Planung ist eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen und wirtschaftlich selbstständigen Krankenhäusern. Durch die Aufnahme in den Krankenhausplan sind diese so genannten Plankrankenhäuser automatisch zur Krankenversorgung zugelassen. Den Ländern steht mit dem Planungsrecht die Entscheidung über Kapazitäten zur stationären Versorgung zu. Wenn Krankenhäuser im Rahmen der Krankenhausplanung der Bundesländer in den Landeskrankenhausplan aufgenommen werden, sind die Krankenkassen zur Erstattung der Behandlungskosten in diesen Krankenhäusern verpflichtet.

Investitionskosten beim Land Die Investitionskosten von Krankenhäusern werden grundsätzlich von den Bundesländern finanziert. Nur Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan aufgenommen wurden und Vergütungsverträge mit Krankenkassen abgeschlossen haben, können einen Anspruch auf Übernahme der Investitionskosten durch das jeweilige Bundesland geltend machen. Dabei variiert das Fördervolumen von Bundesland zu Bundesland. Die Vergütung nach dem DRG-System erfolgt anhand definierter Fallgruppen, deren Behandlungsaufwand und die damit verbundenen Kosten vergleichbar sind. Diese Fallgruppen werden jährlich aktualisiert. Ziel war es, durch ein einheitliches und leistungsgerechtes Fallpauschalensystem die Kosten der stationären Patientenversorgung zu senken. Der Basispreis für die einzelnen DRG-Leistungen wird seit 2005 durch so genannte Landesbasisfallwerte festgelegt. Sie werden jährlich von den Krankenhausgesellschaften und Krankenkassen auf Landesebene ausgehandelt.

Deutliche Deckungslücke Nach einer Umfrage des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands unter seinen Mitgliedern schrieben im Jahr 2014 vor allem kleine Krankenhäuser mit weniger als 250 Betten und große Häuser mit mehr als 800 Betten rote Zahlen. Als Gründe wurden insbesondere Besonderheiten des DRG-Systems

und eine Unterfinanzierung bei den Investitionen genannt.

Die Kernbotschaft lautet: Es reicht heute nicht aus, schwarze Zahlen zu schreiben, um die Zukunft des Krankenhauses aus eigener Kraft zu sichern. Da die Häuser aus den Fallpauschalen zum Teil auch Investitionen tätigen müssten, seien nur Krankenhäuser überlebensfähig, die einen Erlös von mehr als vier Prozent des Umsatzes erwirtschafteten. Dies gelinge aber nur 7,6 Prozent der Krankenhäuser. Daher müssten die Länder den Krankenhäusern ausreichend Investitionsmittel zur Verfügung stellen. Untermauert wird diese Einschätzung durch den Krankenhaus Rating Report 2016. Die gemeinsam vom Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung (RWI), dem Institute for Health Care Business GmbH und der Philips GmbH durchgeführte Studie untersuchte die finanzielle Situation von mehr als 870 Krankenhäusern. Danach sind Deutschlands Krankenhäuser weiterhin in finanzieller Schieflage. Die durchschnittliche Ausfallwahrscheinlichkeit war 2014 laut der Studie mit 1,17 Prozent im Vergleich zum Vorjahr (1,14 Prozent) nahezu unverändert. Mehr als elf Prozent der Kliniken hätten ein erhöhtes Insolvenzrisiko. Allerdings wird gut 78 Prozent der Häuser eine gute bis sehr gute Bonität bescheinigt. Die ostdeutschen Bundesländer hätten erneut signifikant besser abgeschnitten als die westdeutschen. Sorgen müsse man sich vor allem um Häuser in Baden-Württemberg, Niedersachsen, Bremen und Hessen.

Zehren von der Substanz Trotz erhöhter Ertragskraft sei es um die Investitionsfähigkeit deutscher Krankenhäuser weiterhin schlecht bestellt. Im Jahr 2014 standen einem Investitionsbedarf von 6,6 Mrd. Euro lediglich Investitionen von 2,7 Mrd. Euro gegenüber. Die Bundesländer - so die Studie - kämen ihren Verpflichtungen im Rahmen der dualen Finanzierung nur unzureichend nach.

Um die Versorgungsqualität zu sichern, müssten die Krankenhäuser Investitionen in bauliche Maßnahmen und Medizintechnik zum Teil aus eigenen Mitteln tätigen. Im Jahr 2014 habe dies fast zwei Mrd. Euro ausgemacht. Nur die Hälfte der Kliniken sei überhaupt in der Lage, genügend Investitionen zu tätigen. Der Rest lebe von der Substanz. Bundesweit gebe es inzwischen einen Investitionsstau von 27,8 Mrd. Euro in den Krankenhäusern. ►



FOTO: JMG / PIXELIO.DE

◀ Gut ausgebildetes Pflegepersonal ist essentiell für Krankenhäuser, erhöht aber die Kosten

Leicht aufwärts in NRW In den einzelnen Bundesländern ist das Investitionsvolumen unter Beachtung der Preissteigerung tendenziell rückläufig. Auch in Nordrhein-Westfalen stagnierte in den vergangenen zehn Jahren das Investitionsvolumen bei jährlich 490 Mio. Euro. 2015 lag das Volumen bei 515 Mio. Euro. Der Haushaltsansatz des Landes für das Jahr 2016 sah als Gesamtausgaben für die Krankenhausförderung 533,3 Mio. Euro vor.

In den Bundesländern ist die kommunale Beteiligung an der Investitionsförderung des Landes unterschiedlich geregelt. So sehen die einzelnen Bundesländer unterschiedliche Quoten einer kommunalen Beteiligung vor. In Nordrhein-Westfalen wurde eine solche Beteiligung im Jahre 2002 zunächst mit einem Anteil von 20 Prozent eingeführt. 2007 wurde diese Beteiligung auf 40 Prozent verdoppelt. Dieser Anteil kommt allen vom Land geförderten Krankenhäusern - unabhängig von der Trägerschaft - zugute. Der Haushaltsansatz für das Jahr 2016 sah dementsprechend einen kommunalen Anteil von 206,28 Mio. Euro vor.

Bündnis der Krankenhäuser Die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) weist seit längerem auf die unzureichende investive Förderung des Landes NRW hin und hat inzwischen das „Bündnis für gesunde Krankenhäuser - Investieren aus Verantwortung“ ins Leben gerufen. Diesem haben sich die meisten Häuser in

► Die Anschaffung neuer medizinischer Geräte wird durch ein begrenztes Investitionsbudget zunehmend schwieriger



FOTO: CHRISTOPH DROSTE / PIXELIO.DE

NRW angeschlossen. Ziel des Bündnisses ist es, das zur Investitionskostenfinanzierung verpflichtete Land NRW und die Öffentlichkeit auf die Situation der Krankenhäuser aufmerksam zu machen, um die notwendigen Fördermittel zu erhalten.

In diesem Zusammenhang hat die KGNW das RWI beauftragt, das „Investitionsbarometer NRW“ zu erstellen, um die tatsächliche Investitionssituation der Krankenhäuser abzubilden. Mit diesem Instrument liegen nunmehr erstmals für ein Flächenland Zahlen zur Investitionssituation vor. Die Ergebnisse - unter www.gesunde-krankenhaeuser.de im Internet abrufbar - geben detailliert Auskunft über die Förderlücke, den Bedarf und die volkswirtschaftliche Bedeutung der Krankenhäuser in NRW sowie ihre Zukunft hinsichtlich der medizinischen Versorgung.

Bedarf berechnet In der umfassenden Ausarbeitung des RWI wird berechnet, dass der tatsächliche Investitionsbedarf bei 1,5 Mrd. Euro jährlich liegt. Daraus ergibt sich für NRW eine Förderlücke von rund einer Mrd. Euro. Dies hat zur Folge, dass aktuell und in den zurückliegenden Jahren die Krankenhäuser Investitionen in Gebäude und Technik aufgeschoben haben. Der aktuelle Investitionsstau für NRW wird mit 12,5 Mrd. Euro beziffert.

Das Investitionsbarometer NRW zeigt zudem, dass Krankenhäuser nicht nur zur flächendeckenden medizinischen Versorgung beitragen. Sie leisten auch einen erheblichen Beitrag zum Steueraufkommen und zum regionalen Wohlstand. Mehr als 253.000 Menschen sind in den Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen beschäftigt. Das RWI hat ermittelt, dass die NRW-Kliniken bereits heute rund eine Mrd. Euro zum Steueraufkommen des Landes beitragen. Damit profitiert das Land auch finanziell deutlich von den Krankenhäusern.

Mit der Angelegenheit hat sich auch das Präsidium des Städte- und Gemeindebundes NRW beschäftigt. Es hat zunächst die herausragende Bedeutung der Krankenhäuser für die medizinische Versorgung in NRW unterstrichen und die KGNW-Kampagne unterstützt mit der Maßgabe, dass das notwendige „Mehr“ an Investitionen ausschließlich vom Land aufgebracht wird.

Dies ließe sich realisieren, indem das Land den Landesanteil deutlich aufstockt und gleichzeitig den kommunalen Anteil von derzeit 40 Prozent absenkt. Dies ist vor dem Hintergrund der Finanzknappheit in den Kommunen erforderlich, um eine Konkurrenz zu den anderen Bereichen der Daseinsvorsorge auszuschließen, in denen ebenfalls ein Bedarf an Investitionen wahrgenommen wird.

NEUER REFERENT FÜR SCHULE, KULTUR UND SPORT

Dr. Jan Fallack, geboren 1982 in Meerbusch, ist seit Jahresbeginn 2017 Referent für Schule, Kultur, Sport, Medien und Friedhofswesen beim Städte- und Gemeindebund NRW. Nach dem Abitur 2001 studierte Fallack an der Universität Düsseldorf Rechtswissenschaften sowie begleitend in einem englischsprachigen Kursus Common Law. Nach dem 1. Staatsexamen 2009 absolvierte Fallack das Referendariat im OLG-Bezirk Düsseldorf mit Stationen beim Städte- und Gemeindebund NRW sowie im NRW-Ministerium für Inneres und Kommunales. Nach dem 2. Staatsexamen 2011 unterrichtete Fallack bei einem juristischen Repetitorium, bevor er 2012 als wissenschaftlicher Mitarbeiter an die Universität zurückkehrte und mit einer Arbeit zum Widerstand gegen Vollstreckungsbeamte promovierte. Gleichzeitig erwarb er über ein Aufbaustudium den LL.M. in Informationsrecht. Von 2014 bis 2016 war Fallack bei der Rechtsanwaltskanzlei Kapellmann in Mönchengladbach tätig.



Weniger Energie beim Beheizen, mehr fürs Anheizen.

Lassen auch Sie sich die Modernisierung der
alten Heizungsanlagen in Ihrer Kommune mit bis
zu 17,5 % vom Staat fördern.

machts-effizient.de | Hotline: 0800 0115 000

DEUTSCHLAND
MACHT'S
EFFIZIENT.



Bundesministerium
für Wirtschaft
und Energie





Ausbau tut not

Investitionsfinanzierung für die Krankenhäuser in NRW

Das Land trägt den Hauptteil der Investitionskosten in den NRW-Krankenhäusern, sieht aber die Notwendigkeit, dass sich auch die Krankenkassen finanziell an der Ausstattung der Häuser beteiligen

▲ Mit 1.400 Betten und 7.000 Mitarbeitenden ist das Universitätsklinikum Aachen eines der größten Krankenhäuser Europas

Rund 1,5 Mio. Euro erhält rein statistisch betrachtet jedes Krankenhaus in Nordrhein-Westfalen pro Jahr an Investitionsförderung vom Land. Daran sind nach dem Krankenhausgestaltungsgesetz (KHGG) die Kommunen zu 40 Prozent beteiligt. Die reale Spanne reicht von 16.000 Euro für eine Tagesklinik bis zu rund 8,2 Mio. Euro für einen Maximalversorger.

Trotz des Drucks der Schuldenbremse hat das Land NRW die pauschale Investitionsförderung für die Krankenhäuser im Jahr 2015 um 24 Mio. Euro und 2016 um weitere sieben Mio. auf insgesamt 514 Mio. Euro erhöht. Der Landeshaushalt 2017 sieht eine er-

neute Steigerung um 16 Mio. auf 530 Mio. Euro vor, und in der mittelfristigen Finanzplanung ist eine weitere stufenweise Erhöhung auf 558 Mio. Euro bis 2020 eingeplant.

So stellt sich nach aktuellem Stand die Investitionsförderung des Landes für die Krankenhäuser dar. Seit die damalige Landesregierung 2007 die Investitionsfinanzierung umgestellt hat, erhalten die Krankenhäuser das Geld pauschal. Sie können damit frei wirtschaften, bei mehreren Häusern in einer Trägerschaft das Geld flexibel innerhalb des Verbundes einsetzen und auch Kredite finanzieren.

Seit Jahren Klagen Dass die Investitionsförderung für die Krankenhäuser nicht ausreicht - diese Klagen hören alle Bundesländer seit vielen Jahren, nicht nur NRW. Selbstredend muss offen darüber diskutiert werden, wie die Ausstattung der Krankenhäuser weiter verbessert werden kann. Man muss aber aufpassen, dass man dabei die Kran-

kenhäuser nicht unisono schlecht redet. Denn es wäre fatal, wenn in der Bevölkerung der Eindruck entstünde, die Menschen könnten in Nordrhein-Westfalen nicht mehr angemessen stationär versorgt werden.

Deshalb halte ich es für wichtig, zunächst festzuhalten: Die Krankenhauslandschaft in Nordrhein-Westfalen ist nach wie vor äußerst leistungsstark. Dies belegen viele Studien. Der Krankenhaus Rating Report 2015 des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI) in Essen bescheinigte den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern - wie bereits in den Vorjahren - im Ländervergleich ein überdurchschnittlich gutes Abschneiden. Das heißt unter anderem, dass die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser in NRW besser als im Durchschnitt der westdeutschen Bundesländer bewertet wird.

Die Krankenhausgesellschaft NRW (KGNW), die seit Monaten verstärkt für eine deutliche Erhöhung der Investitionsförderung seitens des Landes wirbt, weist auch im Rahmen dieser Kampagne zu Recht darauf hin: „Land und Krankenhäuser haben viel erreicht - durch Investitionen in eine moderne Infrastruktur.“ Ohne damit klein reden zu wollen, unter welchem enorm hohen Kostendruck viele Krankenhäuser stehen: Auf das bisher



DIE AUTORIN

Barbara Steffens
ist NRW-Ministerin
für Gesundheit,
Emanzipation,
Pflege und Alter

Erreichte darf man in Nordrhein-Westfalen auch gemeinsam stolz sein.

Vieles besser Für mich persönlich nehme ich in Anspruch, in meiner bisherigen Amtszeit als Gesundheitsministerin konsequent auf allen Ebenen für eine Verbesserung der Ausstattung der Krankenhäuser gekämpft zu haben. Zu den Erfolgen zähle ich beispielsweise:

- Nachhaltige Steigerung der Erlöse für die NRW-Krankenhäuser um insgesamt rund 738 Mio. Euro pro Jahr als Folge der Erhöhung des Landesbasisfallwertes - inklusive Leistungszuwachs und dem Faktor Preisentwicklung - , durchgesetzt in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform.
- Erhöhung der jährlichen Investitionsförderung des Landes trotz Drucks der Schuldenbremse von 490 Mio. Euro auf demnächst fast 560 Mio. Euro.
- Bereitstellung von zusätzlich 210 Mio. Euro im „Strukturfonds NRW“, gespeist aus Mitteln von Land, Bund und Krankenkassen, aus dem Krankenhaussträger Fördermittel für Maßnahmen beantragen können, die zu einer zukunftsicheren patientenorientierten Versorgung beitragen - beispielsweise durch Kooperation.
- Erfolgreiche Initiierung eines bundesweiten Pflegestellenförderprogramms verbunden mit der Zusicherung des Bundes, den erhöhten Pflegebedarf in Krankenhäusern zur Vorbereitung verbindlicher Pflegepersonalchlüssel von einer Kommission ermitteln zu lassen.

Wäre es nach NRW gegangen, hätte es in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe auch Verhandlungen über eine gemeinsame Investitionsförderung von Bund und Ländern gegeben. Dies geschähe auf Basis einer damals gemeinsamen Forderung von Land und KGNW, „da die Länder das Problem der Krankenhausfinanzierung nicht alleine regeln können“, wie die Krankenhausgesellschaft es formulierte. Doch ein Einstieg in Verhandlungen wurde von der Großen Koalition damals grundsätzlich abgelehnt.

Eindeutig höherer Bedarf Auch wenn sich große Klinikkonzerne Jahr für Jahr im Geschäftsbericht ihrer herausragenden Erlöse aus dem Betrieb von Krankenhäusern rühmen, besteht in Nordrhein-Westfalen ein höherer Investitionsbedarf. Dafür sprechen Gutachtenergebnisse, der Vergleich

FOTO: ERYSIPEL / PIXELIO.DE



◀ In den vergangenen Jahren wurde die Anzahl der Betten in nordrhein-westfälischen Kliniken deutlich reduziert

▼ Eine optimale Behandlung im Krankenhaus von der Anmeldung bis zur Entlassung ist unter den derzeitigen Finanzierungsregeln kaum zu gewährleisten

mit anderen Bundesländern, die Erkenntnisse aus vielen Gespräche mit Akteurinnen und Akteuren im Gesundheitssystem sowie die Inaugenscheinnahme der Gebäude und Ausstattung von Krankenhäusern. Die Schwierigkeit aber ist: Es gibt weder eine eindeutige wissenschaftliche Methode zur Bestimmung des Investitionsbedarfs noch einen absoluten Maßstab, wie hoch der Investitionsbedarf eines Krankenhauses ist. Auch die Förderung einzelner Projekte stellt keinen Bedarf fest. Denn nicht alle Investitionen, die für die Krankenhausversorgung wünschenswert und sinnvoll erscheinen, sind auch notwendig zur Sicherstellung der Versorgung. Gemäß § 9 Absatz 5 KHG Bund sind die Länder verpflichtet, die Fördermittel so zu bemessen, dass sie die förderungsfähigen und unter Beachtung betriebswirtschaftlicher Grundsätze notwendigen Investitionskosten decken.

Maßstab fehlt Es gibt keine verbindliche Größe, an der sich das Land orientieren kann. Jedoch kommt man nach der Auswertung des RWI-Gutachtens und einem Vergleich mit der Förderung anderer Bundesländer pro Einwohner/in, bei dem sich Nordrhein-Westfalen konstant im letzten Drittel bewegt, ebenfalls zu dem Ergebnis, dass die Investitionsförderung in Nordrhein-Westfalen - über die bereits geplanten Steigerungen hinaus - deutlich erhöht werden muss. Dafür werde ich mich innerhalb der Landesregierung und im Landtag intensiv einsetzen. Gleichzeitig halte ich nach wie vor einen Prozess auf Bundesebene für erforderlich, bei dem die Vor- und Nachteile des dualen Finanzierungssystems diskutiert werden und an dessen Ende eine Art „Teilmonistik“¹ stehen könnte, wie sie in den neuen Bundesländern von 1995 bis 2014 praktiziert wurde.

FOTO: ST. MARIEN HOSPITAL HAMM



Denn die Länder sind absehbar nicht in der Lage, den gesamten Mehrbedarf der Krankenhäuser allein zu tragen. Die Finanzierung könnte in diesem Sinne umstrukturiert werden, ohne dass die Länder die Letzt-Verantwortung für die Sicherstellung der Versorgung im stationären Bereich verlören.

Instrument der Planung Dabei muss insbesondere der bisher angenommene Zusammenhang zwischen Krankenhausplanung und Investitionskostenfinanzierung der Krankenhäuser infrage gestellt werden. Denn die den Ländern obliegende Sicherstellung der Versorgung durch Planvorgaben hat in Zeiten, in denen nicht mehr neue

¹ Finanzierung kurz- und mittelfristiger Anlagegüter, also von Einrichtungs- und Ausstattungsgegenständen, über die Pflegesätze und damit über die Krankenkassen

Substanz schwindet

Krankenhäuser geplant, sondern überzählige Krankenhauskapazitäten abgebaut werden sollen, nichts mit Entscheidungen über Investitionen zu tun. Dies gilt insbesondere bei pauschaler Investitionsförderung, bei der die Krankenhäuser - wie in NRW der Fall - die Prioritäten ihrer Investitionen selbst festlegen.

Um die Umsetzung krankenhauserplanerischer Vorgaben auch finanziell zu begleiten und aus Versorgungsgesichtspunkten notwendige Projekte zu fördern, ist zudem die Einführung von Steuerungselementen neben der Pauschalfinanzierung zu prüfen. Es wäre denkbar, mit Erhöhung der Fördermittel die themenbezogene Verwendung eines Teils der Mittel vorzusehen.

Im Zentrum könnten hierbei Strukturen oder Projekte stehen, die aus krankenhauserplanerischen Gesichtspunkten prioritär in den Krankenhäusern umzusetzen sind. Auf diese Weise könnte das Land den Aufbau gewünschter Strukturen voranbringen und somit das Ziel einer optimierten und flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung eng begleiten.

Spielraum lassen Hierdurch würde gewährleistet, dass auf der einen Seite Investitionen getätigt werden, die aus versorgungs- und strukturpolitischen Erkenntnissen notwendig sind, und auf der anderen Seite den Krankenhäusern genug Spielraum für eigene Prioritätensetzung bleibt. Dabei stehen häufig Gesichtspunkte im Vordergrund, welche die strategische Ausrichtung des Krankenhauses im betriebswirtschaftlichen Sinne betreffen.

Eine Beteiligung der Kommunen an den Investitionsfördermitteln ist nach wie vor notwendig, da diese einen direkten Nutzen aus der Krankenhausversorgung vor Ort ziehen. Bei Einschätzung des Bedarfs vor Ort sollten die Kommunen darüber hinaus selbstverständlich an der Diskussion beteiligt werden. Alle künftigen Maßnahmen müssen daran gemessen werden, ob sie die Krankenhäuser in die Lage versetzen, die stationäre Versorgung der Patientinnen und Patienten dauerhaft sicherzustellen. Dafür werde ich mich auch weiterhin verstärkt innerhalb der Landesregierung und auch in Richtung Bundesregierung einsetzen. Mehr Geld ist erforderlich. Aber nicht, um mit Steuermitteln größere Krankenhausparkplätze zu bauen oder medizinische Geräte anzuschaffen, bei denen statt der Sicherstellung einer hochwertigen Versorgung die Gewinnerzielung im Vordergrund steht. ●



Investitionsstau und Lösungsansätze

Da das Land laut einer aktuellen Studie jedes Jahr eine Mrd. Euro zu wenig in die Kliniken investiert, sorgen sich die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen um die medizinische Versorgung

Die 352 Krankenhäuser in NRW mit ihren 257.000 Beschäftigten stellen die medizinische Versorgung der Bevölkerung sicher und sind neben Schulen, Kindergärten, Verkehrsinfrastruktur, Energie und Telekommunikation ein unverzichtbarer Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge. Das Garantieverprechen der Krankenhäuser ist es, allen Menschen eine medizinische Versorgung auf hohem Niveau mit moderner Ausstattung und Medizintechnik zu bieten.

Allerdings sorgen sich die Krankenhäuser um die Qualität der medizinischen Versorgung ihrer jährlich mehr als 4,5 Mio. Patient(inn)en. Denn parallel zu den Erfolgen in den vergangenen 30 Jahren haben sich die Länder - auch NRW - zunehmend aus

ihrer Verpflichtung zur Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser zurückgezogen. Seit 1972 weist das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) den Bundesländern die Verantwortung für die medizinische Patientenversorgung in den Krankenhäusern zu.

Die Zulassung eines Krankenhauses zur stationären Patientenversorgung und da-



DIE AUTORIN

Sandra Fösken
Ass. jur. ist Referentin Politik, PR, Presse der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen



◀ Mit einer „Bausteine-Aktion“ auf dem Marktplatz haben Klinikum und Marienkrankenhaus in Soest auf die Unterfinanzierung der Krankenhäuser hingewiesen

► Durch Plakate in Krankenhäusern sowie bei Veranstaltungen macht das „Bündnis für gesunde Krankenhäuser“ auf den Investitionsbedarf aufmerksam



PLAKATE: KGNW



aus Sicht der NRW-Krankenhäuser

mit die Aufnahme in den Krankenhausplan ist Sache der Länder. Ebenso verpflichtet der Gesetzgeber die Länder zur Finanzierung der Investitionskosten im Rahmen der dualen Finanzierung. Während die Länder die Investitionskosten übernehmen, finanzieren die Krankenkassen die Behandlung der Patient(inn)en und den laufenden Betrieb.

Finanzierung unzureichend Doch die Investitionsförderung der Länder reicht seit Jahren nicht aus. In einer Bestandsaufnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) zur Krankenhaus-Investitionsförderung bezifferte DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum den Fehlbetrag für die Kliniken auf mehr als drei Mrd. Euro jährlich. Notwendig seien nach Einschätzung aller Experten mindestens sechs Mrd. Euro, erklärte der DKG-Hauptgeschäftsführer bereits 2014.

Die Folge für die Kliniken ist ein schleicher Substanzverzehr. Investitionen in die

Weiterentwicklung der Medizintechnik, den Ausbau der Telematik, in moderne Raumkonzepte und Infrastruktur müssen vielfach verschoben oder aus anderen Bereichen finanziert werden. Deutschland wird älter, die gesundheitlichen Risiken steigen vor dem Hintergrund der Globalisierung und der weltweiten Vernetzung. Beispiele dafür sind gefährliche Infektionskrankheiten aus anderen Ländern oder Angriffe auf die IT-Sicherheit der Krankenhäuser.

Investitionsbarometer NRW Vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen hat das RWI - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung e. V. - vormals Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung - im Auftrag der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) das „Investitionsbarometer NRW“ erstellt. Mit der Studie liegen nun flächendeckend Zahlen und Fakten zur konkreten Investitionssituation der Krankenhäuser in NRW auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte vor.

An dem „Investitionsbarometer NRW“ haben sich 93 Prozent der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser beteiligt. Die Ergebnisse geben erstmals detailliert Auskunft über den Bedarf, die Förderlücke und die volkswirtschaftliche Bedeutung der Krankenhäuser in NRW. Die Studie belegt, was Kliniken seit Jahrzehnten spüren: Nordrhein-Westfalens Krankenhäuser sind strukturell unterfinanziert.

500 Mio. Euro investierte das Land 2014 in die Infrastruktur und Technik seiner Kliniken. Der tatsächliche Investitionsbedarf

liegt aber jährlich bei 1,5 Mrd. Euro. Im Ergebnis beträgt die jährliche Förderlücke eine Mrd. Euro. Zwar hat das Land die pauschale Investitionsförderung im Jahr 2015 um 24 Mio. Euro und im Jahr 2016 um weitere sieben Mio. auf insgesamt 514 Mio. Euro erhöht. Doch das reicht nicht aus, um die dringend notwendigen Investitionen in den Krankenhäusern zu finanzieren. Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) des Bundes von Januar 2016 sollte die Finanzierung der laufenden Kosten der Krankenhäuser auf eine bessere Grundlage gestellt und ein wichtiger Beitrag zur Erhöhung der Versorgungsqualität geleistet werden. Doch das Problem der Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser ist weiterhin ungelöst. Die nordrhein-westfälischen Krankenhäuser fordern daher vom Land die notwendigen Mittel zur Schließung der Förderlücke von einer Mrd. Euro.

was am Investitionsbedarf der Kliniken in NRW ändern würde. Denn laut RWI fallen, wenn eine Klinik schließt, etwa 75 bis 85 Prozent der Investitionskosten dann bei den Wettbewerbern an.

Der Investitionsbedarf von 1,5 Mrd. Euro jährlich reduziert sich somit nicht sofort um 150 Mio. Euro, wenn beispielsweise zehn Prozent der Krankenhäuser schließen. Weiterhin müssen alle Patient(inn)en versorgt werden sowie dementsprechend Gebäude und Ausstattung zur Verfügung stehen.

Volkswirtschaftlicher Effekt Neben der Sicherstellung einer hochwertigen Patientenversorgung sowie einer Entlastung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter setzen Investitionen in die Krankenhäuser unmittelbare und überdurchschnittlich starke Impulse für die regionale Wirtschaft. In vielen Regionen von NRW sind die Krankenhäuser der

größte Arbeitgeber. Sie bieten zukunftssichere Arbeitsplätze und Ausbildungsplätze.

Ein Investitionsschub bedeutet für die Handwerksbetriebe vor Ort nachhaltige Auftragsimpulse. Auf regionalen Veranstaltungen des Bündnisses für gesunde

Krankenhäuser haben namhafte Vertreter des Handwerks und der IHK dies bestätigt.

Plus für Steueraufkommen Die Wissenschaftler/innen des RWI haben im Rahmen des Investitionsbarometers ermittelt, dass die NRW-Kliniken derzeit 2,1 Prozent der Bruttowertschöpfung des Landes erwirtschaften und rund eine Mrd. Euro zum Steueraufkommen des Landes NRW beitragen. In die Haushalte der Kommunen fließen davon 385 Mio. Euro.

Dem steht eine 40-prozentige kommunale Beteiligung - rund 196 Mio. Euro - an den rund 500 Mio. Euro Krankenhausfördermitteln des Landes gegenüber. Mit Investitionen in die nordrhein-westfälischen Krankenhäuser besteht die Chance, einen kräftigen Investitions- und Beschäftigungsimpuls flächendeckend und nachhaltig in Nordrhein-Westfalen auszulösen.

Bei einem Fördervolumen von 1,5 Mrd. Euro

würden die öffentlichen Haushalte über Steuereinnahmen, Sozialbeiträge, eingesparte Sozial- und Versicherungsleistungen in Höhe von rund einer Mrd. Euro bundesweit entlastet. Es fließt damit wieder Geld in die öffentlichen Kassen zurück.

Öffentlichkeit informiert Die Krankenhausvertreter/innen führen intensive Gespräche mit der Politik, um eine Erhöhung der Fördermittel zu erreichen. Nach der Auftaktpressekonferenz des Bündnisses für gesunde Krankenhäuser am 26.04.2016 in Düsseldorf wurden dessen Forderungen in zahlreichen Gesprächen mit den politischen Entscheider(inne)n, Bündnispartner(inne)n und Spitzenvertreter(inne)n aus dem Gesundheitswesen erörtert.

Regionale Veranstaltungen, die von den Krankenhäusern als Bündnismitglied durchgeführt werden, bildeten einen weiteren Schwerpunkt in der Kommunikation mit Medien, Entscheidungsträger(inne)n und Öffentlichkeit. Auf elf Regionalveranstaltungen hat das „Bündnis für gesunde Krankenhäuser - Investieren aus Verantwortung“ seit Sommer 2016 auf die volkswirtschaftliche Bedeutung der Krankenhäuser in den Regionen, die strukturelle Unterfinanzierung und deren Folgen und aufmerksam gemacht.

Anzeigen und Poster Zur Verbreitung der Botschaften hat das Bündnis im Dezember 2016 Anzeigen geschaltet und City-Light-Poster belegt. Anfang Dezember 2016 erschienen mit einer landesweiten Reichweite von knapp zwei Mio. Tageszeitungs-Exemplaren - nahezu flächendeckend in NRW - vier Motive als Anzeige. Darüber hinaus waren in der Woche vom 6. bis 12. Dezember 2016 im Großraum Düsseldorf 100 City-Light-Poster zu sehen. Damit wurden in erster Linie die politischen Entscheider/innen auf dem Weg in den NRW-Landtag und die Ministerien erreicht.

Das Investitionsbarometer NRW sowie die Ziele des Bündnisses waren auch Schwerpunktthema auf dem KGNW-FORUM am 6. Dezember 2016 in Neuss. Alle politischen Vertreter/innen auf dem Podium - auch NRW-Gesundheitsministerin Barbara Steffens - haben den Investitionsbedarf anerkannt und unterschiedliche Lösungswege vorgeschlagen. Mit Blick auf die kommende Landtagswahl wird das Bündnis die Botschaften weiter kommunizieren und die Gespräche fortführen, um für den Investitionsstau eine Lösung zu finden. ●



FOTO: KGNW

▲ Regelmäßig lädt die Krankenhausgesellschaft NRW zu Informationsveranstaltungen ein - kürzlich zum 3. Fachdialog Krankenhaus-IT und Medizintechnik in Gelsenkirchen

Bündnis der Krankenhäuser Vor diesem Hintergrund haben sich die nordrhein-westfälischen Krankenhäuser zu einem „Bündnis für gesunde Krankenhäuser - Investieren aus Verantwortung“ (Internet: www.gesunde-krankenhaeuser.de) zusammengeschlossen, um das Land und die Öffentlichkeit auf die Situation in den NRW-Krankenhäusern aufmerksam zu machen. Ziel des Bündnisses ist es, die nachweislich notwendigen Fördermittel zu erhalten. Die Ergebnisse des „Investitionsbarometers NRW“ und die Forderungen des Bündnisses wurden auf einer Pressekonferenz am 26. April 2016 vorgestellt. Dabei hat das RWI betont, dass selbst eine strukturelle Bereinigung der Krankenhauslandschaft kaum et-



System durchlöchert

Krankenhausfinanzierung und -betrieb aus Krankenkassensicht

Trotz aller Reformansätze ist die Finanzierung der Krankenhäuser nach wie vor unzureichend - mit Fehlentwicklungen bei den Fallpauschalen und mangelnder Investitionshilfe des Landes

Die Krankenhausfinanzierung bleibt trotz aller Reformansätze, die der Autor in mehr als 35 Jahren seiner beruflichen Praxis miterleben durfte, eine Dauerbaustelle. Das System der Fallpauschalen ist zwar bewusst und sinnvollerweise als „lernendes System“ angelegt, wird aber faktisch immer mehr durch systemwidrige gesetzgeberische Maßnahmen durchlöchert wie ein Schweizer Käse.

Die Investitionsfinanzierung bleibt - ungeachtet der jeweiligen Landesregierung - schwindsüchtig. Daran ändert auch das „Notprogramm“ des Strukturfonds nichts. Die Qualitätsorientierung bekommt gerade einen Schub durch das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG). Es bleibt aber das Unbehagen zurück, dass hier nur in Trippelschrit-

ten angestoßen wird, was dringend eines großen Sprungs bedürfte.

Die ersten erkennbaren Ansätze - siehe etwa der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über eine Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren - gehen wohl in die richtige Richtung. Ob die Länder diese aber tatsächlich umsetzen, wird sich noch zeigen. Einige Botschaften lassen



DER AUTOR

Michael Süllwold
ist stellvertretender
Leiter der vdek-
Landesvertretung
NRW

▲ Die Behandlung der Patient(inn)en in den Krankenhäusern wird von den Krankenkassen finanziert

daran Zweifel aufkommen. Den Beteiligten wäre dringend zu raten, mit den Ländern einen Interessenausgleich zu finden, will man hier nicht ein bürokratisches Monstrum entstehen lassen, das dann auf Landesebene ohne nachhaltige Wirkung bleibt.

Kein Recht auf Investition Die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser erfolgt grundsätzlich dadurch, dass ihre Investitionen - zumindest theoretisch - im Wege öffentlicher Förderung übernommen werden und die Krankenhäuser leistungsgerechte Erlöse aus den Pflegesätzen erhalten. Während die leistungsgerechten Erlöse in gängiger Praxis vereinbart und auch erstritten werden, gibt es für den Bereich der Investitionsförderung kein Vereinbarungsprinzip und auch kaum eine Möglichkeit für ein Krankenhaus, seinen „Anspruch“ gerichtlich durchzusetzen.

Die Obergrenze der öffentlichen Förderung in Nordrhein-Westfalen setzen das Finanzministerium und im Hintergrund wohl auch die Kämmerie der 396 Kommunen. In Nordrhein-Westfalen müssen sich die Kommunen mit einem Anteil von 40 Prozent an

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA - Internet: www.g-ba.de) ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt durch Richtlinien den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für mehr als 70 Millionen Versicherte und legt damit fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden. Darüber hinaus beschließt der G-BA Maßnahmen der Qualitätssicherung für den ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens. (Quelle: G-BA)

der Investitionsförderung beteiligen. Die Höhe der Investitionsförderung ist eine politisch aufgeladene Komponente, die den Stellenwert der Gesundheitspolitik innerhalb der gesamten Politik einer Landesregierung widerspiegelt. Ein Blick auf die Begründung des Gesetzes zu den Fallpauschalen ruft einige wesentliche Ziele des Gesetzgebers in Erinnerung:

- Fortsetzung des Weges „weg vom Selbstkostendeckungsprinzip“
- Wirtschaftlichkeit soll gefördert werden
- Fehlanreize des alten Systems - beispielsweise hohe Verweildauer in Krankenhäusern - sollen beseitigt werden
- Bedarfsgerechter und effizienter Einsatz der Ressourcen
- Qualitätssicherung soll einen besonderen Stellenwert erhalten durch Festlegung effektiver Maßnahmen mit unmittelbarer Wirkung für die Krankenhäuser
- Der Landesbasisfallwert soll als landeseinheitlicher Festpreis wirken
- Beitragssatz-Stabilität soll in allen Leistungsbereichen gelten - auch im Krankenhausbereich

Fast 15 Jahre nach Einführung des Systems der Fallpauschalen ist festzustellen:

- Fehlanreize zur Verlängerung der Verweildauer sind minimiert, aber noch nicht beseitigt
- Die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser wurde zum Teil deutlich erhöht
- Die Investitionsförderung der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen ist weiterhin äußerst prekär
- Der aus der Investitionsförderung abgeleitete Gestaltungsanspruch des Landes

wird nur begrenzt umgesetzt

- Nicht alle Leistungen werden über Fallpauschalen vergütet; es gibt immer mehr Ausnahmen, die gesondert berechnet werden dürfen.
- Der Wettbewerb der Krankenhäuser hat die Überkapazitäten nicht reduziert
- Der Stellenwert der Qualitätssicherung ist nach wie vor begrenzt
- Der Grundsatz der Beitragssatz-Stabilität wurde Schritt für Schritt ausgehöhlt
- Der Landesbasisfallwert wird seinem Anspruch als einheitlicher Festpreis nicht gerecht
- Eine effektive Qualitätssicherung mit unmittelbarer Wirkung für die Krankenhäuser fehlt bis heute

Preismechanismus blockiert Problematisch ist vor allem der kontinuierliche Prozess, den Preismechanismus des Landesbasisfallwertes auszuhebeln. In diese Richtung geht die jüngste Entscheidung, die Leistungsmenge als Verhandlungstatbestand auszuschließen. Die Regelung zur Angleichung an den unteren Korridor des Landesbasisfallwertes hat den Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen in den Jahren 2014 bis 2016 ungefähr 565 Mio. Euro zusätzlich eingebracht, ohne dass dies durch eine Steigerung bei den Personal- oder Sachkosten begründet gewesen wäre. Grundsätzlich ist festzustellen, dass nach Aufhebung der so genannten Teilgebieteplanung - etwa Gefäßchirurgie, Kardiologie - in Nordrhein-Westfalen die Versorgungsaufträge der Krankenhäuser durch die Kran-

kenhausträger weitgehend selbst bestimmt werden und der Konkurrenzsituation zum Nachbarkrankenhaus sowie der Bilanzausrichtung - sprich: Gewinnmaximierung - geschuldet sind.

Aufgrund des Kontrahierungszwanges der Krankenkassen - die Verpflichtung, die Kosten einer stationären Behandlung grundsätzlich zu übernehmen - gibt es kaum wirksame Mittel, diesem unheilvollen Treiben entgegenzuwirken. Die Öffnung für niedergelassene Vertragsärzte und -ärztinnen durch das Vertragsrechtsänderungsgesetz und in dessen Sog für so genannte Honorarärzte hat die Krankenhäuser in der Gestaltung ihrer Versorgungsaufträge beflügelt. Hierzu hat ebenfalls das System diagnosebezogener Fallpauschalen (DRG-System) durch die Überbewertung von Leistungen beigetragen.

Mehr lukrative Fälle Krankenhäuser haben darauf betriebswirtschaftlich nachvollziehbar reagiert und Behandlungen mit lukrativer Fallpauschale - etwa in der Wirbelsäulenchirurgie - in ihr Portfolio aufgenommen. Ungeachtet des tatsächlichen Bedarfs in einer Region und mit vielen Fragezeichen hinsichtlich der medizinischen Indikation sind hier teilweise skurrile Geschäftsmodelle entstanden. Diese wurden dann auch noch durch Schiedsstellen und Entscheidungen der Genehmigungsbehörden bestätigt. Der rechtliche Rahmen der Krankenhausfinanzierung erlaubt es Krankenhäusern grundsätzlich, Gewinne zu erwirtschaften. Dies ist systemkonform. Aber auch das Ent-

FOTO: MICHAEL BÜHRKE / PIXELIO.DE



▲ Teures medizinisches Gerät wird in der Regel mithilfe der Investitionsförderung seitens der Länder beschafft

stehen von Verlusten ist systemkonform. Bei den Verlusten wird das System jedoch durch Sicherstellungszuschläge abgedeckt, wenn die Gefahr einer Unterversorgung in der Region besteht. Ein „Abfedern“ nach oben, also bei den Gewinnmargen und bei der Mittelverwendung, gibt es nicht.

Ein System, das es einem Krankenhausträger erlaubt, in zweistelliger Millionenhöhe Gewinne zu erwirtschaften, und dessen Krankenhaus gleichzeitig über Schiedsstellen einen weiteren Zugewinn zugesprochen bekommt, weil in einem Teilsegment des Krankenhauses - etwa einer Kinderspezialambulanz - kalkulatorisch „Verluste“ erwirtschaftet werden - ein solches System ist einfach nur als krank zu bezeichnen - um nicht ein anderes Wort zu gebrauchen.

Aushöhlung der Fallpauschalen Der Gesetzgeber hat darüber hinaus den Grundsatz der Beitragssatz-Stabilität teilweise aufgegeben. Die Ausgaben beispiels-

POSITION

Da die Länder unter dem Druck der Haushaltssanierung das Problem der Investitionsförderung nicht wirklich lösen können, fordern die Ersatzkassen die Beteiligung des Bundes an der Investitionsfinanzierung. Außerdem ist eine Investitionsquote gesetzlich als Untergrenze zu verankern. Schließlich müssen die Krankenkassen bei der Verwendung der Mittel ein Recht auf Mitsprache und Mitentscheidung erhalten.

weise für die Zusatzentgelte, die zusätzlich zu den Fallpauschalen bezahlt werden, haben in den zurückliegenden Jahren extrem zugenommen und dürfen nicht mehr bei der Ermittlung des Landesbasisfallwertes berücksichtigt werden. So haben sich die Ausgaben für hochaufwendige Pflegemaßnahmen (PKMS) von 2012 bis 2015 in Nordrhein-Westfalen bei den Ersatzkassen verdreifacht.

Noch eine Anmerkung zum Thema „Investitionsförderung“: Rein betriebswirtschaftlich gesehen wäre ein monistisches Finanzierungssystem - Finanzierung aus einer Hand - zweifelsohne eine vernünftige Lösung. Allerdings kann nur dann ernsthaft darüber nachgedacht werden, wenn vor Einführung eines solchen Systems der Antragsstau bei den Investitionen, der gerade in Nordrhein-Westfalen besonders hoch ist, abgebaut würde.

Bei nüchterner Betrachtung dieser Entwicklung müsste man konstatieren, dass eine grundsätzliche Überarbeitung des Finanzierungssystems einschließlich des unzulänglichen Instrumentes der Krankenhausplanung erforderlich ist. Allerdings wird man auch akzeptieren müssen, dass derartige Forderungen nicht realistisch sind. Also sollte man sich auf ein zentrales Problem der Krankenhausfinanzierung konzentrieren: die unzureichende Investitionsförderung der Länder. ●

BUCHTIPPS

Das gesamte öffentliche Dienstrecht

Von Prof. Dr. Frank Bieler, Professor (em.) an der Hochschule Harz, Wernigerode, unter Mitarbeit von Benjamin Bieler, Braunschweig/Göttingen. Begründet von Kurt Ebert, ehemals Präsident der Bundesschuldenverwaltung, 2016, Loseblattwerk einschließlich der 2. Lieferung, 2.098 Seiten in 1 Ordner, 96 Euro, ISBN 978-3-503-00849-0, Bestellmöglichkeit online unter www.ESV.info/9783503008490, ERICH SCHMIDT VERLAG

Dieses praktische Handbuch für Personalverwaltung und Personalvertretungspraxis beinhaltet und erläutert - wissenschaftlich fundiert - sämtliche Vorschriften und Regelungen, die für den öffentlichen Dienst von Bedeutung sind. Durch die allgemeinverständliche Kommentierung empfiehlt es sich als nützliches Informations- und Nachschlagewerk.

Die 2. Lieferung enthält viele Änderungen in den Entgelt- und Besoldungstabellen. In den erläuternden Texten sind eine Reihe von Anpassungen an die geänderten Vorschriften und auch geänderte bzw. neuorientierte Rechtsprechung erforderlich geworden. Die Gliederungsnr. 380 (Beihilfen) ist komplett überarbeitet worden.

Az.: 14.0.8

Qualitätsmanagement in der öffentlichen Verwaltung

Astrid Stein, 2016, 178 Seiten, kartoniert, Format 14,5 x 23,0 cm, ISBN 978-3-8293-1180-9, 29,80 Euro inkl. MwSt., versandkostenfrei, sofort lieferbar, KOMMUNAL- UND SCHUL-VERLAG, 65026 Wiesbaden, Postfach 3629, Telefon 0611-88086-10, Telefax 0611-88086-77, www.kommunalpraxis.de, info@kommunalpraxis.de

Chance für ein prozess- und qualitätsorientiertes Management im öffentlichen Sektor Reihe Karriere in der Verwaltung - Umfassendes Qualitätsmanagement - Chance für ein prozess- und qualitätsorientiertes Verwaltungsmanagement.

Die Ausrichtung an den Grundsätzen und Methoden des umfassenden Qualitätsmanagements (Total Quality Management, TQM) bietet der öffentlichen Verwaltung hervorragende Möglichkeiten, ein prozess- und qualitätsorientiertes Verwaltungsmanagement zu etablieren - zum Wohle ihrer Bürger und Kunden, ihrer Beschäftigten und der Gesellschaft. Verwaltungsmodernisierung erhält mit einem entsprechenden Managementsystem einen integrierenden Rahmen, der für Kontinuität in der internen und externen Leistungsverbesserung sorgt.

Der Titel erläutert anhand zahlreicher Beispiele aus der Praxis, welchen Nutzen TQM für die Verwaltung bietet - sei es vor dem Hintergrund

der Digitalisierung und des E-Governments, im Kontext des demografischen Wandels oder der Bürger- und Kundenorientierung. Die Grundbegriffe des TQM werden praxisnah erläutert und auf die Entwicklung der verschiedenen Elemente des QM-Systems angewendet. Ein Vorgehensmodell zur schrittweisen Einführung eines QM-Systems dient der Praxis als Leitfaden in diesem komplexen Vorhaben. Berücksichtigt werden darüber hinaus Fragen des Kulturwandels: Welche Maßnahmen des Change-Managements zur Förderung einer Qualitätskultur sind erforderlich? Wie kann die Auseinandersetzung mit Qualität auf allen Hierarchieebenen gelingen?

Wie können Führungskräfte diesem Prozess proaktiv Impulse geben und ihn steuern? Die Komplexität des Vorhabens „Einführung TQM“ wird durch step-by-step-Hinweise reduziert. Bewusstsein, Kontinuität und Wirksamkeit stehen im Mittelpunkt; Statistik, Zertifizierung und Handbuch-Dokumentation treten dahinter zurück.

Dr. Astrid Stein, Jahrgang 1958, studierte Publizistik, Germanistik und Philosophie und ist seit mehr als 25 Jahren in der Bundesverwaltung tätig, wo sie mit vielfältigen Aufgaben betraut war (u. a. Redaktion der Zeitschrift „BBB-Informationen“, Redaktion des Portals www.bund.de); seit 2006 ist sie nunmehr zuständig für das Deutsche CAF-Zentrum im Bundesverwaltungsamt.

Az.: 11.0.1



FOTO: ST. MARIEN-HOSPITAL HAMM

▲ Krankenhäuser wie das St. Marien-Hospital in Hamm sind einem ständigen Anpassungsdruck ausgesetzt

Ökonomische Ansätze in Finanzierung und Management

Obwohl öffentlich geführte Krankenhäuser durch ihre Größe im Prinzip einen Wettbewerbsvorteil besitzen, hat der wirtschaftliche Druck zu einer Zunahme privater Trägerschaft geführt

Die Krankenhauslandschaft in Deutschland befindet sich weiterhin im Umbruch. Dafür verantwortlich sind wesentlich zwei Rahmenbedingungen, die sich aus der letzten Dekade bis in die Gegenwart hinein ziehen. Die erste Bedingung ist die Einführung von Fallpauschalen ab dem Jahr 2003. Auch wenn sich viele der aus der Theorie ableitbaren Folgen von Fallpauschalen in Deutschland nicht eingestellt haben, ergab sich dennoch ein wesentlicher Effizienzanzreiz für das Krankenhausmanagement. Gleiche Leistungen werden gleich vergütet, Gewinne und Verluste verbleiben beim Krankenhaus. Das führte auch dazu, dass sich Träger plötzlich einem größeren Risiko gegenübersehen, ihre Häuser könnten Ver-

lust machen. Vielen Städten und Gemeinden wurde erst ab dem Jahr 2003 bewusst, dass ihr Krankenhaus eine finanzielle Bedrohung darstellen kann.

Die zweite Rahmenbedingung ist die weitgehende Unterfinanzierung bei den Investitionen in der akutstationären Versorgung. Der Gesetzgeber hat vorgesehen, dass die Bundesländer diese Investitionen tragen. In der Realität ist allerdings zu beobachten, dass viele Investitionen über den Kapitalmarkt finanziert werden.

Mindestbettenzahl Beide Rahmenbedingungen trafen alle Krankenhausträger in Deutschland gleichermaßen. Der Unterschied lag darin, wie auf diese Herausfor-

derungen reagiert wurde. Dabei waren die Ausgangsbedingungen für öffentlich getragene Krankenhäuser vergleichsweise gut. Fachleute gehen davon aus, dass ein wirtschaftlich zu betreibendes Krankenhaus mindestens eine Kapazität von 300 Betten haben sollte. Im Jahr 2015 gab es in Deutschland 1.072 allgemeine Krankenhäuser unterhalb dieser Grenze - sprich: zwei Drittel aller 1.619 allgemeinen Krankenhäuser.

Öffentliche Krankenhäuser haben dabei eine überdurchschnittliche Betriebsgröße. Im Jahr 2015 wiesen lediglich 155 der 483 allgemeinen öffentlichen Krankenhäuser eine Bettenzahl von unter 200 auf. Dies entspricht 32 Prozent der Häuser. Eine Eintei-



DIE AUTOREN

Dr. Markus Lungen ist Professor für Volkswirtschaft, insbesondere Gesundheitsökonomie an der Hochschule Osnabrück



Lisa Seinen M.A. M.Sc. ist wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften der Hochschule Osnabrück

lung bis 300 Betten führt die Statistik nicht. Die durchschnittliche Bettenzahl öffentlich getragener allgemeiner Krankenhäuser lag bei 450 Betten. Die entsprechenden Zahlen für Krankenhäuser in frei gemeinnütziger Trägerschaft - 277 Betten - oder für privat getragene Krankenhäuser - 138 Betten - sehen weniger günstig aus.

Weniger Öffentliche Das Paradoxon der Krankenhauslandschaft besteht darin, dass öffentliche Krankenhäuser aus betriebswirtschaftlicher Sicht eine bessere Struktur als der Durchschnitt der Krankenhäuser aufweisen, jedoch in wirtschaftlicher Hinsicht oftmals schlechter abschneiden. In den zurückliegenden Jahrzehnten hat daher ein wesentlicher Tausch stattgefunden zwischen öffentlicher und privater Trägerschaft. Dabei reduzierte sich der Anteil öffentlich getragener Krankenhäuser zwischen 1991 und 2015 von 46 auf 29,7 Prozent.

Umgekehrt stieg der Anteil privat getragener Krankenhäuser von 14,8 auf 35,1 Prozent. Der Marktanteil frei gemeinnützig getragener Krankenhäuser blieb in etwa stabil mit einem leichten Rückgang von 39,1 auf 35,2 Prozent. Offenbar ist es privaten Käufern gelungen, die von Städten und Gemeinden als finanzielle Belastung wahrgenommenen Krankenhäuser wieder profitabel zu machen und teilweise spektakuläre Überschüsse zu erwirtschaften.

Rezepte zur Profitabilität Was sind dafür die Ursachen? Häufig wird vermutet, dass private Träger die Qualität der Versorgung zugunsten der Wirtschaftlichkeit eines Krankenhauses reduzieren. Dies würde insbesondere durch einen Abbau von Pflegepersonal erreicht. Nach dieser Argumentation dürften öffentliche Krankenhäuser Defizite ausweisen, da sie mehr Pflegepersonal als private Träger beschäftigen, um die Qualität der Versorgung zu halten.

Diese Argumentation würde nicht nur bedeuten, dass das Gesundheitswesen massiv unterfinanziert wäre, wofür es im internationalen Vergleich keinen Anhaltspunkt gibt. Vielmehr greift sie letztendlich auch zu kurz. Insbesondere wird dabei vernachlässigt, dass es private Träger waren, die in der Vergangenheit offensiv ihre Qualitätsdaten publiziert haben und auch heute in den gesetzlichen Qualitätsmessungen nicht schlechter abschneiden.

Keine Studie konnte bisher nachweisen, dass private Träger konsequent aus betriebswirtschaftlicher Sicht „lohnenswerte“ Patient

(inn)en aufnehmen und Patient (inn)en mit höherem Kostenrisiko abweisen. Zudem gibt es die Tendenz, dass private Träger an Krankenhausärzten und -ärztinnen höhere Gehälter zahlen als andere Krankenhausträger.

Vorteile im Management Woher kommt also die Profitabilität privater Trägerschaft? Anekdotisch wird berichtet, dass insbesondere klassische betriebswirtschaftliche Bereiche wie Einkauf, Prozessorganisation, Auslastung der Kapazitäten und Stringenz des Managements zur wesentlichen Steigerung der Profitabilität privater und auch frei gemeinnützig getragener Krankenhäuser führe.

Allerdings mehren sich die Hinweise, dass insbesondere die Berufsgruppe Pflege allzu hohen Belastungen ausgesetzt ist und zudem finanziell schlechter gestellt wird. Dies kann jedoch kaum die gesamte finanzielle Differenz zwischen privater und öffentlicher Trägerschaft von Krankenhäusern erklären.

Träger die gesetzlichen Rahmenbedingungen effizienter nutzen als andere.

Drei Herausforderungen Welche Herausforderungen ergeben sich daraus für die öffentliche Trägerschaft von Krankenhäusern in den kommenden Jahren? Hier sind drei Kernbereiche zu nennen. Der Gesetzgeber hat auf Bundesebene in den vergangenen Jahren massiv darauf gedrängt, dass Qualität ein eigenständiger Wettbewerbsparameter zwischen Krankenhäusern werden soll.

Im gegenwärtigen Umfeld erscheint es zumindest fraglich, ob die ungünstige Kostenstruktur öffentlich geführter Krankenhäuser ein gutes Abschneiden im Qualitätswettbewerb überhaupt möglich macht.

Vielmehr müssen die Vorteile öffentlicher Krankenhäuser aufgrund ihrer vergleichsweise hohen Bettenzahl konsequent in Spezialisierung, klinische Zentrenbildung und die öffentliche Kommunikation von Qualität umgesetzt werden. Die zweite



Kostendruck führt häufig zu Einsparungen beim Pflegepersonal - trotz physisch und psychisch belastender Arbeit

Vielmehr scheint es eine Mischung aus professionellem Management, schnellen Entscheidungswegen und breitem Zugang zum Kapitalmarkt zu sein, die langfristig die Profitabilität sichert.

Diese Schlussfolgerung bedeutet nicht, dass die Privatisierung von Krankenhäusern ganz frei ist von Risiken für die Versorgungsqualität oder die gesellschaftliche Steuerbarkeit der Gesundheitsversorgung. Im Gegenteil: Es gibt gute Gründe, die Privatisierung kritisch zu sehen. Es kann derzeit aber vermutet werden, dass private

LITERATUR

Grill M. Die Klinik-Controller. Der Spiegel 9-2014:70-72.

Lüngen M, Büscher G. Gesundheitsökonomie. Stuttgart: Kohlhammer; 2015.

Lüngen M. Die optimale Klinikgröße. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J. Krankenhaus-Report 2017. Stuttgart: Schattauer (Kap. 13, erscheint Feb. 2017)

Statistisches Bundesamt. Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.1.1. Ausgabe 2016 mit Daten 2015.

Herausforderung zeigt sich in massiven Überkapazitäten in der akutstationären Versorgung in Deutschland. Im internationalen Vergleich weist Deutschland teilweise dreimal höhere Bettenzahlen pro Einwohner/in auf als vergleichbare Flächenstaaten. Das Problem besteht in der großen Anzahl kleiner Krankenhäuser, denen man unter betriebswirtschaftlichen wie klinischen Gesichtspunkten im Ausland weitaus kritischer gegenüber steht.

Überhang reduzieren Bisher fehlte in Deutschland allerdings häufig die Kraft, diese Überkapazitäten konsequent abzubauen. Wenn es gelingen sollte, insbesondere in Ballungsgebieten kleine Krankenhäuser zu schließen, könnten diese Ressourcen den größeren Einheiten zugutekommen. Dies betrifft sowohl Investitionsmittel als auch Pflegepersonal und Ärzte sowie Ärztinnen.

Profitieren können davon öffentliche, große Krankenseinrichtungen. Langfristig sind wahrscheinlich der Zugang zum Kapitalmarkt und die fortlaufende Modernisierung der Krankenhäuser entscheidend dafür, dass sie wirtschaftlich überleben können. Dies gilt unabhängig von Gesundheitsreformen, die ständig Wechsel bringen.

Eine dritte Herausforderung für öffentlich getragene Krankenhäuser ist die Bildung größerer horizontaler Zusammenschlüsse. Hier tun sich kirchliche und auch private Träger weitaus leichter, strategische Verbünde zwischen Krankenhäusern effizient umzusetzen. Die Vorteile einer Bildung von Ketten - Markenbildung, Bündelung von Investitionen, Austausch und Gewinnung von Personal, Professionalisierung sowie effiziente Umsetzung von Dienstleistungen und Managemententscheidungen - sind in der Fachliteratur ausreichend dokumentiert. Die Alternative besteht letztendlich darin, ein Krankenhaus als Solitär so lange zu führen, bis man dem wirtschaftlichen Druck nicht mehr standhalten kann.

Insgesamt scheinen diese Herausforderungen - Realisierung der Qualitätsvorteile, Schließung kleiner Standorte in Ballungsgebieten, Bildung von Krankenhausverbünden - eher auf Jahrzehnte angelegt zu sein und nicht nur auf wenige Jahre. Die Krankenhausgesetze der Vergangenheit haben jedoch gezeigt, dass ein entscheidender Durchbruch weiterhin auf sich warten lässt. Daher sind die Krankenhausträger selbst in der Pflicht, die wirtschaftliche Situation ihrer Häuser zu verbessern. ●

FOTO: EV. KRANKENHAUS HAMM



nicht jeder

Das Evangelische Krankenhaus Hamm arbeitet im Gesundheitsverbund Hamm mit einem katholischen Krankenhaus zusammen

Spezialisierung als Mittel zur Investitionsoptimierung

Um die knappen Investitionsmittel wirksamer einsetzen zu können, sind in der Stadt Hamm das Evangelische Krankenhaus und das St. Marien-Hospital eine Kooperation eingegangen

Im Zuge des Krankenhausplans für 2015 beschloss das Land NRW, die Qualität der Patient(inn)enversorgung zu verbessern sowie die Leistungsangebote in den jeweiligen Versorgungsgebieten neu zu ordnen und damit auch die Bettenkapazitäten der Häuser anzupassen. Um diesen Zielsetzungen nachzukommen, entschlossen sich das Ev. Krankenhaus Hamm und das St. Marien-Hospital Hamm zu einer weit reichenden Kooperation.

Beide Krankenhäuser befinden sich in einer Entfernung von gut drei Kilometern zueinander. Über einen Zeitraum von rund 30 Jahren sind an beiden Standorten bis auf wenige Bereiche nahezu deckungsgleiche Leistungsangebote entstanden. Dies betraf sowohl die konservativen internistischen Fächer als auch die operativen chirurgischen Fächer in all ihren Ausprägungen. Beide Häuser standen somit in einem intensiven Wettbewerb um die Patientinnen

und Patienten aus dem Bereich der Stadtmitte von Hamm. In Randbereichen und außerhalb der Stadtgrenze waren die Haupteinzugsgebiete deutlicher voneinander zu unterscheiden. Ebenso war festzustellen, dass der Fluss Lippe, der die Stadt in West-Ost-Richtung teilt, auch die Einzugsgebiete der Krankenhäuser absteckt. Nördlich der Lippe ist als drittes Krankenhaus die St. Barbara-Klinik angesiedelt, die jedoch im Bereich der Innenstadt deutlich weniger in Konkurrenz zu den genannten Häusern steht.

DER AUTOR



Michael Wermker
ist Vorstand und Geschäftsführer der Valeo-Kliniken GmbH Hamm



alles

spezialisiert und mit mehr hoch qualifizierten Fachärzt(inn)en ausgestattet.

Schwerpunktbildung Unter dem Namen „Gesundheitsverbund Hamm“ bilden die Häuser nun unterschiedliche Schwerpunkte. Dies ist für das Ev. Krankenhaus Hamm die Konzentration auf die Versorgung von Patient(inn)en mit Krebserkrankungen, Erkrankungen des Verdauungstraktes sowie die Behandlung von Frauen und Kindern im Status eines Perinatalzentrums. Das St. Marien-Hospital behandelt

vorgenommen werden - insbesondere in den Untersuchungs- und Behandlungsbereichen. In der Folge zeigt sich jedoch, dass Investitionen in die Medizintechnik bei einer geringeren Zahl unterschiedlicher Fachabteilungen je Krankenhaus wesentlich gezielter vorgenommen werden können.

Die heutige Medizin ist geprägt vom Einsatz moderner Technologie - einerseits Segen für die Patient(inn)en, andererseits in Zeiten schwieriger Haushaltslage in der Finanzierung problematisch. Auch hier hat



◀ Mitarbeiter/innen des Evangelischen Krankenhauses Hamm und des St. Marien-Hospitals ziehen öffentlichkeitswirksam „an einem Strang“

Besser Kooperationspartner Konkurrenz kann sprichwörtlich das Geschäft beleben. Dies gilt im Bereich der Gesundheitsversorgung jedoch nur bedingt. Die Geschäftsführungen und Träger beider Krankenhäuser wurden sich im Jahr 2014 einig, dass ein Versuch unternommen werden sollte, aus Konkurrenten Kooperationspartner zu machen.

Die ersten Überlegungen waren kleinteilig und führten am Ende nicht zu einer Situation, von der beide profitiert hätten. Erst der Mut, alle vorhandenen Strukturen infrage zu stellen, öffnete den Blick für eine Konstellation, die für beide Seiten und letztlich auch für die Patient(inn)enversorgung von Vorteil sein sollte. Die Ziele erinnern dabei an die Quadratur des Kreises: Optimierung der Versorgungsqualität, Verbesserung der Wirtschaftlichkeit, Steigerung der Attraktivität als Arbeitgeber für klinisches Personal - Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten und Ähnliche - sowie Optimierung des Einsatzes knapper Investitionsmittel wie unter anderem der Fördermittel.

Am Ende wurde eine für alle Beteiligten gute Lösung gefunden. Hierbei wurden Abteilungen oder Leistungsangebote an jeweils einem Standort zusammengeführt. Dies hat eine deutliche Qualitätssteigerung in der stationären Krankenhausversorgung der Stadt Hamm zur Folge. Die Abteilungen sind dementsprechend größer, stärker

im Schwerpunkt Herz-, Kreislauf- und Gefäßerkrankungen, Erkrankungen am Bewegungsapparat, Erkrankungen des alten Menschen sowie neurologische und psychische Erkrankungen.

Die Fokussierung beider Häuser auf weniger, aber größere Abteilungen hat auch im Bereich des investiven Ressourceneinsatzes erhebliche Auswirkungen. Zunächst mussten zur Herstellung der neuen Strukturen erhebliche bauliche Veränderungen

die Fokussierung auf weniger, aber größere Leistungsbereiche geholfen.

Konzept erfolgreich Die Umsetzung des Konzeptes erfolgte zum Jahreswechsel 2015/2016. Nach einigen Monaten Erfahrung mit dem neuen Konzept ist festzuhalten, dass die gewünschten Wirkungen erreicht werden konnten. Entscheidend ist, dass beide Häuser in enger Kooperation miteinander arbeiten. Die Aufteilung der



▲ Die beiden Krankenhäuser haben ihre Leistungsangebote an jeweils einem Standort zusammengeführt und bieten nun unterschiedliche Schwerpunkte

Abteilungen bedingt neben einer gegenseitigen medizinischen Unterstützung - Konsilwesen - auch, dass beide Krankenhäuser Ärzte sowie Ärztinnen gemeinsam ausbilden, um den jungen Mediziner(inne)n die ganze Bandbreite ihres Fachgebietes zugänglich zu machen.

Von besonderer Bedeutung ist darüber hinaus, dass es möglich wurde, zwischen unterschiedlichen konfessionellen Trägern eine intensive Arbeitsstruktur herzustellen,



FOTO: ST. MARIEN-HOSPITAL HAMM

▲ Das St. Marien-Hospital Hamm profitiert von der Kooperation

ohne dass es einer gesellschaftsrechtlichen Verflechtung bedurfte. Damit lebt das Konzept allerdings auch von dem Willen aller Beteiligten. Kooperationsverträge regeln das Notwendige, der Erfolg entsteht aber letztlich durch die handelnden Personen. Das Beispiel zeigt auf, dass Wettbewerb in einem stark regulierten Markt nicht die einzige Handlungsoption ist. Der Verknappung der Ressourcen kann marktpolitisch gesehen auch durch Abstimmung der Marktteilnehmer begegnet werden - nicht nur durch Verdrängungswettbewerb. Die in Hamm gefundene Konstellation ist ein Glücksfall, der sich nicht eins zu eins auf andere Städte übertragen lässt. Mut zur Offenheit auf der Ebene der Geschäftsführungen und Trägervertreter kann jedoch helfen, auch andersorts den Blick für Handlungsoptionen auszuweiten. ●

Kampf den



Mit einer landesweiten Aktion klären die Krankenhäuser über Krankheitserreger, Antibiotikaresistenz und Verhütung von Infektionen auf

Hygiene in Krankenhäusern als Dauer

Durch vorbeugende Maßnahmen, Aufklärung und Überwachung der Praxis bemühen sich die NRW-Krankenhäuser, die Anzahl der Infektionen während des stationären Aufenthalts zu minimieren

Der Bericht der Bundesregierung an den Deutschen Bundestag über „nosokomiale Infektionen (Krankenhausinfektionen, Anm. d. Red.) und Erreger mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen“ aus dem Jahr 2014 weist für Deutschland etwa 400.000 bis 600.000 Infektionen im Rahmen stationärer und ambulanter Behandlungen aus.

Diese Zahl schließt viele leichte Infektionen ein, die ohne besondere Behandlung abklingen, aber auch schwerwiegende und zum Teil lebensbedrohliche Erkrankungen. Hierbei muss berücksichtigt werden, dass auch bei einer bestmöglichen Hygiene nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft nur rund 30 Prozent der Infektionen tatsächlich vermeidbar sind.

Insgesamt ist die Infektionsrate in Deutschland deutlich geringer als im europäischen Durchschnitt. Länder wie die Niederlande, Norwegen, Dänemark oder Österreich stehen erheblich schlechter da. Eine besondere Bedeutung haben in den zurückliegenden

Jahren so genannte multiresistente Erreger erlangt. Dies sind Bakterien, gegen die eine Vielzahl der aktuell verfügbaren Antibiotika nicht mehr wirkt.

Erfolg bei MRSA Ein bekannter Vertreter dieser Gruppe ist der Keim MRSA - Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus. Er macht rund 10.000 der genannten 400.000 bis 600.000 Infektionen aus. Obwohl die Gesamtzahl der Infektionen in den Niederlanden im Vergleich zu Deutschland höher ist, sind die Maßnahmen bezüglich MRSA-Infektionen bei diesem direkten Nachbarn weltweit vorbildlich. Auch in



DER AUTOR

Lothar Kratz ist Refersatsleiter Politik, PR, Presse der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen



FOTO: KGNW

aufgabe

Deutschland konnte durch konsequente flächendeckende Anwendung des niederländischen Hygienekonzeptes zur MRSA-Bekämpfung - frühzeitige Identifikation, Isolation und Behandlung der betroffenen Patient(inn)en - seit 2005 die MRSA-Rate annähernd halbiert werden. Trotz dieser positiven Entwicklungen stellen eine globale Ausbreitung unterschiedlicher

Bakterien und Viren sowie eine älter werdende, vielfach chronisch kranke und immungeschwächte Bevölkerung große Herausforderungen an ein hochwertiges Hygienemanagement in den Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen dar. Aus diesem Grund hat sich das Land NRW in besonderem Maße dem Thema Hygiene gewidmet und zahlreiche auch gesetzgeberische Aktivitäten frühzeitig in Deutschland umgesetzt. Beispielhaft können die bundesweit erste, inzwischen mehrfach novellierte Krankenhaushygieneverordnung aus dem Jahr

Deutschland durch das Aktionsbündnis Patientensicherheit und das Nationale Referenzzentrum für Surveillance nosokomialer Infektionen betreut.

An das Nationale Referenzzentrum in Berlin übermitteln die Krankenhäuser regelmäßig umfangreiche Datensätze, die im Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) erfasst und analysiert werden. Weitere zentrale Hygieneprozesse wie klinisch-mikrobiologische und klinisch-pharmazeutische Beratung sowie ein strukturiertes Vorgehen bei der Entlassung von Patient(inn)en wer-



Patientenzimmer und andere Krankenhausräume müssen regelmäßig gründlich gereinigt werden

FOTO: RAINER STURM / PIXELIO.DE

1989, die landesweite Einführung von Hygiene-Netzwerken - MRE-Netzwerke -, in denen Krankenhäuser, Arztpraxen, Pflegeheime, Aufsichtsbehörden und Rettungsdienst eng zusammenarbeiten, sowie der „Aktionsplan Hygiene des Landes NRW“ genannt werden.

den durch die NRW-Landeshygieneverordnung (HygMedVO) vorgegeben und in den Krankenhäusern angewendet.

Initiative „keine Keime“ Die umfangreichen Hygienemaßnahmen der Aufsichtsbehörden, der Krankenhäuser und weiterer Partner in der Gesundheitsversorgung werden seit jeher von der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) intensiv unterstützt. Angesichts der Komplexität des Themas Hygiene hat die KGNW im Jahr 2015 die Initiative „Gemeinsam Gesundheit schützen. Keine Keime. Keine Chance für multiresistente Erreger“ gestartet. Ziel ist

Maßnahmen koordiniert In den Krankenhäusern koordinieren mehrmals pro Jahr so genannte Hygienekommissionen alle hygienerelevanten Maßnahmen, erstellen detaillierte Hygienepläne und passen diese an neue infektiologische Gefahren an. Anzahl und Qualifikation der Hygienemitarbeiter/innen werden durch eine spezielle Arbeitsgruppe des Robert Koch-Institutes - die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) - verbindlich festgelegt und durch die Gesundheitsämter überprüft.

Mit dem Ziel einer beständigen Qualitätssicherung beteiligen sich die Krankenhäuser in NRW an der „Aktion Saubere Hände“, einer weltweiten Initiative der UNO-Weltgesundheitsorganisation WHO. Diese wird in

◀ Desinfektion der Hände ist entscheidend, um die Ausbreitung von Keimen zu verhindern



FOTO: DIETER SCHÜTZ / PIXELIO.DE

FAZIT

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Krankenhäusern von NRW stellen sich täglich mit großem persönlichem Einsatz den hygienerelevanten Herausforderungen. Zur Weiterentwicklung der wissenschaftlich basierten Qualitätsstandards in der Hygiene bedarf es jedoch einer nachhaltigen und vertrauensvollen Zusammenarbeit aller Beteiligten sowie einer verlässlichen Bereitstellung der erforderlichen Mittel durch die Krankenkassen und das Land NRW.

► Plakate klären über die Verbreitung von Keimen und das Desinfizieren der Hände auf

die detaillierte Information der Bürgerinnen und Bürger über multiresistente Erreger und das Hygienemanagement der Krankenhäuser.

Daneben soll diese Initiative, an der sich annähernd alle Krankenhäuser in NRW beteiligen und deren Schirmherrschaft die nordrhein-westfälische Ministerpräsidentin Hannelore Kraft übernommen hat, die Bevölkerung motivieren, in und außerhalb von Gesundheitseinrichtungen einfache Maßnahmen der Hygiene - etwa das Hände waschen - anzuwenden.

Neben Broschüren für Mitarbeiter/innen und Patient(inn)en wurde für die Initiative eine Internetseite www.keine-keime.de mit einem hohen Informationsgehalt für die interessierte Öffentlichkeit eingerichtet. In Verbindung mit dem Internetauftritt der Initiative werden als weiteres wichtiges Element regelmäßig Online-Sprechstunden mit Fachexpertinnen und -experten durchgeführt. Diese Sprechstunden tragen zur Versachlichung des Themas bei und geben

SCHAUBILD: KGNW



praktische Hinweise zu einer wirksamen Hygiene.

Jährlich Bericht Die Hygiene-Initiative der Krankenhäuser in NRW und der KGNW hat sich deutschlandweit zu einem Erfolgsmodell entwickelt und kommt derzeit in weiteren Bundesländern zur Anwendung. Als neues Instrument dieser Initiative wur-

de gemeinsam mit dem NRW-Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA) sowie dem Landeszentrum Gesundheit (LZG) ein Krankenhaushygienebericht NRW entwickelt.

Dieser soll einmal jährlich die Situation rund um die gesetzlichen Verpflichtungen der HygMedVO abfragen, infektiologische Kennzahlen erheben sowie weitere Aspekte des Hygienemanagements der Krankenhäuser erfassen - unter anderem Beteiligung am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System des Nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen in Berlin, Beteiligung an der „Aktion Saubere Hände“, Beteiligung an einem MRE-Netzwerk, Vorhandensein eines „Hygiene-Siegels“ sowie Patient(inn)enbefragungen zur Hygiene.

Jeweils für das Frühjahr ist von den beteiligten Institutionen MGEPA, LZG und KGNW eine landesweite Veröffentlichung aggregierter und anonymisierter Ergebnisse der Onlinebefragung geplant. Im Frühjahr 2017 wird die erste Onlinebefragung zum Krankenhaushygienebericht NRW abgeschlossen sein.

Gemeindeordnung für das Land Nordrhein-Westfalen

Kommentar, begründet von Dr. Kurt Kottenberg und Dr. Erich Rehn, fortgeführt von Rechtsanwalt Ulrich Cronauge, Geschäftsführer a. D. im Verband kommunaler Unternehmen (VKU), Rechtsanwalt Dr. Hanspeter Knirsch, Beigeordneter a. D. und Stadtdirektor a. D., Hans-Gerd von Lennep, Geschäftsführer a. D. des Städte- und Gemeindebundes Nordrhein-Westfalen, Thomas Paal, Stadtdirektor der Stadt Münster, und Anne Wellmann, Hauptreferentin beim Städte- und Gemeindebund Nordrhein-Westfalen

43. Ergänzungslieferung, Stand Juni 2016, 342 Seiten, 85,90 Euro
Loseblattausgabe: Grundwerk 2.344 Seiten, DIN A 5, in zwei Ordnern, 128 Euro bei Fortsetzungsbezug (209 Euro bei Einzelbezug). Digitalausgabe: Einzellizenz im Jahresabonnement 169,90 Euro (inkl. Updates), weitere Preise (Kombination Print+Digital, Mehrfachlizenzen) auf Anfrage. ISBN 978-3-7922-0112-1 (Print), ISBN 978-3-7922-0164-0 (Digital), Verlag W. Reckinger, Siegburg
Mit der 43. Ergänzungslieferung (Stand Juni

2016) ist Hans-Gerd von Lennep aus dem Kreis der aktiven Autoren ausgeschieden, bleibt dem Werk aber als Mitherausgeber verbunden. Als neue Mitglieder im Autorenteam konnten Anne Wellmann, Hauptreferentin beim nordrhein-westfälischen Städte- und Gemeindebund, sowie Thomas Paal, Beigeordneter der Stadt Münster, gewonnen werden. Die Ergänzungslieferung enthält im Wesentlichen Aktualisierungen, die aufgrund von Rechtsprechung und Tätigkeit des Verordnungsgebers notwendig geworden sind. Der Kommentar bleibt damit seiner Linie treu, den Nutzern stets möglichst zeitnah eine aktuelle Hilfestellung zu bieten.

44. Ergänzungslieferung, Stand November 2016, 374 Seiten, 89,90 Euro
Loseblattausgabe: Grundwerk 2.374 Seiten, DIN A 5, in zwei Ordnern, 128 Euro bei Fortsetzungsbezug (209 Euro bei Einzelbezug). Digitalausgabe: Einzellizenz im Jahresabonnement 169,90 Euro (inkl. Updates), weitere Preise (Kombination Print+Digital, Mehrfachlizenzen) auf Anfrage. ISBN 978-3-7922-0112-1 (Print), ISBN 978-3-7922-0164-0 (Digital), Verlag W. Reckinger, Siegburg
Die 44. Ergänzungslieferung (Stand November 2016) enthält im Wesentlichen Aktualisierungen, die aufgrund von Gesetzesnovellierungen, Rechtsprechung, Literatur und Verwaltungs-

praxis notwendig geworden sind. Der Kommentar bleibt damit seiner Linie treu, den Nutzern stets möglichst zeitnah eine aktuelle Hilfestellung zu bieten.

Mit dem Gesetz zur Stärkung der kommunalen Selbstverwaltung vom 15.11.2016 wollte der Gesetzgeber die Rahmenbedingungen für die Wahrnehmung des kommunalen Ehrenamtes weiter verbessern. Schwerpunkt der Novelle war die Novellierung der §§ 45, 46 und 56 GO NRW sowie mit § 27a die Aufnahme einer Regelung zu Interessenvertretungen bzw. Beauftragten für Senioren, Jugendliche, Menschen mit Behinderungen und andere gesellschaftliche Gruppen. Hinzu kamen weitere Änderungen in den §§ 39, 58 Abs. 3 und 80 Abs. 5 GO NRW sowie einige redaktionelle Anpassungen. Die 44. Ergänzungslieferung berücksichtigt bereits die Änderungen, die am 29.11.2016 in Kraft getreten sind, nicht hingegen diejenigen, die erst im Jahr 2019 bzw. 2020 (§ 56 u. § 80 Abs. 5) Geltung erhalten werden.

Außerdem hat eine neuere Fassung der Musterhauptsatzung und Eigenbetriebsmustersatzung in den Anhang Eingang gefunden, ebenso der aktuelle Beratungserlass des Ministeriums für Inneres und Kommunales zu den Fraktionszuwendungen.

Az.: 13.0.2

Mit Schmerzen wohin?

Ambulante Notfallversorgung in Krankenhäusern

Weil immer mehr Menschen die Notaufnahme im Krankenhaus statt der Notfall-Ambulanzen in Anspruch nehmen, kommt dieser Dienst an seine Grenzen und verstärkt den Ruf nach Alternativen

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) sollte die Finanzierung der laufenden Kosten der Krankenhäuser auf eine bessere Grundlage gestellt und ein wichtiger Beitrag zur Steigerung der Versorgungsqualität geleistet werden. Allerdings sind die in Aussicht gestellten finanziellen Verbesserungen durch das KHSG nur zum Teil bei den Krankenhäusern angekommen. Weitere Kritikpunkte sind die unzureichende Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser durch die Länder sowie Regelungen zur ambulanten Notfallversorgung durch die Krankenhäuser.

Bei der Notfallversorgung durch die Krankenhäuser hat es in den zurückliegenden Jahren eine massive Zunahme der ambulanten Notfallbehandlungen in den Notaufnahmestellen der Krankenhäuser außerhalb der Sprechstunden der vertragsärztlichen Versorgung gegeben. Auch

während der Sprechstundenzeiten suchen Bürgerinnen und Bürger vermehrt die Notaufnahme der Krankenhäuser auf.

So werden in den entsprechenden Abteilungen der deutschen Krankenhäuser jährlich mehr als 20 Mio. Patient(inn)en behandelt. Diese Entwicklung stellt die Krankenhäuser vor große Herausforderungen. So können die Häuser die Aufgabe, alle Notfallpatient(inn)en rasch und kompetent zu versorgen, nur mit erheblichen organisatorischen und personellen Anstrengungen erfüllen.

Selbsteinschätzung „dringend“ Laut der Studie „Beweggründe für die Inanspruchnahme von Notaufnahmen - Ergebnisse einer Patientenbefragung 2016“, - erhoben an der Berliner Charité und dem Helios-Klinikum Berlin-Buch mit einem Quorum von 2010 Patient(inn)en, werden fol-



DER AUTOR

Jochen Brink ist
Präsident der
Krankenhaus-
gesellschaft
Nordrhein-Westfalen

gende Gründe für die Inanspruchnahme der Notaufnahme im Krankenhaus genannt: irrtümliche Selbsteinschätzung als dringlicher Notfall (90 Prozent), Schmerzen (75 Prozent), ein vergeblicher Versuch, einen Praxistermin zu bekommen (57 Prozent) und fehlende Kenntnis über den KV-Notdienst (55 Prozent). Im Ergebnis suchen immer mehr leicht erkrankte Patientinnen und Patienten die Notaufnahmen auf - so genannte Bagatellfälle, die problemlos durch den niedergelassenen Bereich behandelt werden könnten.

Ein weiteres Problem für die Krankenhäuser ist die unzureichende Vergütung der umfangreichen Behandlungsmaßnahmen moderner Notaufnahmen, wie ein gemeinsames Gutachten der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und der

Deutschen Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) zeigt. Im Ergebnis stehen einem durchschnittlichen Erlös von 32 Euro pro ambulantem Notfall Kosten von mehr als 120 Euro gegenüber. Hieraus ergibt sich bei einem Fehlbetrag von 88 Euro pro Fall deutschlandweit eine Deckungslücke von einer Mrd. Euro für die ambulante Notfallbehandlung in den Krankenhäusern.

Ein Drittel besser woanders Das Gutachten gewährt detaillierten Einblick in die Patienten- und Leistungsstrukturen der deutschen Krankenhäuser im Bereich der ambulanten Notfallversorgung und identifiziert drei Gruppen ambulanter Notfallpatient(inn)en. Circa 33 Prozent der Patientinnen und Patienten werden der „allgemeinen Notfallbehandlung“ zugerechnet. Diese könnten zu den Sprechstunden in den Arztpraxen sowie außerhalb der Sprechstundenzeiten im vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst - die so genannten KV-Ambulanzen - behandelt werden.

Eine „fachspezifische Notfallbehandlung“ benötigen 20 Prozent der Patientinnen und Patienten. Hierbei handelt es sich beispielsweise um Wundnähte, Ultraschalluntersuchungen oder die Anlage von Dauerkathetern - sprich: Maßnahmen, die nur in spezialisierten und nicht immer unmittelbar erreichbaren Praxen erfolgen können.

Die dritte Gruppe umfasst „krankenhaus-spezifische Notfallbehandlungen“ und macht etwa 47 Prozent der ambulanten Behandlungsfälle aus. Diese Patient(inn)en sind auf die besonderen Strukturen der Krankenhäuser angewiesen - etwa Labor-, konventionelle Röntgen- oder CT-Untersuchungen - und können im niedergelassenen Bereich nicht adäquat versorgt werden. Zu dieser Gruppe gehören auch Patient(inn)en, die mit dem Rettungsdienst ins Krankenhaus gebracht werden, aber dank der aufwändigen Behandlungsmöglichkeiten der Notaufnahmen nicht stationär aufgenommen werden müssen. Im Ergebnis besteht laut dem Gutachten für 33 Prozent der Notfallpatient(inn)en ein klares und für weitere 20 Prozent ein eingeschränktes Behandlungspotenzial in den Arztpraxen oder KV-Ambulanzen. Diese sind aber insbesondere nachts und an den Wochenenden nicht überall oder nicht durchgehend vorhanden.

Debatte unverzichtbar Das Gutachten bietet eine gute Grundlage für die Diskussion über die dringend notwendige Weiterentwicklung der ambulanten Notfallversorgung. Diese Debatte ist aus Sicht der Krankenhäuser unverzichtbar, weil die hohe Inanspruchnahme der Klinik-Notaufnahmen nicht nur Ärzte und Ärztinnen sowie Pflegekräfte belastet, sondern enorme Kosten produziert, welche die Krankenhäuser nicht abdecken können.

Bei vielen Patienten herrscht offensichtlich Unkenntnis darüber, dass sie bei leichten Beschwerden einen Hausarzt/eine Hausärztin oder außerhalb der Sprechstundenzeiten den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst - die KV-Ambulanzen - aufsuchen sollten. Seit 2012 besteht mit der 116 117 eine bundesweite Rufnummer für den ärztlichen Bereitschaftsdienst. Diese ist jedoch vielfach unbekannt oder wird aus unterschiedlichen Gründen von den Bürgerinnen und Bürgern nicht genutzt.

Die medizinische Notfallversorgung ist ein wichtiger Bestandteil der öffentlichen Daseinsvorsorge. Diese Anforderung kann nur erfüllt werden, wenn alle Leistungen, die zwingend in der Notaufnahme erbracht werden müssen, auch kostendeckend finanziert werden. Die Krankenhausgesellschaft NRW mit ihren 352 Krankenhäusern und 4,5 Mio. Patient(inn)en jährlich erachtet daher eine neue Struktur der ambulanten Notfallversorgung für notwendig.

Eigenständiger Honorartopf Ein erster wichtiger Schritt könnte sein, die Vergütung der ambulanten Notfallbehandlung für die niedergelassenen Ärzte und die Krankenhäuser aus der Vergütung der niedergelassenen Ärzte vollständig herauszulösen. Auf der Grundlage eines gemeinsamen „extrabudgetären Honorartopfes“ könnten sowohl die Krankenhäuser als auch die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte gemeinsam einen einvernehmlichen und praxistauglichen Weg für die ambulante Notfallversorgung finden. In Nordrhein-Westfalen sind bereits mehr als 90 Prozent der KV-Ambulanzen an Krankenhäusern angesiedelt. In diese Richtung sollten weiter Kooperationen zur Sicherung einer hochwertigen patientenorientierten Notfallversorgung geschlossen sowie alternative Versorgungsstrukturen in der ambulanten Notfallbehandlung erprobt werden.

Flankierend sollte eine gemeinsame Aufklärungs- und Informationskampagne etwa durch das NRW-Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter, die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Krankenkassenverbände, die Ärztekammern, die Patientenbeauftragten und die KGNW gestartet werden. Diese sollte Bürgerinnen und Bürger zu einer bedarfsge-rechten Nutzung der Notfallstrukturen animieren.



FOTO: DIETER SCHÜTZ / PIXELIO.DE

▲ Um weiterhin Unfallopfer rasch versorgen zu können, fordern die Notaufnahmen der Krankenhäuser Entlastung von Bagatellfällen

dritte Ausnahme

▲ Mit EU-Recht vereinbar: die gemeinsame Abfallentsorgung von Stadt und Region Hannover ohne vorherige Ausschreibung

EuGH-Urteil stärkt kommunale Selbstverwaltung

Der Europäische Gerichtshof hat anhand eines niedersächsischen Falls grundlegende Ausführungen zur Vergaberechtsfreiheit der Übertragung kommunaler Aufgaben auf Zweckverbände gemacht

Das Urteil des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) vom 21.12.2016 bedeutet mit seinen Ausführungen zur vergaberechtsfreien Kompetenzübertragung kommunaler Aufgaben auf einen Zweckverband eine deutliche Stärkung der lokalen Selbstverwaltung durch das EU-Gemeinschaftsrecht.

Die besondere Bedeutung liegt darin, dass der EuGH die Vergaberechtsfreiheit bei einer Aufgabenübertragung auf kommunale Zweckverbände nicht an den beiden Ausnahmen festmacht, die er bereits durch eigene Rechtsprechung¹ herausgearbeitet hat und die jetzt in § 108 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB - „Ausnahmen bei öffentlich-öffentlicher Zusammenarbeit“) kodifiziert sind. Es handelt sich um die Inhouse-Vergabe oder die Zusammenarbeit öffentlicher Auftraggeber

bei der Wahrnehmung einer ihnen allen obliegenden Gemeinwohlaufgabe.

Kommunaler Zweckverband Dem vom Oberlandesgericht (OLG) Celle am 17.12.2014 eingereichten Vorabentscheidungsersuchen lag ein Nachprüfungsverfahren des Abfallentsorgungsunternehmens Remondis gegen die Region Hannover zugrunde. Bei der Neuordnung der Abfallentsorgung hatten die Region Hannover und die Lan-

deshauptstadt Hannover im Jahr 2002 die Gründung eines Zweckverbandes Abfallwirtschaft Region Hannover (Zweckverband RH) beschlossen. Diesen statteten die Gebietskörperschaften mit unterschiedlichen Befugnissen aus.

Hierzu brachten sie insbesondere ihre zur Abfallentsorgung dienenden Einrichtungen unentgeltlich in den Verband ein. Auch sieht die Verbandsordnung vor, dass der Zweckverband neben Abfällen zur Beseitigung auch Abfälle zur Verwertung entsorgt und dass er hierzu Verträge mit Dualen Systemen schließen kann. Von dem im Jahre 2011 durch den Zweckverband RH erwirtschafteten Umsatz sind ungefähr sechs Prozent auf gewerbliche Drittumsätze zurückzuführen, wobei dieser Anteil nach den Prognosen für das Jahr 2013 nochmal erheblich gestiegen ist.

Nach Auffassung von Remondis handelt es sich bei dieser Übertragung der Kompeten-



DER AUTOR

Norbert Portz ist Beigeordneter für Städtebau, Umwelt und Vergaberecht beim Deutschen Städte- und Gemeindebund

¹ S. EuGH, Urteil vom 18.11.1999, NZBau 2000, 90 f. „Tekal“ (=Inhouse-Geschäft); EuGH, Urteil vom 09.06.2009, VergabeR 2009, 738 ff. „Stadtreinigung Hamburg“.

zen auf den Zweckverband um einen öffentlichen Auftrag. Dies ergebe sich insbesondere daraus, dass der Zweckverband seit 2013 erhebliche Anteile seines Umsatzes mit Dritten erzielt hat. Damit sei er nicht mehr im Sinne eines vergaberechtsfreien Inhouse-Geschäfts „im Wesentlichen“ für die Gebietskörperschaften tätig, die ihn gegründet haben.

Vorlage an EuGH Das mit der Nachprüfung von Remondis befasste OLG Celle hat das Verfahren ausgesetzt und dem EuGH die Frage vorgelegt, ob die Gründung eines Zweckverbandes und die Aufgabenübertragung auf diesen einen „öffentlichen Auftrag“ im Sinne des damals geltenden Art. 1 Abs. 2 Buchst. a der EU-Richtlinie 2004/18 darstellt. Falls dies so gesehen wird, will das OLG Celle vom EuGH wissen, ob die Bildung eines Zweckverbandes ausnahmsweise deshalb nicht dem Vergaberecht unterliegt, weil die beiden vom Gerichtshof anerkannten Ausnahmen - Inhouse-Vergabe² oder Zusammenarbeit öffentlicher Einrichtungen bei der Wahrnehmung einer ihnen obliegenden Gemeinwohlaufgabe - vorliegen³. Der EuGH geht nicht auf diese ihm vom OLG Celle „nahegelegten“ Ausnahmen vom Vergaberecht ein. Vielmehr setzt er bereits im EU-Vertrag (EUV) und in Art. 4 Abs. 2 EUV an. Danach liege schon gar kein „öffentlicher Auftrag“ vor. Denn nach Art. 4 Abs. 2 EUV ist die Europäische Union „verpflichtet, die jeweilige nationale Identität der Mitgliedstaaten zu achten, die in ihren grundlegenden politischen und verfassungsmäßigen Strukturen einschließlich der lokalen und regionalen Selbstverwaltung zum Ausdruck kommt“⁴.

Rekurs auf EU-Vertrag Der EuGH betont⁵, dass sich der Schutz aus Art. 4 Abs. 2 EUV und das Recht der Mitgliedstaaten, die lokale Selbstverwaltung zu schützen, auch auf die innerstaatliche Neuordnung der Kompetenzen, etwa durch angeordnete oder freiwillige Kompetenzübertragungen zwischen öffentlichen Stellen, bezieht. Dabei ist interessant, dass der EuGH als Rechtsgrundlage seiner Aussagen auch Art. 1 Abs. 6 der Richtlinie 2014/24/EU zugrunde legt⁶, obwohl diese Norm zum Zeitpunkt des Rechtsstreits noch nicht anwendbar war.

In Art. 1 Abs. 6 der Richtlinie 2014/24/EU heißt es: „Vereinbarungen, Beschlüsse oder andere Rechtsinstrumente, die die Übertragung von Befugnissen und Zuständigkeiten



▲ Der Zweckverband Abfallwirtschaft Region Hannover verdient auch am Verkauf von Wertstoffen wie Altpapier

für die Ausführungen öffentlicher Aufgaben zwischen öffentlichen Auftraggebern oder Gruppen von öffentlichen Auftraggebern regeln und die keine Vergütung für vertragliche Leistungen vorsehen, werden als Angelegenheit der internen Organisation des betreffenden Mitgliedstaats betrachtet und als solche nicht von dieser Richtlinie berührt“.

Kein Vergaberecht Vor diesem Hintergrund macht der EuGH klar, dass eine volle Kompetenzübertragung von Aufgaben gerade nicht alle Voraussetzungen erfüllt, die gemäß der Definition für einen „öffentlichen Auftrag“ erforderlich sind⁷. Der EuGH stellt heraus, dass nur ein entgeltlicher Vertrag und ein Vertrag mit Leistung und Gegenleistung (Synallagma) ein wesentliches Merkmal eines öffentlichen Auftrags ist⁸. Diese Voraussetzungen seien aber hier nicht erfüllt.

Der EuGH führt aus, dass eine Umverteilung der verwendeten Mittel, die von den bisher zuständigen Stellen Region und Stadt Hannover auf die jetzt zuständige Stelle Zweckverband RH übertragen werden, keine Entrichtung eines für das Vorliegen eines öffentlichen Auftrags erforderli-

chen „Entgelts“ (s. § 103 Abs. 1 GWB) darstellt. Vielmehr sei hierin eine notwendige Folge der freiwilligen Übertragung auf eine andere Stelle zu sehen⁹.

Ebenso wenig liege in der Übernahme von Mehrkosten durch die übertragenden Stellen Region und Stadt Hannover die Zahlung eines Entgelts. Hierbei handele es sich um eine an Dritte gerichtete Garantie, die wegen des Grundsatzes, dass über das Vermögen einer öffentlichen Stelle kein Insolvenzverfahren eröffnet werden kann, erforderlich ist¹⁰.

Voraussetzungen definiert Der EuGH stellt aber in Übereinstimmung mit dem Generalanwalt in dessen Schlussanträgen vom 30. Juni 2016¹¹ Voraussetzungen auf, unter denen eine Kompetenzübertragung eine „Maßnahme der internen Organisation“ ist. Danach liegt Vergaberechtsfreiheit bei einer Kompetenzübertragung nur vor,

² Siehe EuGH, Urteil vom 18.11.1999, Teckal - C-107/98.

³ EuGH, Urteil vom 09.06.2009 - C-480/06.

⁴ EuGH, Urteil vom 21.12.2016 - Rn. 40 sowie EuGH, Urteil vom 12.06.2014 - Digibet und Albers C-156/13, Rn. 34.

⁵ EuGH, Urteil vom 21.12.2016, Rn. 41.

⁶ EuGH, Rn. 6.

⁷ EuGH, Rn. 42.

⁸ EuGH, Rn. 43 unter Bezugnahme auf das EuGH Urteil vom 25.03.2010 - C-451/08 „Helmut Müller“.

⁹ EuGH, Rn. 45.

¹⁰ EuGH, Rn. 46.

¹¹ Schlussanträge des Generalanwalts Mengozzi vom 30.06.2016 - C-51/15.

wenn „sie nicht nur die mit der übertragenen Kompetenz verbundenen Zuständigkeiten, unter anderem die Verpflichtung, den mit dieser Kompetenz verbundenen Aufgaben nachzukommen, sondern auch die damit einhergehenden Befugnisse umfassen.

Hierfür ist es erforderlich, dass die öffentliche Stelle, der eine Kompetenz übertragen wird, befugt ist, die Erfüllung der sich aus ihrer Kompetenz ergebenden Aufgaben zu organisieren und den diese Aufgaben betreffenden rechtlichen Rahmen zu schaffen. Weiter muss sie über eine finanzielle Unabhängigkeit verfügen, die es erlaubt, die Finanzierung dieser Aufgaben sicherzustellen“¹².

Diese Voraussetzungen sind nach dem EuGH nicht erfüllt, wenn die ursprünglich zuständige Stelle die Hauptverantwortung für diese Aufgaben behält, sich die finanzielle Kontrolle über diese vorbehält oder den Entscheidungen, welche die von ihr hinzugezogene Einrichtung treffen möchte, vorab zustimmen muss¹³. Dabei betont der EuGH weiter, dass „keine Kompetenzübertragung vorliegen kann, wenn die neuerdings zuständige öffentliche Stelle von der betreffenden Befugnis nicht selbstständig und eigenverantwortlich Gebrauch macht“¹⁴.

Abgrenzung Inhouse-Geschäft Umgekehrt macht der EuGH in Übereinstimmung mit den Schlussanträgen des Generalanwalts deutlich, dass die erforderliche Handlungsfreiheit nicht bedeutet, „dass die neuerdings zuständige Einrichtung jeglicher Einflussnahme durch eine andere öffentliche Einrichtung entzogen sein müsste“. Vielmehr könne eine derartige Einrichtung „ein gewisses Überwachungsrecht“ für die mit dieser öffentlich-rechtlichen Dienstleistung verbundenen Aufgaben behalten. Jedoch sei grundsätzlich jede Einmischung in konkrete Modalitäten bei der Durchführung der Aufgaben ausgeschlossen, wohingegen es wiederum nicht erforderlich sei, dass eine Kompetenzübertragung unumkehrbar ist¹⁵. Mit diesen Ausführungen zieht der EuGH eine klare rechtliche Trennlinie zu einer auch möglichen Vergaberechtsfreiheit bei der Beauftragung eines kommunalen Zweckverbands in Form eines Inhouse-Geschäfts. Bei diesem muss der öffentliche Auftraggeber aber „über die juristische Person eine ähnliche Kontrolle wie über seine eigenen Dienststellen ausüben“ (s. § 108 Abs. 1 Nr. 1 GWB). Demgegenüber bedeutet die im vorliegenden Fall vom EuGH ange-

nommene volle Kompetenzübertragung gerade das Gegenteil einer derartigen Inhouse-Kontrolle.

Folgerichtig stellt der EuGH klar, dass es für die Vergaberechtsfreiheit einer vollen Kompetenzübertragung auf einen Zweckverband nicht darauf ankommt, in welchem Umfang der Zweckverband auch auf dem Markt tätig ist. Damit erteilt er den Argumenten von Remondis und einer Inhouse-Begrenzung marktbezogener Tätigkeiten auf maximal 20 Prozent des durchschnittlichen Gesamtumsatzes - siehe jetzt § 108 Abs. 1 Nr. 2 i. V. m. Abs. 7 GWB - eine Absage. Der EuGH betont vielmehr¹⁶, dass die Frage, in welchem Umfang öffentliche Einrichtungen auf dem Markt ausüben, Teil der internen Organisation der Mitgliedsstaaten ist.

Rechtlich abgesichert Das EuGH-Urteil stellt über den Fall der Aufgabenübertragung im Bereich der Abfallentsorgung auf einen Zweckverband eine deutlich stärkere rechtliche Absicherung kommunaler Selbstverwaltung durch das EU-Gemeinschaftsrecht dar. Für die Akteure kommunaler Kompetenzübertragung rückt nach dem Urteil neben den in § 108 GWB geregelten Ausnahmen vom Vergaberecht - Inhouse-Vergabe und interkommunal-horizontale Kooperation - eine weitere, früher ansetzende Ausnahme in den Fokus: Die vollständige Kompetenzübertragung öffentlicher Aufgaben auf neu gegründete Einrichtungen.

Diese stellen unter den vom EuGH normierten Voraussetzungen überhaupt keinen „öffentlichen Auftrag“ dar. Dabei spielt es keine Rolle, ob der Zweckverband auf dem Markt tätig ist. Daher sollten gerade Kommunen bei einer vergaberechtsfreien Ausgestaltung ihrer Kooperation verstärkt Art. 4 Abs. 2 EUV und Art. 1 Abs. 6 der Richtlinie 2014/24/EU berücksichtigen.

Der EuGH hat dem OLG Celle zwar die nähere Prüfung auferlegt, ob bei der Gründung und Beauftragung des Zweckverbands der RH die vom EuGH dargelegten Anforderungen an eine volle Kompetenzübertragung tatsächlich vorliegen. Im Sinne einer Prognose dürfte aber davon auszugehen sein, dass auf Basis der klaren Vorgaben des EuGH an der Erfüllung dieser Voraussetzungen kein Zweifel besteht. ●

¹² EuGH, Rn. 49.

¹³ EuGH, Rn. 49.

¹⁴ EuGH, Rn. 51.

¹⁵ EuGH, Rn. 52 f.

¹⁶ EuGH, Rn. 54.

Baugesetzbuch Baunutzungsverordnung

Kommentar begründet von Henning Jäde, fortgeführt von Dr. Franz Dirnberger, Direktor, Bayer. Gemeindetag, Dr. Andreas Decker, Richter am Bundesverwaltungsgericht, Dr. Jürgen Busse, Rechtsanwalt, Dr. Gerhard Spieß, Fachanwalt für Verwaltungsrecht, und Dr. Attila Széchényi, Bayer. Innenministerium; erschienen im Richard Boorberg Verlag GmbH & Co KG; bestellung@boorberg.de; www.boorberg.de, 2017, 8., überarbeitete Auflage, 1658 Seiten, 118 Euro, context Kommentar; ISBN 978-3-415-05781-4

Der context Kommentar bietet auch in der 8. Auflage wie gewohnt praxisorientierte Erläuterungen zum gesamten Bauplanungsrecht (BauGB und BauNVO). Den Erläuterungen liegt die detailliert ausgewertete Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts zugrunde. Aus Gründen der Handhabbarkeit sind die obergerichtliche Rechtsprechung und Literatur dort berücksichtigt, wo es inhaltlich notwendig war.

Die beiden Flüchtlingsnovellen 2014 und 2015 sind in die Kommentierungen eingearbeitet. Die sachkundigen Erläuterungen des kompetenten Autorenteams begleiten die vertiefte Diskussion der neu aufgeworfenen Fragen. Der Kommentar eignet sich hervorragend als schnelles Einstiegs- und kompetentes Nachschlagewerk für Verwaltung, Studenten, Rechtsanwälte und Gerichte sowie für Architekten, Ingenieure, Bauhandwerker und -unternehmer.

Az.: 20.1.1.8-004

Kommunale Vollstreckung

Fachbuch von Jan-Philipp Faehrmann und Raimund Wieser, Experten und langjährige Praktiker auf dem Gebiet des Vollstreckungsrechts, 59 Euro zzgl. Versand und MwSt., Best.-Nr.: FB1550, ISBN 978-3-8111-1550-7, WEKA MEDIA GmbH & Co. KG, Kissing, www.weka.de

Häufig reicht es aus Sicht einer Kommune nicht aus, einen Verwaltungsakt zu erlassen, denn viele Empfänger kommen ihren rechtlichen Verpflichtungen aus Verwaltungsakten einfach nicht nach. In solchen Fällen muss die Behörde überlegen, welche weiteren Schritte sie einleitet. In einer Vielzahl von Fällen steht dabei am Ende die Vollstreckung.

Das Fachbuch „Kommunale Vollstreckung“ von WEKA MEDIA liefert einen leichten Einstieg in die rechtlichen Grundlagen des kommunalen Vollstreckungswesens. Der Leser erfährt, welche Instrumente ihm in der Praxis zur Verfügung stehen, wie er diese richtig anwendet und worauf er achten sollte. Es wendet sich an Mitarbeiter aus der Vollstreckung, der Kämmerei und den einzelnen Fachbereichen, die mit der Erstellung von den zu vollstreckenden Verwaltungsakten befasst sind.

Häufig stellt sich die Frage nach der Erlaubnis zum Betreten und Durchsuchen von Wohn- und Geschäftsräumen. Woraus sich eine Erlaubnis hierzu ergibt und wie weit die Begriffe Wohn- und Geschäftsräume zu fassen sind, wird im Fachbuch umfassend aufgezeigt. Der erste Teil enthält umfangreiche Ausführungen zur Vollstreckung von Verwaltungsakten, die ein Handeln, Dulden oder Unterlassen zum Gegenstand haben. Im Abschnitt Adressierung von Verwaltungsakten erfolgen sehr detaillierte Darstellungen über die Adressaten von Verwaltungsakten und ihre Besonderheiten. Die Ausführungen über die Vollstreckung von Geldleistungen stellen einen zweiten großen Schwerpunkt dieses Buches dar. Sie beruhen auf einem über viele Jahre entwickelten und fortgeschriebenen Manuskript. Die umfangreiche Aufnahme der aktuellen Rechtsprechung in allen wesentlichen Bereichen zeichnet dieses Buch aus.

Az.: 41.11.1

Vergaberecht kompakt

Handbuch für die Praxis von Dr. Rainer Noch, Rechtsanwalt in München und Spezialist auf dem Gebiet des Vergaberechts. Er ist ein erfahrener Praktiker und durch zahlreiche Veröffentlichungen bekannt., 7. Auflage 2016, 1092 Seiten, gebunden, Wolters Kluwer Verlag, 109 Euro, ISBN 978-3-8041-2768-5

Alle wichtigen Neuerungen durch die Vergaberechtsmodernisierung 2016 im Hinblick auf die Vergabe und Nachprüfung von Bau-, Liefer- und Dienstleistungen (GWB, VgV, VSVgV, KonzV, SektVO, VOB) werden erläutert:

- Inhouse-Geschäfte, Konzessionen, Verfahren, Mittelstandsförderung, Ausschlussgründe
- Überprüfungsverfahren vor Vergabekammer / Vergabesenat des OLG
- Vorgaben im Bereich Umwelt und Soziales
- Leistungsbeschreibung - Kriterien für Eigenschaft und Zuschlag - Vertragsänderungen
- die speziellen Anforderungen für Planungs-

- leistungen und Wettbewerbe
- die Einführung der elektronischen Vergabe

Zudem werden online zur Verfügung gestellt:

- eine Übersicht der Beschlüsse mit Angaben zum wesentlichen Entscheidungsinhalt,
- eine Leitsatzkartei sowie
- die Vorschriftentexte

Az.: 21.1.4.5

Beamtenstatusgesetz

Kommentar, Metzler-Müller/Rieger/Seeck/Zentgraf, 4. Auflage 2017, 630 Seiten, kartoniert, Format 16,5 x 23,5 cm, ISBN 978-3-8293-1282-0, 59 Euro, Kommunal- und Schul-Verlag

Der Kommentar Beamtenstatusgesetz (BeamtStG) ist für den Rechtsanwender in der Verwaltungspraxis sowie für den gesamten öffentlichen Dienst in den Bundesländern eine kompetente und wichtige Orientierungs- und Arbeitshilfe. Bei der Erläuterung der einzelnen Vorschriften des Beamtenstatusgesetzes orientieren sich die Verfasser dabei vor allem auch an den Bedürfnissen und Interessen der Kommunalverwaltungen in den Ländern. Der Titel beinhaltet eine Einführung mit der Historie, der Gesetzesentstehung und dem Inhalt des Beamtenstatusgesetzes. Die Kommentierungen sind praxisnah ausgestaltet unter Einbeziehung von entsprechenden Beispielen und Übersichten. Im Anhang sind die Texte der ergänzenden Rechtsvorschriften abgedruckt. Ein Stichwortverzeichnis ermöglicht es dem Benutzer, sich den Inhalt des Werkes zu erschließen.

Az.: 14.0.1

Kommunalverfassungsrecht Nordrhein-Westfalen

GO, KrO, GkG, LverbO, RVRG, Kommunalwahlgesetz, Kommentare, Texte, Gesamtwerk: 3.086 Seiten, 149 Euro, Kommunal- und Schul-Verlag Wiesbaden, 65026 Wiesbaden, Postfach 3629, Telefon 0611-88086-0, Internet: www.kommunalpraxis.de, E-Mail: info@kommunalpraxis.de

36. Nachlieferung | August 2016, 214 Seiten | 37,90 Euro

Gemeindeordnung für das Land Nordrhein-Westfalen (GO NRW), von Ministerialdiri-

gent a. D. Friedrich Wilhelm Held, Ltd. Ministerialrat a. D. Ernst Becker, Beigeordneter Dr. Heinrich Decker, Referent beim Landkreistag Nordrhein-Westfalen Dr. Markus Faber, Rechtsanwalt und Oberstadtdirektor a. D. Roland Kirchhof, Beigeordneter und Stadtkämmerer Lars Martin Klieve, Beigeordneter Dr. Franz Krämer, Ministerialrat a. D. Detlev Plückhahn, Stellvertreter des Präsidenten der Gemeindeprüfungsanstalt NRW a. D. Jörg Sennewald, Rechtsanwalt, Oberkreisdirektor und Landrat a. D. Dr. Rudolf Wansleben, Ministerialdirigent Johannes Winkel, Abteilungsdirektor Udo Kotzea und Präsident der Gemeindeprüfungsanstalt Nordrhein-Westfalen Werner Haßenkamp

Mit dieser Lieferung wird die Kommentierung der §§ 9, 28, 31, 46, 47, 56, 65, 74, 107, 114, 114 a und 117 GO NRW auf den aktuellen Stand gebracht.

Kreisordnung für das Land Nordrhein-Westfalen (KrO NRW), von Rechtsanwalt und Oberstadtdirektor a. D. Dr. Roland Kirchhof, Rechtsanwalt, Oberkreisdirektor und Landrat a. D. Dr. Rudolf Wansleben, Ltd. Ministerialrat a. D. Ernst Becker, Ministerialrat a. D. Detlev Plückhahn, Beigeordneter und Stadtkämmerer Lars Martin Klieve, Ministerialdirigent Johannes Winkel, Referent beim Landkreistag Nordrhein-Westfalen Dr. Markus Faber und Erstem Beigeordneten beim Landkreistag Nordrhein-Westfalen Dr. Marco Kuhn

Die Aktualisierung der Erläuterungen der Kreisordnung umfasst die §§ 7-20, 24, 28, 31, 32, 50, 55 und 56 KrO NRW.

37. Nachlieferung | Dezember 2016, 294 Seiten | 48,50 Euro

Mit dieser Lieferung werden neben dem Text der GO NRW und den Vorschriften im Anhang die Erläuterungen der §§ 4, 62, 64-66, 67, 71, 101-105, 119, 122-124 sowie 133 und 134 GO NRW aktualisiert.

Kreisordnung für das Land Nordrhein-Westfalen (KrO NRW) von Rechtsanwalt und Oberstadtdirektor a. D. Dr. Roland Kirchhof, Rechtsanwalt, Oberkreisdirektor und Landrat a. D. Dr. Rudolf Wansleben, Ltd. Ministerialrat a. D. Ernst Becker, Ministerialrat a. D. Detlev Plückhahn, Beigeordneter und Stadtkämmerer Lars Martin Klieve, Ministerialdirigent Johannes Winkel, Referent beim Landkreistag Nordrhein-Westfalen Dr. Markus Faber und Erstem Beigeordneten beim Landkreistag Nordrhein-Westfalen Dr. Marco Kuhn

Die Aktualisierung der KrO NRW umfasst die Überarbeitung der Kommentierung der §§

43, 44, 45, 47 und 48 KrO NRW

Gesetz über den Regionalverband Ruhr (RVRG) von Ministerialdirigent Johannes Winkel

Sowohl Gesetzestext als auch Kommentierung der RVRG wurden auf den aktuellen Stand gebracht.

Az.: 13.0.1-002/001

Kommunale Wirtschaft

Leitfaden für die Praxis. 2., erweiterte und überarbeitete Auflage, 2016. XVIII, 457 Seiten, kart., 69 Euro, ISBN 978-3-17-030494-9, Recht und Verwaltung. Die Autoren: Prof. Dr. Alfred Katz, Rechtsanwalt und Kommunalberater, Dipl.-Verwaltungswirt, Ministerialrat a. D., Erster Bürgermeister a. D. Dr. Jan Seidel und Dr. Nicolas Sonder, beides Fachanwälte Auch erhältlich als: EPUP, MOBI und PDF. Dieses Buch ist im Webshop zu bestellen unter www.kohlhammer.de/go.php?isbn=978-3-17-030494-9

Neben umfassenden Hinweisen, Fallbeispielen und Mustern gibt die Neuauflage eine verständliche Einführung zu kommunalen Daseinsvorsorge- und Infrastrukturaufgaben und bietet insbesondere zu folgenden Problemfeldern sachgerechte Lösungssätze:

- Neue Entwicklungen zu Strukturen und Funktionsweisen der Kommunalunternehmen
- Probleme der strategischen Steuerung, des Controllings, der Compliance und der Haftung
- Einflussrechte und Information, Aufgabengewährleistungs- und Einfluss sicherungskonzepte
- Neue Geschäftsfelder durch Energiewende, IT-Infrastruktur, technische und digitale Entwicklungen
- EU-rechtlicher Rahmen und Vorgaben, Wettbewerbs-, Beihilfe- und Vergaberecht
- Interkommunale Kooperationen sowie gemeinwohl- und bürgerorientiertes Daseinsvorsorgekonzept.

Prof. Dr. Alfred Katz beschäftigt sich seit Jahrzehnten praktisch und wissenschaftlich mit allen Facetten der kommunalen Wirtschaft.

Az.: 28.1.2-005 we

Flüchtlingsrecht und Integration

Herausgeber des Werks sind Professor Dr. Hubert Meyer, Geschäftsführendes Präsidialmitglied des Niedersächsischen Landkreistages, Dr. Klaus Ritgen, Referent beim Deutschen Landkreistag in Berlin und Roland Schäfer, Bürgermeister der Stadt Bergkamen, Präsident des Deutschen Städte- und Gemeindebundes. Handbuch 2016, 422 Seiten, kartoniert, Format 16,5 x 23,5 cm, 59 Euro, ISBN 978-3-8293-1264-6, Kommunal- und Schul-Verlag, www.kommunalpraxis.de

Nachdem das Ausmaß der aktuellen „Flüchtlingskrise“ offenkundig wurde, ist es an der Zeit Bilanz zu ziehen, die Integration der Flüchtlinge, die längerfristig oder auf Dauer in Deutschland leben werden, voran zu bringen sowie Vorbereitungen für einen erneuten Wiederanstieg der Flüchtlingszahlen zu treffen. Im ersten Teil des Handbuchs „Flüchtlingsrecht und Integration“ werden daher die Maßnahmen, die zur Bewältigung der Flüchtlingskrise notwendig waren, aus der Perspektive unterschiedlicher staatlicher und gesellschaftlicher Akteure wie dem DRK, dem BAMF oder der Wohnungswirtschaft analysiert. Auch der Sicht der Länder und Kommunen ist ein Beitrag gewidmet.

Der zweite Teil umfasst eine Darstellung der für das Flüchtlingsrecht im weiteren Sinne relevanten Rechtsnormen. Erläutert werden das Flüchtlingsvölkerrecht, das Recht der Europäischen Union, das Asyl- und Aufenthaltsrecht des Bundes (einschließlich der neuen Wohnsitzregelung), die für den Bau von Flüchtlingsunterkünften geschaffenen besonderen Bestimmungen des BauGB sowie die Regelungen der Landesaufnahmegesetze.

Im dritten Teil beschreiben kommunale Experten, welche konkreten Herausforderungen sich im Zuge der Flüchtlingskrise auf kommunaler Ebene stellten und welche Lösungen dafür entwickelt worden sind. Hier geht es um Aspekte wie den Bau und Betrieb von Flüchtlingsunterkünften, organisatorische Maßnahmen in der Kommunalverwaltung, die Koordinierung des ehrenamtlichen Engagements, aber auch um Fragen der Öffentlichkeitsarbeit sowie um die Aufnahme und Unterbringung unbegleiteter minderjähriger Ausländer. Der vierte Teil schließlich ist dem Thema „Integration“ gewidmet.

Az.: 16.0.10



EUROPA-NEWS

zusammengestellt von
Barbara Baltsch,
Europa-Journalistin,
E-Mail: barbara.baltsch@kommunen-in-nrw.de

Neuer Präsident des Europäischen Parlaments

Der Italiener Antonio Tajani ist neuer Präsident des Europäischen Parlaments (EP). Bei der Wahl am 17. Januar 2017 in Straßburg konnte sich der 63-jährige Kandidat der Fraktion der Europäischen Volkspartei erst im vierten Anlauf mit einfacher Mehrheit gegen seinen Landsmann Gianni Pittella von der Fraktion der Progressiven Allianz der Sozialdemokraten durchsetzen. Tajani tritt die Nachfolge des deutschen Sozialdemokraten Martin Schulz an und wird dem Parlament bis zur nächsten Europawahl im Juni 2019 vorstehen. Mit der Wahl von Evelyne Gebhardt (SPD), Rainer Wieland (CDU) und Alexander Graf Lambsdorff (FPD) zu Vizepräsidenten gehören auch drei Deutsche der Führungsspitze der europäischen Volksvertretung an.

Essen „Grüne Hauptstadt Europas“

Die Stadt Essen ist seit 22. Januar 2017 offiziell „Grüne Hauptstadt Europas“. Oberbürgermeister Thomas Kufen eröffnete das Titeljahr mit EU-Umweltkommissar Karmenu Vella. Mit dabei waren auch weitere Vertreter/innen von EU, Bund und Land wie etwa Bundesumweltministerin Dr. Barbara Hendricks und NRW-Umweltminister Johannes Remmel. Zum anschließenden Kultur- und Familienfest mit Illuminationen, Tanz, Theater, Klanginstallation, Lichterlabyrinth und Ausstellungen im Essener Grugapark kamen zahlreiche Besucher/innen. Unter dem Motto „Erlebe dein Grünes Wunder“ sind 2017 mehr als 300 Aktionen und Veranstaltungen in Essen geplant. Unter anderem soll das Baden an einer Stelle der Ruhr wieder erlaubt werden. An einem Tag im Juli wird ein Teil der Innenstadt für den Autoverkehr gesperrt.

Europawoche 2017

Die jährliche Europawoche umrahmt die beiden Europatage: den 5. Mai als Gründungstag des Europarates und den 9. Mai als Tag der Erklärung des früheren französischen Außenministers Robert Schuman, die als Grundstein der heutigen EU gilt. Die diesjährige Europawoche wird vom 5. bis 14. Mai 2017 durchgeführt und bietet die Möglichkeit, über aktuelle europäische Fragen zu diskutieren. Dazu gehören die Europäische Asylpolitik ebenso wie der geplante Austritt Großbritanniens aus der EU, aber auch die Jubiläen „60 Jahre Römische Verträge“ oder „30 Jahre ERASMUS“. Die Europawoche dient traditionell auch dazu, über europapolitische Aktivitäten in den Kommunen zu informieren. Städte, Gemeinden und Landkreise sind aufgerufen, sich an der Europawoche zu beteiligen.

Wettbewerb „Lebendigste Städtepartnerschaft“

Städtepartnerschaften sind ein wichtiges Instrument der Völkerverständigung. Auch in der globalisierten Welt des 21. Jahrhunderts kommt ihnen große Bedeutung zu. Die Stiftung „Lebendige Stadt“ würdigt mit ihrem Stiftungspreis in diesem Jahr deshalb die lebendigste Städtepartnerschaft. Gesucht werden Kommunalpartnerschaften, die von Projektvielfalt und intensivem Austausch geprägt sind sowie den Dialog zwischen Menschen, Orten, Kulturen, Religionen und politischen Systemen fördern. Die Bewerbung muss gemeinsam von den Partnern der Kommunalpartnerschaft eingereicht werden. Bewerbungen sind bis zum 31. März 2017 möglich. Informationen im Internet unter www.lebendige-stadt.de.

Europäische Unternehmerregion 2018

Der Ausschuss der Regionen (AdR) sucht die Europäische Unternehmerregion 2018. Bewerben können sich Regionen und Städte in der Europäischen Union, die bereit sind, kleine und mittlere Unternehmen sowie Unternehmer/innen durch die Umsetzung einer ehrgeizigen Strategie zu

unterstützen. Es ist zu dokumentieren, dass hinter der Strategie echtes politisches Engagement steht. Zudem ist anzugeben, welche Institutionen und Akteure für die Umsetzung konkreter Maßnahmen zuständig sein werden. Besonders interessiert ist der AdR an Bewerbungen von Städten und grenzüberschreitenden Regionen. Einsendeschluss ist der 7. April 2017. Weitere Informationen im Internet unter www.cor.europa.eu/eer.

Aarhus und Paphos Kulturhauptstadt

Aarhus in Dänemark und Paphos auf Zypern sind die Europäischen Kulturhauptstädte im Jahr 2017. Beide Kommunen werden sich das Jahr über mit einem umfangreichen Kulturangebot präsentieren. Das zentrale Thema von Aarhus lautet „hinterfragen“. Die Stadt will zeigen, wie Kunst, Kultur und Kreativwirtschaft helfen können, soziale, urbane, kulturelle und wirtschaftliche Verhaltensmuster zu hinterfragen, neu zu gestalten und alternative Lösungen für Herausforderungen zu finden. „Kontinente verbinden, Kulturen zusammenführen“ ist das Motto in Paphos. Die zypriotische Stadt schöpft dabei aus ihrer Erfahrung mit der Multikulturalität und ihrer geografischen Nähe zum Nahen Osten sowie zu Nordafrika.

Wettbewerb „Euroscola 2017“

Das Informationsbüro des Europäischen Parlaments in Deutschland ruft Schüler/innen im Alter von 16 bis 19 Jahren zur Teilnahme am Wettbewerb „Euroscola“ auf. Das Thema lautet „Europa trotzdem!? - Welche Folgen haben Krisen und zunehmender Nationalismus für die EU?“. Ideen können als Print-, Online-, Video- oder Hörfunk-Beitrag eingereicht werden. Die Teilnahme ist als Gruppe von zehn bis maximal 24 Schüler/innen möglich. Die Siegerschulen nehmen am Programm „Euroscola“ im Europäischen Parlament in Straßburg teil, bei dem 500 Jugendliche aus der EU gemeinsam über europäische Politik und aktuelle Themen diskutieren. Einsendeschluss ist der 1. April 2017. Informationen im Internet unter http://www.europarl.de/de/jugend_schulen/europa_schule/euroscola.html.

Rechtsnatur und Nutzungsfrist eines Erbbegräbnisses

Privatrechtlicher Natur kann ein Erbbegräbnis in Nordrhein-Westfalen heute nur noch ganz ausnahmsweise dann sein, wenn es ein Grabnutzungsrecht an einer außerhalb eines Friedhofs gelegenen privaten Grundstücksfläche zum Inhalt hat. (Amtlicher Leitsatz)

OVG NRW, Beschluss vom 06.06.2016
- 19 A 1039/15 -

In der Berufungsinstanz hat das OVG NRW die Rechtsauffassung bestätigt, wonach die beklagte Kommune das unbefristete Grabnutzungsrecht (Erbbegräbnis) an einer Wahlgrabstätte auf dem städtischen Friedhof, welches die Vorfahren des Klägers am 9. Juli 1828 erworben hatten, auf den 8. Juli 2029, also auf die Dauer von dann 201 Jahren befristen durfte.

Kläger ist der Nutzungsberechtigte der Wahlgrabstätte mit acht Grabstellen. Mit Urteil vom 4. Mai 1929 hatte das Oberlandesgericht Hamm festgestellt, dass u. a. dem Rechtsvorgänger des Klägers sowie dessen Rechtsnachfolgern, wozu auch der Kläger zählt, das dingliche Recht zustehe, auf der Wahlgrabstätte „auf ewige Zeiten ohne neue Erwerbskosten seine Toten zu beerdigen“. Im Jahre 2014 teilte die Beklagte dem Kläger mit, dass die Nutzungszeit der Grabstätte bis zum 8. Juli 2029 befristet werde.

In seiner hiergegen gerichteten Klage hat der Kläger geltend gemacht, seine Rechtsvorgänger hätten nicht nur ein rechtskräftiges Urteil des Oberlandesgerichts Hamm zu ihren Gunsten erwirkt, sondern das Erbbegräbnisrecht auch mit einem gewissen Kapitaleinsatz erworben. Diese Rechte dürften seitens der Beklagten, die lediglich zusätzliche Einnahmequellen suche, nicht beschnitten werden. Bei dem Erbbegräbnisrecht handele es sich zudem um ein privates Recht eigener Art, dem Eigentumsqualität zukomme.

Das OVG hielt die Klage jedoch für unbegründet. Die Rechtsauffassung, bei dem Erbbegräbnis handele es sich „um ein privatrechtliches Rechtsverhältnis ..., das nicht ohne Weiteres durch eine öffentlichrechtliche Regelung der Friedhofssatzung kassiert oder überwölbt werden kann“, sei unzutreffend. In der höchstrichterlichen

und obergerichtlichen Rechtsprechung sei seit Jahrzehnten geklärt, dass ein Nutzungsrecht an einer Grabfläche auf einem Friedhof als ein subjektiv-öffentliches Sondernutzungsrecht an der öffentlichen Anstalt Friedhof anzusehen sei, was unabhängig davon gelte, ob der Träger des Friedhofs ein staatlich-öffentlicher, ein kirchlicher oder in Nordrhein-Westfalen ausnahmsweise auch ein Unternehmer, also ein beliehener privater Rechtsträger sei (§ 1 Abs. 2, 4 bis 6 BestG NRW).

Danach habe das Verwaltungsgericht das Erbbegräbnis im Ergebnis zutreffend als öffentlich-rechtlich qualifiziert. Gemäß der Friedhofssatzung der Beklagten seien Nutzungsrechte an Wahlgräbern, die früher ohne Festlegung einer Nutzungszeit oder auf Friedhofsdauer gewährt worden waren, am 31. Dezember 1985 erloschen. Auch die Vereinbarkeit dessen mit den Grundrechten des GG sei in der höchstrichterlichen und obergerichtlichen Rechtsprechung im Ergebnis seit langem geklärt. Danach dürfe der Friedhofsträger im Einklang mit den Grundrechten das Nutzungsrecht satzungsrechtlich nachträglich zeitlich begrenzen und seine Verlängerung von der Zahlung einer Gebühr abhängig machen, wenn ein vom Friedhofszweck gedeckter Grund, insbesondere ein gesteigerter Bedarf an Friedhofsfläche dies rechtfertigt und der Wesenskern des Nutzungsrechts unangetastet bleibt. Auch die Rechtskraft der o. g. OLG-Entscheidung stehe einer gerichtlichen Abänderung nicht entgegen, wenn nachträglich eingetretene Tatsachen vorlägen, aus denen sich eine wesentliche Veränderung der der Entscheidung zugrunde liegenden tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnisse ergebe.

Folgen einer Grundsteuererhöhung

Eine Erhöhung des Hebesatzes der Grundsteuer B von 320 auf 960 v. H. hat keine ohne Weiteres erdrosselnde Wirkung. Sie ist bei erheblich defizitärer Haushaltslage auch nicht willkürlich. (Orientierungssatz)

Hess. VGH, Beschluss vom 10.08.2016
- 5 A 1817/16.Z -

Vor dem Hess. VGH ist ein Antrag auf Zulassung der Berufung in der Sache ohne Er-

folg geblieben, der die Frage nach der Rechtmäßigkeit der Verdreifachung des Grundsteuerhebesatzes durch die Haushaltssatzung der Beklagten für das Jahr 2014 zum Gegenstand hatte. Zur Begründung verwies die Klägerseite darauf, dass die Gemeinden zu ei-

ner sparsamen Haushaltsführung verpflichtet seien und die Verdreifachung eine derart übermäßige Erhöhung des Grundsteuerhebesatzes darstelle, die dem verfassungsrechtlichen Willkürverbot und dem Erdrosselungsverbot widerspreche. Wie das Gericht ausführt, sei die aufgeworfene Frage hinsichtlich der Verdreifachung des Hebesatzes in dieser Allgemeinheit nicht klärungsfähig. Denn die Verdreifachung des Hebesatzes könne in unterschiedlichen Gemeinden zu höchst unterschiedlichen Belastungen der Steuerpflichtigen führen. Die tatsächliche Steuerlast werde wesentlich mitbestimmt durch den Grundsteuermessbetrag. Dessen Ableitung erfolge auf der Grundlage des Einheitswerts des Grundstücks.

Zur Verdreifachung des Hebesatzes im konkreten Fall sei zunächst darauf hinzuweisen, dass es insoweit keinen gesetzlichen Höchstsatz gebe, weil kein Bundesland von der Ermächtigung des § 26 GrStG zur Festlegung gesetzlicher Höchstsätze Gebrauch gemacht habe. Soweit die Bevollmächtigte der Kläger das verfassungsrechtliche Willkürverbot anspreche, setze dies voraus, dass für eine derartige Annahme die Hebesatzerhöhung evident unsachlich sein müsste. Angesichts der von der Beklagten geschilderten erheblichen defizitären Haushaltslage fehle es in den Ausführungen der Klägerseite bereits an einer substantiierten Auseinandersetzung mit diesen Feststellungen.

Ernstliche Zweifel an der Richtigkeit der erstinstanzlichen Entscheidung weckten auch nicht die Hinweise auf das Übermaß- und das Erdrosselungsverbot. Ein Verstoß gegen diese Grundsätze bei dem Erlass des Hebesatzerhöhungsbeschlusses durch die



GERICHT IN KÜRZE

zusammengestellt
von Referent
Carl Georg Müller,
StGB NRW

Gemeindevertretung sei von der Bevollmächtigten der Kläger nicht dargelegt worden. Sie kritisiere, dass sich nach den derart strengen Anforderungen der Senatsrechtsprechung an das Vorliegen einer Erdrosselungssteuer bei steuerlichen Kleinbeträgen die Frage der Erdrosselung und damit der Einhaltung des Übermaßverbots nicht stelle. Deshalb müsse ein anderer Maßstab aufgestellt werden, nach dem ab einer Verdoppelung der Steuer das Übermaßverbot tangiert sei.

Diese Ausführungen - so der Senat - ignorierten indes die verfassungsrechtlich garantierte Finanzhoheit und deren verfassungsrechtliche Grenzen und ersetzten lediglich den finanzpolitischen Beurteilungsspielraum der Beklagten durch eigene Erwägungen. Schließlich wecke auch der Klägervortrag zur vorrangigen Ausschöpfung anderer gemeindlicher Einnahmequellen keine ernstlichen Zweifel an der Rechtmäßigkeit. Dass die Einhaltung der Einnahmebeschaffungsgrundsätze Zulässigkeitsvoraussetzung einer gemeindlichen Steuererhöhung sei, habe der Senat bereits in früheren Beschlüssen verneint.

Erdrosselnde Wirkung einer Vergnügungssteuersatzung

Lässt bereits die Entwicklung der Anzahl der Spielautomatenbetriebe und der aufgestellten Spielgeräte seit Erlass der maßgeblichen Vergnügungssteuersatzung den hinreichend sicheren Rückschluss zu, dass die Erhebung der Spielgerätesteuern nicht erdrosselnd wirkt, so bedarf es zur Beurteilung dieser Frage keiner weiteren Ermittlungen zur Ertragslage der Aufsteller im Satzungsgebiet. (Amtlicher Leitsatz)

OVG Lüneburg, Beschluss vom 14.10.2016
- 9 LA 37/16 -

Das OVG Lüneburg hat unter Zurückweisung des Berufungszulassungsantrags der Klägerseite ein Urteil des VG Lüneburg bestätigt, das wiederum die Vergnügungssteuersatzung der beklagten niedersächsischen Kommune bestätigt hatte. Das VG hatte die Annahmen vertreten, die Vergnügungssteuer sei in den maßgeblichen

Besteuerungszeiträumen kalkulatorisch abwälzbar gewesen und habe keine erdrosselnde Wirkung entfaltet.

Dem Vortrag der Klägerin lasse sich nicht entnehmen, dass wegen der Steuerhöhe bei einem Durchschnittsbetrieb im Erhebungsgebiet die Vergnügungsteuer nicht mehr auf den Spieler abgewälzt werden könne bzw. die Aufstellung von Spielautomaten nicht mehr gewinnbringend sei. Die von der Beklagten dargestellte Entwicklung der im Satzungsgebiet in Spielhallen aufgestellten Spielgeräte seit Erlass der Vergnügungssteuersatzung liefere ein gewichtiges und ausreichendes Indiz dafür, dass es generell - wie auch der Klägerin - nach wie vor möglich sei, die Vergnügungsteuer auf die Spieler abzuwälzen, ohne dass eine erdrosselnde Wirkung zu bejahen wäre.

Danach sei im Zeitraum vom 1. Juni 2011 bis zum 1. Februar 2015 die Anzahl der in Spielhallen aufgestellten Geräte mit Gewinnmöglichkeit von 32 auf 48 gestiegen. Eine derartige Entwicklung wäre nicht denkbar gewesen, wenn und soweit es den Automatenaufstellern nicht möglich gewesen wäre, die Vergnügungsteuer auf ihre Kunden abzuwälzen. Da sich bereits aus der Bestandsentwicklung seit Erlass der Vergnügungssteuersatzung ergebe, dass die kalkulatorische Abwälzbarkeit zu bejahen und eine erdrosselnde Wirkung zu verneinen seien, sei eine weitere tatrichterliche Ermittlung nicht erforderlich.

Nach Ansicht des OVG begründe es keinen ernstlichen Zweifel an der Richtigkeit, dass das Verwaltungsgericht der von der Beklagten aufgezeigten Bestandsentwicklung eine solche Indizwirkung beigemessen habe und dass es ohne Einholung eines Sachverständigengutachtens von einer

tatsächlichen Abwälzbarkeit der Vergnügungsteuer und einer fehlenden Erdrosselungswirkung ausgegangen sei.

In der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts sei geklärt, dass hinsichtlich der Erdrosselungswirkung der Bestandsentwicklung seit Erlass der Spielgerätesteuersatzung eine indizielle Bedeutung zukommen könne, weil nicht erkennbar sei, weshalb ein wirtschaftlich denkender Unternehmer seinen Betrieb über längere Zeit fortführen und gegebenenfalls sogar weitere Spielgeräte anschaffen sollte, wenn es ihm wegen der Höhe der zu entrichtenden Vergnügungsteuer nicht möglich wäre, Gewinn zu erzielen.

Wäre eine erdrosselnde Wirkung vorhanden, so müssten mithin wirtschaftliche Auswirkungen dadurch feststellbar sein, dass die schwächsten Anbieter aus dem Markt scheiden, ohne dass neue ihren Platz einnehmen. Es müsste eine Tendenz zum Absterben der Spielgeräteaufsteller-Branche erkennbar werden. Lasse bereits die Entwicklung der Anzahl der Spielautomatenbetriebe und der aufgestellten

Spielgeräte seit Erlass der maßgeblichen Satzung den hinreichend sicheren Rückschluss zu, dass die Erhebung der Spielgerätesteuern nicht erdrosselnd wirke, so bedürfe es zur Beurteilung dieser Frage keiner weiteren Ermittlungen zur Ertragslage der Aufsteller im Satzungsgebiet. Einen solchen Fall habe das Verwaltungsgericht hier rechtsfehlerfrei angenommen. Mit seiner Entscheidung schließt sich das OVG Lüneburg der vom nordrhein-westfälischen OVG entwickelten so genannten Bestandsentwicklungsmethode an. ●

**Herausgeber**

Städte- und Gemeindebund
Nordrhein-Westfalen
Kaiserswerther Straße 199-201
40474 Düsseldorf
Telefon 02 11/45 87-1
Fax 02 11/45 87-211
www.kommunen-in-nrw.de

Hauptschriftleitung

Hauptgeschäftsführer
Dr. Bernd Jürgen Schneider

Redaktion

Martin Lehrer M. A. (Leitung)
Telefon 02 11/45 87-2 30
redaktion@kommunen-in-nrw.de
Barbara Baltsch
Debora Becker (Sekretariat)
Telefon 02 11/45 87-2 31

Abonnement-Verwaltung

Debora Becker
Telefon 0211/4587-231
debora.becker@kommunen-in-nrw.de

Anzeigenabwicklung

Krammer Verlag Düsseldorf AG
Goethestraße 75 • 40237 Düsseldorf
Telefon 02 11/91 49-4 55
Fax 02 11/91 49-4 80

Layout

KNM Krammer Neue Medien
www.knm.de

Druck

D+L REICHENBERG GmbH
46395 Bocholt

Gedruckt auf
chlorfrei gebleichtem Papier

Die Zeitschrift erscheint monatlich mit Doppelnummern im Februar und Juli. Das Abonnement (Einzelpreis 78 € komplett, elektronisch 49 €, Mindestlaufzeit 1 Jahr) ist unbefristet und kann jederzeit begonnen werden. Bestellungen nur beim Städte- und Gemeindebund NRW, Kaiserswerther Str. 199-201, 40474 Düsseldorf, Internet: www.kommunen-in-nrw.de. Wird das Abonnement innerhalb der ersten zwölf Monate nicht mit einer Frist von einem Monat schriftlich gekündigt, verlängert es sich bis zum Ende des laufenden Kalenderjahres. Wird es dann nicht bis zum 30.11. - wirksam zum 31.12. - gekündigt, verlängert es sich um ein weiteres Kalenderjahr und bleibt dann jeweils mit einer Frist von einem Monat zum Jahresende kündbar. Die Abonnementgebühr wird - bei Abo-Beginn im laufenden Kalenderjahr - anteilig für die dann noch bezogenen Hefte sowie jeweils im 1. Quartal für das gesamte Kalenderjahr in Rechnung gestellt. Wird das Abonnement während des Kalenderjahres zum Ende der Mindestlaufzeit gekündigt und ist bereits die volle Jahres-Abonnementgebühr bezahlt, wird diese für die nicht mehr bezogenen Hefte anteilig zurückerstattet. Kein Buchhandelsrabatt. Die mit dem Namen des Verfassers/der Verfasserin veröffentlichten Beiträge geben dessen/deren persönliche Meinung wieder. Nachdruck oder elektronische Wiedergabe nur mit Genehmigung der Schriftleitung.



ISSN 0342-6106

**Themenschwerpunkt
April 2017:
Ortsentwicklung**

Letzte Zufluchtsstätten für gefährdete Arten

Vielfalt erhalten, natürliche Wildnis schaffen, die Selbstheilungskräfte der Natur wecken – das sind wichtige Grundsätze der BUNDstiftung. Was heißt das konkret?

Die Stiftung erwirbt Flächen, um die Natur auf genau diese Weise zu schützen. In der Goitzsche-Wildnis bei Bitterfeld zum Beispiel hat sie dafür gesorgt, dass aus einer rund 1.300 Hektar großen, kargen Mondlandschaft Lebendiges erwachsen ist. Kristallklare Seen haben Kraniche zu Besuch, lange verschwundene Gras- und Krautfluren gedeihen.

In der Hohen Garbe, direkt an der Elbe, konnte sich einer der wenigen verbliebenen Hartholzauwälder an der Elbe halten. Um dieses Naturjuwel zu bewahren und zu entwickeln, erwirbt die BUNDstiftung dort seit 2014 Flächen.

Am ehemaligen Todesstreifen zwischen den beiden deutschen Staaten schützt der BUND seit 1989 zudem das damals so benannte „Grüne Band“. Dank einer gezielten Förderung durch die BUNDstiftung konnten sich bis dato mehr als 1.200 bedrohte Tier- und Pflanzenarten ins Grüne Band retten.

Informieren Sie sich jetzt über Ihre Möglichkeiten der Unterstützung.

Ihre Ansprechpartnerin Nicole Anton ist unter
Telefon: (030) 2 75 86 -461 zu erreichen.

Danke für Ihr Interesse!

BUNDstiftung · Am Kölnischen Park 1 · 10179 Berlin
www.bund-stiftung.de



Kommunale Daseinsvorsorge durch optimal abgestimmte Prozesse

Nutzen Sie unsere 20-jährige Beratungserfahrung
mit Kommunen in NRW

Kommunal Agentur NRW GmbH
Cecilienallee 59, 40474 Düsseldorf
Tel: 0 211 / 4 30 77 – 0

info@KommunalAgenturNRW.de
www.KommunalAgenturNRW.de